

11226
2e1
72



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

ANALISIS DE LA FORMA MF7/83 DE CONTROL
PRENATAL Y EVALUACION DE SUS LOGROS

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE :
LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
P R E S E N T A :
MARIA DEL PILAR MARDERO ARELLANO



MEXICO, D. F.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

1985



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E

- I.- INTRODUCCION**
- II.- ANTECEDENTES CIENTIFICOS**
- III.- JUSTIFICACION**
- IV.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**
- V.- FORMULACION DE HIPOTESIS**
- VI.- OBJETIVOS**
- VII.- MATERIAL Y METODOS**
- VIII.- RESULTADOS**
- IX.- CONCLUSIONES**
- X.- ALTERNATIVAS DE SOLUCION**
- XI.- BIBLIOGRAFIA**

I.- INTRODUCCION :

Se ha considerado por diversos autores,¹ que el fenómeno reproductivo es un hecho que refleja las condiciones de vida de los grupos humanos, intervienen en él diversos factores que resultan de las características físicas de los progenitores, en particular de la gestante, de las condiciones generales de vida, de costumbres, nivel educativo y capacidad productiva o adquisitiva; - de las condiciones fisiológicas o patológicas del embarazo, y, por último de que se obtenga o no atención médica durante la gestación y el parto.

El fomento de la salud del individuo comienza desde el momento de la fecundación, porque en ese instante comienza la vida a desarrollarse. Hay diferencias individuales, debidas a herencia, en el material genético que formara al nuevo ser. Pueden ocurrir accidentes moleculares en los cromosomas que aumenten estas diferencias. Posteriormente la salud del feto puede ser influida por la salud de la madre como se ha visto. Hay por lo tanto una dependencia muy estrecha entre la madre y el niño, y entre ambos y el ambiente que los rodea. Esta es la razón por la cual los problemas de la maternidad y de la infancia no se pueden separar ni dejar de considerarse fundamentalmente sociales. La relación de intereses es la esencia del problema social, y nunca es

más íntima esta relación que entre los intereses que — existen entre la madre y el niño. Las condiciones sanitarias, económicas y culturales tienen una estrecha relación con la salud del binomio madre-hijo tal como sucede con cada uno de los individuos que componen la población. Pero en este caso hay algo diferente pues las madres están expuestas a los riesgos inherentes del embarazo, parto, puerperio y lactancia, así como los niños a las dificultades del crecimiento y desarrollo y el hecho de que los riesgos ambientales generales se agravan para ellos debido a la extrema labilidad del organismo en formación, esta situación justifica la existencia de programas especiales de protección y fomento de la salud de la embarazada y del niño.

Pocos milagros tiene el ser humano tan a su alcance como el de la vida, que renace con cada nuevo alumbramiento, tal vez por esa misma proximidad ha sido necesario que transcurrieran cientos de años antes de que la atención prenatal comenzara a convertirse en una práctica general, pero hasta que se lograron los avances médicos y los recursos técnicos suficientes.

Durante los últimos 10 años², se han logrado — con la aplicación de muchas técnicas diagnósticas y terapéuticas al cuidado de la paciente grávida de alto riesgo y su lactante, habiendo logrado de esta manera, un pronóstico perinatal más favorable, pudiendo en la —

actualidad el Médico Familiar encarar con buen éxito -
partos difíciles, conociendo anticipadamente todos los
posibles riesgos con que puede cursar el binomio madre-
hijo.

II.- ANTECEDENTES CIENTIFICOS:

Little señaló en el campo obstétrico hace 120 años, la influencia de determinadas condiciones y antecedentes de la madre sobre la salud mental y psicológica del niño, y llegó a identificar los primeros factores en relación con la morbilidad perinatal.³ En México el Dr. Espinosa de los Reyes publicó en 1924 sus apuntes " La mortalidad de la primera infancia en México, - sus causas y sus remedios ", indicando que es durante el embarazo donde deben combatirse las causas más importantes de la morbimortalidad en la primera infancia poniendo énfasis en la atención prenatal y del parto.⁴

Morris hace 15 años observa que la mortalidad infantil aumentaba conforme la paridad de la madre también aumentaba, Jaffe y Polgar indicaron que independientemente de la edad, a mayor paridad es más elevado el índice de muerte por embarazos, parto y puerperio — desde hace 20 años.⁵ Por lo que el criterio preventivo no puede ser mejor ejercido cuando se aplica en el momento de la concepción de una nueva vida e inclusive antes. Siendo un desafío no solo por lo que la mortalidad representa, sino por los efectos que la mortalidad perinatal subletal tiene sobre el individuo, la familia y la sociedad.⁶ Es importante destacar el avance más trascendental de los últimos años; el criterio de riesgo elevado con carácter selectivo para abatir las cifras de -

morbimortalidad materno infantil el cual se debe desarrollar como atención primaria de salud.⁶ Determinando como factor de riesgo elevado a toda característica de una persona o grupo que está asociado a una probabilidad mayor de aparición de un proceso patológico o una evolución desfavorable de este proceso, riesgo sera la probabilidad de sufrir un daño, y éste es el resultado de la situación no deseada en función de el cual se mide el riesgo³ diferenciando el embarazo de riesgo elevado y producto de alto riesgo⁶ de los de bajo riesgo de acuerdo a un criterio de selección en la población general, empleando el equipo de salud como primer contacto, influyendo en esta manera en las tasas de morbilidad materna y perinatal,⁷ aplicando vigilancia prenatal, ya que el embarazo trae consigo una serie de cambios demandan del organismo materno algunas adaptaciones orgánicas y funcionales, para que la evolución de la gestación sea exitosa. En ocasiones estos cambios son tan importantes que es difícil precisar en que momento son todavía fisiológicos y cuando se vuelven patológicos, la determinación de estos cambios, la valoración juiciosa de ellos y la aplicación de medidas que orienten al curso del embarazo dentro de la normalidad impidiendo desviaciones patológicas son los principales objetivos de la vigilancia prenatal.⁸ En la actualidad dos terceras partes de la población mundial no cuanta todavía con los beneficios de los cuidados modernos de salud, siendo el re-

to más importante el de la conservación del bienestar -
materno infantil, estimando que 2 500 000 000 de niños
habrán nacido para fines del presente siglo, partiendo
de 1979 sin tener cuidados adecuados de salud materno -
infantil como nivel primario de salud.⁸

III.- JUSTIFICACION :

Dentro de los programas prioritarios del Instituto Mexicano del Seguro Social está el del Control Prenatal, ya que en la actualidad en nuestro país continúa siendo un grave problema la alta incidencia de morbilidad materno fetal; esto se debe a que quedan en el nivel primario o incluso fuera del sistema formal de atención, madres y niños de alto riesgo, sin los cuidados necesarios, ya sea por incapacidad de reconocerlos, de referirlos o de ser absorbidos por el siguiente nivel de competencia.

Esta situación tiende a corregirse paulatinamente. El Instituto Mexicano del Seguro Social ha establecido el programa del binomio madre-hijo y ha implantado la Forma MF7/83, con el cual se detectan los factores de riesgo, para su atención en el primero y segundo nivel; dicha forma reúne en una sola hoja una serie de datos fáciles de obtener que resumen la información mínima necesaria e indispensable para un nivel aceptable de atención perinatal. Y la detección oportuna de los factores que condicionan alto riesgo perinatal, siendo una información valiosa para el médico de segundo nivel que atiende a la embarazada durante el parto. Así mismo tiene una gran importancia estadística ya que permite conocer la morbilidad materno fetal y ofrece los elementos necesarios para programar acciones de salud con un sentido real y una adecuada integración de recursos.

En la actualidad, esta forma lleva un año --
cuatro meses de implantada y aún no se tienen estadís-
ticas en relación al programa establecido.

IM.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA :

¿ Detecta oportunamente el médico familiar los factores de riesgo durante el control prenatal, - utilizando en forma adecuada la Forma MF7/83.?

V.- HIPOTESIS :

El manejo inadecuado de la Forma MF7/83 repercute en la no detección oportuna de los factores que condicionan embarazo de alto riesgo y aumentan la morbilidad materna infantil.

VI- OBJETIVOS :

GENERAL

Valorar los logros obtenidos con el uso de la Forma MF7/83 de control prenatal en la U.M.F. No.1 del I.M.S.S. de Orizaba, Ver., de los médicos adscritos en el horario B/D.

ESPECIFICOS

1.- Investigar los resultados obtenidos en la detección de los factores que condicionan embarazo de alto riesgo através del uso de la Forma MF7/83 de control prenatal.

2.- Detentar los errores en el manejo e interpretación de los factores que condicionan embarazo de alto riesgo.

3.- Valorar si existe adecuada comunicación entre el primero y segundo nivel de atención médica y viceversa, respecto a la evolución del embarazo, resolución obstétrica que tuvieron las pacientes en control prenatal.

4.- Registrar el número de pacientes que ingresaron al programa de Planificación Familiar Voluntaria después de su resolución obstétrica.

VII.- MATERIAL:

Formas MF7/83 de las pacientes embarazadas en control prenatal de la UMF No.1 del INSS de Orizaba, - Ver., de los médicos descritos al horario E/D.

Expedientes clínicos de los E/W enviadas ---- del 2º a primer nivel.

MÉTODOS:

Durante los meses de enero a diciembre de 1984 estuvieron bajo control prenatal 858 pacientes embarazadas, tomándose una muestra de 336, las cuales su embarazo había llegado a término. Las cuales generaron un total de 1499 consultas, con un promedio de consulta/paciente de 4.5 %.

Dividiéndose la muestra de acuerdo a las siguientes características: a) aquellas embarazadas que tuvieron control prenatal y detección de factores de riesgo menor de 4; b) embarazadas en control prenatal con detección de factor de riesgo mayor de 4; c) embarazadas que estuvieron en control prenatal y no de determino factor de riesgo; d) aquellas embarazadas que no tuvieron control prenatal ni determinación de factores de riesgo; e) Resultados de los recién nacidos obtenidos en cada grupo; f) patología con que cursaron en cada grupo, tipo de parto.

VIII.-RESULTADOS :

COMPOSICION DE LA MUESTRA

El número de embarazadas con control prenatal fué de 320 en total (95,23%); y las embarazadas sin control prenatal fué de 16 correspondiendo a un 4,76%.

C/control prenatal y detección de factor de riesgo menor de 4	155 (48.43%)
C/control prenatal y determinación de factor de riesgo mayor de 4	111 (34.68%)
C/control prenatal sin detección de factores de riesgo	54 (16.87%)
Sin control prenatal ni detección de factor de riesgo	16 (4.76%)
TOTAL	336

Pacientes embarazadas que cursaron con patología del embarazo y/o parto y detección de factores de riesgo.

	F.R. (-) 4 %	(+) 4 %
Pielonefritis crónica	3	0
Quiste gigante de ovario	0	1
Estenosis aortica	0	1
Amenaza de parto prematuro	3	1
Ruptura prematura de membranas	3	2
Amenaza de aborto	4	2
Parto prematuro	0	1
Embarazo gemelar	2	2
Circular de cordón	1	0
Doble circular de cordón	1	1
Cesarea por DCP	3	8
Cesarea por p.pelvica	3	2
Cesarea y toxemia	1	0
Cesarea por T.P.prolongado	1	0
Ruptura de membranas prematura + preeclampsia	1	0
Periodo expulsivo prolongado	1	0
Cesarea \neq	7	20
P.Pelvica y aplicación de forceps	0	1
Cesarea por cesarea previa	0	1
Antec.de parto prem + cesarea X DCP	0	2
Presentación pelvica	3	0
\neq Se desconoce indicación	TOTAL 37 (23.87)	45 (40.54%)

Pacientes embarazadas con control prenatal sin detección de factores de riesgo, que cursarán con patología del embarazo y/o parto.

<u>Preeclampsia</u>	<u>2</u>
<u>Aplicación de forceps</u>	<u>2</u>
<u>Rup. prenatal de membranas + cesarea</u>	<u>1</u>
<u>Cesarea por D.C.P.</u>	<u>2</u>
<u>Cesarea #</u>	<u>3</u>
<u>Cesarea por preeclampsia</u>	<u>1</u>
<u>Cesarea por presentación pélvica</u>	<u>2</u>
<u># Se desconoce su indicación</u>	<u>TOTAL 13 (24%)</u>

Pacientes embarazadas sin control prenatal, - que cursaron con patología del embarazo y/o parto.

<u>Circular de cordón</u>	<u>1</u>
<u>Cesarea por p. pélvica</u>	<u>1</u>
<u>Cesarea #</u>	<u>1</u>
<u>Se desconoce indicación #</u>	<u>TOTAL 3 (18.75%)</u>

Pacientes en control prenatal con detección de factores de riesgo, cuya resolución obstétrica fué la siguiente:

TIPO DE PARTO	F.R. -4	+ 4
Eutócicos	134 (86.45%)	70 (64.22%)
Distócico vaginal	3 (1.93%)	0
Distócico abdominal	9 (5.80%)	20(18.01%)
Pelvico	9 (5.80%)	20(18.01%)
# Se desconoce un caso	155	110 #

Pacientes en control prenatal sin detección - de factores de riesgo, cuya resolución obstétrica fué - la siguiente:

Eutócico	40 (74.07%)
Distócicos vaginales	2 (3.70%)
Distócicos abdominales	5 (9.25%)
Pelvicos	4 (2.59%)
# Se desconocen 3 casos	TOTAL 51 #

Pacientes embarazadas sin control prenatal -- ni detección de factor de riesgo, quienes cursaron con los siguientes tipos de partos:

TIPOS DE PARTOS

Eutócicos	14 (87.5%)
Distócicos vaginales	0
Distócicos abdominales	0
Pelvico	2 (12.5%)
TOTAL	16

ESTA TESIS NO DEBE

Recien nacidos obtenidos de embarazadas que tuvieron control prenatal y detección de factores de riesgo menor de 4.

SACR DE LA BIBLIOTECA

	PRETERMINO		
	SANOS	ENFERMOS	MUERTOS
HIPOTROPICOS	0	8 -dos fueron embrazos gemelares -dos cesareas por P.P -uno P.pelvica+SPA -Un autocico + SPA -uno RPM parto autocico. - Prod.de parto autocico, desconociendo se causa de enferm.	0
EUTROPICO	0	0	0
HIPERTROPICOS	0	0	0
TOTAL	0	8 (100%)	0

Recien nacidos obtenidos de embarazadas que tuvieron control prenatal y detección de factores de riesgo menor de 4

	TERMINO		
	SANOS	ENFERMOS	MUERTOS
HIPOTROPICOS	0	4 -3 se desconocen x no haber datos -fueron prod.parte autocico. - Cesarea por P.P	0
EUTROPICOS	128	5 -P.pelvico + hidrocefalia -Cesarea por DCP + S.P.A.dos casos -Cesarea por DCP + I.R.A. -Cesarea-T.de p. - Prolongado +SPA.	1 -por broncoaspiración.

	SANOS	ENFERMOS	MUERTOS
HIPERTROPICOS	7	1	0
		-Cesarea por P. pelvica + tomo nia severa, SPA.	
TOTAL	128(81.52%)	5(3.18%)	1(0.63%)

POSTERMINOCES			
	SANOS	ENFERMOS	MUERTOS
HIPOTROPICOS	0	0	0
EUTROPICOS	1	1	0
		-P.autocico + P. expulsivo prol. + SPA	
HIPERTROPICOS	0	0	0
TOTAL	1(0.63%)	1(0.63%)	0

Recien nacidos obtenidos de embarazadas que -
estuvieron en control prenatal y detección de factores
de riesgo mayor de 4:

PRETERMINO			
	SANOS	ENFERMOS	MUERTOS
HIPOTROPICOS	0	2 -Cesarea P.pelvi ca+SFA -P.autocico, se - ignoran mas da- tos	4 -Obito, igno- randose la causa. -cesarea P.P. -embarazo ge- melar, anen- cefalo YSFA -Emb.Gemelar +SFC x toxo- mia.
EUTROPICOS	2	0	0
HIPERTROPICOS	0	0	0
TOTAL	2(1.80%)	2(1.80%)	4(3.60%)

TERMINO			
	SANOS	ENFERMOS	MUERTOS
HIPOTROPICOS	1	1 -P.autocico, se ignoran más da- tos.	0
EUTROPICOS	82	5 -P.autocico +SFA -dos cesareas x P.P +SFA -una cesare x p.p + mielome-- ningocelo -cesareaX P.P + Hipóxian N.	0
HIPERTROPICOS	7	0	0
TOTAL	90(81.08%)	6(5.40%)	0

	POSTERMINO		
	SANOS	ENFERMOS	MUERTOS
HIPOTROPICOS	0	0	0
EUTROPICOS	2	0	0
HIPERTROPICOS	0	0	0
TOTAL	2(1.83 %)	0	0

Recien nacidos obtenidos de mujeres embarazadas que tuvieron control prenatal sin detección de factores de riesgo:

PRETERMINO			
	SANOS	ENFERMOS	MUERTOS
HIPOTROPICOS	0	0	0
EUTROPICOS	1	0	0
HIPERTROPICOS	0	0	0
TOTAL	1 (1.85%)	0	0

TERMINO			
	SANOS	ENFERMOS	MUERTOS
HIPOTROPICOS	0	4	0
		-Preeclampsia + SFA, parto euto. -Cesarea por DCP -cesarea por p.p. •mielomeningocele -no hay datos de 1	
EUTROPICOS	36	2	0
		-Preeclampsia +SFA cesarea + IRA -Cesarea X pp.+pie equino varo.	
HIPERTROPICOS	2	0	0
TOTAL	38 (70.37%)	6 (11.11%)	0

POSTERMINO			
	SANOS	ENFERMOS	MUERTOS
HIPOTROPICOS	1	0	0
EUTROPICOS	1	0	0
HIPERTROPICOS	0	0	0
TOTAL	2 (3.70%)	0	0

Recetas nacidos obtenidos de madres que no tuvieron control prenatal ni detección de factores de riesgo:

PRETERMINO			
	SANOS	ENFERMOS	MUERTOS
HIPOTROPICOS	0	0	0
EUTROPICOS	0	0	0
HIPERTROPICOS	0	0	0
TOTAL	0	0	0

TERMINO			
	SANOS	ENFERMOS	MUERTOS
HIPOTROPICOS	0	1 -por SPA	0
EUTROPICOS	12	0	0
HIPERTROPICOS	2	0	0
TOTAL	14(87.5%)	1(6.25%)	0

POSTERMINO			
	SANOS	ENFERMOS	MUERTOS
HIPOTROPICOS	0	0	0
EUTROPICOS	1	0	0
HIPERTROPICOS	0	0	0
TOTAL	1(6.25%)	0	0

IX.- CONCLUSIONES

La forma NF7/83 es una valiosa arma con que cuenta el Médico Familiar para resumir en una sola hoja la evolución del embarazo, detectar su patología y valorar su envío oportuno al Gineco-obstetra para su tratamiento adecuado y de esta manera disminuir la morbi-mortalidad materno infantil. Pero desafortunadamente este enlace entre el primer y segundo nivel de atención Médica no se realiza en la forma deseada, debido a que existen diversas causas que entorpecen su manejo como son:

- 1) El gran número de embarazadas no acuden a control prenatal sino hasta el último trimestre del embarazo o cuando una patología del mismo ya se presentó.
- 2) El Médico Familiar subestima el valor encontrado de los factores de riesgo y a veces incluyendo los que tienen mayor de 4, sin que solicite oportunamente su valoración con el Gineco-obstetra.
- 3) En ocasiones la mujer embarazada, semanas previas al parto no acude a control prenatal, por lo que no se le entrega oportunamente la forma NF7/83, presentándose en forma espontánea al momento del parto sin dicha forma.
- 4.- La falta de orientación por el Médico familiar de la NF7/83 y su importancia que debe conocer la paciente ha originado que olviden o extravíen ésta, presentándose subitamente al servicio de urgencias sin la misma.
- 5) A nivel hospitalario tenemos las siguientes desviaciones sobre el manejo de la NF7/83:
 - a) La paciente embarazada al acudir al hospital para

su atención obstetrica, hace entrega de sus documentos de identificación y la MF7/83, sin que esta haya sido - valorada por el Gineco-obstetra, ya que se envia al archivo para la elaboración del expediente clínico, mientras la paciente es trasladada a las áreas de tocoquirúrgica, quirófano u hospitalización, obviandose en todo momento la MF7/83 que el Médico Familiar envió para el conocimiento del especialista correspondiente.

b) Existe subestimación de la MF7/83 por el Médico del segundo nivel, que el Médico Familiar ha elaborado.

c) La gran mayoría de las MF7/83 son contestadas por los médicos becarios y residentes de medicina familiar, sin que exista una revaloración de la forma por el Gineco-Obstetra, originado con ello un mal control de su llenado.

d) Otra observación personal es el haber encontrado formas MF7/83 anexadas al expediente clínico del archivo del hospital, ocasionando con ello la falta de retroalimentación al Médico Familiar.

X.- ALTERNATIVAS DE SOLUCION.

- 1.-El Médico Familiar debe orientar a la embarazada sobre la importancia que tiene el control prenatal y su relevancia en el bienestar del binomio-madre e hijo.**
- 2.-Concientisar al Médico Familiar sobre la búsqueda de factores de riesgo y su valoración adecuada y oportuna.**
- 3.-Instruir al personal de enfermería y admisión que la NF7/83 es un documento de importancia Médica y no administrativo, obviándose para trámites de admisión a la unidad.**
- 4.-Incrementar la comunicación entre el primer y segundo nivel de atención médica y viceversa.**
- 5.-La forma NF7/83 debe ser contestada por el Médico responsable de la paciente.**
- 6.-La forma NF7/83 debe ser enviada directamente del segundo al primer nivel, sin que se emplee a la paciente como emisora.**

XI.-BIBLIOGRAFIA:

- 1.- E.Díaz del Castillo Dr. Factores socioculturales y m'gicas que afectan la mortalidad perinatal en México.México 1981 marzo-abril.19;217.Rev. Méd.-del IMSS.
- 2.- Klaus,M.H. and FFanoros,A.A.;Care of The high-risk neonate.Filadelfia,W.B. Saunders Co.,1980.
- 3.-Suárez Ojeda,E.N.:El enfoque de riesgo en la atención perinatal y materno infantil.Bol.of Sanit.Panam.92;482-491,1982.
- 4.-Espinosa de los Reyes,V.:Isidro Espinosa de los Reyes y la atención materno infantil.Gac.Méd. Mex. - 117:81-87.1981.
- 5.-Ordoñez,B.R.:Efectos de la planificación familiar en la salud materno infantil.Rev.Med.Peñ.49:387-392 1982.
- 6.-Castelazo Ayala,D y Karchmer,S:Med. Perinatal e implicaciones médicos sociales.Gac.Méd.Mex.115:157-160 1969.
- 7.-Mc Gregor,C y López García R.Concepto de regionalización del manejo obstetrico y neonatal.Gac.Méd.Mex. 161-165.1979.
- 8.-Alvarado Duran:Villalobos Romans M:faller de la FIGO sobre los enfoques innovadores de los cuidados maternos y neonatales como parte de los cuidados primarios de la salud.Gin.Obs. Mex.47:293-298 1980.