

FALLA DE ORIGEN
EN SU TOTALIDAD

RECIBO
ACREDITACION AL 30
1/1226
40
24

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE
POSGRADO E INVESTIGACION
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS
SOCIALES PARA LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

UNIDAD ACADEMICA

BALBUENA

RIESGO PERINATAL EN LA CLINICA
BALBUENA

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR, PRESENTA:

DR. EDMUNDO FLORES SALAZAR

MEXICO, D.F. A 12 DE ENERO DE 1995.



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).

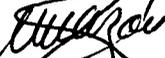
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición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

RIESGO PERINATAL EN LA CLINICA
BALBUENA

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR
PRESENTA:

DR. EDMUNDO FLORES SALAZAR

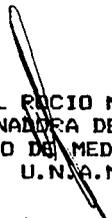
~~AUTORIZACIONES~~



~~DR. JUAN JOSE MAZON RAMIREZ
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.~~



~~DR. ARNULFO TRISOBVEN CORIA
COORDINADOR DE INVESTIGACION
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.~~



~~DRA. MA. DEL ROCIO NORIEGA GARIBAY
COORDINADORA DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
U.N.A.M.~~

TRABAJO DE INVESTIGACION PARA OBTENER
EL DIPLOMA DE ESPECIALIZACION EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

DR. EDMUNDO FLORES SALAZAR

TESIS

RIESGO PERINATAL EN LA CLINICA
BALBUENA

I. S. S. S. T. E.
DELEGACION ORIENTE
SUBDELEGACION MEDICA



DIRECCION
CLINICA BALBUENA

DR. RIGOBERTO CEDILLO HERNANDEZ
PROFESOR TITULAR
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR
BALBUENA
I.S.S.S.T.E.



DR. HECTOR GABRIEL ARTEAGA ACEVES
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE
MEDICINA FAMILIAR
JEFATURA DE SERVICIOS DE ENSEÑANZA
I.S.S.S.T.E.

1.- P R O B L E M A

¿Cuál es el riesgo perinatal de las pacientes embarazadas que acuden al consultorio 2 del turno matutino de la Unidad de Medicina Familiar del ISSSTE, Balbuena?

2.- HIPOTESIS

No hay hipótesis, porque el trabajo es descriptivo y observacional.

3.- ANTECEDENTES

Desde la formación de los comités de mortalidad materna y perinatal en México en 1960, han disminuido las cifras de muerte materna de 18 por 10,000 nacidos vivos a cifras para 1990 de 9 por 10,000 nacidos vivos. (10)

En 30 años, la secretaría de Salud a intensificado sus acciones para mejorar la salud materna y perinatal, pero a pesar de esos esfuerzos aún tenemos las mismas causas de muerte materna que en 1960: primer lugar, la toxemia con 30%, segundo lugar, hemorragias con 20%, tercer lugar, infecciones y cuarto lugar, los abortos. Como se observa, el 50% de causa materna lo ocupan dos entidades que son previsibles, siempre y cuando se realice una evaluación adecuada de riesgo al inicio del embarazo, así como identificar en forma oportuna esta patología; al tener una sistematización en la evaluación de la evolución del embarazo que hasta el momento a pesar de los esfuerzos del sistema de Salud para implantarlas aún no se tienen. (2,3,8,10).

Por otro lado, la mortalidad perinatal esta englobada en 4 factores principalmente, como la mortalidad materna. (10)

Cada año el 25% de los recién nacidos 625,000 niños aproximadamente, presentan alteraciones provocadas por situaciones perinatales. Cerca del 10% son prematuros, (250,000) otro 10% de niños nacen con peso bajo para la edad gestacional alrededor del 5% tienen una malformación congénita mayor o menor. Un porcentaje aún no bien

determinado pero que se encuentra alrededor del 5% (otros 125,000 niños), presentan trauma obstétrico al momento de su nacimiento. (10)

De lo anterior se desprende que: las consecuencias son, 60% de los niños que sobreviven a estos defectos del nacimiento, a los 7 años tienen secuelas de minusvalía y/o invalidez. (10)

El país pierde casi una tercera parte de la potencialidad creativa y productiva del individuo. (10)

La práctica de la obstetricia, tiene como objetivo mejorar la calidad del producto de la concepción humana, a través de la prevención (3). Dando máxima atención a la madre para detectar toda patología que influya negativamente en su desarrollo (8). Necesariamente se requiere de la colaboración de la paciente y familiares, (5) para abordar el cuidado de modo integral. (Médico, psicológico familiar, social y ambiental para lograr el equilibrio necesario del buen desarrollo del embarazo).

Para detectar la toxemia del embarazo se requiere medir la tensión arterial e investigar la presencia de proteínas urinarias en cada visita prenatal, cuya frecuencia debería ser cada dos semanas por lo menos, entre la 28 y la 36 semanas del embarazo y semanalmente de ahí en adelante. (1,4,6,11,12)

Un factor negativo frecuente, es el nivel socioeconómico bajo (3,4) y con el la pobreza en: escolaridad, hábitos higiénicos, y dietéticos,

siendo la causa de anemia, malnutrición, baja de defensas, multiparidad, tabaquismo alcoholismo etc. (4,7,9) como consecuencia de disfunción familiar.

La realización de la guía de evaluación del control subsecuente del embarazo, se inició en 1982 en el C.H. Ignacio Zaragoza, como parte de una metodología sistemática que comprende: riesgo reproductivo, evolución del embarazo, parto, recién nacido, puerperio, lactante y pre-escolar, por un grupo de gineco-obstetras encabezados por los Doctores: Carlos Vargas García, Gregorio Valencia Pérez, y Juan Miranda Murillo, adscritos al C.H. Ignacio Zaragoza. Los documentos se encuentran en los archivos de la biblioteca del hospital. Se siguen realizando modificaciones como en el trabajo actual y en otros que se realizan en el "Centro de investigación materno infantil del G.E.N. " (Grupo de estudios al nacimiento).

El modelo inicial fué inspirado en las hojas de evaluación del CLAP (Centro Latino americano de Perinatología), con sede en Montevideo Uruguay y con respaldo de la OMS, OPS y la UNICEF.

Estos documentos constituyen actualmente una guía para los médicos egresados de la escuela de medicina de la UNAM y para las licenciadas en enfermería egresadas de la ENEF. Hay publicaciones en esas dos instituciones docentes de los trabajos concluidos.

4.- O B J E T I V O S

1.- Conocer el riesgo perinatal de las pacientes embarazadas que acuden al consultorio no. 2 turno matutino de la Clinica Balbuena del ISSSTE.

2.- Valorar la importancia de la aplicación de la guía de evaluación de riesgo perinatal durante la evolución del embarazo.

3.- Contribuir a la solución de un añejo problema, que es el de mejorar la evaluación del embarazo y su seguimiento hasta el parto, identificando oportunamente sus factores de riesgo, para ser enviada al nivel de atención correspondiente.

5.- JUSTIFICACION

A) Los sistemas de evaluación de riesgo para el embarazo y la evaluación del mismo implantado por las diferentes instituciones de salud, son complejos y poco descriptivos, por realizarse en forma cuantitativa y clasificar el embarazo en alto y bajo riesgo, dado lo anterior, se presenta un formato que es objetivo, sencillo y tipifica en cualidad los factores de riesgo en bajo, mediano y alto, con un impacto visual de colores para el manejo del mismo.

B) Su importancia para la medicina, es que dicho documento es efectivo, porque aunque no sea médico el aplicador de este cuestionario, identifica el riesgo de la evolución del embarazo, con tener una preparación general dentro de la atención de la paciente embarazada, y predictivo porque cada uno de los reactivos diseñados nos propone tres posibles respuestas: de normalidad, inicio de anormalidad y anormalidad, induciendo al encuestador, médico o enfermera a la interrogante de por que sucede cada una de esas respuestas, promoviendo ampliar el conocimiento mediante la investigación de cada una de las variables del documento propuesto.

6.- DISEÑO

6.1. TIPO DE INVESTIGACION

Observacional, Prospectiva, descriptiva, transversal, a ciegas.

6.2. GRUPOS DE ESTUDIO

6.2.1. GRUPO PROBLEMA

Caracterizado por pacientes embarazadas que acuden al consultorio no. 2.

6.2.1. TAMAÑO DE LA MUESTRA

6.2.2. GRUPO TESTIGO.

No se trabajó con grupo testigo.

6.2.2.1. TAMAÑO DE LA MUESTRA.

No hay muestra, se trabajó con población.

6.2.2.2. CRITERIOS DE INCLUSION

Todas las pacientes embarazadas entre los 20 y 40 años de edad que sean derechohabientes y que colaboren con el estudio.

6.2.2.3. CRITERIOS DE EXCLUSION

Que no deseen colaborar o den incompletas las respuestas.

6.3. CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS

Se anexa hoja de guía de evaluación de riesgo perinatal.

6.4. DESCRIPCION GENERAL DEL ESTUDIO

Este trabajo consistió en el estudio de 42 pacientes embarazadas, que acudieron a control prenatal al consultorio no. 2 turno matutino, en el periodo de agosto a noviembre, previa autorización para la realización del estudio, se les aplicó el cuestionario. Se canalizaron a los servicios correspondientes a las pacientes en quienes se fueron detectando alteraciones.

6.5. CALENDARIO DE ACTIVIDADES

	ELECCION DEL TEMA	INVESTIGACION BIBLIOGRAFICA	RECOLECCION DE DATOS	ANALISIS Y REPORTE FINAL
MAYO	X			
JUNIO	X	X		
JULIO		X		
AGOSTO		X	X	
SEPTIEMBRE			X	
OCTUBRE			X	
NOVIEMBRE			X	X

6.6. ANALISIS DE DATOS

Se analizaron los datos a partir de porcentajes y gráficos.

6.8. CONCLUSIONES

Los resultados nos indican, que al aplicar el formato de la guía de evaluación de riesgo perinatal se detectó, que el 66% de los casos son de riesgo bajo, el 19% por factores de riesgo medio y el 14 % de alto riesgo. Lo que indica que la población de pacientes embarazadas vistas en el turno matutino del consultorio no. 2 en la clínica Balbuena, conserva los indicadores internacionales de riesgo, en forma casi similar, por lo que se propone que dicho formato sea manejado en la consulta de primer nivel para el control de la mujer embarazada.

Se sugiere continuar el seguimiento de las pacientes embarazadas en consultas subsecuentes, para que la aplicación del formato logre la finalidad planeada.

7. RECURSOS

7.1. HUMANOS

Un médico investigador, y una secretaria.

7.2. FISICOS

50 fotocopias del formato, 50 hojas de papel, una pluma y máquina de escribir.

B. FINANCIAMIENTO

B.1. COSTO DE LA INVESTIGACION

Aproximadamente 100 nuevos pesos.

9. ASPECTOS ETICOS

Va de acuerdo a la legislación vigente. No se transgrede el reglamento de la ley General de Salud, ni la declaración de Helsinski. Además, la realización del estudio tiene como objetivo, disminuir el riesgo a que están expuestas las pacientes embarazadas.

10. Autorizaciones

10.1. De los Jefes de Servicio o Departamento que en alguna forma participe en el Desarrollo de la investigación.

Nombre: _____

Firma: _____

Nombre: _____

Firma: _____

Nombre: _____

Firma: _____

10.2. Del Jefe de Investigación de la Unidad.

Firma: _____

10.3. En aquellos casos que lo ameriten, a juicio de la Jefatura de Investigación, de la dirección del hospital.

Firma: _____

DR. RIGOBERTO CEDILLO HERNANDEZ.

I. S. S. S. T. E.
DELEGACION ORIENTE
SUBDELEGACION MEDICA



DIRECCION
CLINICA BALBUENA

11. Carta de aceptación de tutoria de tesis de investigación (Ver hoja anexa).

ACEPTACION DE TUTORIA DE TESIS DE INVESTIGACION

Jefatura de Investigación
Presente.

Como asesor de la tesis RIESGO PERINATAL EN LA CLINICA BALBUENA

que realizará el doctor EDMUNDO FLORES SALAZAR
me comprometo a:

- 1.- Aconsejar al autor sobre cada uno de los capítulos señalados en el protocolo correspondiente.
- 2.- Buscar que en el servicio se le faciliten los medios para el mejor desarrollo de la investigación.
- 3.- Vigilar que el autor cumpla con los procedimientos señalados en el protocolo.
- 4.- Analizar los resultados con el autor para derivar las conclusiones.
- 5.- Recomendarle los cambios que juzgue pertinentes en la comunicación escrita al final del trabajo.
6. Firmar la tesis cuando la considere aceptable.



DR. ROBERTO SANCHEZ AHEDO.

Atentamente



Subdirección General Médica
Subdirección de Enseñanza e Investigación
Jefatura de Servicios de Investigación

No. de Registro _____

P R O T O C O L O

Unidad Médica CLINICA BALBUENA

Título RIESGO PERINATAL EN LA CLINICA BALBUENA

NOMBRES

FIRMAS

Investigador responsable:

DR. EDMUNDO FLORES SALAZAR

Investigadores asociados:

_____	_____
_____	_____
_____	_____

Para presentar en: _____

Para publicación en: _____

Para ser llenado por la Jefatura de Investigación

Fecha de recepción: _____ Fecha de aprobación: _____

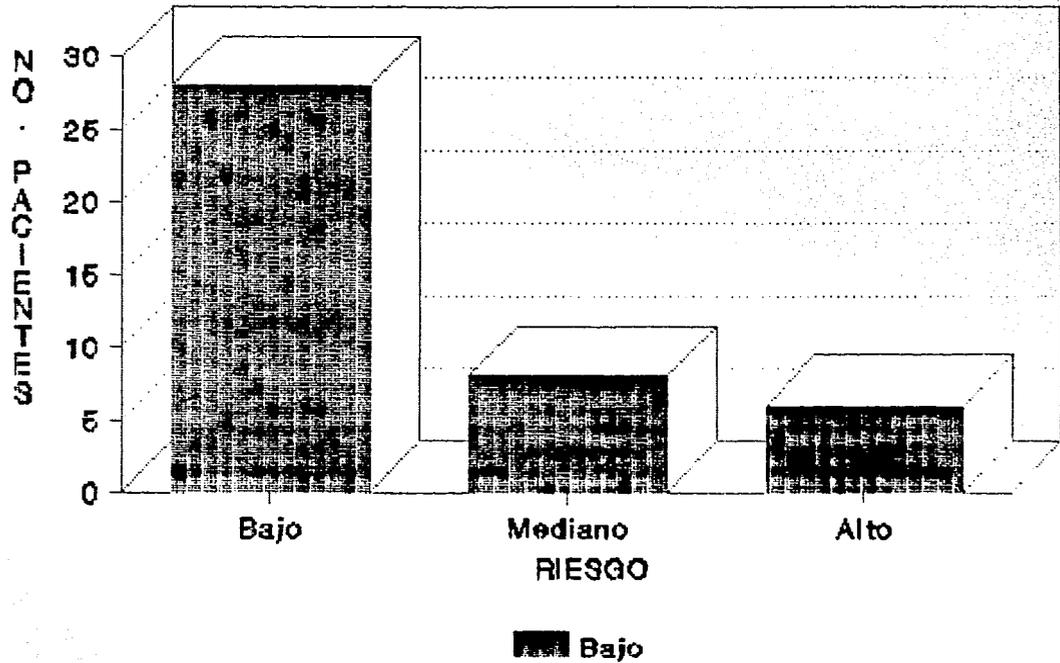
Fecha de terminación: _____

Fecha de informes parciales: _____

Evaluación de informes: _____

EMBARAZO DE ALTO RIESGO

Frecuencia

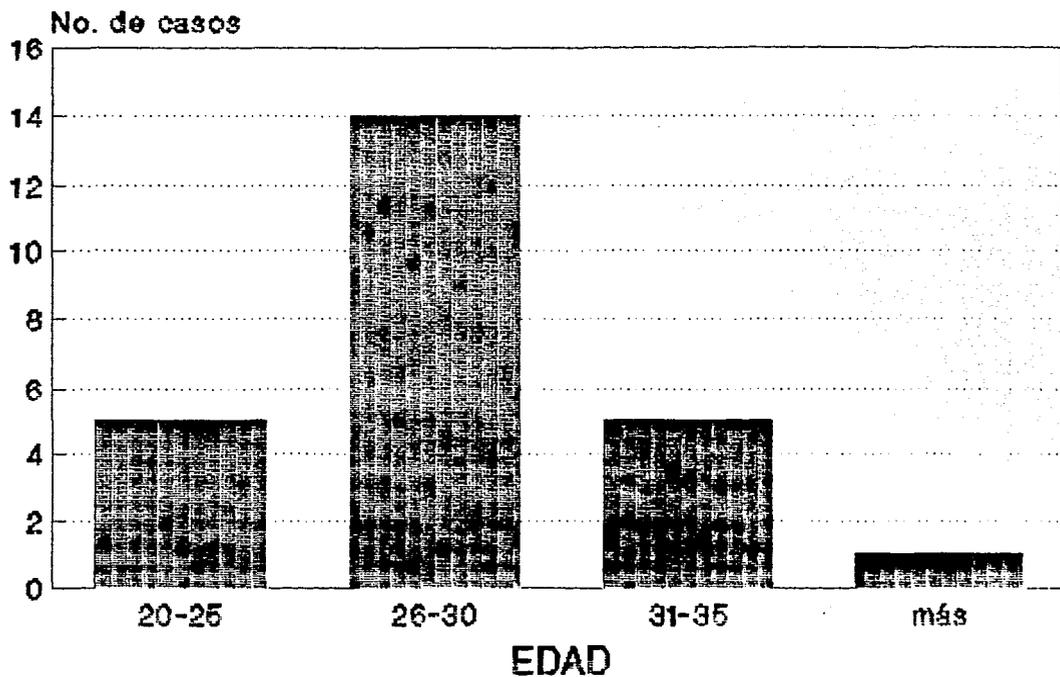


Balbuena 1995

ESTÁ TERM NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

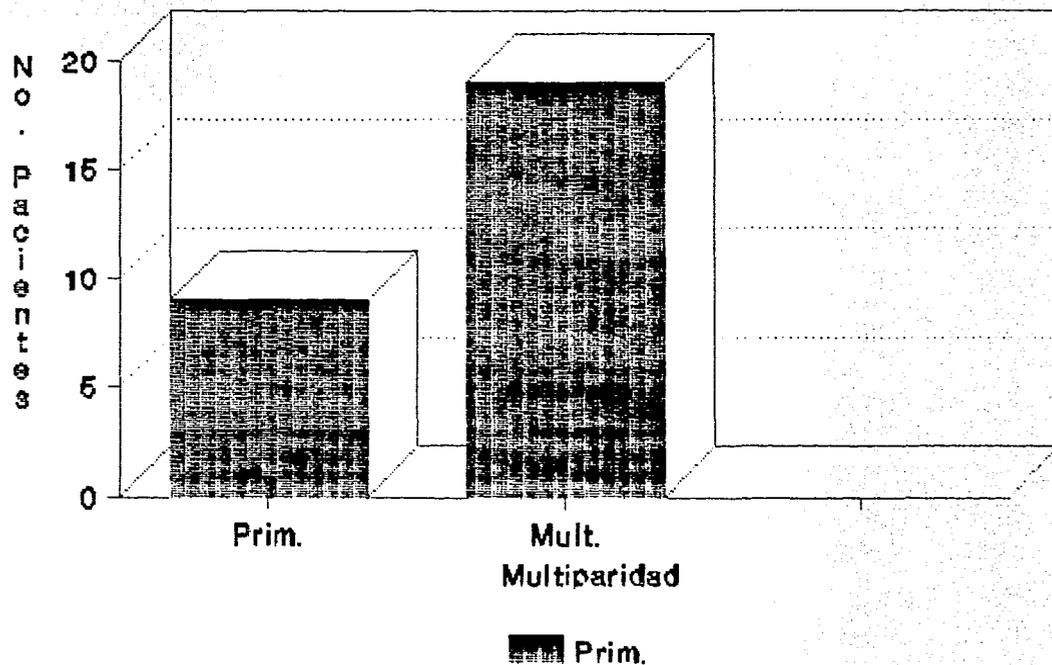
EMBARAZADAS POR EDAD

Embarazo de Alto Riesgo



NUMERO DE EMBARAZOS

Embarazo de alto riesgo



HOSPITAL REGIONAL GENERAL "IGNACIO ZARAGOZA"

GUIA DE EVALUACION DE RIESGO PERINATAL DURANTE LA EVOLUCION DEL EMBARAZO

Fecha _____
 Nombre _____ Cédula _____ Edad _____
 G _____ P _____ A _____ C _____ Obito _____ FUP/C _____ FUA _____
 FPP _____ SDG _____ Peso _____ Talla _____ Peso Ideal _____ **FUR.**

Motivo de la Consulta _____

1.-Presión Arterial	Sist. 100-129 <input type="checkbox"/>	130-160 <input type="checkbox"/>	161 y más <input type="checkbox"/>
	Días 60- 89 <input type="checkbox"/>	90-109 <input type="checkbox"/>	110 y más <input type="checkbox"/>
2.-Aumento de Peso	1 a 1.5 <input type="checkbox"/>	1.6 a 2.5 <input type="checkbox"/>	2.6 o más <input type="checkbox"/>
		- 1 kg. <input type="checkbox"/>	Sin aumento <input type="checkbox"/>
3.-Aumento de FU/mes	4 a 5 cm <input type="checkbox"/>	5 a 6 <input type="checkbox"/>	+ de 6 <input type="checkbox"/>
		- de 4cm <input type="checkbox"/>	Sin Aumento <input type="checkbox"/>
4.-Movimientos Fetales	Activo <input type="checkbox"/>	Disminuido <input type="checkbox"/>	Sin movimiento <input type="checkbox"/>
5.-FCF	120-150 <input type="checkbox"/>	151-160 <input type="checkbox"/>	+ de 160 <input type="checkbox"/>
			- 120 <input type="checkbox"/>
6.-Tono Uterino	Normal <input type="checkbox"/>	Aumentado <input type="checkbox"/>	Actividad <input type="checkbox"/>
		Iritable <input type="checkbox"/>	Regular <input type="checkbox"/>
7.-Edema	Perimaleolar <input type="checkbox"/>	+ piernas <input type="checkbox"/>	Generalizado <input type="checkbox"/>
8.-Síntomas Urinarios	Poliuria <input type="checkbox"/>	+ Disuria <input type="checkbox"/>	+ Pujo y tenesmo vesical <input type="checkbox"/>
9.-Giordano	Derecho <input type="checkbox"/>	Izquierdo <input type="checkbox"/>	Bilateral <input type="checkbox"/>
	+ <input type="checkbox"/>	+ <input type="checkbox"/>	++ +++ <input type="checkbox"/>
10.-ROTS	Normal <input type="checkbox"/>	Aumentado <input type="checkbox"/>	Aumentados <input type="checkbox"/>
		+ <input type="checkbox"/>	++ +++ <input type="checkbox"/>
11.-Síntomas vasculo-espasmódicos	No <input type="checkbox"/>	Cefaléa <input type="checkbox"/>	Acúfenos y Fosfenos <input type="checkbox"/>
12.-Exp. Vaginal	Formado <input type="checkbox"/>	Formado <input type="checkbox"/>	Borrado y <input type="checkbox"/>
Cervix	Cerrado <input type="checkbox"/>	Dilatado <input type="checkbox"/>	Dilatado y sangrado <input type="checkbox"/>
13 Laboratorio			
BH	12-14 <input type="checkbox"/>	9-11 <input type="checkbox"/>	- de 9 <input type="checkbox"/>
Glicemia	40-90 <input type="checkbox"/>	91-100 <input type="checkbox"/>	+ de 100 <input type="checkbox"/>
CTG	Normal <input type="checkbox"/>	D. gestacional <input type="checkbox"/>	D. mellitus <input type="checkbox"/>
Protelinas	Trazas <input type="checkbox"/>	100 ++ <input type="checkbox"/>	+ de 2000 <input type="checkbox"/>
		300 +++ <input type="checkbox"/>	
14.- USG	De acuerdo <input type="checkbox"/>	Diferencia <input type="checkbox"/>	Diferencia <input type="checkbox"/>
Edad Gestacional	a FUR <input type="checkbox"/>	+ 2 sem <input type="checkbox"/>	+ 4 sem <input type="checkbox"/>
	Riesgo Bajo <input type="checkbox"/>	Riesgo Medio <input type="checkbox"/>	Riesgo Alto <input type="checkbox"/>
15. Otros datos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

RESUMEN DE LA INVESTIGACION

LA IMPORTANCIA DE LA SALUD MATERNA Y PERINATAL NOS HACE PENSAR, QUE UNA BUENA EVALUACION Y SEGUIMIENTO DEL CURSO DEL EMBARAZO, ES POSIBLE DETECTAR PATOLOGIA - EN FORMA OPORTUNA Y CONSECUENTEMENTE ENVIAR A NIVEL DE ATENCION CORRESPONDIENTE. ESTE OBJETIVO SE FACILITA CON LA APLICACION DE UNA GUIA DE EVALUACION, COMO LA -- QUE SE EMPLEO EN EL PRESENTE TRABAJO (PERO QUE HAY POSIBILIDADES DE MEJORARLA), - PARA ESTUDIAR A 42 PACIENTES EMBARAZADAS DERECHOABIENTES, QUE ACUDIERON PARA SU CONTROL, AL CONSULTORIO No. 2 TURNO MATUTINO DE LA CLINICA BLABUENA DURANTE - EL MES DE AGOSTO A NOVIEMBRE DE 1994. EL RESULTADO OBTENIDO NOS REVELA QUE -- CONSERVA LOS INDICADORES INTERNACIONALES DE RIESGO.

10. B I B L I O G R A F I A

1. Martín L. Pernol. MD. Métodos de valoración para el embarazo con Riesgo. Diagnóstico y tratamiento Ginecoobstétrico, 6a. Ed. 1992, 313-321.
2. Michel R.G Evaluación primaria del riesgo en el embarazo en el H. Regional del ISSSTE en León Guanajuato. Tesis de postgrado. ISSSTE-UNAM 1987.
3. Montañón Morales W.R. Impacto de utilizar un sistema de riesgo en la atención materno infantil, Mex. Tesis de Postgrado ISSSTE-UNAM 1990.
4. Monterrosas L.D. Incidencia de Preeclampsia-eclampsia y síndrome de HELLP en el hospital Regional "Gral. Ignacio Zaragoza", Estudio preliminar. Tesis de post-grado ISSSTE-UNAM. 1994.
5. Narvaez R.E. Evaluación de riesgo en el embarazo. Tesis de post-grado ISSSTE-UNAM. 1986.
6. Ortiz M.P. Vargas G.C. Morbimortalidad materna y perinatal. Tres factores de riesgo. Tesis de postgrado. ISSSTE-UNAM. 1988.
7. Pelcastre D.J. Evaluación y resolución del evento obstétrico: Primigesta adolescente vs primigesta añosa. Tesis de postgrado ISSSTE-UNAM. 1988.
8. Solano E.L. Detección del embarazo de alto riesgo en el primer nivel de atención médica y su envío eficiente y oportuno al tercer nivel. Tesis de posgrado. ISSSTE-UNAM. 1988.
9. Steven A. Schroede, Aspectos esenciales de los cuidados prenatales. Diagnóstico Clínico y tratamiento. 25 Ed. 1990. 479-481.

10. Vargas García C. Programa permanente de prevención y tratamiento de los defectos al nacimiento. Proyecto interinstitucional. GEN (Grupo de estudios al nacimiento A.C.) 1989. 3-10.
11. Vargas M.G. Correlación de riesgo reproductivo con daño materno y perinatal. Tesis de postgrado ISSSTE-UNAM. 1988.
12. Zúñiga G.G. Evaluación de riesgo durante el embarazo. Tesis de Postgrado ISSSTE-UNAM. 1985.
13. Eliot L.S. Factors related to the increasing cesarean section rates for cephalopelvic disproportion. Am. J. Obstet. Gynecol. 1986; 154: 1095-8.
14. Carreras P.J. et al Propuesta de valores normales de alfa fetoproteína en suero materno para la detección de defectos en el cierre del tubo neural y síndrome de Down. Ginec. Obstet. Mex. 1991. 59: 261-4.
15. Henryc Alan F. Remote prognosis of preeclampsia in woman 25 years old an younger. Am. J. Obstet. Gynecol. 1990: 160-167.