



11226  
35

# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADOS E INVESTIGACIÓN

**INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES  
PARA LOS TRABAJADORES DEL ESTADO**

**UNIDAD ACADÉMICA**

**CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR  
"DR. JOAQUÍN CANOVAS PUCHADES"**

**CALIDAD DE LA ATENCION DEL  
CONTROL PRENATAL**

286504

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN QUE PARA  
OBTENER EL DIPLOMA DE**

**ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA:**

**DRA. RAMONA IMELDA  
GARCIA MARTÍNEZ**



**ISSSTE**

**TEPIC, NAYARIT; 1997.**

2000



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.

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**DIVISION DE POSGRADO E INVESTIGACION**

**INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES  
PARA LOS TRABAJADORES DEL ESTADO**

**UNIDAD ACADEMICA**

**CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR  
*DR. "JOAQUIN CANOVAS PUCHADES"***

**CALIDAD DE LA ATENCION DEL CONTROL  
PRENATAL**

**TRABAJO DE INVESTIGACION  
QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE**

**ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA**

***DRA. RAMONA IMELDA GARCIA  
MARTINEZ***

**TEPIC NAYARIT., 1997.**

**TRABAJO DE INVESTIGACION QUE PARA OBTENER  
EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA  
FAMILIA**

PRESENTA:

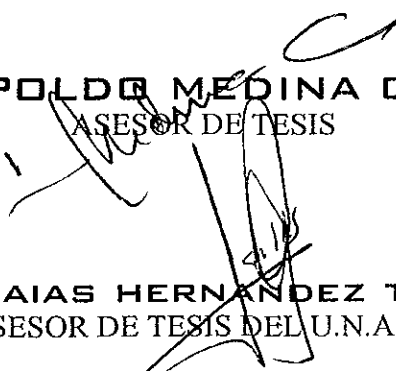
**DRA. RAMONA IMELDA GARCIA MARTINEZ**

CALIDAD DE LA ATENCION DEL CONTROL PRENATAL



**DRA. LAURA ELENA LOMELI GUERRERO**

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA  
FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES EN LA CLINICA DE MEDICINA  
FAMILIAR "DR. JOAQUIN CANOVAS PUCHADES" TEPIC NAYARIT.



**DR. LEOPOLDO MEDINA CARRILLO**  
ASESOR DE TESIS

**DR. ISAIAS HERNANDEZ TORRES**  
ASESOR DE TESIS DEL U.N.A.M.

**DRA. LETICIA ESNAURRIZAR JURADO**  
JEFA DEL DEPARTAMENTO DE EDUCACION MEDICA CONTINUA Y  
MEDICINA FAMILIAR  
JEFATURA DE SERVICIOS DE ENSEÑANZA ISSSTE.

**I. S. S. S. T. E.**  
SUB-DIRECCION MEDICA  
CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR  
"DR. J. C. P."  
TEPIC, NAYARIT.

**TEPIC, NAYARIT.**

**CALIDAD DE LA ATENCION DEL CONTROL  
PRENATAL**

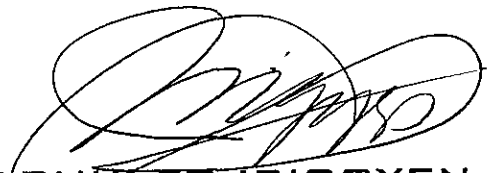
TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE  
ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR PRESENTA:

**DRA. RAMONA IMELDA GARCIA MARTINEZ**

**AUTORIZACIONES**



~~DR. MIGUEL ANGEL FERNANDEZ ORTEGA~~  
~~JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR~~  
~~U.N.A.M.~~



**DR. ARNULFO TRIGOYEN CORIA**  
COORDINADOR DE INVESTIGACION DEL  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
U.N.A.M.

**DR. ISAIAS HERNANDEZ TORRES**

COORDINADOR DE DOCENCIA  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
U.N.A.M.

# INDICE GENERAL

I.- ANTECEDENTES ( MARCO TEORICO ).....	1
II.- PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA.....	2
III.- JUSTIFICACION.....	8
IV.- OBJETIVOS.....	9
Objetivos generales.....	9
Objetivo específicos.....	9
V.- METODOLOGIA.....	10
a) Tipo de estudio.....	10
b) Población, lugar y tiempo.....	10
c) Tipo de muestra y tamaño de la muestra.....	10
d) Grupo de estudio.....	12
e) Criterios de inclusión y eliminación.....	13
f) Información a recolectar variables de medición.....	14
g) Método o procedimiento para captar la información.....	17
h) Consideraciones éticas.....	18
VI.- RESULTADOS.....	19
Descripción de resultados.....	19
Tablas y gráficas.....	21
VII.- DISCUSION.....	27
VIII.- CONCLUSIONES.....	30
IX.- BIBLIOGRAFIA.....	32
X.- ANEXOS.....	36
Cédula de recolección de datos.....	37

***CALIDAD DE LA ATENCION DEL  
CONTROL PRENATAL***

## MARCO TEORICO

La mortalidad perinatal es de capital importancia, ya que es un indicador sensible de la calidad de atención prestada al proceso reproductivo , así como del estado de salud de la población.(1) en nuestro país en lo que se refiere a daños en la salud en el rubro de mortalidad infantil, el primer lugar lo ocupan las afecciones en el período perinatal y en la tabla general de mortalidad se encuentran en el sexto (2). La tasa de mortalidad materna se ha reducido de 53.6 en 1940 a 6.1 en 1994 X 1000 nacidos vivos registrados, siendo las principales causas de mortalidad materna la toxemia y hemorragias durante el embarazo,, la mortalidad infantil se redujo considerablemente de 158.7 en 1940 a 29.0 en 1994 y de estas, una tasa de 6.9 X 1000 nacidos vivos registrados son muertes perinatales (3)(4). Por lo que uno de los grandes retos para los servicios de salud perinatal es la prevención de embarazo de alto riesgo(5), lo que se presenta principalmente en mujeres adolescentes de 15-19 años, cuyos embarazos se caracterizan por la presencia de toxemias y desproporción cefalo-pélvicas, con mayor riesgo de productos prematuros y de bajo peso (6) y si ha esto le aunamos un nivel socioeconómico bajo se incrementa a un más la morbi-mortalidad materno-fetal y en las mujeres mayores de 35 años de edad en las que además existen patologías preexistentes, tales como hipertensión arterial, diabetes mellitus, cardiopatías etc; con lo que se favorecen malformaciones congénitas (7). Por lo tanto la atención prenatal es esencial para la buena salud de la madre y el niño lo cual practicado con regularidad se asocia con tasas muy bajas de mortalidad materna (8) además de cuidar la salud del binomio madre e hijo, asegurándose que todo el embarazo termine con un producto sano sin



deterioro de la salud de la madre ; por tales motivos el personal de salud deberá vigilar a la mujer embarazada desde la primera falta de menstruación hasta antes del inicio de trabajo de parto, obteniendo datos tan importantes como son: antecedentes heredo familiares, historia menstrual métodos anticonceptivos previos, toxicomanias, antecedentes personales patológicos, evolución de embarazos anteriores, mortalidad perinatal, prematuridad, retraso en el crecimiento fetal, malformaciones, accidentes placentarios, hemorragias maternas, evidencia de hiponutrición materna además de una historia clínica completa ; finalizando el interrogatorio con la sintomatología presente, tomando signos vitales del producto y de la madre en cada visita, la exploración física de la embarazada se realiza con la toma de somatometría , signos vitales, se mide fondo uterino y pélvis, en el feto se realizan las maniobras del Leopold para valorar posición , situación, tamaño fetal, cantidad de líquido amniótico (9) pruebas de bienestar fetal y actividad fetal ( 10). Según la OMS en México la cobertura para cuidados prenatales , es la proporción de embarazadas que por lo menos tenga una consulta médica prenatal,(11).Lo ideal es que la mujer embarazada acuda a revisión cada mes hasta la semana 27, cada 15 días hasta el último mes y cada ocho días hasta antes de iniciar con el trabajo de parto. Realizando por lo menos un ecosonograma pélvico, grupo Rh , EGO VDRL, HIV por lo menos dos veces durante el embarazo biometría hemática todo esto para saber el estado de salud del feto y de la madre, de esta manera se garantiza que durante el embarazo no habrá complicaciones o se sabrá de las posibles complicaciones que pudieran presentares para terminar con el embarazo en las mejores condiciones tanto para la madre como para el hijo(9). En el complejo sistema de salud

la mayoría de las variables si no es que todas pueden influir en la calidad de la atención médica (12) por tal motivo la FUNSALUD (Fundación Mexicana Para La Salud ) propone que para lograr que el sistema de salud Mexicano responda mejor a las necesidades de la población se lleve a cabo mediante estrategias que promuevan la equidad, calidad, y eficiencia de los servicios (13). Los actores involucrados en la calidad de la atención médica son: Institución, Usuarios y trabajadores que imparten los servicios de salud.

LOS USUARIOS: Aspiran a recibir servicios con oportunidad, cortesía y amabilidad e información suficiente, que las unidades médicas tengan personal capaz y elementos de trabajo. Que el proceso de atención se realice óptimamente y en ausencia de complicaciones . (la mayor parte de los derechohabientes del ISSSTE ) cuestionan severamente los servicios institucionales y rompen el escalonamiento de niveles para demandar servicios en Institutos especializados. Esto indica que en la medida que el usuario tiene mayor cultura e información también se incrementa su nivel de exigencia, estos pacientes se quejan de falta de calidez de los servicios; Donabedian aseveran: “ los pacientes son extraordinariamente sensibles al trato que reciben”. En una evaluación de servicios médicos realizados en el ISSSTE en 1988 los Usuarios manifestaron deficiencias en los niveles de satisfacción de la consulta externa y buenos en hospitalización (12).

**LOS TRABAJADORES:** Esperan Contar con elementos físicos y materiales para realizar sus tareas, mejores sueldos y reconocimientos por sus jefes .

Al hablar de calidad nos referimos a otorgar lo que se desea e implica proporcionar el producto o servicio que concuerde con las expectativas de quién lo solicita, de tal forma que **CALIDAD =PRECISION=OPORTUNIDAD.** Existen cinco factores que afectan la calidad y son:

**DISEÑO DE LOS SISTEMAS:** Que requiere para producir los bienes y servicios.

**EQUIPO:** Que es la selección de equipo y herramienta para producir resultados deseados.

**MATERIAL:** El Cual debe ajustarse a las normas de calidad establecidas.

**PROGRAMACION:** Que es importante para presentar con oportunidad de los servicios y productos.

DESEMPEÑO: Pericia y Motivación, a su vez la pericia depende de actitudes y medioambiente. Debe diferenciarse entre calidad de producto que se refiere a objetos y artículos, y la calidad de servicios se refiere a un proceso con realizaciones; consiste en complacer al solicitante y proporcionarle lo que desea con atención y comprensión o sea que el trabajador debe tener mucha ética y calidad humana.

LA CALIDAD DE SERVICIO TIENE 4 CARACTERÍSTICAS: INTANGIBLE: es decir, que no se puede tocar sin embargo se consume. HETEROGENEIDAD: los servicios varían ya que los efectúan seres humanos distintos. INSEPARABILIDAD DE PRODUCCION Y CONSUMO: ya que el producto se consume mientras se produce. CADUCIDAD: no se puede almacenar, si no se utiliza su capacidad de pierde. SE LE HAN IDENTIFICADO 5 DIMENSIONES: ES TANGIBLE: es la parte viable de la oferta de servicios. TIENE FIABILIDAD: que implica mantener la promesa de servicio. Requiere RESPONSABILIDAD: es decir, están listos para servir pronta y eficazmente. SEGURIDAD: que implica competencia y cortesía del personal de servicio que infunda confianza. EMPATIA: es el deseo de comprender las necesidades precisas y encontrar respuestas adecuadas (14). Durante los últimos años ha crecido el reclamo de la sociedad para que mejoren la calidad de los servicios de salud que el estado otorga. Y en esto se transita de lo cuantitativo a lo cualitativo, de ampliación de cobertura a mejoría de calidad por lo que la calidad de la atención médica, es el grado en que los medios más deseables se utilizan para alcanzar las mayores mejoras a la salud. (12) Se han realizado múltiples estudios de calidad entre los que se encuentran: la calidad de los servicios

académicos que la UNAM proporciona a sus alumnos. (15) Como las acciones que realiza la UNAM para estimular la calidad de sus estudiantes (16) La calidad de la atención médica (12). Por mencionar algunos. Definitivamente la mejora del servicio es una iniciativa humana y que todos en una institución pueden proporcionar un servicio con calidad (14).

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.**

Tomando en cuenta que el objetivo de los cuidados prenatales es asegurarse de que todo embarazo deseado culmine en un niño sano, sin deterioro de la salud de la madre, todo aquel que este en contacto con la embarazada debe subrayarle la importancia y la disponibilidad de la asistencia prenatal para el feto y ella misma. Por tal situación se han desarrollado programas de valoración de riesgo para descubrir embarazos complicados.

¿Cuáles son los factores de la atención prenatal que se asocian con presencia de complicaciones perinatales?

## **JUSTIFICACION.**

Al realizar el diagnóstico de salud de la población, se encontró que la mujer embarazada acude al control prenatal en un promedio de 1.5 consultas durante el embarazo; lo cual limita la posibilidad de detectar factores que pongan en riesgo o que compliquen la evolución del embarazo.

El conocimiento de dichos factores durante el control prenatal que alteran la salud reproductiva y materno-infantil, permitiría establecer estrategias anticipatorias al riesgo, lo que conlleva al logro y mejoramiento de la calidad de la atención del binomio madre-hijo.

## **OBJETIVO GENERAL.**

Identificar los factores de control prenatal que influyen en la presencia de complicaciones perinatales.

## **OBJETIVOS ESPECIFICOS.**

- 1.- Determinar frecuencia y tipo de complicaciones perinatales.
- 2.- Conocer la realización de la valoración de riesgo obstétrico.
- 3.- Determinar el número de consultas otorgadas durante el embarazo.
- 4.- Enumerar los exámenes de laboratorio solicitados durante el embarazo.
- 5.- Identificar los parámetros de la exploración física realizada en cada visita del control prenatal.



## **METODOLOGIA.**

### **TIPO DE ESTUDIO**

DESCRIPTIVO, OBSERVACIONAL, TRANSVERSAL, RETROSPECTIVO, ABIERTO.

### **POBLACION, LUGAR Y TIEMPO.**

Se estudiaron 59 mujeres embarazadas con complicaciones perinatales derechohabientes del ISSSTE, cuyo parto o cesárea fue atendido en el hospital "Dr. Aquiles Calles Ramírez"; en el período comprendido del 1 de Enero al 30 de junio de 1996 y que llevaron control prenatal en la Clínica de Medicina Familiar "Dr. Joaquin Canovas Puchades".

### **TIPO DE MUESTRA Y TAMAÑO DE LA MUESTRA:**

No probabilística intencionada.

El tamaño de la muestra se obtuvo por exclusión; y se realizaron medidas de tendencia central como :media, mediana, moda y desviación estándar.

**Media Aritmética= Suma de las observaciones**

No. De observaciones

$$\bar{X} = \frac{1}{n} \sum_{i=1}^n x_i$$

**Mediana:** de un conjunto de números ordenados de menor a mayor, es el punto central que divide por mitad a esos números.

**Moda:** de un conjunto de datos es el valor que se presenta con mayor frecuencia. Se utiliza como un promedio.

**Desviación Estándar:** es una cantidad que describe la medida en que los datos de un conjunto varían alrededor de su media, se define como la raíz cuadrada de la varianza.

$$S = \sqrt{\frac{1}{n-1} \sum_{i=1}^n (x_i - \bar{x})^2}$$

S= desviación estándar

n

$\Sigma$  = sumatoria de todos los valores desde  $i= 1$  hasta  $n$

$i=1$

$x_i$ = cada uno de los elementos del conjunto.

—

$\bar{X}$ = media aritmética del conjunto

n= número de elementos del conjunto de datos.

## **GRUPO DE ESTUDIO**

Grupo de estudio –59 pacientes

Grupo control – No existe

## **CRITERIOS DE INCLUSION**

Toda paciente embarazada que presento complicaciones perinatales.

Derechohabientes del ISSSTE

Que Recibió control prenatal en la clínica de medicina familiar “Dr.Joaquin Canovas Puchades”.

Cuyo parto o cesárea se atendió en l Hospital “Dr. Aquiles Calles Ramírez”.

## **CRITERIO DE EXCLUSION**

Partos eutócicos

## **CRITERIOS DE ELIMINACION**

- Pacientes dadas de baja.
- Pacientes que no llevaron control prenatal en la Clínica de Medicina Familiar “Dr. Joaquin Canovas Puchades”.
- Pacientes que no se encontraron expedientes clínicos.

## **VARIABLES**

### **I<sup>a</sup>.- VARIABLE INDEPENDIENTE**

**CONTROL PRENATAL** (Variable Cualitativa nominal)

**DEFINICION OPERACIONAL:** Es la revisión periódica de la mujer embarazada y del producto hasta antes del nacimiento.

**ESCALA DE MEDICION:** Nominal.

**INDICADOR:** 1) Suficiente (5-8 consultas)  
2) Insuficiente(=4 consultas)

### **Ib.- DIMENSIONES**

**EXPLORACION FISICA** (Variable cualitativa nominal)

**DEFINICION OPERACIONAL** Son todas aquellas maniobras que realiza el médico a través de instrumentos para valorar el estado de salud del paciente (peso, talla fc,fr,fu, fcf, posición)

**ESCALA DE MEDICION** Nominal

**INDICADOR :** 1)Suficiente (=4 parámetros)

>

2)Insuficiente(=3 parámetros)

<

**Ic.- EXAMENES DE LABORATORIO:**(Variable Cualitativa nominal)

**DEFINICION OPERACIONAL:** Son Todos aquellos estudios que se obtienen de líquidos corporales para ayudar a valorar el estado de salud del paciente. (BHC, QS, EGO, VDRL, GRUPO Y RH, PIE, HIV, CPS)

**ESCALA DE MEDICION**

Nominal

**INDICADOR :**

1) Suficiente(=5 parámetros )

>

2)Insuficiente(=4 parámetros)

<

**Id.- VALORACION DE RIESGO OBSTETRICO:** (variable cualitativa nominal)



## **METODO O PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR LA INFORMACION.**

Se captó al 100% de las pacientes que presentaron complicaciones perinatales cuyo parto o cesárea se atendió en el hospital "Dr. Aquiles Calles Ramírez" ; del 1ro. De Enero al 30 de Junio de 1996, utilizando para ello las hojas de ingresos y egresos, posteriormente se busco de manera intencional en el archivo los expedientes clínicos de la unidad de medicina Familiar "Dr. Joaquín Canovas Puchades", a los que se les aplicó una cédula de recolección de datos en las que se investigaron datos como : La realización de historia Clínica, ginecológica, solicitudes laboratoriales, la elaboración de notas de exploración física, de riesgo obstétrico y el número de consultas durante el embarazo; a dicha información se le aplicaron porcentajes y medidas de tendencia central, se elaboraron cuadros y gráficas.



## **CONSIDERACIONES ETICAS**

Es un estudio ético, ya que no invade la intimidad de las pacientes puesto que la información será confidencial y tomada de los expedientes.

## RESULTADOS:

Hubo un total de 232 pacientes con complicaciones perinatales de las que solo se incluyeron a 59 mujeres; de éstas las patologías más frecuentes fueron; sufrimiento fetal agudo 21 casos que corresponden al 22.10%, seguida de ruptura prematura de membrana 10 casos (10.52%), parto prematuro 9 casos(9.47%) desproporción céfalo-pélvica 8 casos (8.42%) Síndrome de distrés respiratorio 6 casos (6.31%) con 4 casos quedaron: Incompatibilidad ABO, preclamsia, partos fortuitos y estacionarios(4.21%) con 2 casos óbitos, productos podálicos, desgarros perineales, oligohidramios, hipomotilidad (2.10%) y finalmente otras complicaciones 15 casos (15.78%) .Cuadro número 1.

En cuanto a la realización de valoración de riesgo obstétrico al 100% de las pacientes no se les practicó.

En lo referente a la consulta la mediana fue de 3.81 con un mínimo de 1 máximo de 10, desviación estándar 2.13

En el rubro de laboratoriales la mediana fue de 2.89 la desviacion estandar de 2.17, los exámenes solicitados en orden de frecuencia quedaron de la siguiente manera: **BH** 38(22.35%),**EGO** (37.76%) **VRDL** 31 (18.23%),**GRUPO Y RH** 23(13.52%), **QS**

20(11.76%), PIE 16 (9.41%), COPROCULTIVO 2 (1.17%), otros 1 (1.76%). Gráfica No.1 .

Con respecto a la exploración física de 211 notas con un promedio de 3.5 notas por expediente, de las cuales 129 notas fueron redactadas de manera suficiente con una mediana de 2.18 un mínimo de 0 y un máximo de 10, desviación estándar 1.91613. 82 notas descritas en forma insuficiente con una mediana de 1.38 mínimo de 0 máximo de 8 desviación estándar de 0.49 19 0. Gráfica No2.

De las pacientes en estudio solo a 22 se les realizó historia clínica General, a 35 no se les practicó y a 2 se les efectuó de manera incompleta. Gráfica No.3.

En la historia clínica ginecológica a 36 pacientes si se les practicó a 9 no se les llevó a cabo y a 14 se les efectuó de manera incompleta. Gráfica No. 4.

## **TABLAS Y GRAFICAS**

Cuadro No. 1

TIPO Y FRECUENCIA DE COMPLICACIONES PERINATALES

HOSPITAL "DR. AQUILES CALLES RAMIREZ"

ISSSTE

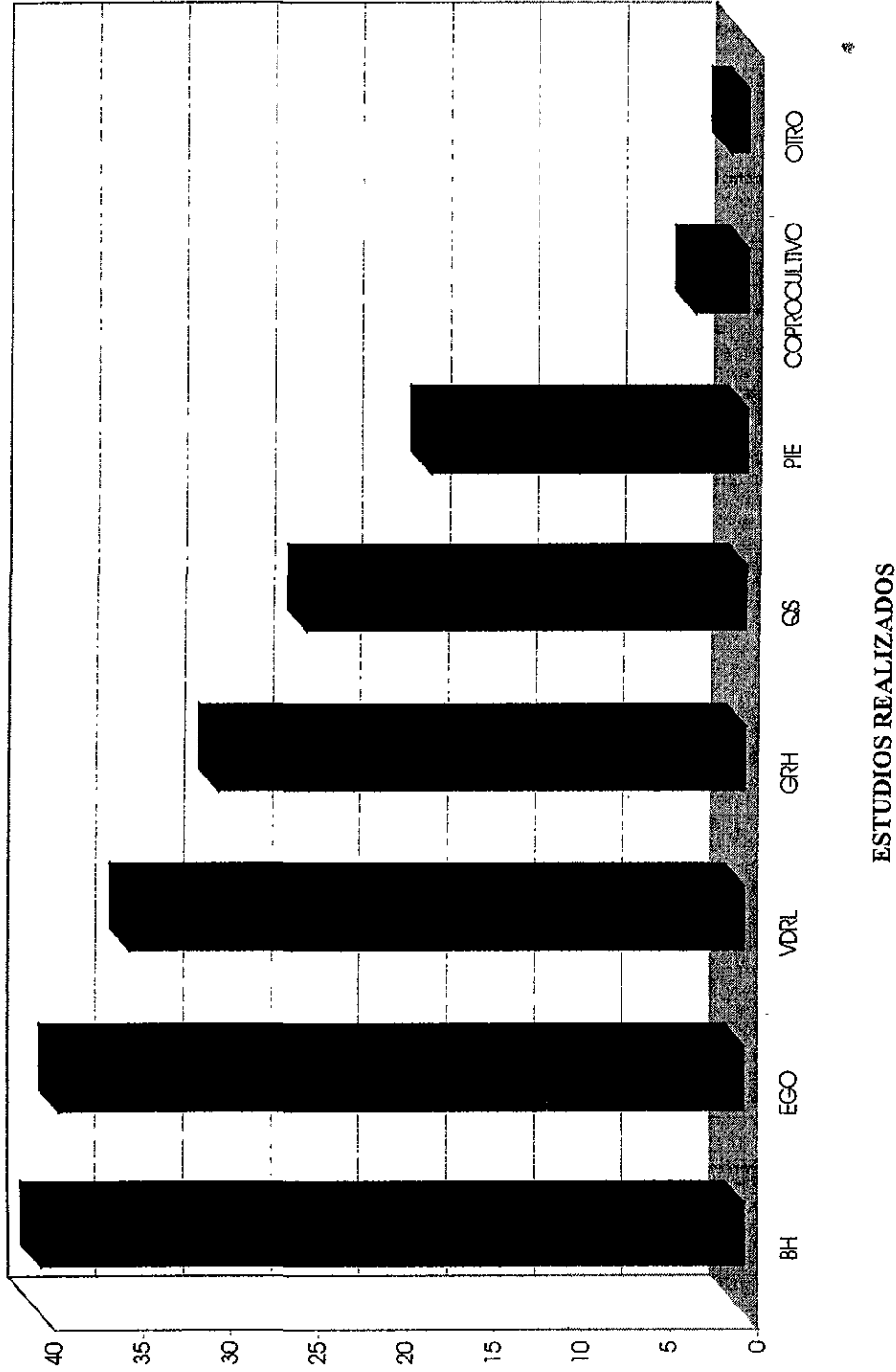
TEPIC, NAYARIT.

PATOLOGIA	CASOS	PORCENTAJE
SUFRIMIENTO FETAL AGUDO	21	22.10
RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANA	10	10.52
PARTO PREMATURO	9	9.47
DESpropORCION CEFALOPELVICA	8	8.42
SINDROME DE DISTRES RESPIRATORIO	6	6.31
INCOMPATIBILIDAD ABO, PREECLAMPSIA, PARTO FORTUITO, PARTO ESTACIONARIO	4	4.21
OBITO, PRODUCTO, PODALICO, DESGARRO PERINEAL, OLIGOHIDRAMNIOS, HIPOMOTILIDAD	2	2.10
OTRAS	15	15.78

FUENTE: HOJAS DE EGRESOS DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

# GRAFICA No. 1

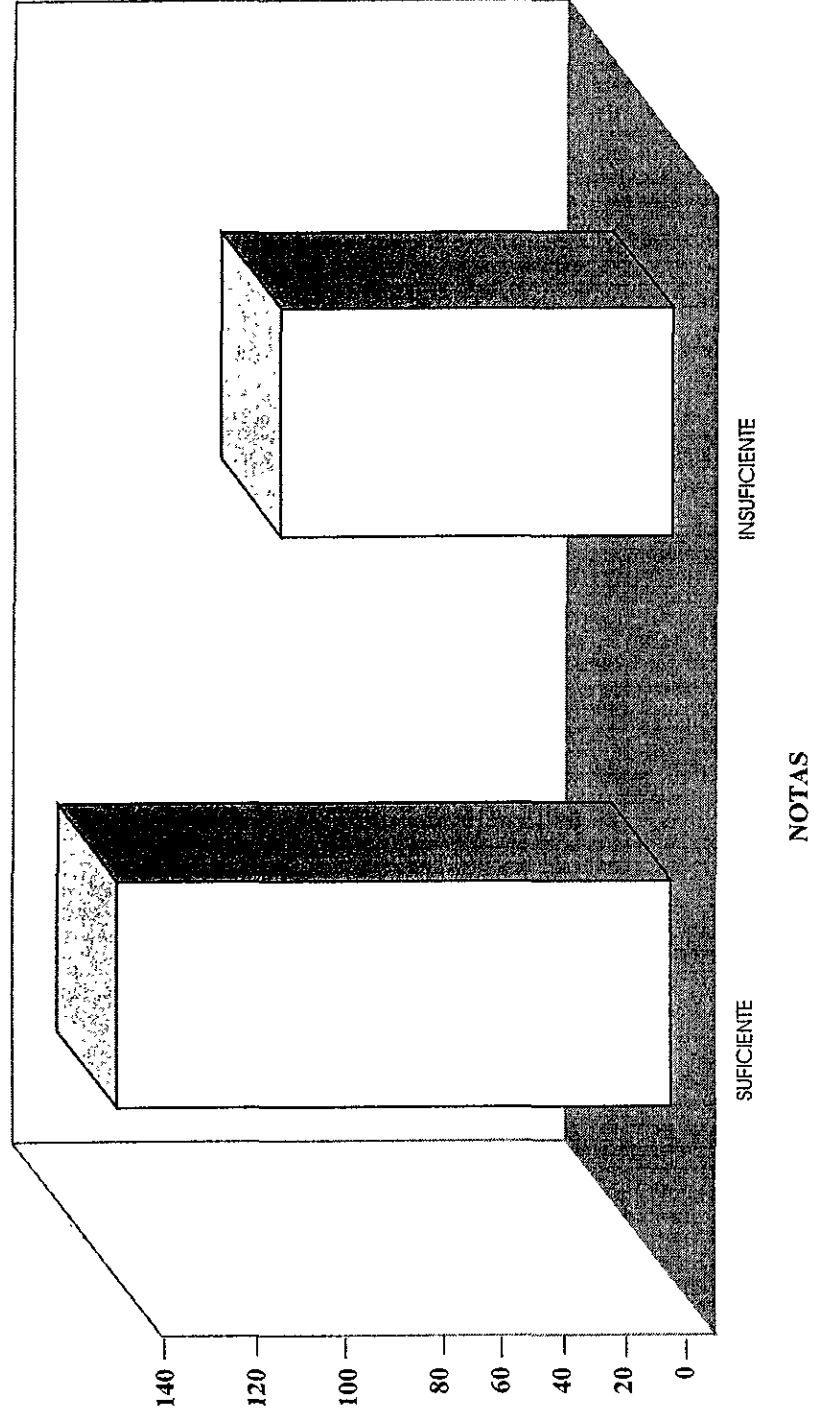
LABORATORIALES SOLICITADOS  
CLINICA FAMILIAR "DR. JOAQUIN CANOVAS PUCHADES"  
ISSSTE  
TEPIC, NAYARIT.



FUENTE: EXPEDIENTE CLINICO.

## GRAFICA No. 2

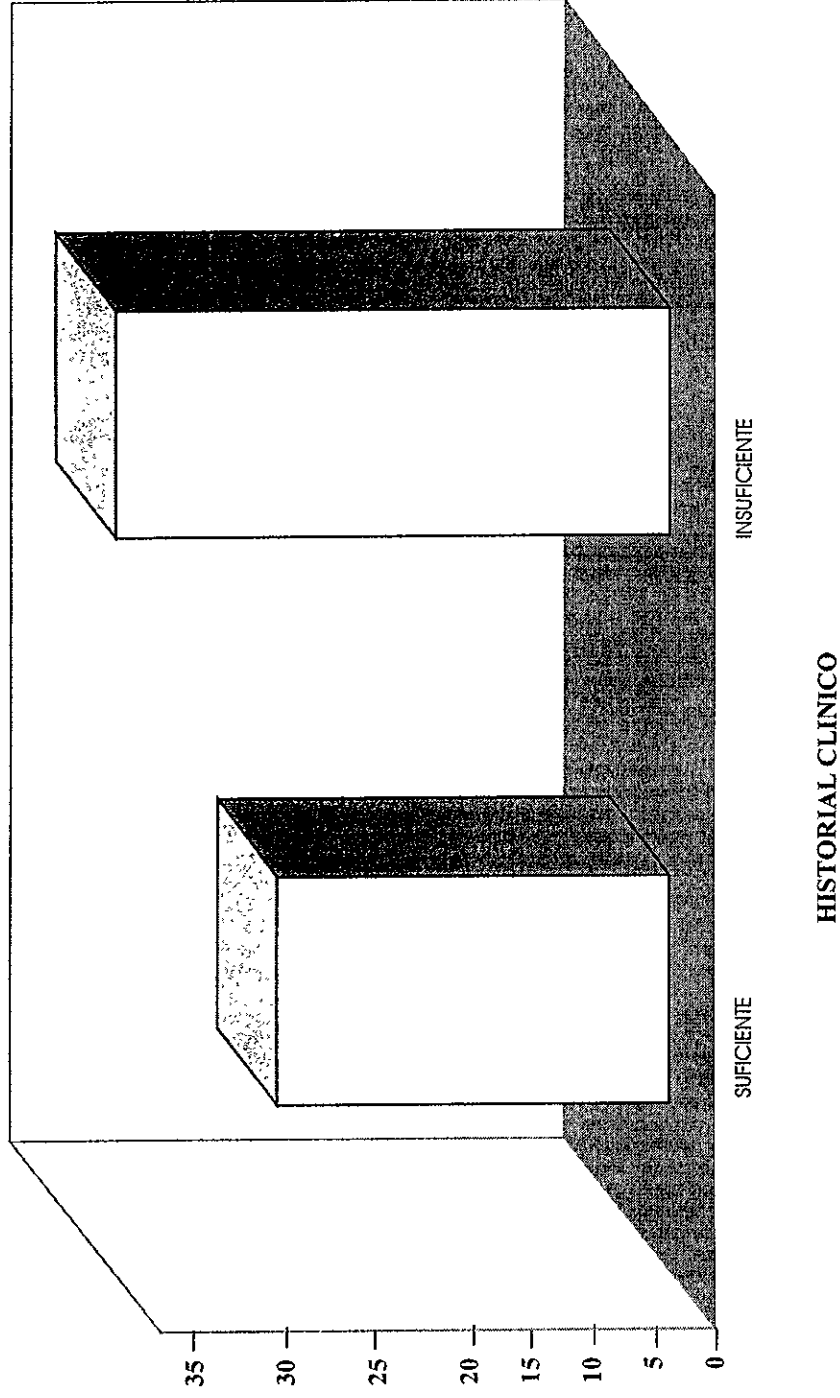
NOTAS DE EXPLORACION FISICA  
CLINICA FAMILIAR "DR. JOAQUIN CANOVAS PUCHADES"  
ISSSTE  
TEPIC, NAYARIT.



FUENTE: EXPEDIENTE CLINICO.

### GRAFICA No. 3

HISTORIA CLINICA GENERAL DE LA GESTANTE  
CLINICA FAMILIAR "DR. JOAQUIN CANOVAS PUCHADES"  
ISSSTE  
TEPIC, NAYARIT.

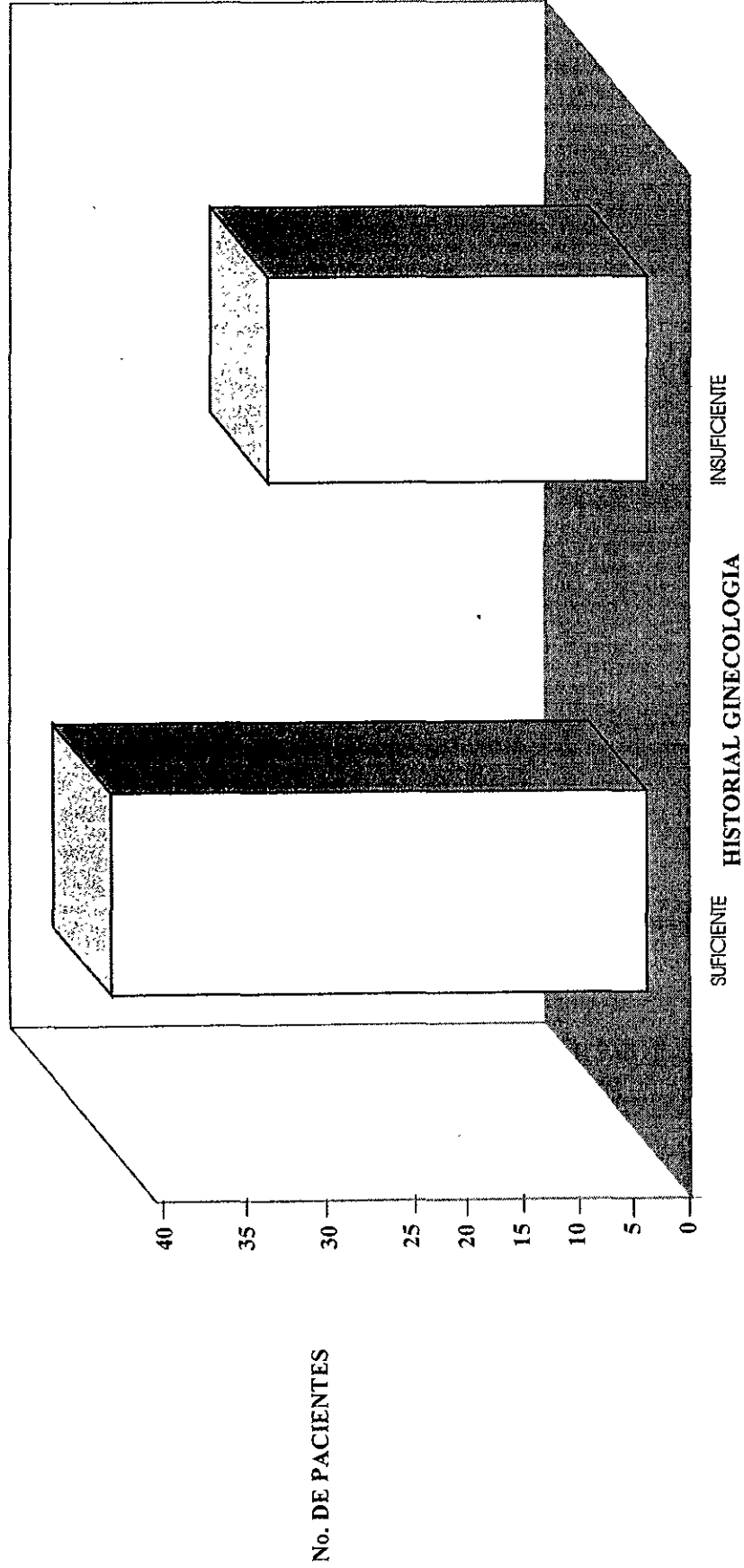


FUENTE: EXPEDIENTE CLINICO.



# GRAFICA No. 4

HISTORIA CLINICA GINECOLOGIA  
CLINICA FAMILIAR "DR. JOAQUIN CANOVAS PUCHADES"  
ISSSTE  
TEPIC, NAYARIT.



FUENTE: EXPEDIENTE CLINICO.

## DISCUSION.

El embarazo es un fenómeno funcional normal, por lo que no solo significa cuidar a la mujer y su respuesta al embarazo; Si no también del producto; , ( 21 ) por lo que el objetivo del programa de control prenatal es asegurar que todo embarazo deseado culmine con el parto de un producto, sano sin afectar la salud de la madre ( 20 ).

En el presente estudio se encontró relación entre el mal control prenatal y la presencia de complicaciones perinatales, contrario a lo expresado por la enfermera rivera López y col. En su artículo realizado en el Hospital Regional de Orizaba Veracruz ( 20 ) en otro trabajo similar realizado por el doctor Noé Alfaro y col. En el Instituto Regional Numero 46 del IMSS de Guadalajara, Jalisco en 1988; encontró en el mal control prenatal influye en la presencia de complicaciones prenatales y muerte fetal tardía, en el cual reporto 67 muertes perinatales contra 2 que se presentaron en esta investigación, los que se eliminaron por ser foráneo o no encontrarse expediente. ( 21 ).

La principal complicación materna fue ruptura prematura de membrana coincidiendo con otros autores ( 20, 21, 22 ) siguiendole en frecuencias: Parto prematuro, desproporción cefalo-pelvica, preeclamsia, parto fortuito y estacionario, difiriendo de los autores mencionados que encontraron: toxemia, endometritis. Dehiscencia de herida quirúrgica, retención de restos placentarios y atonía uterina. Mientras que en el producto las principales patologías fueron: Sufriendo fetal agudo, incompatibilidad ABO,

Síndrome de distres respiratorio, óbito, oligohidramnios e hipomotilidad en tanto que para Rivera López le prosiguieron sepsis, asfixia, hipoxia, taquipnea transitoria del recién nacido, isoimmunización materno-fetal y prematuridad.

En estudios el número de consultas fue menor que en el presentado por el Doctor Ortigosa; En el Instituto Nacional de Perinatología de la Secretaría de Salud en el Departamento de Educación para la Reproducción en 1995 ( 22 ) ya que para el primero el promedio fue de 3.8 con un mínimo de 0 y máximo de 10 y para el segundo la mediana fue de 4.3 mínimo de 0 máximo de 17.

En cuanto al riesgo obstétrico no se le realizó ninguna paciente.

Los laboratoriales fueron insuficientes en la mayoría de los pacientes aunque los que más se solicitan son: **BH, EGO, VDRL.**

Las notas de la exploración física es lo que más y mejor realizan los médicos en esta Unidad de Medicina Familiar.

Lo antes expuesto nos indica que el mal control prenatal no es problema único de nuestras unidades médicas sino que se están omitiendo algunos aspectos del control prenatal, tal vez la deficiente educación y capacitación de los médicos familiares y derechohabientes sea la causa. Por lo que es importante hacer énfasis en los cursos de

capacitación y educación; así como reforzar el conocimiento de los signos de alarma durante el embarazo y la atención del parto, constituyendo un punto de gran importancia en la medicina preventiva; ya que esto proporciona una oportunidad para identificar enfermas de alto riesgo.

## CONCLUSIONES

Cuando se trata de otorgar servicios de la salud, definitivamente que los pacientes buscan ser tratados con calidad y calidez.

En este caso particular; para que el control prenatal se lleve a cabo con calidez se requiere que las usuarias y los trabajadores de la Institución encaminen sus acciones al cuidado y desarrollo del embarazo.

De acuerdo a la Investigación realizada encontré que el principal factor asociado a la presencia de complicaciones perinatales es: **Un control Prenatal Insuficiente** en el cual se involucran: **A) EL MEDICO, B) LA PACIENTE, C) EL PERSONAL DE ARCHIVO.**

### **A) EL MEDICO.- Por:**

- La falta de información a la mujer embarazada sobre los signos de alarma durante el embarazo y el trabajo de parto de las principales enfermedades perinatales.
- La no realización insuficiente de riesgo obstétrico, notas de exploración física, histórica, clínica, ginecología y la no solicitud de exámenes de laboratorio.

### **B) LA EMBARAZADA.- Por:**

- No acudir a la consulta prenatal o que esta acuda de manera inconstante; ya que no permite establecer estrategias anticipatorias.

### **C) EL PERSONAL DE ARCHIVOS.- Por:**

- El mal manejo de expedientes y extravío de expedientes y exámenes de laboratorios; lo cual no permite la continuidad del control prenatal.

En virtud a lo anterior se sugiere; realizar campañas de educación y Capacitación al personal medico y a la derechohabiente para que le den importancia y atencion debida al control prenatal; para que conozca y reconozcan los signos de alarma durante el embarazo y trabajo de parto; de esta manera la paciente acuda prontamente a su clinica correspondiente y exija una mejor atencion obstetrica, asi el control prenatal una responsabilidad compartida medico-paciente.

## **BIBLIOGRAFIA**

- 1.- Echeverría, M-Aguiluz AR Osorno CL. Aguilar VI Mortalidad Prenatal en un hospital regional 3er. Nivel. Bol. Med. Hosp. Infant. México 1994;51,756-69.
- 2.- Diagnostico de salud de México. Daños a la salud Mecanograma., Dpto. de Medicina Familiar UNAM.
- 3.- Tablas de mortalidad materna e infantil. Secretaria de Salud CONAPO 1994.
- 4.- Diario Oficial de la Federación. 8; 11 enero 199:37.
- 5.- Salinas, Ma. Percepción de riesgo y actitud hacia la anticoncepción en mujeres con embarazo de alto riesgo. Sal. Pub. Mex. 36; 513-20.
- 6.- Ehrenfeld LN. Educación para la salud reproductiva y sexual de la adolescente embarazada. Sal. Pub. Mex. 1994;36; Mar-Abr, 154-160.
- 4.- Norma Oficial de México para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio. Recién nacido. 1994, Secretaria de Salud.

- 8.- Rachel R. Mcfarllane J. Mahon J, Feir J. De Madre a Programa comunitario para un mejor Acceso a la atencion Prenatal. Bol. Of Saint Panam 1994:116; 62-87.
- 9.- Peitchard JA. Mcdonald C:P: Gant FN. Williams Obtetricia 3<sup>a</sup> ed. España, Salvat 1993:237-52.
- 10.- Romero GG: Sanchez CR. Soto P. Rodríguez FP: Morbi-mortalidad perinatal Asociada a hipomotilidad fetal. Gin. Obst. México 19949: Agos. 62-222-25.
- 11.- Valencia GJ: José MV Olvera J: Serrano O. Marquez A. Regionalización de México basada en indicadores de atencion primaria a la salud propuesta la OMS Sal. Pub. Mex. 1991:33.29-27.
- 12.- Norbert TCM-vallega, *Mejoría de la calidad de la atencion Medica* Gaceta Medica de la facultad de Medicina. México 199; 128-467-75.
- 13.- Julio Frenk Mora y Equidad, Calidad y Eficiencia de lpos servicio estrategias del sistema de salud. Gaceta Medica de la Facultad de Medicina. México 1995;Enero 25;3-6.
- 14.- Donabedian A. Consideraciones Sobre Calidad de la atencion Sal. Pub. Mex. 1986:28(3).



15.- Calidad de los servicios académicos que la UNAM proporciona a alumnos  
Gaceta Medica de la Facultad de medicina. México, UNAM 1995;MAY.25; 5-6-12.

16.- Acción que realiza la UNAM para estimular la calidad se sus estudiantes.  
Gaceta Medica de la Facultad de Medicina. UNAM. México. 1995 25, 3-4.

17.- Norbert G. Medicina Clinica en Obstetricia. 1ª . reimpresión 1ª. Edición Buenos  
Aires Editorial México Panamericana SA. 1991.

18.- Niswandre KR Manual de Obstetricia Dx y y Tx reimpression de la 3ª . Edición  
México D.F. Salvat 1990, 2;31-42.

19.- Valdés BF-Valle VO: Prevalencia de Riesgo para complicaciones Obstétricas en  
la Adolescencia Comparación con la Población Adulta. GIN. Obst. México 1996;  
64;209-13.

20.- Rivera LT-Salas RM-Amato MJ Influencia del Control Prenatal sobre la  
Morbimortalidad Materna y perinatal en un Centro Hospitalario de 2º . Nivel de  
Atencion Gin. Obst. México 1994. JuL.; 62;185-88.

21.- Alfaro N. Prado C. Orozco PML El control Prenatal Inadecuado como Factor de Riesgo de Muerte Fetal Tardía. Perinatal. Reprod. Hum. 1995; Abril-Jun 65-70.

22.- Ortigosa CE KARCHMER Ks Factor Relacionados con el Conocimiento de Signos de Alarma Durante el Embarazo. Gin. Obst. México 1996; feb.64-90-95.

23.- Valle GA.Barajas GR: Senties VR: Zurita CR: Manual de Medicina General 1ª Ed: México, D.F. Trillas 1986, 6: 110-111.

24.- Murillo Pérez R. Metodología de la Investigación de Medicina Científica coordinación de Investigación Científica U.A.N. 2ª Reedición 1996.108.

25.- De Canales F:H: De Alvarado. E.L. pineda E.B. Metodología de la Investigación Organización Panamericana de la Salud. 2ª Edición 1994. Unidad VI. 77-166.

## **ANEXOS**

CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS

CEDULA \_\_\_\_\_

CONSULTORIO \_\_\_\_\_

1. Se realizó historia clínica completa desde la primera entrevista?

Si \_\_\_\_\_

No \_\_\_\_\_

2.- Se realizó historia clínica ginecológico?

Si \_\_\_\_\_

No \_\_\_\_\_

3. Se solicitaron exámenes de laboratorio?

5 ó más parámetros; suficiente

4 ó menos parámetros; insuficiente

4. Se realizaron notas de evolución que relacionen la exploración física

Más de 4 parámetros; suficiente

Menos de 3 parámetros; insuficiente

5. Se realizó valoración de riesgo obstétrico?

Si; suficiente

NO: insuficiente

6. Cuál es el número de visitas de control prenatal?

1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_ 4. \_\_\_\_\_ 5. \_\_\_\_\_ 6. \_\_\_\_\_ 7. \_\_\_\_\_

8. \_\_\_\_\_ más de 8 \_\_\_\_\_.