

11217

168

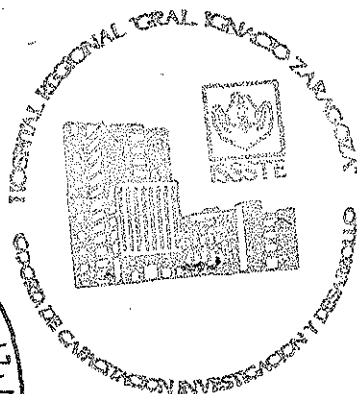
HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA"

I.S.S.S.T.E

COORDINACION DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

AUTORIZACION DEL ARTICULO

**EVALUACION DE LA HOJA DE EMERGENCIAS
PARA URGENCIAS TOCOCIRUGIA**



[Signature]
Dr. Juan Miranda Murillo
Coordinador del Servicio de
Ginecología y obstetricia
Director y asesor de tesis

[Signature]
Dra. Griselda Menes Lagunas
Médico Residente de 4º año G.O.
- Autor

2002

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA"

I.S.S.S.T.E

COORDINACION DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

AUTORIZACION DEL ARTICULO

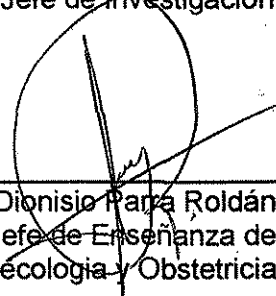
**EVALUACION DE LA HOJA DE EMERGENCIAS
PARA URGENCIAS TOCOCIRUGIA**



Ernesto Hugo Vilorio Herrera
Coordinador de Capacitación
Investigación y Desarrollo



Dra. Irma Del Toro García
Jefe de Investigación



Dr. Dionisio Parra Roldán
Jefe de Enseñanza de
Ginecología y Obstetricia

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

EVALUACION DE LA HOJA DE EMERGENCIAS
PARA URGENCIAS TOCOCIRUGIA

Dra. Gricelda Menes Lagunas

Dr. Juan Miranda Murillo

SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA"

CALZ. IGNACIO ZARAGOZA No. 1711

COL. EJERCITO CONSTITUCIONALISTA,

DELEGACION IZATAPALAPA. MEXICO D.F.

TELS. 744 41 93, 7 44 22 63, 744 15 05 744 13 80 EXT. 123, 120, 144, 146

FAX 745 51 72

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Resumen

Se Utiliza un nuevo formato para el servicio de Emergencias en las unidades de la tococirugía , sistematizando el interrogatorio, exploración, evaluación de riesgo en los aspectos ginecoobstetricos; que cuenta con 94 variables para utilizar por vigencia de derechos, admisión, médicos y enfermeras; siendo más confiable para integrar diagnóstico y tratamiento que los formatos tradicionales de la institución (ISSSTE). Mejorando el pronóstico ginecoobstetrico-perinatal y confirmar que al detectar tempranamente los factores de riesgo se propicia una referencia oportuna al nivel de atención correspondiente para la resolución jerarquizada de los cambios fisiológicos o patológicos de la mujer.

La descripción del formato cubre la normatividad institucional desde el punto de vista administrativo, y siendo un documento de nueva introducción al sistema médico y de enfermería se encontró que fue parcialmente requisitado en datos sustantivos como signos vitales, somatometría y exploración física básica ginecoobstétrica, misma situación que se observa con las notas tradicionales, lo que demuestra un claro desinterés y falta de conocimiento académico del personal de salud en estos aspectos fundamentales, no así el registro administrativo y de vigencia de derechos. Concluyendo: es importante formar una escuela para rescatar lo básico de la medicina que es la clínica, supervisando estrechamente de los datos solicitados en el formato, además se puede deslindar responsabilidad médico-legal. proponiendo que este documento sea utilizado para los servicios de emergencia.

En primera experiencia se obtuvo un éxito parcial, estimulándonos a continuar con el uso de estos formatos y proponerlos para implantarla a nivel institucional

Palabras Clave: Hoja de Emergencia, Factores de Riesgo, Riesgo Perinatal, Riesgo Ginecológico.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Summary.

Was utilized a new format for the service of Emergencies in the units of gynecologies emergencies, sistematizing the questions, exploration, evaluation of the risk in the aspects ginecoobstetrics that counts on 94 variables to utilize for force of rights, admission, medical and nurses, being more dependable to integrate diagnosis and processing that the traditional formats of the institution (ISSSTE). Improving the prognostic ginecoobstetrics perinatal and to confirm that upon detecting early the factors of risk itself favorable an oportune reference at the corresponding level of attention for the resolution jerarquized of the physiological or pathological changes of the woman. The description of the format covers the Institutional rules, since the administrative point of view, and being a document again introduction to the medical system and of nursering was found that went partially cover in important data as vital signs, somatometry and basic physical exploration ginecoobstetrics, same situation that is observed with the traditional notes, what It shows a clear disinterest and academic lack of knowledge of the personnel of health in these fundamental aspects, not thus the administrative registration and of force of rights. Logging off: is important to form a school for rescatar the basic thing of the medicine that is the clinic, supervising narrowly the data requested in the format and besides is able deslindar medical-legal responsibility. It is proposed that this document be utilized for the services of emergency. In this first experience a partial success was obtained, stimulate to continue with the use of these formats and to stimulati them for implantarlos to level institucional. Key words: Leaf of Emergency, Factors of Risk, Perinatal Risk, Gynecology Risk.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Introducción

El funcionamiento correcto del proceso normativo requiere de la existencia de una metodología sistematizada de información moderna y adecuada. A pesar de que la historia clínica es una pieza fundamental de este sistema son notorias las deficiencias de que adolece en la mayoría de los países de la región de las Américas. Como respuesta a este problema, a inicio de la década del setenta, el Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP) propuso un modelo de Historia Clínica Perinatal adoptado luego por muchos países del continente, sin embargo esta no tipifica los factores de riesgo, sino únicamente el de alerta.

Las estrategias regionales de salud para todos en el año 2000 trazadas por los gobiernos de los países miembros de la OPS/OMS han planteado un gran desafío al continente americano, por lo tanto los esfuerzos del sector salud deben estar orientados tanto al aumento de la cobertura como también a garantizar la calidad de las prestaciones que se brindan (1); por lo que se han realizado esfuerzos para tener una metodología sistematizada para la detección del Riesgo, diagnóstico, tratamiento oportuno y pronóstico de los cambios fisiológicos o patológicos de la mujer; realizándose protocolos para esta evaluación en diferentes partes del mundo incluyendo México. Como por ejemplo las diseñadas por el Instituto Mexicano del Seguro Social (I.M.S.S.) (Anexo I y II) para la atención e ingresos en las unidades de tococirugía, las cuales son una descripción de la atención del embarazo en el momento en que se presenta la paciente a esas áreas, pero que no detectan el riesgo.

Evaluación de la hoja de emergencias, Menes, 4

Existen otros documentos tales como los que utilizan en el Departamento del Distrito Federal (DDF) y la Secretaría de Salud (SS) (Anexo III y IV); que están basados en la tarjeta perinatal del CLAP (Anexo V) y que se conforma de una Historia clínica general; el interrogatorio por trimestres y una hoja escueta del inicio del Trabajo de parto, pero considera solo un color, el amarillo como factor de alerta, sin tipificar riesgo.

Tomando en consideración que la medicina preventiva se fundamenta en la detección del riesgo, una correcta evaluación de la Urgencia Gineco-obstétrica marca altas posibilidades de éxito de diagnóstico, tratamiento y pronóstico; sobre todo si se tiene como fundamento la detección oportuna de éste en sus diferentes componentes como son el Bajo, Mediano y Alto, por la vulnerabilidad de este grupo poblacional (Anexo VI), si bien, esto pudiera tener poca trascendencia para el ginecoobstetra experimentado, no lo es para los médicos en formación (estudiantes, internos, o residentes) de cualquier especialidad.

Lo antes citado se fundamenta en cuatro consideraciones que son: *Compromiso, Eficiencia, Eficacia y Mística de Servicio*, y sin estos elementos cualquier metodología sistematizada fracasará.

Dentro de las acciones para ampliar y mejorar la calidad de la atención médica, están el identificar y clasificar los problemas de salud por el impacto en la disminución de la morbimortalidad de individuos o grupos, optimizar los recursos humanos, financieros e instrumentales a emplearse, para dar respuesta a la necesidad de elevar el nivel general de salud y bienestar. La estratificación planteada pone énfasis en prioridades, sobre todo en los llamados grupos vulnerables, "Madre-Hijo"

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

por ejemplo; más recientemente a la pareja como base de un armónico crecimiento demográfico (2). Englobados en declaraciones como el plan de acción para la aplicación de la Declaración Mundial sobre la supervivencia, protección y el desarrollo del niño en el decenio de 1990 (3). Estas acciones consisten en la creación y aplicación de normas y organización de servicios que tienden a valorar en forma oportuna los factores de riesgo que inciden en la pérdida de la salud o detectar en forma temprana algún signo de enfermedad para establecer la dinámica adecuada para la utilización de recursos generalmente curativos (2,4).

Las Normas para el cuidado de la salud materno infantil y el bienestar familiar, son indispensables para la organización de sus recursos (5).

La valoración sistematizada del riesgo mejora el cuidado perinatal ya que pone a disposición del clínico un vasto caudal de información importante, constituye parte crucial de un sistema para separar al individuo enfermo del sano (6).

A través de las dos décadas pasadas, al propio tiempo que se realizaba un Programa de Planificación Familiar para disminuir la natalidad, se conocía con mayor detalle la epidemiología del proceso, la "historia natural" de la reproducción humana, lo que permitió ponderar los elementos asociados a la morbilidad perinatal, identificar situaciones o condiciones que determinan o contribuyen a elevar las tasas y se manejaron los conceptos de "Riesgo Gestacional" y "Riesgo Perinatal". Así se sabe hoy que el grupo de situaciones que en conjunto representan entre 10 y 20% de los embarazos genera el 90% de las enfermedades y muertes; clasificando a esos factores como de Alto Riesgo, dirigiéndose más acciones y recursos buscando su

control y abatimiento debiendo considerar además el mediano riesgo por proveer en un 50% al alto por solo presentarse trabajo de parto.

Se han establecido programas buscando ordenamiento y sistematización de las actividades relacionadas con la atención del embarazo, parto y puerperio, y con el cuidado del crecimiento y desarrollo del niño (7).

El enfoque de riesgo se fundamenta en el hecho de que no todos los individuos tienen la misma probabilidad o riesgo de padecer un daño determinado, sino que para algunos, dicha probabilidad es mayor que para otros. Esta diferencia establece un gradiente de necesidades de cuidados que va desde un mínimo para los individuos de bajo riesgo de presentar ese daño hasta un máximo, necesario solo para aquellos con alta probabilidad de sufrir alteraciones de salud en el futuro pasando por puntos intermedios como el mediano riesgo (8).

Analizando las causas y actitudes de mujeres embarazadas hacia la demanda de servicios de salud en población abierta, se aprecia que la mayoría de las consultas corresponden a causas como presentar síntomas Neurovegetativos y estado patológicos como Edema, Preeclampsia, Amenaza de Parto Pretérmino, Sangrado o Flujo Vaginal, Infección de Vías urinarias y dejar de Percibir Movimientos Fetales (9). Se ha documentado que la disminución de los movimientos Fetales se asocia con un significativo aumento de morbilidad perinatal y el Sufrimiento Fetal (10). Algunos investigadores han apoyado con base en sus resultados una mayor frecuencia de pacientes hipertensas con datos de productos con retardo en el crecimiento

intrauterino (RCIU), con evolución perinatal desfavorable, caracterizada por sufrimiento fetal, desceleraciones durante el trabajo de parto y líquido amniótico meconial (11). La demanda de atención prenatal en la actualidad en el tercer nivel muestra entre los diagnósticos de la consulta de primera vez las altas frecuencias de madres adolescentes, madre añosa, antecedente de dos o más cesáreas y el de obito (12).

El embarazo en la adolescente es una condición de Alto Riesgo por la elevada incidencia de complicaciones obstétricas que presenta en comparación con la población adulta(13). Se describe, mayor frecuencia de desproporción cefalo-pélvica, anemia, preeclampsia y bajo peso del recién nacido (14). La resolución del embarazo en estas pacientes muestra mayor frecuencia de partos distócicos y cesáreas, así como , amenaza de aborto (15). Y en estas pacientes cuando ocurre embarazo lleva además a una desintegración y desorganización en la vida de la joven, pues trae como consecuencia frecuente el abandono de estudios, trabajo, conflictos familiares; y se ha descrito un control prenatal inadecuado o inexistente (16).

Con respecto a la edad de las pacientes, la mayor frecuencia de muerte perinatal se encuentra en pacientes jóvenes y nulíparas (17).

Dentro de las principales patologías por las cuales acude una paciente ginecológica a consulta se encuentran las cervicovaginitis, alteraciones del flujo menstrual y dolor abdomino-pélvico, etc. (18).

Al realizar esta investigación pretendemos:

1. Demostrar que la sistematización en la evaluación de pacientes que acuden a consulta de urgencias es más confiable para instituir un

diagnóstico y tratamiento que el sistema tradicional y mejorar el pronóstico (del binomio).

2. Demostrar que al detectar tempranamente factores de riesgo, se propicia una referencia oportuna al nivel de atención correspondiente, de acuerdo a la clasificación del riesgo. Así como una atención jerarquizada por el componente médico.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Material y métodos.

Se realizó un estudio retrospectivo, transversal, descriptivo y observacional en la Unidad de Tococirugía del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional "General Ignacio Zaragoza" del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (I.S.S.S.T.E.) durante el periodo de 1 al 30 de Noviembre de 1998.

Se incluyeron 605 pacientes que acudieron al servicio solicitando consulta de urgencia tanto obstétrica como ginecológica.

A todas las pacientes se les aplicó el formato de la Hoja de Emergencia para Tococirugía (Anexo VII y VIII), que consta de 3 partes, la primera para ser llenada por el Personal Administrativo y Vigencia de Derechos, la cual consta de 19 parámetros; la segunda para ser llenada por el Personal de Enfermería que consta de 11 variables y la tercera para ser llenada por el Personal Médico que consta de 64 variables; y se evaluó el riesgo de acuerdo a la guía de evaluación inicial del riesgo perinatal (Anexo VI).

Se analizaron cada una de las tres partes y sus variables; El análisis estadístico se realizó con medidas de tendencia Central.

Resultados

Se revisaron 605 casos de pacientes que acudieron al servicio de Ginecología y Obstetricia a la consulta de Urgencias, agrupándose en dos grupos de pacientes: ginecológicas 152 (25.1%) y obstétricas 453 (74.9%), constituyendo este grupo la mayoría (cuadro I).

En el caso de las pacientes obstétricas, la media de edad es de 28.38 años \pm 5.44 años (cuadro II, gráfica I), la media del peso es de 69.41 \pm 12.6 Kg y la talla fue de 1.55 \pm 7.3 cm, en general podemos considerar que la talla y el peso se correlacionan de acuerdo a la evolución del embarazo (por Índice de Quetelet), considerando que se evaluaron los tres trimestres.

Por otra parte, en las pacientes Ginecológicas encontramos que la media de edad corresponde a 37.6 \pm 12 años (cuadro III, gráfica II), la media del peso es 65.5 \pm 10.0 por lo que en general este grupo se tipifica como obesas.

Las variables como se menciona con anterioridad se analizaron en 3 grupos ya que están dirigidos a diferente personal, administrativos, enfermeras y médicos:

- a) Para ser llenado por el personal administrativo y Vigencia, parte media superior del anverso del documento con original media carta y copia hoja completa
- b) Para ser llenado por enfermería parte inicial media inferior y enmarcada.
- c) Para ser llenado por el médico, lo restante de la parte media

Evaluación de la hoja de emergencias, Menes, 11

El primer recuadro, que corresponde al personal administrativo; fueron llenados todos los datos solicitados, sin embargo, comentaremos que la legibilidad del mismo no siempre fue buena. Los datos a interrogarse son:

- a) Fecha de asistencia
- b) Hora en la cual solicita su consulta
- c) Folio,
- d) Nombre completo
- e) Dirección
- f) Cédula
- g) Clínica de adscripción
- h) Edad
- i) Tipo de derechohabiente
- j) Dependencia
- k) Ocupación
- l) Domicilio
- m) Teléfono
- n) Persona responsable
- o) Parentesco
- p) Domicilio de este último
- q) Teléfono
- r) Y un recuadro para colocación de vigencia, el cual fue llenado de acuerdo a la presentación de documentos que lo acreditara.

Evaluación de la hoja de emergencias, Menes, 12

El segundo cuadro (para ser llenado por enfermería), fue parcialmente llenado omitiéndose en muchos de los casos los signos vitales, somatometría, estado de conciencia y persona que atiende, apreciándose que se presentaron más omisiones en el correspondiente a temperatura 55.5%, seguido de estado de conciencia 52.2% (Cuadro V)

GRUPO OBSTETRICO.

El rubro correspondiente para ser llenado por el médico presentó diversas fallas. El formato estandariza una breve historia clínica haciendo énfasis en los antecedentes gineco-obstétricos, así como la Exploración Física básica para la evaluación de la patología y la integración diagnóstica; además, el plan de tratamiento y la Evaluación del Riesgo.

Podemos apreciar que al interrogatorio el dato con mayores omisiones corresponde al tiempo de realización del Papanicolaou (58.3%). En cuanto a la exploración de la paciente obstétrica el dato con mayor omisión correspondió a la presencia de edema (55.3%); por otra parte, a la exploración del Feto, el dato con mayor omisión fue la variedad de Posición (98.4%); aquí hay que hacer notar que la distribución en cuanto al trimestre gestacional fue:

- A) Primer trimestre: 67 pacientes (14.8%)
- B) Segundo trimestre 53 pacientes (11.7%)
- C) Tercer trimestre 321 pacientes (70.9%)
- D) Puerperio 12 pacientes (2.6%) (Tabla IV, gráfica III).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Evaluación de la hoja de emergencias, Menes, 12

El segundo cuadro (para ser llenado por enfermería), fue parcialmente llenado omitiéndose en muchos de los casos los signos vitales, somatometría, estado de conciencia y persona que atiende, apreciándose que se presentaron más omisiones en el correspondiente a temperatura 55.5%, seguido de estado de conciencia 52.2% (Cuadro V)

GRUPO OBSTETRICO.

El rubro correspondiente para ser llenado por el médico presentó diversas fallas. El formato estandariza una breve historia clínica haciendo énfasis en los antecedentes gineco-obstétricos, así como la Exploración Física básica para la evaluación de la patología y la integración diagnóstica; además, el plan de tratamiento y la Evaluación del Riesgo.

Podemos apreciar que al interrogatorio el dato con mayores omisiones corresponde al tiempo de realización del Papanicolaou (58.3%). En cuanto a la exploración de la paciente obstétrica el dato con mayor omisión correspondió a la presencia de edema (55.3%); por otra parte, a la exploración del Feto, el dato con mayor omisión fue la variedad de Posición (98.4%); aquí hay que hacer notar que la distribución en cuanto al trimestre gestacional fue:

- A) Primer trimestre: 67 pacientes (14.8%)
- B) Segundo trimestre 53 pacientes (11.7%)
- C) Tercer trimestre 321 pacientes (70.9%)
- D) Puerperio 12 pacientes (2.6%) (Tabla IV, gráfica III).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Por lo que es justificable que en un 29.1% el dato no es valorable de acuerdo al tamaño del feto, del 70.9% restante, habría que considerar, las condiciones cervicales y la altura del producto por lo cual puede dificultarse la exploración del mismo.

En cuanto a datos clínicos de apoyo como la realización de labstix, se omitió en un 94.1%. en este aspecto debemos considerar la falta de recursos en el servicio lo cual hace que a las pacientes que se les tome sean debidamente seleccionadas de acuerdo a la patología a estudiar.

Con respecto al dextrostix en el 100% de las pacientes no se realizó, debido a las mismas condiciones que el anterior.

El llenado de iconos Se realizó adecuadamente en 305 pacientes (67.3%), considerando que el total de las pacientes en este apartado se encontró en el tercer trimestre correspondiendo a 321, cumpliéndose en un 95%.

En cuanto al Riesgo Perinatal, 26.8% (118) correspondieron al Riesgo Alto, 49.4% (218) al medio y 10.2% (45) al bajo, en un 13.6% (60) no fue registrado el riesgo; por lo que es necesario de acuerdo a los principios señalados en la información del trabajo, ya que es fundamental para la prevención de complicaciones.

El 75% de las pacientes acudieron a control prenatal en las diversas clínicas de la delegación Oriente, en segundo término a la clínica de obstetricia de nuestro

Hospital, y una pequeña minoría acudieron a otros servicios médicos diferentes a la Institución (Tabla V).

Los diagnósticos en orden de frecuencia se enumeran en el cuadro VI, en cuanto al tratamiento en un 59.4% se enviaron con este a su domicilio y un 40.6% fueron ingresadas, la mayoría de ellas al área de Tococirugía para procedimiento quirúrgico (37.1%), y el resto a hospitalización.

GRUPO GINECOLOGICO

En cuanto a este grupo en los recuadros del grupo administrativos y de enfermería no hay modificaciones con lo ya descrito anteriormente, en el apartado del médico el interrogatorio y la exploración se dirigió a la patología por lo que se presentó la paciente, omitiendo el resto del interrogatorio en un 80%.

La causa más frecuente que originó la consulta fue el sangrado uterino anormal (20.4%), seguido del disfuncional (16.4), el resto se enumera en el cuadro VII.

Del total de las pacientes ginecológicas el 83.6% ameritó tratamiento médico en domicilio, 7.2% pasó a hospitalización y un 9.2% requirió de tratamiento quirúrgico.

En general el rubro destinado a firma de autorización o supervisión del médico en función no fue llenado (97.7%). Y en el 100% encontramos la firma de la paciente recibiendo información de lo que ameritaba en el momento así como de las medidas de urgencia recibidas.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Hospital, y una pequeña minoría acudieron a otros servicios médicos diferentes a la Institución (Tabla V).

Los diagnósticos en orden de frecuencia se enumeran en el cuadro VI, en cuanto al tratamiento en un 59.4% se enviaron con este a su domicilio y un 40.6% fueron ingresadas, la mayoría de ellas al área de Tococirugía para procedimiento quirúrgico (37.1%), y el resto a hospitalización.

GRUPO GINECOLOGICO

En cuanto a este grupo en los recuadros del grupo administrativos y de enfermería no hay modificaciones con lo ya descrito anteriormente, en el apartado del médico el interrogatorio y la exploración se dirigió a la patología por lo que se presentó la paciente, omitiendo el resto del interrogatorio en un 80%.

La causa más frecuente que originó la consulta fue el sangrado uterino anormal (20.4%), seguido del disfuncional (16.4), el resto se enumera en el cuadro VII.

Del total de las pacientes ginecológicas el 83.6% ameritó tratamiento médico en domicilio, 7.2% pasó a hospitalización y un 9.2% requirió de tratamiento quirúrgico.

En general el rubro destinado a firma de autorización o supervisión del médico en función no fue llenado (97.7%). Y en el 100% encontramos la firma de la paciente recibiendo información de lo que ameritaba en el momento así como de las medidas de urgencia recibidas.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Conclusiones:

En general podemos apreciar que la hoja de Emergencias para tococirugía, establece una sistematización del interrogatorio, y la exploración de la paciente, tratando de omitir la menor cantidad de datos para integrar un buen diagnóstico, tratamiento oportuno y pronóstico. Sobre todo en un lugar como lo es nuestro Hospital, donde se pretende establecer una Escuela; y que gran parte de la consulta es otorgada por el Médico Residente del 1ro y 2º año de la especialidad, asesorado por los médicos Residentes de mayor jerarquía y el Médico Adscrito al servicio, lo cual facilita lo ya mencionado, si se sigue al pie de la letra; sin embargo, en la evaluación inicial de esta hoja encontramos ausencia de datos, tanto por el grupo de enfermería como por el médico lo que hace que la evaluación no sea favorable en un 100%, por otro lado, esta hoja es nueva en el sistema, probablemente nos haga pensar que se requiera de una supervisión estricta y contar con un instructivo para su llenado; así como compromiso y disposición del personal que participa en sus diversas fases de llenado, que los datos que se plasmen sean legibles para evitar errores, de cualquier tipo, tanto administrativos como en la integración del diagnóstico y tratamiento, con esto, además, deslindar responsabilidades médico-legales. Ya que conocemos que los signos vitales son básicos en la exploración y que pueden orientarnos hacia problemas muy complejos como son los diagnósticos de Choque en cualquiera de sus fases (Hipovolémico, Séptico, Obstructivo y Distributivo).

En el caso particular de la paciente embarazada, principalmente en la 2ª mitad del embarazo; la Tensión arterial puede ser el punto clave a investigar patología que pudiera complicar tanto la vida de la madre como la del producto de la gestación,

y ser detectado el problema en una fase temprana o incluso previsible, asociada con otra sintomatología o sin ella.

Por otra parte, en la paciente ginecológica la Hipertensión arterial se asocia con múltiples patologías sistémicas (renales, inmunológicas, diabetes, Enfermedad Vasculare Cerebral); y está asociada con patología ginecológica como lo es el sangrado uterino anormal, y procesos neoplásicos (principalmente asociada con Cáncer de endometrio), esto aunado a otros hallazgos de la exploración como la obesidad (por lo cual la somatometría también es un punto clave para la paciente ginecológica), teniendo en consideración que esta patología también se encuentra asociada con alteraciones hormonales.

El llenado de iconos y la detección de factores de riesgo durante cada evaluación de las pacientes, presentará variación del riesgo, ya que en algunos de los casos esto puede ser acumulable a otro previamente realizado; en otros casos, ya estará conjurado. Por lo que es de gran importancia la valoración adecuada y oportuna de cada una de las pacientes e individualizar casos. Recordando que *"No existen enfermedades, sino enfermos"*. Y esto es aplicable a la paciente Obstétrica que no siempre es una enferma, recordando que el embarazo es un evento fisiológico (no patológico) y al cual se puede agregar patología.

En el caso de las pacientes ginecológicas será importante evaluar la clasificación del riesgo ya que algunos factores pueden ser de mayor riesgo para cierta patología por ejemplo : obesidad para Cáncer de endometrio y la multiparidad para Cáncer de Cervix, en este último caso, la multiparidad es un factor protector para el

Cáncer de ovario, de endometrio y de mama sobre todo si hubo lactancia, por lo que habrá que individualizar casos.

Podemos apreciar que la organización del formato puede ser modificada para optimizar espacios y hacer más ágil su llenado y que se omitan datos. Por ejemplo: el recuadro para enfermería se debe colocar en una sola ocasión, así como los Antecedentes Ginecoobstétricos solicitados, e individualizar a las pacientes para la exploración física, agregando un apartado para las pacientes puerperas y algunos datos para las pacientes postoperadas, ya que algunas ocasiones el motivo de la consulta es retiro de puntos, colocación de DIU y dehiscencia de herida quirúrgica; esto observado principalmente en fines de semana, no siendo exclusivo (Anexo IX y X). Por otra parte, es conveniente dar un seguimiento y evaluación de este documento por lo menos cada 6 meses, para la toma de decisiones y de acuerdo a ello depender las futuras; ya que por el momento este estudio es la introducción del mismo al sistema de información y sistematización.

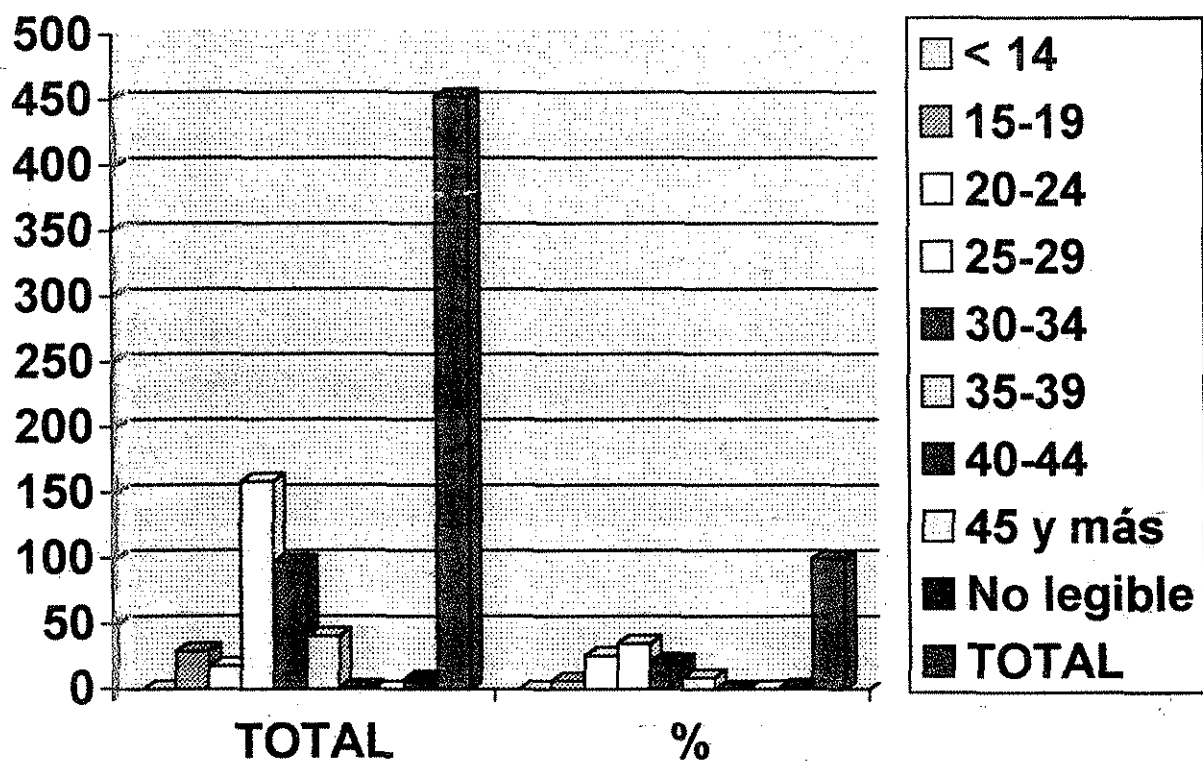
CUADRO I
DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES DE PACIENTES
QUE ACUDIERON A URGENCIAS TOCOCIRUGÍA

CASOS	TOTAL	%
OBSTETRICOS	453	74.9
GINECOLÓGICOS	162	25.1
TOTAL	605	100

CUADRO II
DISTRIBUCION DE PACIENTES
OBSTETRICAS POR EDAD

EDAD	TOTAL	%
< 14	0	0
15-19	29	6.4
20-24	18	26.0
25-29	159	35.1
30-34	97	21.4
35-39	41	9.1
40-44	1	0.2
45 y más	0	0
No legible	8	1.8
TOTAL	453	100

GRAFICA I
DISTRIBUCION DE PACIENTES
OBSTETRICAS POR EDAD



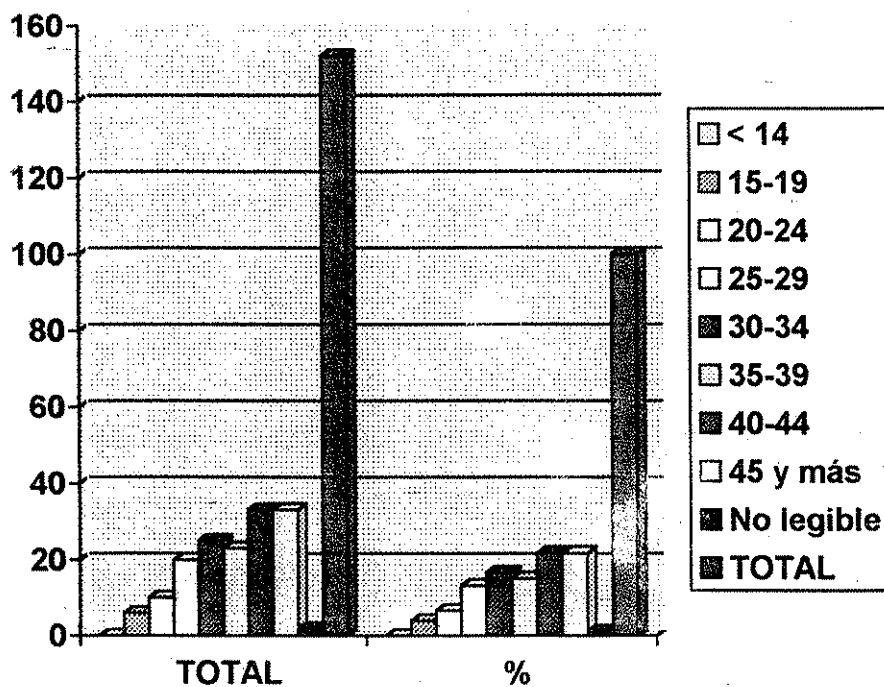
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CUADRO III
DISTRIBUCION DE PACIENTES
GINECOLOGICAS POR EDAD

EDAD	TOTAL	%
< 14	0	0
15-19	6	3.9
20-24	10	6.6
25-29	20	13.2
30-34	25	16.5
35-39	23	15.1
40-44	33	21.7
45 y más	33	21.7
No legible	2	1.3
TOTAL	152	100

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

GRAFICA II
DISTRIBUCION DE PACIENTES
GINECOLOGICAS POR EDAD



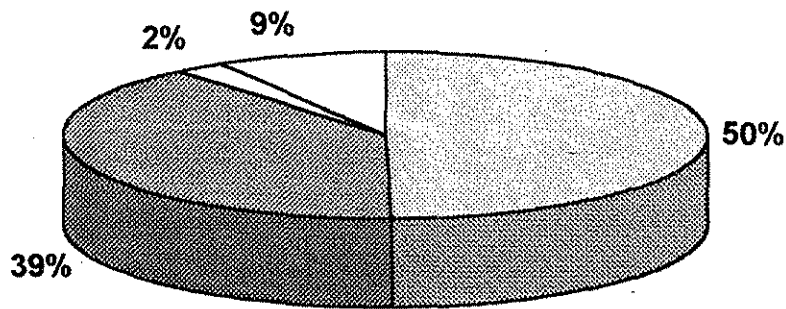
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CUADRO IV
DISTRIBUCION DE CONSULTAS OBSTETRICAS DE
ACUERDO A EDAD GESTACIONAL

EDAD GESTACIONAL	NO. DE CASOS	%
PRIMER TRIMESTRE	67	14.8
SEGUNDO TRIMESTRE	53	11.7
TERCER TRIMESTRE	321	70.9%
PUERPERIO	12	2.6
TOTAL	453	100

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

GRAFICA III
DISTRIBUCION DE CONSULTAS OBSTETRICAS DE
ACUERDO A EDAD GESTACIONAL



■ PRIMER TRIMESTRE	■ SEGUNDO TRIMESTRE
□ TERCER TRIMESTRE	□ PUERPERIO

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CUADRO V
DISTRIBUCION DE RUBROS CONTESTADOS
EN LA HOJA DE EMERGENCIA

No.	CONCEPTO	PORCENTAJE DE DATOS REGISTRADOS	PORCENTAJE DE DATOS NO RESGISTRADOS
1.	Edad	100	0
2.	Tensión Arterial	62.7	37.3
3.	Frecuencia cardiaca	60.2	39.8
4.	Frecuencia respiratoria	60	40
5.	Temperatura	44.5	55.5
6.	Estado de conciencia	47.8	52.2
7.	Peso	29.5	70.5
8.	Talla	29.1	70.1
9.	Menarca	89.4	10.6
10.	Periodicidad del ciclo menstrual	82.2	17.8
11.	Duración del ciclo Menstrual	82.2	17.8
12.	Dismenorrea	87.3	12.7
13.	Inicio de Vida Sexual Activa	85.8	14.2
14.	No de Gestaciones	98	2
15.	Paridad	100	0
16.	Abortos	100	0
17.	Cesáreas	100	0

CONTINUA CUADRO V

No.	CONCEPTO	PORCENTAJE DE DATOS REGISTRADOS	PORCENTAJE DE DATOS NO RESGISTRADOS
18.	Obitos	100	0
19.	No. Embarazos ectópicos	100	0
20.	Realización de Papanicolaou	41.7	58.3
21.	Resultado de Papanicolaou	68.4	31.6
22.	Métodos Anticonceptivos	83.4	16.6

Evaluación de la hoja de emergencias, Menes, 27

CONTINUA CUADRO V

EXPLORACION OBSTETRICA

No.	CONCEPTO	PORCENTAJE	PORCENTAJE DE
		DE DATOS REGISTRADOS	DATOS NO RESGISTRADOS
23.	Hemorragia obstétrica	73.2	26.8
24.	Cantidad de la Hemorragia	100	0
25.	Actividad uterina	39.9	60.1
26.	Presencia de edema	44.7	55.3
27.	Estado de las Membranas	71.5	28.5
28.	Tiempo de Ruptura	100	0
29.	Características del líquido amniótico	66.7	33.3
30.	Medicamentos Utilizados durante el embarazo	59.9	40.1
31.	Semanas de Gestación	80.4	19.6
32.	Fondo Uterino	75.5	24.5
33.	Situación del Feto	65.8	34.2
34.	Presentación del Feto	64.4	35.6
35.	Dorso del Feto	63.3	36.7
36.	Grado de encajamiento fetal	66.7	33.5
37.	Frecuencia cardiaca Fetal	56	44
38.	Intensidad de la Frecuencia cardiaca Fetal	55.8	44.2
39.	Ritmo de la frecuencia cardiaca fetal	50.8	49.2
40.	Condición del cérvix uterino	73.9	26.1
41.	Longitud cervical	70.1	29.9
42.	Labstix	5.9	94.1

Evaluación de la hoja de emergencias, Menes, 28**CONTINUA CUADRO V**

No.	CONCEPTO	PORCENTAJE DE DATOS REGISTRADOS	PORCENTAJE DE DATOS NO RESGISTRADOS
43.	Tipo de Pelvis	59	41
44.	Variedad de Posición Fetal	1.6	98.4
45.	Riesgo Perinatal	86.4	13.6
46.	Control Prenatal	59.5	40.5
47.	Llenado de Iconos	67.3	32.7
48.	Plan de Tratamiento	100	0
49.	Destino de la Paciente	67.8	32.2

Evaluación de la hoja de emergencias, Menes, 29

CONTINUA CUADRO V

EXPLORACION GINECOLOGICA

No.	CONCEPTO	PORCENTAJE	PORCENTAJE DE
		DE DATOS	DATOS NO
		REGISTRADOS	RESGISTRADOS
50.	Situación del Utero	65.8	34.2
51.	Tamaño del Utero	52.6	47.4
52.	Valoración de Ovarios	17.2	82.8
53.	Longitud cervical	41.5	58.5
54.	Situación cervical	22.4	77.6
55.	Descenso Vesical	5.3	94.7
56.	Exploración de glándulas Bartholin, Skene, y Meato uretral	5.3	94.7
57.	Secreción Vaginal	47.4	52.6
58.	Lesión Vulvar	25	75
59.	Glandulas Mamarias	29	71
60.	Otras Afecciones	16.4	83.6
61.	Llenado de Iconos	42.1	57.9
62.	Labstix	2	98
63.	Dextrostix	0	100
64.	Riesgo Ginecológico	74.3	25.7
65.	Plan de tratamiento	100	0
66.	Destino	59.9	40.1
67.	Otros Datos	0	100
68.	Apoyo de Laboratorio y gabinete	0	100
69.	Firma de Autorización o supervisión	2.3	97.3

TABLA VI
DIAGNOSTICOS OBSTETRICOS

DIAGNOSTICO	No.	%
1. Embarazo de Término en Fase Latente del Trabajo de Parto	57	12.6
2. Embarazo de Término en Fase Activa del Trabajo de Parto	55	12.1
3. Embarazo de Término con Prodromos de Trabajo de Parto	51	11.3
4. Embarazo de 28 a 31.6 semanas más Amenaza de Parto	33	7.3
Pretérmino más Infección de vías Urinarias		
5. Embarazo de término en Fase Latente más Ruptura de Membranas	31	6.8
6. Amenaza de Aborto del primer trimestre más Infección	27	6
7. Aborto del primer trimestre	23	5.1
8. Amenaza de Aborto del 2º trimestre más Infección	21	4.6
9. Embarazo de 21 a 27.6 semanas más Amenaza de Parto inmaduro más Infección de vías Urinarias	20	4.4
10. Amenaza de aborto del primer trimestre	17	3.7
11. Embarazo de 32 a 35.6 semanas más amenaza de parto Pretérmino más Infección de Vías Urinarias	16	3.5
12. Embarazo de Término más DCP	15	3.3
13. Enfermedad hipertensiva del embarazo	14	3.1
14. Embarazo de Término sin trabajo de Parto	13	2.9
15. Embarazo de término más cesárea iterativa	12	2.7

CONTINUA CUADRO VI
DIAGNOSTICOS OBSTETRICOS

DIAGNOSTICO	No.	%
16. Puerperio Patológico	12	2.7
17. Embarazo de Término más Presentación Pélvica	6	1.3
18. Embarazo de Término más Intergenésico Corto	6	1.3
19. Aborto del segundo trimestre	5	1.1
20. Emesis gravídica	3	0.7
21. Embarazo Pretérmino más Oligohidramnios o ruptura	3	0.7
22. Amenaza de Aborto del 2º trimestre	3	0.7
23. Parto Pretérmino	3	0.7
24. Embarazo Molar	1	0.2
25. Embarazo más Síndrome Doloroso Abdominal	1	0.2
26. Embarazo de Término más Sufrimiento fetal Agudo	1	0.2
27. Embarazo de Término más Desprendimiento de Placenta	1	0.2
28. Embarazo de Término más Polihidramnios	1	0.2
29. Embarazo de Término más oligohidramnios	1	0.2
30. Embarazo de Término más Obito	1	0.2

CUADRO VII
DIAGNOSTICOS GINECOLOGICOS

DIAGNOSTICO	No.	%
1. Sangrado Uterino Anormal	31	20.4
2. Sangrado Uterino Disfuncional	25	16.4
3. Infección de Vías Urinarias	21	13.8
4. Enfermedad Pélvica Inflamatoria	13	8.6
5. Cervicovaginitis	13	8.6
6. Afección de Ovario	8	5.3
7. Dehiscencia de Herida quirúrgica	7	4.6
8. Miomatosis Uterina	6	3.9
9. Afección de Glándulas Mamarias	5	3.3
10. Retiro de DIU Translocado	4	2.6
11. Síndrome Doloroso Abdominal	3	2.5
12. Otros*	16	10.5

* El concepto otros incluye diagnósticos únicos.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

ANEXO II

TERMINACION DEL EMBARAZO

FECHA NACIMIENTO _____ HORA _____ AMENORRREA _____	
TIPO DE EUTOCICO _____ VARIACION DE POSICION _____ HISTEROTOMIA _____ DILATACION _____ INCISIONES PERINE <input type="checkbox"/> VAGINA <input type="checkbox"/> CERVIX <input type="checkbox"/> OBSERVACIONES _____	FORCEPS VARIACION DE POSICION MEDIO BAJO <input type="checkbox"/> PROFILACTICO <input type="checkbox"/> BAJO <input type="checkbox"/> ELECTIVO <input type="checkbox"/> OTROS <input type="checkbox"/> INDICACION PRINCIPAL _____ INSTRUMENTO _____ OBSERVACIONES _____
CESAREA KERR <input type="checkbox"/> BECK <input type="checkbox"/> CORPORAL <input type="checkbox"/> OTRAS _____ INDICACION PRINCIPAL _____ DILATACION HISTEROTOMIA NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> (DESCRIBIR) _____ TRACCION DEL PRODUCTO (METODO) _____ COMPLICACIONES _____ OBSERVACIONES _____	
ANESTESIA (HORA) _____ ESPONTANEO <input type="checkbox"/> DIRIGIDO <input type="checkbox"/> MANUAL <input type="checkbox"/> MUSA _____ CAV. UT. <input type="checkbox"/> MOTIVO _____ OBSERVACIONES _____	RECIENTE NACIDO VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/> MACERADO <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO <input type="checkbox"/> APGAR (5') _____ MALFORMACIONES _____ PESO _____ (kg) TRAUMATISMO _____ OBSERVACIONES _____
ANALGESIA EN T. DE PARTO NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> TIPO _____ RESULTADO _____ COMPLICACIONES _____ ANESTESIA EN PARTO LEGRADO-CESAREA NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> TIPO _____ RESULTADO _____ COMPLICACIONES _____	
ACENTRACION NORMAL <input type="checkbox"/> ANORMAL <input type="checkbox"/> (DESCRIBIR) _____ ORDEN NUDOS <input type="checkbox"/> CIRCULARES <input type="checkbox"/> (DESCRIBIR) _____ OBSERVACIONES _____	
LEGRADO FECHA _____ HORA _____ PRODUCTO DE ABORTO _____ CON DILATACION <input type="checkbox"/> SIN DILATACION <input type="checkbox"/> INSTRUMENTAL <input type="checkbox"/> DIGITAL <input type="checkbox"/> OBSERVACIONES _____ FIRMA DEL MEDICO _____ MATRICULA _____	

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

FECHA Y HORA	EVOLUCIONES DEL PARTO O LEGRADO	OBSERVACIONES
	MEDICO	MATRICULA

NOTA PRE OPERATORIA

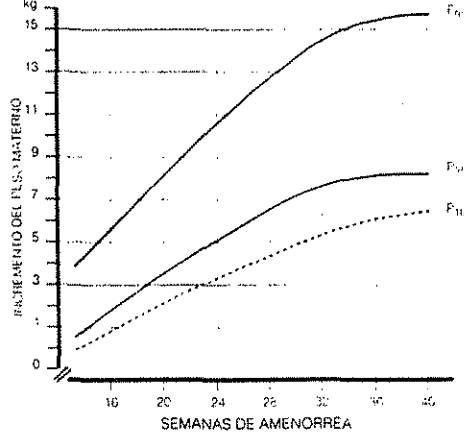
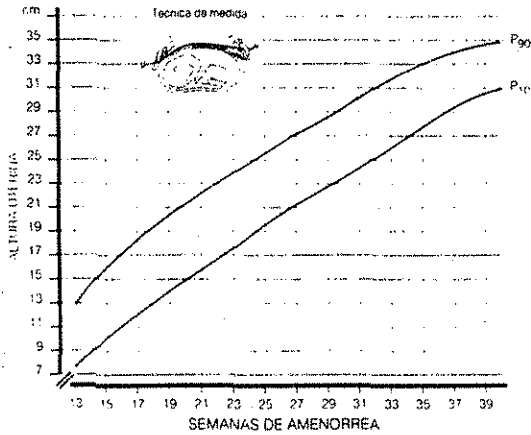
MEDICO _____ MATRICULA _____
 FECHA Y HORA _____

INDICACION PRINCIPAL _____
 OBSERVACIONES COMPLEMENTARIAS _____
 ACTIVA SALPINGOCLASIA SI NO OBSERVACIONES _____
 OPERACION PLANEADA _____

NOTA POST OCLUSION TUBARIA POST PARTO

FECHA Y HORA _____
 CAUSAS _____
 COMPLICACIONES _____
 DIAGNOSTICO _____
 EFECTUO POR _____
 MEDICO Y MATRICULA _____

ANEXO III



OBSERVACIONES

ESTABLECIMIENTO		INGRESO		EGRESO	
		Día	Mes	Día	Mes

EXAMENES COMPLEMENTARIOS	
Día	
Mes	

CARNE PERINATAL

El embarazo no es una enfermedad, pero exige vigilancia del equipo de salud para evitar complicaciones.

Es importante que su primera consulta al centro de salud sea lo más pronto posible.

Cumpla con las citas y las recomendaciones que le sean dadas.

Este carné contiene información indispensable para su salud y la de su hijo. Lévelo con Ud. como si fuera un documento y entéguelo al equipo de salud toda vez que requiera una atención, ya sea para el embarazo, parto, puerperio o control de crecimiento y desarrollo de su hijo.

En caso de extravío se ruega dirigirse a:

NOMBRE

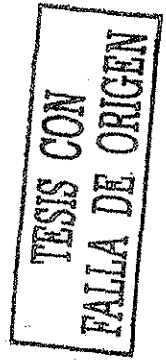
DOMICILIO

TELÉFONO

LOCALIDAD

Centro Latinoamericano de Fisiología y Desarrollo Humano - CLAD FADQWAO

PRN: 011 41 11 11



Evaluación de la hoja de emergencias, Menes, 36

ANEXO IV

CLAP OPS/OMS HISTORIA CLINICA PERINATAL BASE										ESTABLECIMIENTO		N° H.C.	
NOMBRE										EDAD años		ESTADO CIVIL	
DOMICILIO										ALFABETA		ESTUDIOS	
LOCALIDAD										TELEFONO		ESTADO	
ANTECEDENTES PERSONALES										OBSTETRICOS		OTROS	
FAMILIARES										TBC		OTROS	
TBC pulmonar										diabético		hipertensión	
gemelarios										infertilidad		OTROS	
EMBARAZO ACTUAL										DUPLICADO		HOSPITALIZACION	
PESO ANTERIOR										TALLA (cm)		TRASLADO	
EX CLINICO										EX ODONTOL		EXAMENES	
EXAMENES										PELVIS		PAPANICOLAU	
GOLCOSCOPIA										CERVIX		VDRL	
FECHA DE LA CONSULTA										SEMANAS DE AMENORREAS		PESO Kg	
TENSION ARTERIAL										AL UTERO		F.C.F. (Lat./min)	
EDAD GEST.										PRES.		TAMANO FETAL	
MUERTE INTRUT.										EPISIOTOMIA		ALUMB. ESPONT.	
RECIENTE NACIDO										PARTO		NEONATO	
SEXO										PESO AL NACER		TALLA	
EXAMEN FISICO										EDAD POR EX FISICO		PESO E.G.	
ALIMENTACION										EGRESO MATERNO		ANTICONCEPCION	

Patrones de altura uterina e incremento de peso materno según edad gestacional. Una vez conocida la edad gestacional, se ubica en la gráfica correspondiente un punto en su intersección con el valor obtenido.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

Evaluación de la hoja de emergencias, Menes, 37

ANEXO V

CLAP/OPOS/OMS/HS/HS/OT/IA/CI/IM/O/R/RENATAI										ESTABLECIMIENTO		N° H.C.					
NOMBRE										EDAD años		ALFABETA		ESTUDIOS		ESTADO CIVIL	
DOMICILIO										menor de 15		no		no		casada	
LOCALIDAD										mayor de 15		no		no		viuda	
TELEFONO										menor de 15		no		no		soltera	
ANTECEDENTES PERSONALES										OBSTETRICOS		nacidos vivos		viven		In anterior embarazo	
FAMILIARES										gestas		abortos		vaginales		mes. año	
diabetes										ninguno o más de 3 partos		cesareas		nacidos muertos		RN con mayor peso	
hipertensión										algun RN menor de 2500 gr				despues tra sem		g	
hipertensión crónica																	
cirugía pélvica-uterina																	
infertilidad																	
otras																	
EMBARAZO A OVIUM										DUDAS		GRUPO		FUMAR		HOSPITALIZACION	
PESO ANTERIOR										actual		Rn		no		TRASLADO	
TALLA (cm)										previa		no		si		no	
EX CLINICO										mes gesta		si		si		si	
EX MAMAS																	
EX ODONT																	
PELVIS																	
PAPANIC																	
COLPOSCOPIA																	
CERVIX																	
VDRL																	
fecha de la consulta																	
semanas de amenorrea																	
peso (Kg)																	
tensión arterial																	
Alt. uterina																	
F.C.F.																	
TRABAJO DE PARTO										CONSULTA PRENATAL		PRES cel.		TAMANO FETAL		MEMBRANAS	
ORIGEN										en el hosp		pelv.		si no		hora	
hora										con carne		tran.		rot.		fecha ruptura	
tensión arterial										si no		si no		rot.		dia mes	
contracciones										si no		si no		si no		dia mes	
altura										si no		si no		si no		dia mes	
F.C.F.										si no		si no		si no		dia mes	
diat cerv										si no		si no		si no		dia mes	
TERMINACION										NIVEL DE ATENCION		PARTO		NOMBRE		N° H.C. RN	
espect										medico		NOMBRE		NOMBRE		nombre RN	
cesarea										medico		NOMBRE		NOMBRE		nombre RN	
INDICACION PRINCIPAL DE PARTO OPERATORIO O INDUCCION										medico		NOMBRE		NOMBRE		nombre RN	
MUERTE										medico		NOMBRE		NOMBRE		nombre RN	
EPISIOTOMIA										medico		NOMBRE		NOMBRE		nombre RN	
ALUMB										medico		NOMBRE		NOMBRE		nombre RN	
DESGARROS										medico		NOMBRE		NOMBRE		nombre RN	
MEDICACION EN PARTO										medico		NOMBRE		NOMBRE		nombre RN	
RECENAMIENTO										medico		NOMBRE		NOMBRE		nombre RN	
TALLA										medico		NOMBRE		NOMBRE		nombre RN	
EDAD POR EX FISICO										medico		NOMBRE		NOMBRE		nombre RN	
PESO E G										medico		NOMBRE		NOMBRE		nombre RN	
APGAR										medico		NOMBRE		NOMBRE		nombre RN	
REANIM RESPIR.										medico		NOMBRE		NOMBRE		nombre RN	
VDRL										medico		NOMBRE		NOMBRE		nombre RN	
EXAMEN FISICO										medico		NOMBRE		NOMBRE		nombre RN	
PATOLOGIAS										medico		NOMBRE		NOMBRE		nombre RN	
HOSPITALIZADO										medico		NOMBRE		NOMBRE		nombre RN	
EGRESO RN										medico		NOMBRE		NOMBRE		nombre RN	
ALIMENTO										medico		NOMBRE		NOMBRE		nombre RN	
PESO AL EGRESO										medico		NOMBRE		NOMBRE		nombre RN	
EGRESO MATERNO										medico		NOMBRE		NOMBRE		nombre RN	
ANTICONCEPCION										medico		NOMBRE		NOMBRE		nombre RN	
Responsable										medico		NOMBRE		NOMBRE		nombre RN	
Responsable										medico		NOMBRE		NOMBRE		nombre RN	

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

ANEXO VI

HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA"
I.S.S.S.T.E.
GUIA PARA LA EVALUACION INICIAL DEL RIESGO PERINATAL

NOMBRE: _____ CEDULA: _____ FECHA: _____
 PESO: _____ TALLA: _____ cms. TA: _____ FU: _____ cms. FCF: _____
 DX: _____ FUR: _____

		RIESGO MEDIO			
I. DATOS GENERALES					
1. EDAD _____	<input checked="" type="checkbox"/> 20 A 30	<input type="checkbox"/> 15 A 19	<input type="checkbox"/> 31 A 35	<input checked="" type="checkbox"/> 14 o MENOS	<input type="checkbox"/> 36 o MAS
2. PESO AL INICIO DEL EMBARAZO _____	<input checked="" type="checkbox"/> 51 A 64	<input type="checkbox"/> 65 A 75	<input type="checkbox"/> 41 A 50	<input checked="" type="checkbox"/> 76 o MAS	<input type="checkbox"/> 40 o MENQS
3. ESTATURA _____ cms.	<input checked="" type="checkbox"/> 150 o MAS	<input type="checkbox"/> 1.45 A 1.49		<input checked="" type="checkbox"/> 1.44 o MENOS	
4. NIVEL SOCIO ECONOMICO	<input checked="" type="checkbox"/> ALTO MEDIO	<input type="checkbox"/> BAJO		<input checked="" type="checkbox"/> MUY BAJO	
5. ESTADO CIVIL	<input checked="" type="checkbox"/> UNION LIBRE	<input type="checkbox"/> SIN PAREJA			
	<input checked="" type="checkbox"/> CASADA				
6. ACTITUD	<input checked="" type="checkbox"/> ADECUADA	<input type="checkbox"/> INADECUADA		<input checked="" type="checkbox"/> MUY ALTERADA	
7. ESCOLARIDAD	<input checked="" type="checkbox"/> SECUNDARIA O MAS	<input type="checkbox"/> PRIMARIA		<input checked="" type="checkbox"/> PRIMARIA INCOMPLETA O SIN ESTUDIOS	
II. ANTECEDENTES					
8. PARIDAD _____	<input checked="" type="checkbox"/> 1 A 3	<input type="checkbox"/> 0 ó 4 A 6		<input checked="" type="checkbox"/> TRAUMATICO	
9. PARTO ANTERIOR	<input checked="" type="checkbox"/> NORMAL	<input type="checkbox"/> PROLONGADO		<input checked="" type="checkbox"/> 3 o MAS	
10. ABORTOS CONSECUTIVOS _____	<input checked="" type="checkbox"/> 0 ó 1	<input type="checkbox"/> 2 ó 3		<input checked="" type="checkbox"/> 2 o MAS	
11. CESAREAS PREVIAS _____	<input checked="" type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> 1		<input checked="" type="checkbox"/> 2 o MAS	
12. PARTOS PRETERMINO	<input checked="" type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> 1		<input checked="" type="checkbox"/> 2 o MAS	
13. PREECLAMPSIA-ECLAMPSIA	<input checked="" type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI		<input checked="" type="checkbox"/> 2 o MAS	
14. NIÑOS CON BAJO PESO <2500g. _____	<input checked="" type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> 1		<input checked="" type="checkbox"/> 2 o MAS	
15. NIÑOS MACROSOMICOS >4000g. _____	<input checked="" type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> 1		<input checked="" type="checkbox"/> 2 o MAS	
16. MUERTES PERINATALES _____	<input checked="" type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> 1		<input checked="" type="checkbox"/> SI	
17. HIJOS MALFORMADOS _____	<input checked="" type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> GINECOLOGICA		<input checked="" type="checkbox"/> EN UTERO	
18. CIRUGIA PREVIA	<input checked="" type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> PADRES		<input checked="" type="checkbox"/> PACIENTE	
19. DIABETES	<input checked="" type="checkbox"/> ABUELOS-TIOS	<input type="checkbox"/> PADRES		<input checked="" type="checkbox"/> PACIENTE	
20. HIPERTENSION	<input checked="" type="checkbox"/> ABUELOS-TIOS				
III. EMBARAZO ACTUAL					
21. HEMOGLOBINA: _____	<input checked="" type="checkbox"/> 11 o MAS	<input type="checkbox"/> 9 A 10.9		<input checked="" type="checkbox"/> MENOS DE 9.	
22. FACTOR RH	<input checked="" type="checkbox"/> POSITIVO	<input type="checkbox"/> NEGATIVO		<input checked="" type="checkbox"/> NEGATIVO	
23. AMENAZA DE ABORTO	<input checked="" type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NO INMUNIZADA		<input checked="" type="checkbox"/> INMUNIZADA	
24. AMENAZA DE PARTO PRETERMINO O INMADURO	<input checked="" type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> CONTROLADA		<input checked="" type="checkbox"/> ACTIVA	
25. HEMORRAGIA GINECOLOGICA	<input checked="" type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> CONTROLADA		<input checked="" type="checkbox"/> ACTIVA	
26. DIABETES GESTACIONAL	<input checked="" type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> CONTROLADA		<input checked="" type="checkbox"/> DESCONTROLADA	
27. HIPERTENSION CRONICA	<input checked="" type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> CONTROLADA		<input checked="" type="checkbox"/> DESCONTROLADA	
28. HIPERTENSION GESTACIONAL	<input checked="" type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> CONTROLADA		<input checked="" type="checkbox"/> DESCONTROLADA	
29. CARDIOPATIA	<input checked="" type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> CONTROLADA		<input checked="" type="checkbox"/> DESCONTROLADA	
30. NEFROPATIA	<input checked="" type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> CONTROLADA		<input checked="" type="checkbox"/> DESCONTROLADA	
31. TABAQUISMO	<input checked="" type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI		<input checked="" type="checkbox"/> SI	
32. ALCOHOLISMO	<input checked="" type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI		<input checked="" type="checkbox"/> SI	
33. OTRAS TOXICOMANIAS _____	<input checked="" type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI		<input checked="" type="checkbox"/> SI	
34. CONSANGUINIDAD	<input checked="" type="checkbox"/> NO			<input checked="" type="checkbox"/> SI	
35. RUPTURA DE MEMBRANAS	<input checked="" type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> 6 HRS. o MENOS		<input checked="" type="checkbox"/> MAS DE 6 HRS.	
36. OTROS ESPECIFIQUE _____	<input checked="" type="checkbox"/> NO				
EVALUADOR: _____		RIESGO FINAL: _____			

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ANEXO VII



Hospital Regional General Ignacio Zaragoza
Subdirección General Médica
Hoja de Emergencia para Tococirugía



Fecha: _____ Hora: _____ Folio: _____
 Dirección: _____ Cédula: _____ Adscripción: _____
 Apellido paterno: _____ Apellido Materno: _____ Nombre(s): _____
 Edad: _____ Tipo de derechohabiente: _____
 Dependencia: _____ Ocupación: _____
 Domicilio: _____
 Teléfono: _____
 Persona responsable: _____
 Parentesco: _____
 Domicilio: _____
 Teléfono: _____

Para Uso de Vigencia de Derechos

Nota: Regrese de inmediato si no mejora de su padecimiento

PARA SER LLEVADO POR LA ENFERMERA Procedencia: Domicilio UMF Cual: _____ Otra institución: _____
 Motivo de la consulta: _____ Fecha: _____ Hora: _____
 T.A.: _____ mm/Hg P _____ x' R _____ x' T _____ °C Conciente: SI No Peso _____ Kg Talla _____ cm
 Nombre y firma de la enfermera _____

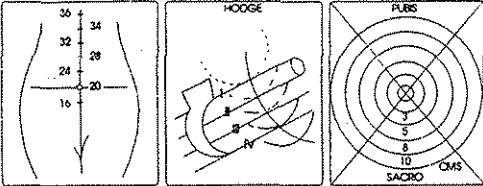
PARA SER LLEVADO POR EL MEDICO
 Menarca a los _____ años, Ciclos de _____ x _____ Dismenorea: SI No NSA a los _____ años G _____ P _____ A _____
 C _____ Obitos _____ Ectópicos _____ RUM _____ FPP _____ Ultimo papanicolaou _____ año _____ mes _____ día
 Resultado: _____ Ultimo método anticonceptivo _____ año _____ mes _____ día Tipo: _____

Hemorragia: SI No Cantidad: _____ Contracciones uterinas en 10 minutos _____ Edema: SI No
 Membranas íntegras: SI No Rotas: SI No Fecha: _____ Hora: _____ Aspecto del líquido amniótico: _____

Medicamentos que recibió durante el embarazo: _____
 Amenorrea de _____ semanas FU _____ cm Situación: _____ Presentación: _____ Dorso: _____

Grado de encajamiento: Libre Abocada Encajado F.C.F. _____ x' Intensidad: _____ Ritmo: _____
 Cuello uterino: Posterior Central Anterior Resistente Blando Con desgarras

Longitud 3 cm 2 cm 1 cm 1/2 cm Labstx: _____



Tipo de pelvis: _____ Control Prenatal _____
 Variedad de posición: _____
 Riesgo perinatal: Alto Medio Bajo
 Médico adscrito: _____
 Médico residente: _____

ISSSTE UMF	TRIMESTRE
ISSSTE Hospital (obstetricia)	I
Otra institución	II
Particular	III
Ninguna	IV
Total de consultas	
Prenatales	

Diagnóstico: _____ Plan: _____ Pasa a: UMF Obstetricia Perinatología Otros

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

ESTA TESIS NO SALE DE LA BIBLIOTECA

ANEXO VIII

Nota Médica y Recomendaciones Fecha: _____ Hora: _____ Valoración de Riesgo: Alto Medio Bajo

I.D. _____ Pasa a: _____ Cons. Externa: Ginecología
 UMF: Obstetricia

Tratamiento: _____ Hospitalización Hora: _____
 Incapacidad: _____ días, Folio: _____ Clínica de especialidad: _____

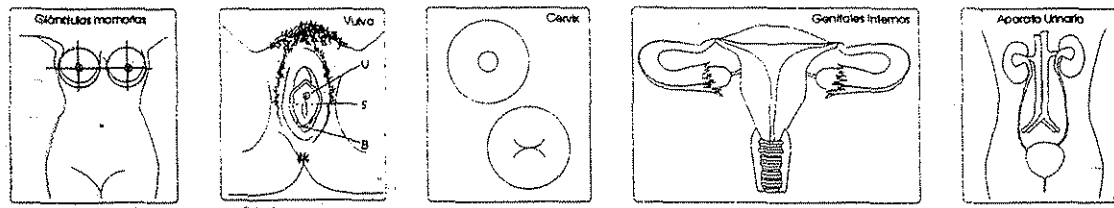
 Firma de la Paciente Informada, enterada y de acuerdo

 Nombre, clave y firma del médico

PARA SER LLEVADO POR LA ENFERMERA: Procedencia: Domicilio UMF Cual: _____ Otra institución: _____
 Motivo de la consulta: _____ Fecha: _____ Hora: _____
 T.A.: _____ mm/Hg P _____ x' R _____ x' T _____ °C Conciente: Si No Peso _____ Kg Talla _____ cm
 Nombre y firma de la enfermera _____

PARA SER LLEVADO POR EL MÉDICO: SÍNTOMA PRINCIPAL

Menarca a los _____ años. Ritmo _____ x _____ Dismenorea: Si No NSA a los _____ años G _____ P _____ A _____ C _____
 Obitos _____ Ectópicos _____ P.M. _____ Regular: Si No Último papanicolaou _____ año _____ mes _____ día
 Resultado: _____ Último método anticonceptivo _____ año _____ mes _____ día Tipo: _____
 Útero: A/V R/V Indiferente: Medidas: _____ x _____ x _____ cm OD: _____ x _____ x _____ cm OI: _____ x _____ x _____ cm
 Cervix: Longitud: _____ cm Central Anterior Vejiga: Descenso _____ grado BUS: Normal Anormal
 Secreción vaginal: Normal Anormal Lesión vulvar: Si No Lesión glándula mamaria: Si No Otras: Si No



Marque el lugar de la lesión o anomalía

Bifidistix: _____ Destrostix: _____ Riesgo ginecológico: Alto Medio Bajo

Diagnóstico: _____
 Plan: _____ Pasa a: UMF C.E. clínica de esp.: _____ Medicina interna
 Otros datos: _____ Apoyo de gabinete o laboratorio _____
 Médico adscrito: _____
 Médico residente: _____

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

ANEXO IX



Hospital Regional General Ignacio Zaragoza
Subdirección General Médica
Hoja de Emergencia para Tococirugía



FOLIO: _____

FECHA: _____ HORA: _____ ADSCRIPCIÓN: _____	PARA USO EXCLUSIVO DE VIGENCIA DE DERECHOS
DIRECCIÓN: _____ CÉDULA: _____	
APELLIDO PATERNO: _____ MATERNO: _____ NOMBRE(S): _____	
EDAD: _____ TIPO DE DERECHO ABIENTE: _____	
DEPENDENCIA: _____ OCUPACIÓN: _____	
DOMICILIO: _____	
TELÉFONO: _____	
PERSONA RESPONSABLE: _____	
PARENTESCO: _____	
DOMICILIO: _____	
TELÉFONO: _____	
NOTA: REGRESE DE INMEDIATO SI NO MEJORA SU PADECIMIENTO.	

PARA SER LLENADO POR LA ENFERMERA: PROCEDENCIA: DOMICILIO UMF CUAL: _____ OTRA INSTITUCIÓN: _____
 MOTIVO DE LA CONSULTA: _____ FECHA: _____ HORA: _____
 TA: _____ mm/Hg P: _____ x' R: _____ x' T: _____ aC CONCIENTE: SI NO PESO: _____ Kg. TALLA: _____ Cm

NOMBRE Y FIRMA DE LA ENFERMERA: _____

PARA SER LLENADO POR EL MÉDICO:

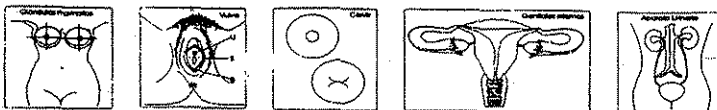
ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS.

MENARCA: _____ AÑOS CILCOS DE _____ X _____ DISMENORREA SI NO IVSA _____ AÑOS G _____ P _____ A _____
 C _____ OBITOS _____ ECTÓPICOS FUM _____ FPP _____ ULTIMO PAPANICOLAO _____
 RESULTADO: _____ ULTIMO MÉTODO ANTICONCEPTIVO: _____ TIPO: _____
 COMPLICACIONES EN EMBARAZOS ANTERIORES: SI NO CUALES (ES): _____
 LACTANCIA MATERNA: SI DURACION _____ NO CAUSA _____

LLENARSE EN CASO DE PACIENTE GINECOLOGICA.

UTERO: AVF RVF INDIFERENTE MEDIDAS: _____ X _____ X _____ CM OD: _____ X _____ X _____ CM
 OI: _____ X _____ X _____ CM CERVIX: LONGITUD: _____ CM CENTRAL ANTERIOR POSTERIOR
 VEJIGA: DESCENSO _____ GRADO BUS: NORMAL ANORMAL SECRECIÓN VAGINAL: NORMAL ANORMAL
 LESIÓN VULVAR: SI NO LESIÓN GLÁNDULA MAMARIA: SI NO OTRAS: SI NO

MARQUE EL LUGAR DE LA LESIÓN O ANORMALIDAD



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ANEXO X

NOTA MEDICA Y RECOMENDACIONES FECHA: _____ HORA: _____ VALORACION DE RIESGO:

I.Dx. _____ PASA A: CONSULTA EXTERNA: GINECOLOGIA OBSTETRICIA

TRATAMIENTO: _____ UMF:

INCAPACIDAD: _____ DIAS, FOLIO _____ HOSPITALIZACION: HORA: _____

CLINICA DE ESPECIALIDAD: _____

FIRMA DE LA PACIENTE
INFORMADA, ENTERADA Y DE ACUERDO

NOMBRE, CLAVE Y FIRMA DEL MEDICO

LLENAR EN CASO DE PACIENTE OBSTETRICA

HEMORRAGIA: SI NO CANTIDAD _____ CONTRACCIONES UTERINAS EN 10 MINUTOS _____ MOVIMIENTOS FETALES: SI NO

ACUFENOS: SI NO FOSFENOS: SI NO EPIGASTRALGIA: SI NO

MEDICAMENTOS QUE RECIBIO DURANTE EL EMBARAZO: _____

AMENORREA DE _____ SEMANAS FU _____ CM SITUACION _____ PRESENTACION _____ DORSO _____

FCF _____ X' INTENSIDAD _____ RITMO _____ MEMBRANAS: INTEGRAS ROTAS FECHA: _____

HORA: _____ ASPECTO DE LIQUIDO AMNIOTICO _____ CRISTALOGRAFIA: POSITIVA NEGATIVA

GRADO DE ENCAJAMIENTO: LIBRE ABOCADO ENCAJADO CUELLO UTERINO: POSTERIOR CENTRAL ANTERIOR

RESISTENTE BLANDO CON DESGARROS LONGITUD: 3CM 2CM 1CM 1/2CM LABSTRIX: _____

EDEMA: SI NO ROTAS: _____ TIPO DE PELVIS: _____ VARIEDAD DE POSICIÓN: _____ CONTROL PRENATAL: SI NO

PORQUE: _____ PESO ANTERIOR AL EMBARAZO: _____ Kg.

BILILABSTIX: _____ DEXTROSTIX: _____

OTROS DATOS: _____ APOYO DE GABINETE O LABORATORIO: _____



Control Prenatal

ISSITE LAUF	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ISSITE Hospital (obstetricia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otra institución	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Particular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ninguna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Total de controles Prenatales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

LLENAR EN CASO DE PACIENTE OBSTETRICA EN PUERPERIO

Fecha del evento obstétrico: _____ Involución uterina: Normal _____ Anormal _____

Loquios: Hemáticos _____ Serohemáticos _____ Serosos _____ Fétidos: Si _____ No _____ Ninguno _____

Mamas: Normales _____ Mastitis _____ Absceso _____ Turgentes _____

Pezón: Normal: _____ Umbilicado _____ Plano _____ Grietas: Si _____ No _____

Secreción por pezón: Láctea _____ Hemática _____ Purulenta _____

Episiografía: Media _____ Mediolateral _____ Normal _____ Anormal: Dehiscencia _____ Infección _____ Fístula _____

Herida quirúrgica: Normal _____ Anormal: Dehiscencia _____ Infección _____

Otros: _____

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

BIBLIOGRAFIA.

1. Díaz A.G., Schwarcz R.: SISTEMA INFORMATICO PERINATAL, Publicación científica del CLAP, No. 1203, Septiembre de 1993: 3,9.
2. Armendarés S., Urrusti S., Jurado G.: LOS DEFECTOS AL NACIMIENTO, ESTADO DEL ARTE. Grupo de estudios del nacimiento A:C. Febrero 1989; 44-52.
3. Kumate R.J., et al: ANALISIS DE RIESGO BENEFICIO EN EL USO DE MEDICAMENTOS ADMINISTRADOS DURANTE EL EMBARAZO Y LACTANCIA. IMSS, 1994; I-II
4. Jurado G.E., Alvarez M.J., Vargas G.C.: LA ATENCION PRIMARIA A LA SALUD MATERNO-INFANTIL. Grupo de estudios del nacimiento A.C., Abril 1992; 61-64.
5. Schwarcz R., Díaz A.G., et al: ATENCION PRENATAL Y DEL PARTO DE BAJO RIESGO. Public.Cient. CLAP , 1991; 1234: 11-15.
6. Narvaez R.E., et al: EVALUACION DE RIESGO EN EL EMBARAZO, Tesis de Postgrado ISSSTE ,1986: 1-5.
7. Rivera T., Salas M., et al: INFLUENCIA DEL CONTROL PRENATAL SOBRE LA MORTALIDAD MATERNA Y PERINATAL EN UN CENTRO HOSPITALARIO DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCION. Ginecol Obstet Mex ,1994; 62: 185-88.
8. De la Garza C., Gonzalez M.: MUERTE PERINATAL, Ginecol Obstet Mex, 1995; 63: 186-89.
9. Díaz A., Schwarcz R., et al: SISTEMA INFORMATICO PERINATAL, Public Cient CLAP, 1993; 1203: 9-14.

10. Romero G., González R., et al: MORBIMORTALIDAD PERINATAL ASOCIADA A SENESCENCIA PLACENTARIA, Ginecol Obstet Mex., 1997; 65: 8-12.
11. Infante C.: UTILIZACION DE SERVICIOS DE ATENCION PRENATAL : INFLUENCIA DE LA MORBILIDAD PERCIBIDA Y DE LAS REDES SOCIALES DE AYUDA, Salud Pub Mex, 1990; 32,(4): 419-29.
12. Romero G., Sánchez R.: MORBIMORTALIDAD PERINATAL ASOCIADA A HIPOMOTILIDAD FETAL, Ginecol Obstet Mex, 1994; 62: 222-25.
13. Ortigosa E., Carrasco I, et al: MORBILIDAD GESTACIONAL, Ginecol Obstet Mex, 1993; 42: 247-53.
14. Roopharinesingh S., Bassaw B.: IS ADOLESCENT PREGNANCY HAZARDOUS?, W I Med J. 1993; 42: 22-26.
15. Valdez F., Valle O.: PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO PARA COMPLICACIONES OBSTETRICAS EN LA ADOLESCENTE. COMPARACION CON LA POBLACION ADULTA, Ginecol Obstet Mex, 1996; 64: 209-13.
16. Ehrenfeld-Len Kiewicz N.: EDUCACION PARA LA SALUD REPRODUCTIVA Y SEXUAL DE LA ADOLESCENTE EMBARAZADA, Salud Pub Mex, 1991; 36:154-60.
17. Puente T.F.J., et al: MUERTE FETAL., Ginecol Obstet Mex, 1988; 56: 189-94.
18. Jones H.W., Wentz A.C., Burnett I.S.: TRATADO DE GINECOLOGIA DE NOVAK, Editorial Interamericana Mc Graw-Hill, 11ª edición 1994: 1-32.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN