

2/8 11226

1

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO



CONTROL PRE NATAL  
EN MEDICINA FAMILIAR

*Dr. Gustavo Duran Flores*  
*Dr. Oscar Melgar Quevedo*  
*Dr. Antonio Tavera Gomez*

TESIS PARA OBTENER EL DIPLOMA DE :  
ESPECIALISTAS EN MEDICINA FAMILIAR

DR. GUSTAVO DURAN FLORES -- DRA. EMMA GARCIA ARAGON

DR. OSCAR MELGAR QUEVEDO -- DR. ANTONIO TAVERA GOMEZ

SAN LUIS POTOSI -- 2002

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



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 esta 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.

A S E S O R E S

Dr. Jesús Ricardo Díaz de León Sanchez

Jefe Delegacional de Enseñanza e Investigación

I.M.S.S. San Luis Potosí, S.L.P.

*Jesús Ricardo Díaz de León*  
I.M.S.S. S.  
JEFATURA  
DELEGACIONAL  
DE ENSEÑANZA  
E INVESTIGACION  
S. L. P.

Dr. Enrique Anaya Meléndez

Gineco-Obtetra CHT1 No.1 P. y G. O.

I.M.S.S. San Luis Potosí, S.L.P.

*Enrique Anaya Meléndez*

C O O R D I N A D O R

Dr. Carlos Loredo Díaz Infante

Coordinador de la Residencia de Medicina Familiar

I.M.S.S. San Luis Potosí, S.L.P.

*Carlos Loredo Díaz Infante*

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

3

NUESTRO AGRADECIMIENTO AL SR.  
DR. ANTONIO BENITO TORRES RUVALCABA,  
PEDIATRA DE LA CHTI No. 1 G.O. y P.  
I.M.S.S., SAN LUIS POTOSI, S.L.P. ;  
POR SU COLABORACION PRESTADA EN LA  
REALIZACION DEL PRESENTE TRABAJO.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

4

AGRADECIMOS A :  
NUESTROS PADRES - HERMANOS - ESPOSA  
E HIJOS POR SU APOYO QUE NOS PROPOR  
CIONARON DURANTE NUESTRA FORMACION  
PROFESIONAL.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## C O N T E N I D O :

INTRODUCCION	Pag. 6
OBJETIVOS	Pag. 9
HIPOTESIS	Pag. 10
MATERIAL Y METODOS	Pag. 11
RESULTADOS	Pag. 12
CONCLUSIONES	Pag. 28
COMENTARIO	Pag. 30
BIBLIOGRAFIA	Pag. 32

---

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

I N T R O D U C C I O N

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

El embarazo, parto y puerperio aunque son considerados situaciones no patológicas cuando siguen una secuencia y desarrollo normal, pueden ser motivo de incremento en la morbilidad lo cual repercute directamente sobre el estado del producto. De ahí la importancia de que toda mujer gestante deba acudir a control prenatal.

Dentro de las normas médicas actuales se acepta que la vigilancia médica del embarazo debe ha- cerse desde la aparición de los primeros síntomas y signos del mismo y citas periódicas mensuales durante los primeros siete meses y posteriormente cada quince días.

Los países más avanzados al respecto como Ho- landa, Suecia, entre otros y sistemas como los de Cuba la vigilancia es efectiva en 90% de los casos La atención médica es incluso a domicilio.

En los Estados Unidos de Norteamérica publica ciones del Departamento de Bienestar, Educación y Salud, revelan que el 68% de las madres inician su vigilancia prenatal en el primer trimestre y el 21.7% en el tercero y solo el 1.9% no recibió control prenatal.

Se considera, en sentido biológicamente estricto que el período óptimo de la gestación humana sucede cuando la mujer cuenta entre 18 y 29 años de edad, aunque se acepta que puede ser hasta los 35 años.

Las gestaciones a edades no óptimas ocasionan mayores riesgos para el producto. La maternidad a edades de 35 años o más también aumenta el riesgo de muerte neonatal e infantil, aunque en menor proporción que la juventud extrema, pues la cifra se incrementa alrededor de un 30%.

Las tasas de Mortalidad Perinatal y sus componentes: la mortalidad fetal tardía y la neonatal son mayores en productos de gestación pretérmino que aquellas a término y que los postérmino quienes registran cifras intermedias entre los dos prmerramente señalados.

La asistencia prenatal disminuye este riesgo al prevenir y tratar oportunamente la patología de embarazo principalmente la del tercer trimestre que puede ser entre otros: toxemia, placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta, parto prematuro e infecciones de vías urinarias.

Dadas las condiciones de alto riesgo perinatal que rodean a un buen número de embarazos debe

preocuparnos la eficiencia de los servicios de vigilancia de la gestación que indudablemente constituyen una de las medidas más útiles para disminuir los riesgos posteriores del parto y mejorar el crecimiento intrauterino del producto y su adaptación posterior a la vida extrauterina.

La edad, la talla y el peso pregestacional materno sirven para indicar características biofísicas de la gestante y el número de gestas, la paridad y los antecedentes específicos para las características gestacionales.

Es bien conocida la relación de la edad, de la talla y del peso pregestacional en la evolución del embarazo, del parto y de la condición del recién nacido.

## O B J E T I V O S

- 1.- Proporcionar atención integral a la mujer gestante.
- 2.- Abatir las complicaciones durante el Embarazo y Parto.
- 3.- Incrementar la inocuidad del Parto.
- 4.- Disminuir la cifra de partos prematuros.
- 5.- Concientizar a la mujer embarazada sobre la importancia de seguir un control prenatal adecudo.
- 6.- Llevar en forma regular el control médico prenatal en la Consulta Externa de Medicina Familiar.
- 7.- Disminuir la morbi-mortalidad materno-infantil
- 8.- Analizar los dos grupos objeto del estudio.

## H I P O T E S I S

La importancia de realizar un buen control prenatal a nivel de la Consulta Externa de Medicina Familiar y hacer conciente esto en la mujer embarazada para así lograr una disminución en la morbi-mortalidad materno-infantil.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## M A T E R I A L Y M E T O D O S .

El presente estudio se realizó en la Clínica Hospital Tipo I No. I de Pediatría y Gineco-Obstetricia del Instituto Mexicano del Seguro Social de San Luis Potosí, S.L.P., con pacientes derechohabientes del régimen ordinario, a las cuales se les vigiló el curso de su embarazo y la atención del parto en un período comprendido entre los meses de febrero a julio de 1980 en los servicios de Consulta Externa de Medicina Familiar y/o Tocoquirúrgica respectivamente.

En el primer grupo llamado "control prenatal" o grupo "A", se tomaron 60 pacientes embarazadas ya fueron captadas en las pláticas de orientación sobre control prenatal programadas por el Departamento de Trabajo Social e impartidas por nosotros o bien en la forma 4-30-6 registro de consulta externa de Medicina Familiar.

Se identificó nombre, cédula y expediente de cada una de las pacientes con el fin de registrar evolución y datos de la consulta del control prenatal a nivel de Medicina Familiar.

Se establecieron como requisitos para considerarse que la paciente había llevado control prena-

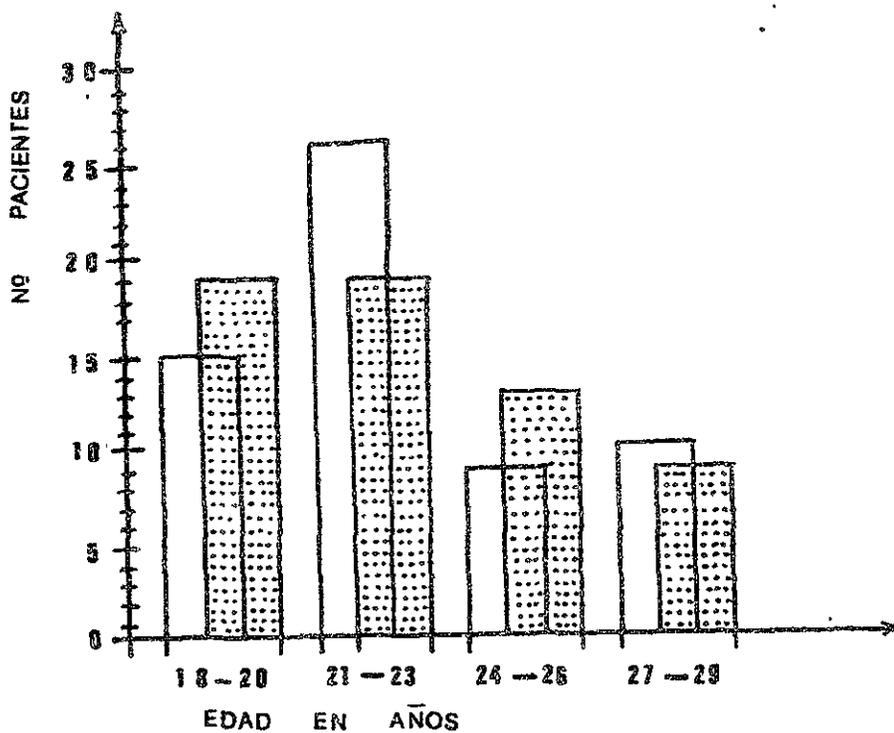
tal el que hubiese asistido cuando menos a cinco revisiones antes del parto, que no tuviera su gestación más de 28 semanas en base a la fecha de su última menstruación y que contaran con exámenes de laboratorio de rutina (Biometria Hemática, General de Orina, VDRL y Glicemina).

El segundo grupo denominado "sin control prenatal" o bien grupo "B", integrado también por 60 pacientes embarazadas, grupo que mediante la captación en Sala de Maternidad se formó, de aquellas pacientes que espontáneamente acudieron a la atención de su parto, en un período comprendido entre los meses de abril a junio de 1980.

Para ambos grupos se consideró conveniente que reunieran las siguientes características: Edad entre 18 y 29 años, de II a IV gestaciones y paridad de I a III, no abortos ni cesáreas previas; así como ausencia de patología crónica preexistente (diabetes, cardiopatías, hipertensión arterial, nefropatías, tuberculosis etc.)

Una vez resueltos los embarazos ya por parto fetal eutócico o distócico se procedió a efectuar la revisión clínica y del expediente de todos los recién nacidos con especial interés el APGAR, peso y talla al nacer así como condiciones generales y la presencia de malformaciones congénitas.

EDAD DE PACIENTES CON Y SIN CONTROL PARA NATAL MUSEO



CON CONTROL  
 SIN CONTROL

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

Tanto para las pacientes embarazadas como en sus homógenitos se investigó la presencia de complicaciones gestacionales y/o perinatales.

## R E S U L T A D O S

Nuestro estudio estuvo principalmente enfocado a analizar cinco variables, de las cuales se registraron los datos, se agruparon y estudiaron bajo el Método Científico obteniéndose promedios aritméticos, desviación Estandard y aplicándoles pruebas de significancia estadística, como la Chi<sup>2</sup> Kolmogrov-Smirnov, Prueba exacta de Fisher y de correlación como la Prueba de "t".

Se presentan todos los resultados, cuadros y gráficas de cada variable.

Además se mencionan en forma breve algunos otros datos recopilados en el presente estudio.

- I.- Correlación entre edad y gestaciones.
- II.- Intervalo entre último parto y embarazo actual.
- III.- Tipo de Parto.
- IV.- Peso de los Productos al nacer.
- V.- Análisis de la Patología mostrada por ambos grupos.
- VI.- Datos varios obtenidos.

Tanto para las pacientes embarazadas como en sus homógenitos se investigó la presencia de complicaciones gestacionales y/o perinatales.

## R E S U L T A D O S

Nuestro estudio estuvo principalmente enfocado a analizar cinco variables, de las cuales se registraron los datos, se agruparon y estudiaron bajo el Método Científico obteniéndose promedios aritméticos, desviación Estandard y aplicándoles pruebas de significancia estadística, como la Chi<sup>2</sup> Kolmogrov-Smirnov, Prueba exacta de Fisher y de correlación como la Prueba de "t".

Se presentan todos los resultados, cuadros y gráficas de cada variable.

Además se mencionan en forma breve algunos otros datos recopilados en el presente estudio.

- I.- Correlación entre edad y gestaciones.
- II.- Intervalo entre último parto y embarazo actual.
- III.- Tipo de Parto.
- IV.- Peso de los Productos al nacer.
- V.- Análisis de la Patología mostrada por ambos grupos.
- VI.- Datos varios obtenidos.

I. CORRELACION ENTRE EDAD Y GESTACIONES, COMPARATIVO DE LOS DOS GRUPOS.

El mayor porcentaje en el grupo de pacientes "con control prenatal" se localizó en el rango de 21 a 23 años de edad (43.4%). Siendo el promedio aritmético de 22.9 (cuadro y gráfica 1).

EDAD EN AÑOS	No. PACIENTES	%
18-20	15	25.0
21-23	26	43.4
24-26	9	15.0
27-29	10	16.6

En lo que corresponde al grupo "sin control prenatal" los rangos de edades de 18-20 y 21-23 mostraron un porcentaje igual (31.7%), resultando el promedio de 22.6 (cuadro 2, gráfica 1).

EDAD EN AÑOS	No. PACIENTES	%
18-20	19	31.6
21-23	19	31.6
24-26	13	21.7
27-29	9	15.0

TESIS CON  
FATEA D<sup>o</sup> ORIGEN

En lo que respecta a gestaciones en el grupo "A" el porcentaje de segundigestas fue 65% y en el grupo "B" de 48.3%. Obteniéndose los promedios de 2.5 y 2.8 respectivamente (cuadro 3).

	"Con control Prenatal"		"Sin Control Prenatal"	
	PACIENTES	%	PACIENTES	%
GESTA II	39	65	29	48.3
GESTA III	15	25	14	23.3
GESTA IV	6	10	17	28.3

#### ANALISIS ESTADISTICO (edad y gesta)

##### Con control prenatal

$$y = 0.03x + 1.71$$

$$r = 0.16$$

$$r^2 = 0.03$$

$$\text{Prueba de "T"} = 1.23 \quad 0.10 < p < 0.20$$

$$P \rightarrow 0.10$$

DIFERENCIA NO SIGNIFICATIVA

##### Gráfica 2

##### Sin control prenatal

$$y = 0.12x + 0.13$$

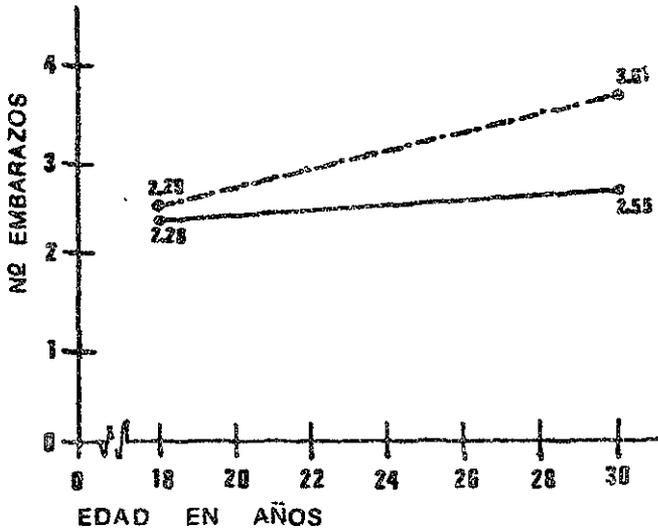
$$r = 0.47$$

$$r^2 = 0.22$$

$$"t" = 4.05$$

$$P < 0.005$$

RELACION ENTRE EDAD Y NUMERO  
 DE EMBARAZOS --- PACIENTES  
 CON Y SIN CONTROL PRE NATAL  
 QUITINI INSS S.L.P. 1980



— CON CONTROL  
 $Y = 0.03X + 1.71$   
 $r = 0.16$   
 $r^2 = 0.03$   
 $P > 0.10$

--- SIN CONTROL  
 $Y = 0.12X + 0.13$   
 $r = 0.47$   
 $r^2 = 0.22$   
 $P < 0.005$

TESIS CON  
 FALLA DE ORIGEN

## DIFERENCIA SIGNIFICATIVA

## Gráfica 2

II. INTERVALO ENTRE ÚLTIMO PARTO Y EMBARAZO ACTUAL  
COMPARATIVO DE LOS DOS GRUPOS.

En el transcurso del 1er. año posterior al último parto ocurrió el nuevo embarazo en 18 pacientes 30% del grupo con control prenatal, mientras que en el otro, fueron 28 (46.6%). En los primeros 21 meses 18 pacientes se embarazaron en el grupo "A" y 42 en el grupo "B", constituyendo el 46.7% y el 69.9% respectivamente (cuadro 4).

INTERVALO EN MESES	"CON CONTROL"		"SIN CONTROL"	
	No. PACIENTES	%	No. PACIENTES	%
2-41	18	30.0	28	46.6
12-21	10	16.7	14	23.3
22-31	12	20.0	4	6.6
32-41	7	11.6	3	5.0
42-51	2	3.3	1	1.6
52-61	0	0.0	1	1.6
62-71	3	5.0	0	0.0
TOTAL	52 <sup>+</sup>	86.6	51*	84.7

+ 8 Pacientes no recordaron = 13.3%

\* 9 Pacientes no recordaron = 15.3%

## ANALISIS ESTADISTICO

Kolmogrov-Smirnov

Diferencia máxima = D = 0.286

$$X^2 = \frac{4D^2 n_1 n_2}{n_1 + n_2} = \frac{4 \times 0.286^2 \times 52 \times 51}{52 + 51}$$

= 33.697      Leer a 2 grados de libertad

= 8.42

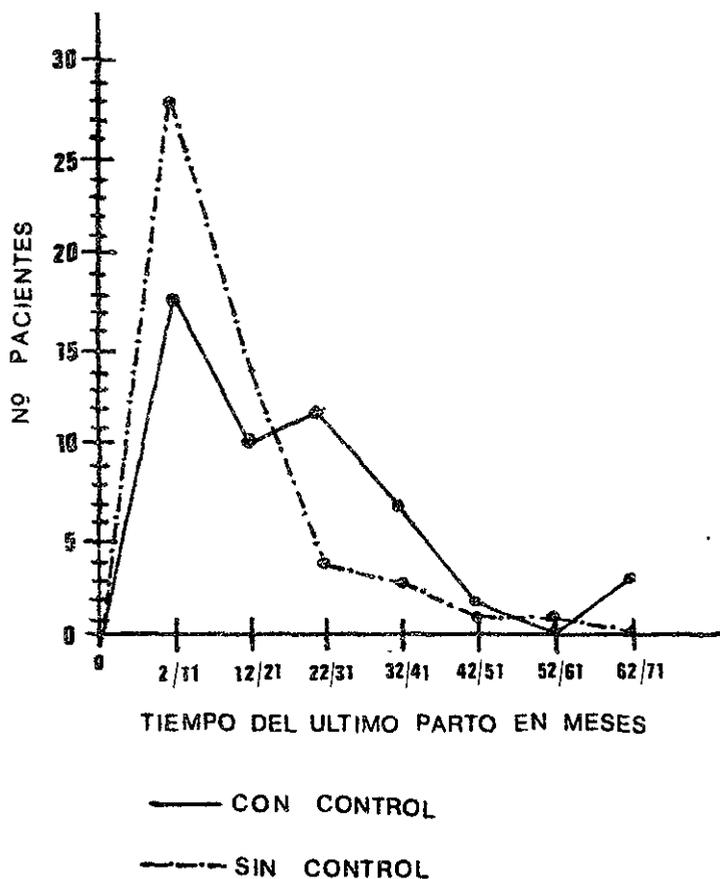
= 0.01 < P < 0.02

P = 0.05

DIFERENCIA SIGNIFICATIVA

Gráfica 3

RELACION ENTRE ULTIMO PARTO  
 Y EMBARAZO ACTUAL PACIENTES  
 CON Y SIN CONTROL PRE NATAL  
 ENTIN<sup>o</sup> INES C. I. P. 1.988



### III. TIPO DE PARTO, COMPARATIVO DE LOS DOS GRUPOS

De los 60 embarazos en el grupo "A", se resolvieron mediante parto fetal distócico 2 (3.4%) y en el grupo "B" se presentaron 5 partos distócicos (8.4%) (cuadro 5, gráfica 4).

TIPO DE PARTO	"CON CONTROL"		"SIN CONTROL"	
	No. PACIENTES	%	No. PACIENTES	%
EUTOCICO	58 <sup>+</sup>	96.7	55*	91.7
DISTOCICO	2	3.3	5	8.3

+ Un parto gemelar

\* Un parto gemelar

### ANALISIS ESTADISTICO

#### Prueba exacta de Fisher

CONDICION	Eutocico.	DISTOCICO.	Total
"Con control prenatal"	58	2	60
"Sin control prenatal"	55	5	60
Totales	113	7	120



$$120 - 113$$

$$60 - 56.5$$

$$x^2 = \frac{\sum (a - c)^2}{c} = 2 \frac{(58 - 56.5)^2}{56.5} + 2 \frac{(2 - 3.5)^2}{3.5}$$

0.079646

0.0353182

0.5714284

0.5714284

0.6510744

0.5714284

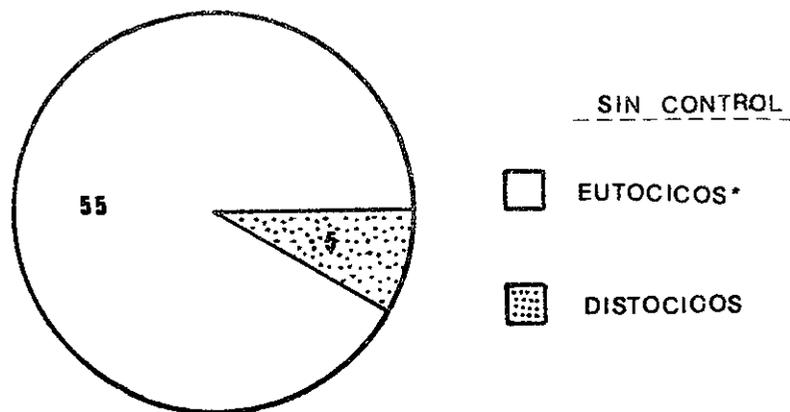
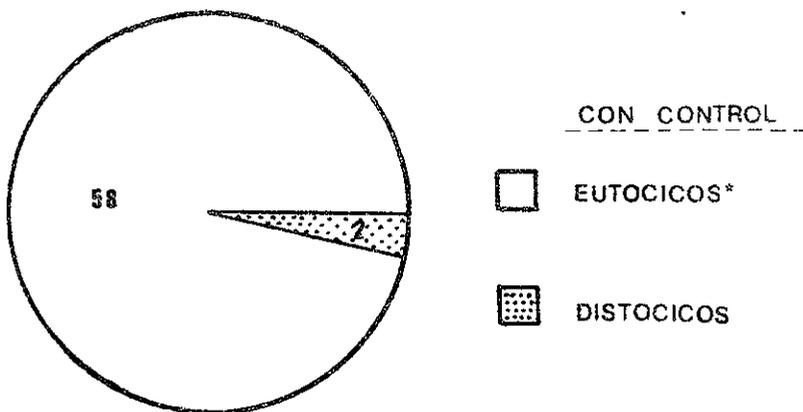
$$x^2 = 0.607$$

a un grado  $0.30 < P < 0.50$

$P > 0.05$

DIFERENCIA NO SIGNIFICATIVA.

**TIPO DE PARTO      PACIENTES**  
**CON Y SIN CONTROL PRE NATAL**  
**CENTRO INSS S.L.P. 1980**



\* en cada grupo un parto gemelar

#### IV. PESO DE LOS PRODUCTOS AL NACER, COMPARATIVO DE LOS DOS GRUPOS.

En el grupo de "control prenatal" el peso de los recién nacidos en el rango de 3001-3500 grs. ocupó el máximo porcentaje (47.5% = 29 RN), siendo también en el mismo rango el mayor número de productos (22 RN = 36.1%), en el grupo "sin control prenatal". El número total de productos en cada uno de los grupos fué de 61 por la presencia de embarazo gemelar (cuadro 6, gráfica 5).

PESO EN GRAMOS.	"CON CONTROL"		"SIN CONTROL"	
	No. PRODUCTOS	%	No. PRODUCTOS	%
2001-2500	6	9.8	14	23.0
2501-3000	21 <sup>†</sup>	34.5	17*	27.8
3001-3500	29	47.5	22	36.1
3501-4000	5	8.2	8	13.1

<sup>†</sup> Un producto muerto con 2600 grs. de peso.

\* Un producto muerto con 3000 grs. de peso.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## ANALISIS ESTADISTICO

CONDICION	PESO MAX. GRAMOS	PESO MÍN. GRAMOS	PROM. X
"con control prenatal"	4000	2300	3111
"sin control prenatal"	3900	2040	2995

$$\bar{X}_C = 3.111$$

$$\bar{X}_S = 2.995$$

$$S_C = 0.39$$

$$S_S = 0.44$$

$$N_C = 61$$

$$N_S = 61$$

$$\hat{\sigma} = \sqrt{\frac{N_1 S_1^2 + N_2 S_2^2}{N_1 + N_2 - 2}}$$

$$= \sqrt{\frac{61 \times 0.1521 + 61 \times 0.1436}{61 + 61 - 2}}$$

$$\hat{\sigma} = 0.42$$

$$"t" = \frac{\bar{X}_C - \bar{X}_S}{\sqrt{\frac{1}{N} + \frac{1}{N_2}}}$$

$$= \frac{3.111 - 2.995}{0.42 + 0.18}$$

$$"t" = 1.43$$

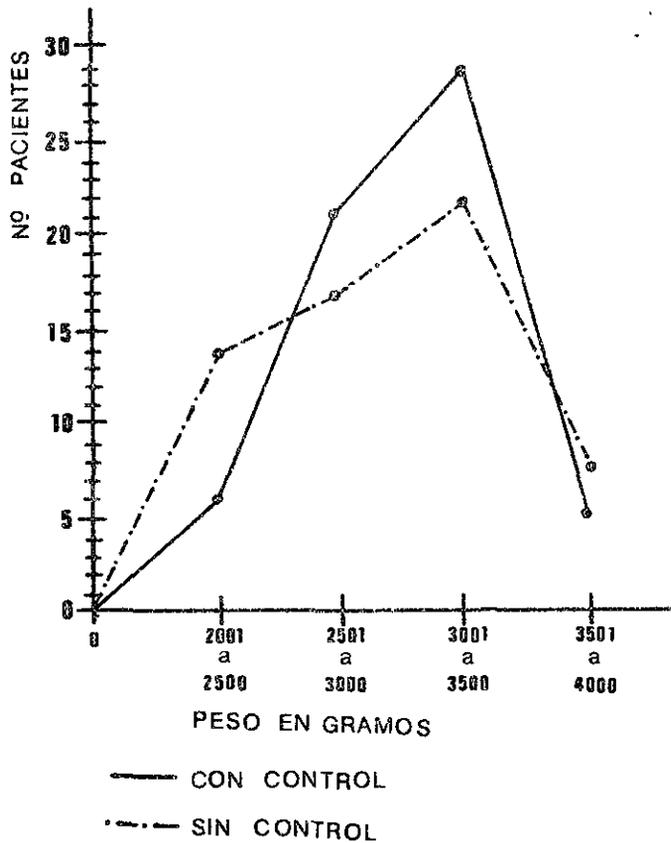
Leer a 120 grados de libertad

0.05 < P < 0.10

DIFERENCIA NO SIGNIFICATIVA

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

PESO DEL B.N. DE MADRES  
CON Y SIN CONTROL PRENATAL  
CITTINI IMSS S.L.P. 1.980



V. ANALISIS DE LA PATOLOGIA MOSTRADA POR AMBOS GRUPOS DURANTE SU EMBARAZO, PARTO Y POST-PARTO

GRUPO "CON CONTROL PRENATAL"

En los exámenes de rutina efectuados a los pacientes, se detectó lo siguiente: 10 con bacteriuria y 3 con leucocituria asintomática, siendo un total de 13 pacientes, lo que corresponde al 21.6%.

La patología que se presentó en el parto y postparto fué la siguiente: una paciente presentó ruptura prematura de membranas de 72 horas de evolución, con parto eutócico sin ninguna complicación. A una paciente se le practicó cesárea por periodo expulsivo prolongado y sufrimiento fetal obteniéndose producto deprimido. Otra paciente de 37 semanas de gestación acude a consulta de Medicina Familiar por cursar con síndrome febril de 24 horas de evolución, elaborándose diagnóstico clínico de salmonelosis, 24 horas después presenta su parto obteniéndose producto muerto y se efectúa revisión de cavidad por retención de restos placentarios.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## GRUPO "SIN CONTROL PRENATAL"

Once pacientes acudieron a la consulta de Medicina Familiar, las cuales cursaban sus últimas semanas de gestación por lo que se incluyeron en éste grupo. En tres de ellas el motivo de consulta fue; en una por cuadro de faringitis y dos por cuadro de infección de vías urinarias. Una ameritó su ingreso al Hospital con diagnóstico de probable pielonefritis el cual se corrobora por clínica y laboratorio (urocultivo con más de 100,000 colonias de E. Coli). Posteriormente presentó parto eutócico de 37 semanas de gestación. En otra paciente se reporta urocultivo con más de 100,000 colonias de E. Coli. Seis pacientes con bacteriuria y leucocituria asintomática.

En cuanto al tipo de parto, se presentaron 5 distocias: tres debido a presentación pélvica de los productos, los que se obtienen con datos clínicos de hipoxia neonatal. Una paciente con ruptura prematura de membranas con 48 horas de evolución, del que se obtiene producto de 37 semanas de gestación. De las últimas dos pacientes; una de ellas con parto gemelar, el primer producto encefálico y el segundo pélvico. La otra con presentación mixta por procedencia de mano y circular de cordón

EDAD GESTACIONAL DEL EMBARAZO AL MOMENTO DEL PARTO  
COMPARATIVO DE AMBOS GRUPOS.

Edad gestacional de 37-38 semanas al momento del parto en el grupo "A", se observó en 11 pacientes (18.4%) y en el "B" en 8 pacientes (13.3%).

En ambos la mínima edad gestacional fue de 37 semanas de gestación y la máxima de 42 SDG, siendo el promedio en ambos grupos de 38.99 (cuadro 8, gráfica 6).

SEMANAS DE GESTACION	"CON CONTROL"		"SIN CONTROL"	
	No. PACIENTES	%	No. PACIENTES	%
- 37	3	5.0	6	10.0
38	8	13.3	2	3.3
39	12	20.0	7	11.7
40	28	46.6	31	51.7
41	5	8.3	11	18.3
42	4	6.6	3	5.0

SEXO DE LOS PRODUCTOS, EN AMBOS GRUPOS

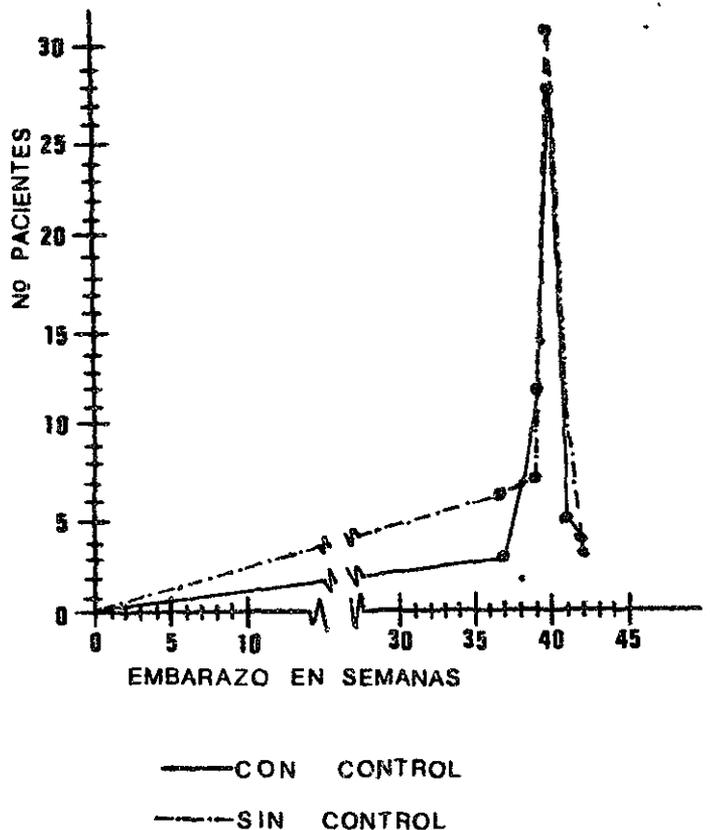
SEXO	"CON CONTROL"		"SIN CONTROL"	
	No. de R.N.	%	No. de R.N.	%
MASCULINO	34	55.7	29	47.5
FEMENINO	27 <sup>+</sup>	44.3	32*	52.5

<sup>+</sup> Un recién nacido muerto.

\* Un recién nacido muerto.

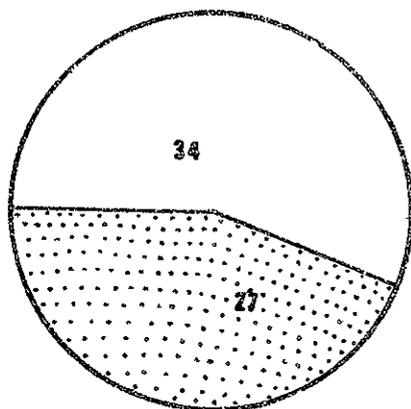
(G. 7)

**EDAD DEL EMBARAZO      PACIENTES**  
**CON Y SIN CONTROL PRE NATAL**  
**CHITINº IMSS              S.L.P. 1.980**



TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

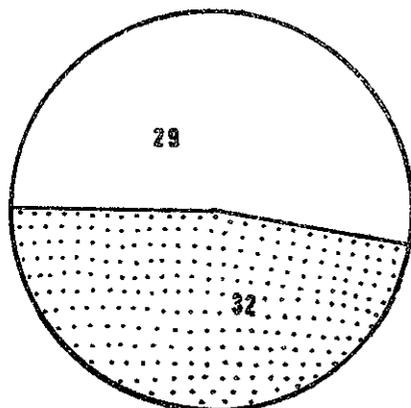
SEXO DEL R.N. DE MADRES  
CON Y SIN CONTROL PRE NATAL  
CINTI<sup>CA</sup> IMES S.L.P. 1.980



CON CONTROL

□ MASCULINO

▣ FEMENINO



SIN CONTROL

□ MASCULINO

▣ FEMENINO

## TALLA DE LOS PRODUCTOS, EN AMBOS GRUPOS.

CONDICION	T A L L A		
	Mínimo cms.	Máximo cms.	PROMEDIO $\bar{x}$ cms.
"Con control prenatal"	47	54	50.4
"Sin control prenatal"	46	54	50.0

En el rango de talla de 50-52 cms. en el grupo "A" fueron 48 productos (78.7%) y en el grupo "B" 31 (50.8%).

Cuadro 9.

TALLA EN CMS.	"CON CONTROL"		"SIN CONTROL"	
	No. de R.N.	%	No. de R.N.	%
47-49	11 <sup>+</sup>	18.1	24	39.3
50-52	48	78.7	31*	50.8
53-55	2	3.2	6	9.9

<sup>+</sup> Un producto masc. muerto con 47 cms. de talla.

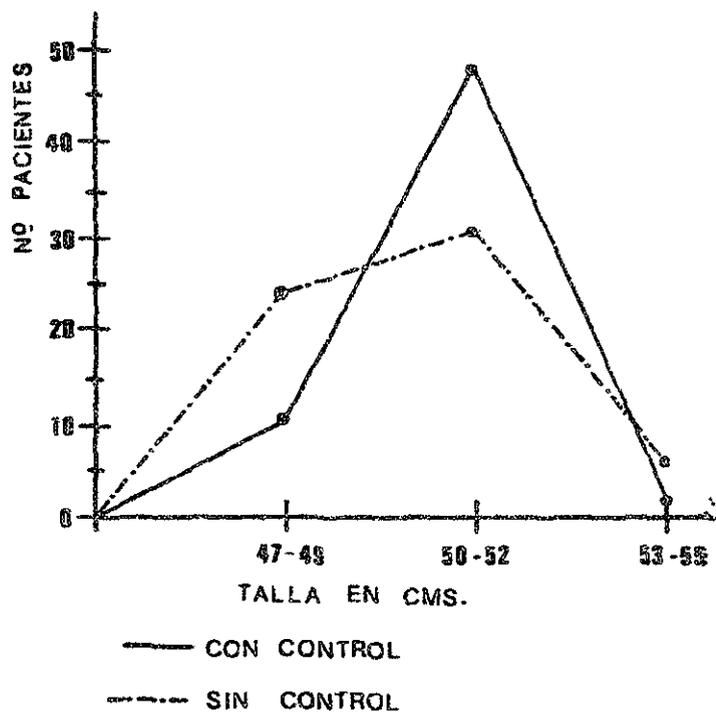
\* Un producto fem muerto con 50 cms. de talla.

El análisis estadístico de la talla, comparativa de ambos grupos resultó con diferencia no significativa.

Gráfica 8.

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

TALLA DEL R.N. DE MADRES  
CON Y SIN CONTROL PRE NATAL  
QUITINGO INSS S.L.P. 1.980



## GRADO DE ESCOLARIDAD, EN AMBOS GRUPOS

Cuadro 10, Gráfica 9

GRADO DE ESCOLARIDAD.	"CON CONTROL"		"SIN CONTROL"	
	No. PACIENTES	%	No. PACIENTES	%
Analfabetas y Primaria incompleta	27	45.0	34	56.6
Primaria	18	30.0	15	25.0
Secundaria	11	18.0	8	13.4
Preparatoria y Profesional	4	7.0	3	5.0

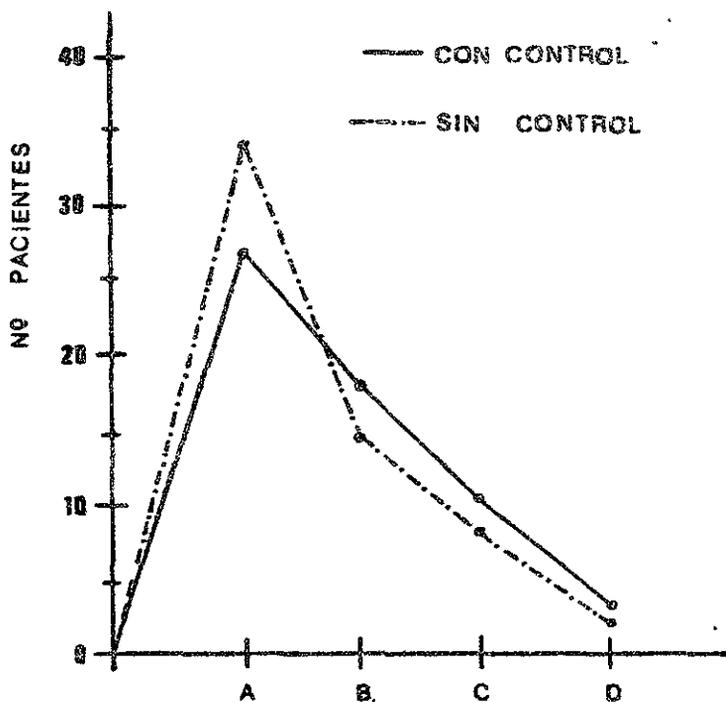
## INGRESO ECONOMICO FAMILIAR EN AMBOS GRUPOS

Cuadro 11, Gráfica 10

INGRESO MENS. EN M.N.	"CON CONTROL"		"SIN CONTROL"	
	No. PACIENTES	%	No. PACIENTES	%
-3000-5000	38	63.3	41	68.4
5001-8000	16	26.7	15	25.0
8001-más	6	10.0	4	6.6

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

**ESCOLARIDAD EN PACIENTES  
CON Y SIN CONTROL FNE NAVAL  
LENTIN<sup>o</sup> IMES S.L.P. 1.980**



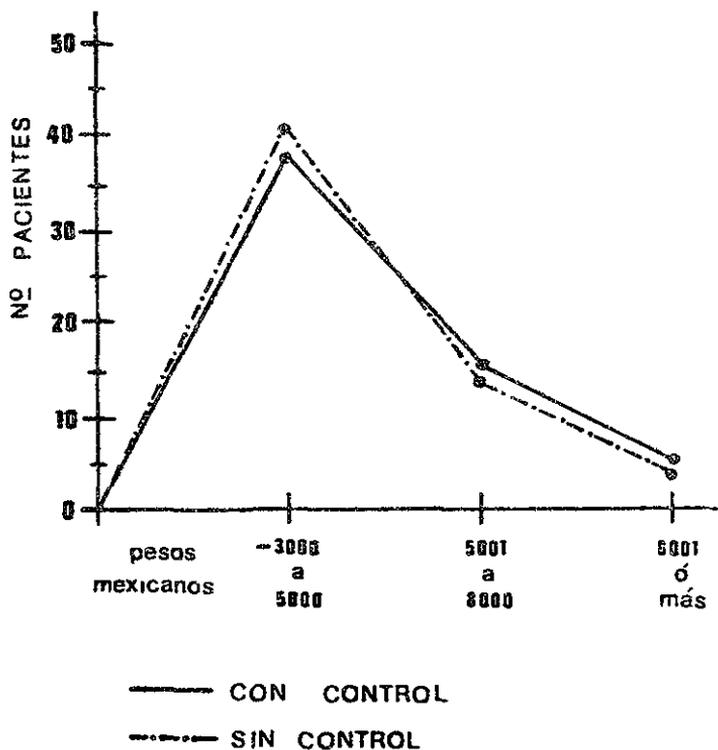
A = analfabetas y primaria incompleta

B = primaria

C = secundaria

D = preparatoria y profesional

**INGRESO FAMILIAR PACIENTES  
CON Y SIN CONTROL PRE NATAL  
CENTRO INES S.L.P. 1980**



**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

## TIPO DE ALIMENTACION EN LOS GRUPOS ESTUDIADOS\*

Cuadro 12, Gráfica 11.

ALIMENTACION	"CON CONTROL"		"SIN CONTROL"	
	No. PACIENTES	%	No. PACIENTES	%
BUENA	12	20.0	8	13.3
REGULAR	17	28.3	15	25.0
MAÑA	31	51.7	37	61.7

## \* ALIMENTACION BUENA

Comen proteínas animales (carnes) 5 veces por semana.

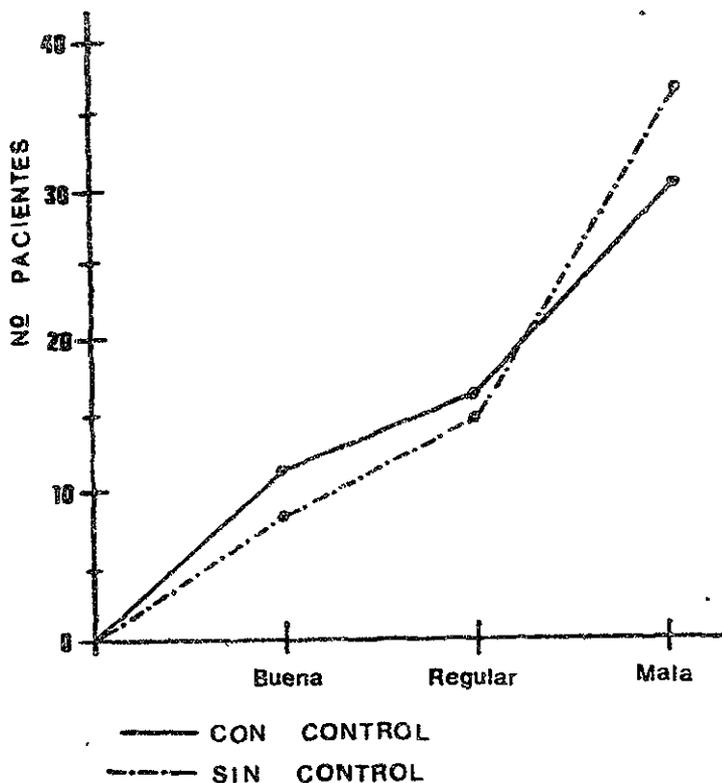
## - ALIMENTACION REGULAR

Comen proteínas animales (carnes) 3 veces por semana.

## - ALIMENTACION MALA

Comen proteínas animales (carnes) menos 3 veces por semana.

ALIMENTACION DE PACIENTES  
CON Y SIN CONTROL PRE NATAL  
CITTIN = IMSS S.L.P. 1.980



TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## C O N C L U S I O N E S

En el curso de los años se ha dado cada vez mayor importancia a la vigilancia de la paciente gestante, en virtud que se ha comprobado que múltiples patologías pueden detectarse y controlarse en forma adecuada, disminuyendo así la mor**bi**mortalidad materno-fetal; por otro lado se debe concientizar aún más ala población de la necesidad de acudir en forma oportuna al médico para prevenir o en última instancia curar las enfermedades.

El objetivo de los cuidados prenatales, consiste, en asegurar en lo posible, que todo embarazo culmine en una madre y en un hijo sanos.

Tomando en cuenta lo anterior, el papel del Médico Familiar, en este campo, es importante, debiendo por lo tanto conocer en forma integral a la paciente gestante así como también los factores que influyen en ésta, tales como los socioeconómicos, ambientales, culturales, y familiares.

El presente estudio a pesar de ser en total- un grupo reducido de pacientes nos demuestra que la medicina preventiva es la base para lograr un abatimiento en la incidencia y tasas de mor**bi**mortalidad de cualquier enfermedad o padecimiento del que se

hable, en el nuestro, el control prenatal; reperci-  
tiendo en el binomio madre-producto.

Al igual que otros países, el nuestro, ha en-  
focado primordialmente sus esfuerzos a mejorar en  
lo que se refiere al aspecto gestacional y perina-  
tal, la atención a la madre gestante mediante pro-  
gramas de control prenatal.

"Es aceptable como un índice de civilización  
en un pueblo, el grado en que las mujeres consul-  
tan al médico durante su embarazo."

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

ESTA TESIS NO SALE  
DE LA BIBLIOTECA

## C O M E N T A R I O

En la correlación, entre la edad de la paciente y su número de gestaciones, es significativo en nuestro estudio; puesto que se aprecia en la paciente control, que a pesar de tener mayor edad proporcionalmente, han cursado con menor número de embarazos; comparativamente con el grupo sin control, que siendo más jóvenes, tiene mayor número de gestaciones.

En relación al intervalo entre el último parto y embarazo actual; de los dos grupos comparativos, las pacientes sin control se embarazaban más precozmente que las del grupo con control, en las cuales sus embarazos tuvieron un intervalo mayor; el análisis estadístico mostró diferencia significativa.

Otro parámetro que se analizó fue el tipo de parto, observándose mayor incidencia de distocias en el grupo sin control prenatal.

La patología mostrada en las pacientes del grupo con control prenatal, la cual, quedó registrada en sus diversas consultas de prenatal fue en número menor que en las del grupo "B", así como las complicaciones en el momento del parto y los estados de hipoxia neonatal presentada por los productos (SFA) guardaron igual diferencia.

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

En lo referente al peso del Producto, no obstante que estadísticamente no fue significativa; nos deja ver a groso modo, que si hay un menor peso en aquellos productos de madres sin atención prenatal.

La talla no la consideramos parámetro fidedigno, en virtud de ser susceptible a error al momento de su registro.

La edad gestacional en ambos grupos al momento del parto en promedio fue similar.

No hubo promedio notable de algún sexo en los productos de ambos grupos.

El grado de escolaridad, el ingreso económico familiar, así como el tipo de alimentación; guardaron relación entre sí, dándonos en forma general idea que el grupo sin control prenatal guarda un nivel sociocultural, económico y nutricional bajo, comparativamente al grupo con control prenatal.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## B I B L I O G R A F I A



1. Arguelles Juan. Saldaña García Rubén H.  
Las infecciones de vías urinarias como complicación del embarazo.  
Ginec. y Obstet. de México. IMSS.  
Vol. XXII, No.2, Pág. 109, Marzo-Abril 1970.
2. Anderson Jonathan. Durston Berry H. Poole Mill sent. Redacción de Tesis y Trabajos Escolares. Editorial 1977.
3. Asistencia durante la Gestación. Obstetricia de Beck.  
Cap. 9, Pags. 123-140. Editorial Interamericana
4. Castelazo Ayala. Rodríguez Arguelles. Díaz del Castillo.  
Factores del Riesgo Perinatal.  
Inv. Clínica, IMSS. 1977.
5. Castelazo Ayala Luis.  
Vigilancia Médica Prenatal. Obstetricia.  
Tomo I, México Pág. 189.
6. Cuidados Prenatales. Obstetricia de Williams.  
Pág. 288. 1973.
7. Díaz del Castillo Ernesto. Consideraciones sobre Desnutrición Intrauterina. Cuadernos de Nutrición. Enero-Marzo, 1977.
8. Díaz del Castillo Ernesto. Características biológicas y Sociales de la gestación. Clínica y Patología del R. N. México. Editorial Interamericana. Pags. 1-19, 1968.
9. Espinoza Hernández Jesús y Col. Introducción a la mujer Embarazada. Evaluación del periodo prenatal. Boletín Médico del IMSS, Méx. Vol. 16 No. 9. Sept. 1974.

10. Flores Hernández Alvaro y Col. Análisis de 100 casos de muerte perinatal. Ginec. Obstet. Méx. 46-113, 1979.
11. Heineman, H.S. y Lee, J.H. Bacteriuria in pregnancy. A Heterogeneous entity. Obstet. Gynecol. 41-22, 1973.
12. Kiser Saul y Berroteran Aolga. Mortalidad perinatal Institucional del Embarazo Gemelar. Ginec y Obst. Mex. 44-314, 1978.
13. Kretzschmar Robert M. Smoking and Health: Role of the Obstetrician and Ginec. 55-405, 1980.
14. Levell Shor-Pinsker. Infecciones e Infestaciones durante el Embarazo. Gaceta Médica de México. Vol. 107. No. 1 Enero 1974.
15. Los factores de Riesgo Perinatal en la Población adscrita al IMSS. Investigación clínica y epidemiológica. IMSS, 1977.
16. Meyer, MB y Tonascia, J.A. Maternal Smoking, pregnancy complication and perinatal mortality AM.J. Obstet. Gynec. 128-494. 1977.
17. Niz Ramos José y Col. Factores predisponentes de la bacteriuria y efectos sobre el embarazo. Ginec. y Obstet. Méx. 46-268. 1979.
18. Noriega Guerra Luis. Fisiología materna y sus alteraciones. Actualidades de Ginecología y Obstetricia. Pp. 325-93. 1970.
19. Presente y Futuro de la Medicina Perinatal en México. Ginec. y Obstet. de México Vol. 32, año XXVII No. 193, Nov. 1972.
20. Relación entre la Nutrición Materna y el desarrollo temprano del Niño. Cuadernos de Nutrición. Julio-Sept. 1979.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

21. Rodríguez Arguelles Juan. Terapia Medicamento-  
sa durante el Embarazo.  
Ginecología y Obstetricia. México.  
43-160. 1978.
22. Sabath Leon D. and Charles David.  
Urinary Tractinfections in the Female.  
Obstet and Gynec. 55-1645, 1980.
23. Torroella Julio Manuel.  
El niño Recién Nacido. Pediatría. Pags. 161-  
216. 1977 Editorial Méndez Oteo.
24. Williams.  
Trastornos hipertensivos en el Embarazo.  
Obstetricia.  
Pags. 597. 1973.
25. Williams.  
Enfermedades del Recién Nacido.  
Obstetricia. Págs. 887-96. Curso Clínico del  
Parto.  
15-336-46.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN