

# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

## FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES

---



CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR.

CLINICA HOSPITAL T1-1

CD. OBREGON, SONORA.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.

### T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE

ESPECIALISTAS EN MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A N

Dra. Martha Ruth Sánchez Ugalde

Dra. Eugenia Rosa Zárate Miguel

Dra. Rosalita Cruz Sánchez

Dr. José Gregorio García Félix



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.

A MIS PADRES:

MATILDE UGALDE DE SANCHEZ

ANTONIO SANCHEZ RIDO,

Les agradezco el haberme inculcado el deseo de superación, y hoy sobre su tumba -- quiero depositar mi esfuerzo como ofrenda a su memoria.

A MIS HERMANOS:

Por nuestros lazos de cariño y -- confianza mutua que nos mantienen unidos.

A MIS PROFESORES:

A Todos ellos,  
por haberme transmitido sus conocimientos que permitieron mi formación de médico y especialista.

*A nuestro asesor:*

*Dr. Roberto Unda Carboz*

*Coordinador de la Residencia de Medicina Familiar*

*Clinica Hospital del IMSS, Cd. Obregón, Son.*

*Por haber encontrado en él*

*al consejero y amigo;*

*Y por desear la superación*

*de cada uno de nosotros*

*en pro de la especialidad.*

*Al Dr. José R. Montoya Castro*

*Jefe de Enseñanza*

*Clinica Hospital del IMSS, Cd. Obregón, Son.*

*Por su constante preocupación*

*para elevar el nivel*

*de enseñanza e investigación*

*dentro de la clinica.*

PONENTES:

DRA. ROSALIA CRUZ SANCHEZ

DR. GREGORIO GARCIA FELIX

DRA. MARTHA RUTH SANCHEZ UGALDE

DRA. EUGENIA ROSA ZARATE MIGUEL

" IMPORTANCIA DEL CONTROL PRENATAL A  
NIVEL DE MEDICO FAMILIAR "

CLINICA HOSPITAL T-1 No. 1 DEL IMSS  
CD. OBREGON, SONORA.

NOVIEMBRE DE 1976.

# CONTENIDO

1. INTRODUCCION

2. HIPOTESIS

3. MATERIAL Y METODOS

4. RESULTADOS

5. CONCLUSION

6. SUGERENCIAS

7. REFERENCIAS

## OBJETIVOS

1. Definir qué es Control Prenatal.
2. Analizar los Programas de Control Prenatal Actuales.
3. Revisar estadísticamente la mortalidad materno-fetal en -  
nuestro país.
4. Detectar errores de los Programas existentes.
5. Reafirmar los niveles de prevención como solución a los -  
errores que se detecten.

## INTRODUCCION

Dentro de la vida sexual de la mujer, la gestación es en sí un proceso fisiológico y transitorio que determina su equilibrio fisiológico delicado; origina por sus características la sobrecarga de diversos aparatos y sistemas que lo acercan a los límites de la patología. En base a este concepto se elaboraron "programas de control prenatal, que tuvieron su inicio a principios de nuestro siglo en los países anglosajones, cuyo objetivo principal era abatir los índices de mortalidad materno-fetal" ( 40-41 ). Estos programas se propagaron rápidamente en los países desarrollados y posteriormente en los subdesarrollados, ya que la mortalidad materna y perinatal ocupaban los primeros lugares de la mortalidad general.

Analizando estadísticamente este problema observamos que — en nuestro país en "1937 las muertes maternas fueron 14,751" (1), para "1940 la tasa era de 53.6 por 10,000 nacidos vivos" (6), en 1968 la tasa fué de 16 por 10,000 nacidos vivos, y en 1970 se reportó una tasa de 14 por 10,000 nacidos vivos. Con respecto a la mortalidad perinatal en "1937 se reportaron 17,912 nacidos muertos" (1), en 1974 la tasa es de 33.7 por mil nacidos vivos (7).

En las tablas número 1A, 2A y 3A es notorio el descenso de la mortalidad materna pero en los últimos 20 años prácticamente se ha estacionado, es de llamar la atención la gran diferencia de tasas de mortalidad materna entre países desarrollados y subdesa-

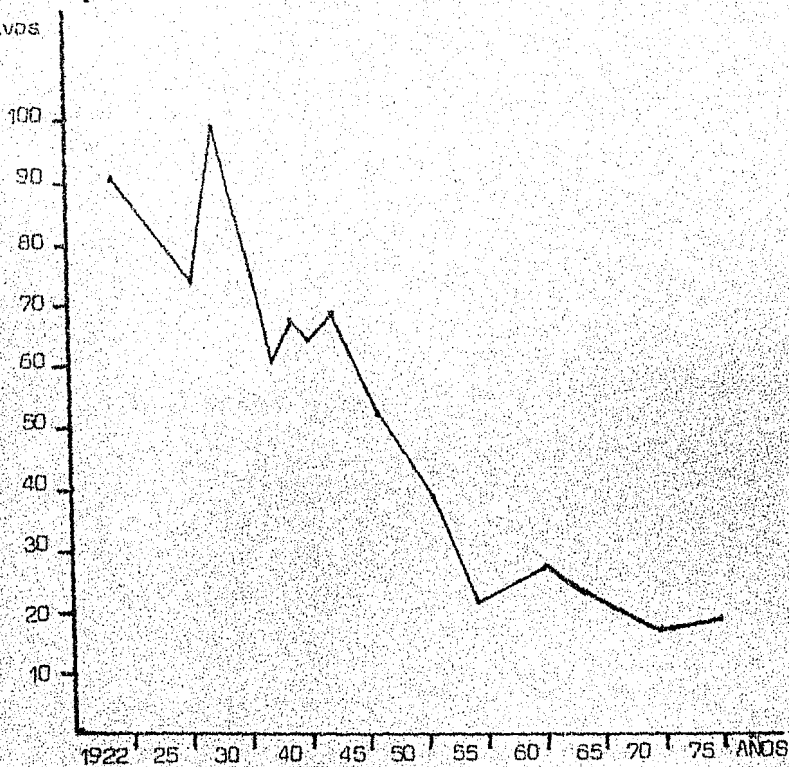


TABLA 1A

MORTALIDAD MATERNA EN LA REPUBLICA MEXICANA

1922 - 1971

Tasa por  
10,000 nacidos vivos



rollados. Hechos que coinciden con la mortalidad perinatal como podemos observar en las tablas número 4A, 5A y 6A.

### MORTALIDAD MATERNA POR PAISES

1961

Suecia .....	2.97
Dinamarca .....	3.61
Estados Unidos .....	3.9
Reino Unido .....	4.05
Noruega .....	4.27
Holanda .....	4.57
Australia .....	5.10
Nueva Zelanda .....	5.14
México .....	19.0

Fuente No. 37

TABLA 2A

TASA BRUTA DE DEFUNCIONES MATERNAS POR PAISES

1963 - 1970

NACION		1963	1964	1965	1966	1967	1968	1970
CANADA	Tasa	4	3	3	3	2	3	2
	No.	155	137	135	135	86	99	77
CUBA	Tasa	11	10	-	-	-	-	-
	No.	289	256	-	-	-	-	-
ESTADOS UNIDOS	Tasa	4	3	3	3	3	3	3
	No.	1466	1370	1188	1040	987	950	920
GUATEMALA	Tasa	21	20	19	20	18	19	-
	No.	406	402	492	413	378	395	-
MEXICO	Tasa	17	18	16	15	15	15	14
	No.	3041	3260	3109	2967	2992	3182	3050
PANAMA	Tasa	17	16	16	15	14	14	13
	No.	79	75	74	73	72	71	68

Fuente: Dirección General Estadística.

TABLA 3A

TASA DE MORTALIDAD PERINATAL EN MEXICO

AÑO	TASA POR 1,000 NACIDOS VIVOS
1968 .....	31.5
1969 .....	31.8
1970 .....	31.7
1971 .....	30.7
1974 .....	33.7

Fuente: Dirección General de Estadística.

TABLA 4A

PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE PERINATAL

MEXICO - 1974

1. Prematuridad
2. Anorexia intra o extrauterina
3. Traumatismos de parto
4. Infecciones
5. Malformaciones
6. Manejo deficiente del recién nacido.

Fuente: Dirección General de Estadística.

TABLA 5A

	MORTALIDAD			PERINATAL			EUROPEA					
	Total defunciones perinatales por 1,000 nacidos vivos.			Defunciones fetales por 1,000 nacidos vivos.			Defunciones en la primera semana por 1,000 nacidos vivos.			Defunciones de niños de una semana a un año por 1,000 nacidos vivos.		
	1956	1960	Dif. %	1956	1960	Dif. %	1956	1960	Dif. %	1956	1960	Dif. %
Austria	40.3	29.8	-25.1	10.0	11.4	+36.7	22.3	18.4	-17.5	21.0	9.7	-53.8
Bélgica	35.1	27.2	-21.1	17.0	13.4	-27.1	16.9	14.0	-18.0	21.3	9.8	-10.8
Bulgaria	-	19.0	-	-	9.2	-	19.2	9.1	-43.5	55.8	23.1	-58.6
Checoslovaquia	22.6	22.8	+ 1.3	11.2	8.2	-26.8	11.3	14.6	+29.2	20.1	10.9	-45.8
Dinamarca	33.0	21.9	-33.6	12.9	9.9	-44.4	15.3	11.9	-22.2	9.6	5.0	-47.9
Finlandia	29.2	20.8	-28.8	15.3	10.3	-32.7	13.8	10.5	-23.9	11.8	4.5	-61.9
Francia	33.6	22.7	-19.9	17.5	15.2	-13.1	16.3	12.5	-23.3	19.9	9.3	-53.3
Grecia	-	30.4	-	-	15.9	-	10.5	14.5	+38.1	28.2	19.5	-30.9
Hungría	38.1	35.5	- 7.3	15.8	10.9	-31.0	22.3	24.4	+ 9.4	35.5	14.0	-61.6
Irlanda	-	29.1	-	-	15.0	-	15.7	13.1	-16.6	19.9	11.8	-40.7
Islandia	-	20.8	-	-	12.2	-	9.4	8.5	- 8.5	8.1	5.1	-37.0
Italia	45.4	36.2	-20.5	26.6	19.7	-25.9	16.8	17.1	+ 9.0	29.9	18.5	-38.0
Malta	-	-	-	-	12.4	-	20.0	20.0	0.0	22.6	10.1	-55.3
Noruega	25.9	21.6	-18.5	15.4	11.0	-28.7	10.5	10.6	+ 1.0	10.7	6.2	-42.0
Países Bajos	28.3	22.7	-19.8	17.2	13.1	-23.8	11.1	9.6	-15.3	7.9	5.1	-35.4
Polonia	-	25.1	-	-	11.3	-	18.4	13.8	-25.0	52.3	27.9	-46.7
Portugal	49.9	43.6	-12.6	34.2	27.3	-20.2	15.6	16.3	+ 4.5	72.2	48.4	-33.0
Reino Unido: Inglaterra y País de Gales	37.6	26.2	-29.0	23.4	15.6	-33.3	14.1	11.1	-21.3	9.4	7.9	-16.0
Irlanda del Norte	-	31.3	-	-	16.6	-	17.3	14.7	-15.0	11.5	10.9	- 5.2
Escocia	40.7	29.8	-26.6	24.4	18.4	-32.8	16.3	13.3	-18.4	12.3	9.9	-19.5
República Federal de Alemania	40.1	27.9	-30.4	18.8	11.6	-33.3	21.3	16.3	-23.5	16.6	7.3	-56.0
Rumania	-	21.9	-	-	14.9	-	12.9	7.0	-45.7	68.6	39.6	-42.3
Suecia	28.8	19.0	-34.0	17.0	10.0	-41.2	11.7	8.8	-23.9	5.6	3.7	-33.9
Suiza	30.2	23.1	-23.5	13.7	10.6	-22.7	16.5	12.5	-23.2	9.3	5.3	-43.0
Yugoslavia	-	27.8	-	-	9.4	-	19.5	18.0	- 7.7	78.8	43.3	-45.1

Tomado de: Cuadernos de Salud Pública No. 42 OMS

En 1970 la mortalidad perinatal en México ocupó el quinto — lugar en las 10 primeras causas de mortalidad, como lo demuestra la tabla 7A, en tanto que la mortalidad materna no aparece entre estas, pero analizando las principales causas de mortalidad en la República Mexicana en 1968 por grupos de edad y sexo, en mujeres de 15-45 años las causas maternas aparecen en primer lugar como — se puede constatar en la tabla 8A. Hechos que hasta la actualidad no han sufrido grandes variantes.

De lo anteriormente descrito concluimos que la mortalidad ma-  
terno-fetal continúa siendo un problema de salud pública "en el —  
cual intervienen factores de tipo sociocultural, de educación mé-  
dica, facilidad de atención médica y factores de índole económi-  
co" (12).

Para uniformar criterio, y dado que serán términos a manejar en nuestro trabajo, es conveniente definir a continuación algunos conceptos básicos:

Control Prenatal, "es la atención médica del embarazo, parto y puerperio, así como vigilancia de la correcta evolución del pro-  
ducto de la concepción" (1-2).

Perinatología, "el concepto abarca a la madre y al producto y su finalidad es la de obtener productos sanos en su aspecto an-  
tómico, neurológico y fisiológico" (3).

Período Perinatal, "existen dos conceptos:

1. Comprende desde la veintiava semana de vida intrauterina a la veintiochoava semana de vida extrauterina.

2. Abarca desde la veintiochoava semana de gestación a la —

primera semana de vida extrauterina.

El segundo concepto abarca menos tiempo, pero se considera que es el período donde se presentan mayores problemas, por cual es el que se maneja" (43).

Período Neonatal, se divide en tres etapas:

1. Período neonatal temprano: comprende la primera semana de vida extrauterina.

2. Período neonatal tardío: comprende las siguientes tres semanas de vida extrauterina.

3. Período neonatal completo: comprende todo el primer mes de vida extrauterina.

Mortalidad Materna, muertes que ocurren durante el embarazo y 42 días después del parto.

Muerte Directa Obstétrica, muertes que ocurren por complicación del mismo embarazo.

Muerte Indirecta Obstétrica, muertes que ocurren por una enfermedad ya existente ó que aparece con el embarazo y se agrava por el mismo.

Muerte NO Obstétrica, muerte que ocurre durante el embarazo por causa incidental.

Mortalidad Perinatal, son las muertes que acontecen de la veintiochoava semana de gestación a los 28 días de vida extrauterina, al mismo tiempo las que ocurren en la madre en ese lapso de tiempo, incluyendo el período de parto y puerperio.

Embarazo de Alto Riesgo, "es la probabilidad grave o muy importante de morbilidad ó mortalidad para la madre, feto o neonato; en la que influyen factores biológicos (D.M., isoimmunización etc.), socioeconómicos (ilegitimidad, atención prenatal deficiente, etc.) y psicológicos" (43).

Al revisar varios estudios acerca de cómo debe llevarse a cabo el control prenatal, encontramos que los autores estadounidenses y canadienses toman en cuenta los mismos parámetros que se abarcan dentro de los programas de control prenatal que se llevan a cabo en las diferentes instituciones de salud de nuestro país:

1. Antecedentes heredofamiliares, personales patológicos y no patológicos de la gestante.

2. Antecedentes gineco-obstétricos y genéticos.

3. Se piden los siguientes exámenes de laboratorio; Biometría hemática, grupo y Rh, EGD, GS, VDRL, que de ser negativo se repite al sexto mes, DCC, DOD (33), y Rx de torax al quinto mes; la Rh y EGD se repiten en el segundo y tercer trimestre.

4. Las consultas son cada 30 días los primeros 7 meses, cada 15 en el octavo mes y cada 8 días en el noveno mes.

Los parámetros que se toman en cuenta en cada consulta son: TA, peso, FC, FU, FF, movimientos fetales y presencia o no de edemas, y debe informarse a la gestante del P.P.F.V..

En Estados Unidos y Canadá los encargados de efectuar los programas son obstetras, médicos generales adiestrados en ese campo y residentes de Obstetricia, y se llevan a cabo en Clínicas Prenatales, que son de tres tipos:



1. Clínicas Generales de Control Prenatal, donde acuden gestantes mayores de 19 años.

2. Clínicas de adolescentes, donde acuden gestantes menores de 18 años.

3. Clínicas para especialidades, donde acuden gestantes portadoras de embarazos de alto riesgo (29-35).

En nuestro país el control prenatal lo llevan a cabo los Médicos Generales, y deben canalizar a las gestantes al séptimo mes con el Obstetra.

Es necesario reafirmar los requisitos clínicos para identificar un embarazo de alto riesgo, por lo que los mencionamos a continuación:

#### I. Características de la paciente:

1. Edad en el momento de la concepción (13-14):

- a) Adolescente menor de 16 años.
- b) De edad avanzada: 40 años o más.

2. Peso al ingresar al control prenatal o al momento de T.P.:

- a) Peso subnormal: 45 kg. o más (17-5).
- b) Excesivo: 91 kg. ó más.

#### II. Antecedentes de la gestante:

##### A) Antecedentes obstétricos:

- 1. Grandes multíparas: séptimo embarazo ó subsecuentes (se excluyen los embarazos que terminaron con fetos menores de 500 gr. o 20 semanas de concepción) (14).

2. Cualquier antecedente de parto operatorio (cesárea, fórceps, etc.)
3. Antecedentes de embarazo con trabajo de parto prolongado (2 horas o más).
4. En cuanto a productos anteriores:
  - a) Antecedentes de pérdida fetal temprana: antes de la veintiochoava semana de gestación. Por 2 ocasiones.
  - b) Antecedentes de pérdida fetal avanzada: después de la veintiochoava semana de gestación o más avanzada una o más ocasiones.
  - c) Nacimientos de prematuros vivos, dos o más productos con peso inferior a 2500 gr. (excepto de partos múltiples).
  - d) Antecedentes de muerte neonatal: una o más muertes dentro de los 7 primeros días de vida extrauterina.
  - e) Una pérdida fetal temprana más un prematuro vivo.
  - f) Neonato traumatizado, neonato o niño con parálisis cerebral, retraso mental, trastornos nerviosos (de productos anteriores hayan o no muerto).

III. Antecedentes médicos (en períodos sin embarazo, en los embarazos anteriores, en el embarazo actual).

1. Enfermedad hipertensiva: presión sistólica de 240 mm de Hg o más, presión diastólica de 90 o más (descátese hipertensión durante el tercer trimestre del em

barazo) (15).

2. Nefropatías: glomerulonefritis aguda o crónica, pielonefritis, nefropatías congénitas, antecedentes de nefrotomía.
3. Diabetes Mellitus: estado prediabético, diabetes gravídica, etc. (33).
4. Cáncer en los últimos 5 años. (Se incluyen leucemias y enfermedad de Hodgkin).
5. Enfermedad Tiroidea (grave).
6. Transtornos hereditarios (ejemplo, corea de Huntington, enfermedad de Ty-Sachs, etc.).
7. Enfermedades cardiovasculares (fiebre reumática congénita o de otro tipo).
8. Sensibilización a factor Rh o cualquier otro factor (ABO). (26)
9. Diversos, entre ellos:
  - a) Lupus eritematoso.
  - b) TB activa o inactiva (18).
  - c) Desnutrición grave (17-5).
  - d) Retardo mental.
  - e) Alcoholismo y narcomanías (24).
  - f) Psicosis mayores.
  - g) Enfermedades neurológicas.

IV. Estados médicos adicionales durante un embarazo precedente o durante el embarazo actual, según se especifica

1. Toxemia (precedente o actual) (16).
2. Hemorragia después de la doceava semana, excepto la que ocurre con el parto (precedente o actual).

3. Rubéola, hepatitis, sarampión, parotiditis (23).
4. Anemia: Hb de 8 gr. por 100 ml. o menos, Hct de 26% o menos (precedente o actual), drepanocítica, etc..
5. Embarazo múltiple actual.
6. Presentación o posiciones anormales del feto, actual
7. Indiferencia a las necesidades de salud, manifestada por no asistir a tres de las citas o más, o incapacidad para acatar los consejos (actuales).
8. Estados diversos:
  - a) Polihidramnios (precedente o actual).
  - b) Tabaquismo: más de una cajetilla diaria (actual).
  - c) Administración de algunos fármacos durante el primer trimestre de embarazo (actual).
  - d) Radiografías abdominales durante el primer trimestre del embarazo.
  - e) Anestesia general del embarazo actual.

Requisitos para identificar al niño con alto riesgo en el período neonatal:

1. Hijos de mujeres con alto riesgo.
2. Bajo peso al nacer (2,500 gr. o menos).
3. Peso excesivo al nacer (4,000 gr. o más).
4. Edad gestacional incompleta.
5. Puntuación de APGAR menos de 6 a los 5' (18).
6. Alteración en el número de vasos umbilicales.
7. Malformaciones congénitas.
8. Traumatismos obstétricos.
9. Dismaturidad: descamación, atrofia subcutánea, ictericia.

10. Síndrome del sistema nervioso.
11. Síndrome de infección.
12. Diatasis hemorrágica.

En base a lo anterior, es necesario recordar la valoración - obstétrica-fetal de Velasco Cándano.

VALORACION OBSTETRICO-FETAL DE VELASCO CANDANO

	0	1	2
1. Complicaciones del embarazo.	Sin	Sin vigilancia pre natal. Problemas - tratados bajo control prenatal.	Problemas tratados o no; incontrolables.
2. Sufrimiento fetal.	Sin	Frecuencia de 160 meconio, líquido - amniótico + a +++.	FF de 100 o menos arritmias, meconio de +++ a +++++.
3. Modificaciones durante el T.P.	Ninguna	Analgesicos 2 horas o más antes - del parto y otros.	Analgesicos entre 2 horas antes del parto, ocitósicos, hipotensión.
4. Anestesia.	Sin	Conducción sin hipotensión NaO+O2.	Conducción con hipotensión prolongada.
5. Ruptura de membranas.	12 horas	12-24 horas.	+24 horas.
6. Trabajo de parto.	+8 - horas -	Cesárea electiva, fórceps bajos, duración +8 horas o +18 horas. Gemelar	Cesárea urgente, - fórceps medios, - presenta duración anormal, versión - Duración +12 horas o 24 horas gemelar II.
PUNTUACION IDEAL 0			

Dentro de los embarazos de alto riesgo hay una proporción cuyo factor desencadenante es una enfermedad genética o antecedentes familiares de este tipo, por lo que es esencial describir los puntos que engloba el Consejo Genético clínicamente:

I. Alto Riesgo, primogénito portador de trisomía 21, madre portadora de alteración genética recesiva, padre con enfermedad genética, ambos padres portadores de alteración genética, hermano con anomalía del tubo neural.

II. Riesgo Moderado, madre mayor de 40 años o con un hijo con síndrome de Down.

III. Bajo Riesgo, madres menores de 17 años o mayores de 35 años. (42).

Para concluir describiremos a continuación la historia natural de la morbimortalidad materna y perinatal, para reafirmar los conceptos ya mencionados, Tabla 9A.

PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD EN EL PAIS Y TASAS  
1960 - 1970

PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD	1960		1970	
	DEFUNCIONES	TASAS	DEFUNCIONES	TASAS
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS:	402,545	110.7	485,656	95.8
Enteritis y otras enfermedades diarreicas	69,982	16.5	69,410	13.72
Sarampión	6,096	1.7	11,891	2.4
Otras formas de enfermedades del corazón	15,892	4.4	18,699	3.74
Enfermedades cerebrovasculares	6,999	1.9	12,107	2.4
Otras neumonías	48,333	13.3	72,036	14.2
Cirrosis hepática	5,567	1.5	11,182	2.2
Otras enfermedades del Aparato Digestivo	10,915	3.0	10,296	2.0
Otras causas de morbilidad y mortalidad perinatales	21,701	6.0	17,543	3.4
Senilidad sin mención de psicosis	20,666	5.7	26,350	5.23
Síntomas y estados morbidos mal definidos	27,921	7.7	38,952	7.7

TABLA 7A

PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE POR SEXOS EN EDAD PRODUCTIVA.  
 REPUBLICA MEXICANA  
 - 1965 -

	15 - 24		25 - 34		35 - 44	
	♂	♀	♂	♀	♂	♀
1	Accidentes	Causas Maternas	Accidentes	Causas Maternas	Accidentes	Tumores Malignos
2	Homicidios	Influenza y neumonía	Homicidios	Influenza y neumonía	Homicidios	Causas Maternas
3	Influenza y neumonía	Accidentes	Influenza y neumonía	T.B.	Cirrosis hepática	Influenza y neumonía
4	T.B.	T.B.	T.B.	Accidentes	Influenza y neumonía	T.B.
5	Anemia	Anemia	Cirrosis hepática	Tumores malignos	T.B.	Enfermedad corazón E.H.C.

Fuente: Dirección General de Estadística

TABLA 8A



## PERIODO

## PREPATOGENICO

FACTORES AGENTE.	PRODUCTO	-MADRE
Atención prenatal deficiente o nula	Edad gestacional	Edad Toxemia gravídica
Situaciones anómalas del parto:	Peso al nacer	Peso
Distocias	Susceptibilidad	Paridad Infecciones de las vías urina- rias y ginecológicas
Hemorragias	Madurez	Enfermedades metabólicas
Anestesia y analgesia	Inmunidad	Enfermedades cardiovasculares
Trabajo de parto prolongado	Herencia	Enfermedades degenerativas
Infecciones intra y anteparto		Cáncer
Yatrogenia		Tuberculosis
Hijos no clasados.		Desnutrición
		Sensibilidad Rh
		Toxicomanías y drogadicción
FACTORES AMBIENTE.		
Macroambiente:		
Saneamiento ambiental - Instalaciones y equipo médico inadecuado		
Inestabilidad familiar		
Situaciones socio-económica, cultural y familiar deficiente.		
Preparación médica para médicos deficiente		
Escasos recursos para atención médica		
Microambiente:		
Condiciones del aparato reproductor		
Edad - talla		
Paridad y antecedentes obstétricos		
Hábitos higiénicos y toxicomanías		
Ocupación		
Evolución y problemas del embarazo:		
Infecciones (urinarias, respiratorias, genitales, sífilis, toxoplasmosis, rubeola y otras)		
Diabetes		
Cardiopatías reumáticas		
Desnutrición y obesidad		
Toxemia gravídica		
Isoinmunización materno-fetal		
Exposición a radiaciones		
Polihidramnios y gemelaridad.		

## PERIODO

## MADRE

Embarazo de alto riesgo  
 Infección intra y ante parto  
 Hemorragia Intra y post parto  
 Iatrogenia  
 Partos Distócicos

## PRODUCTO

Sufrimiento fetal  
 Prematurez  
 Distrofia y disergia  
 Desnutrición  
 Anoxia  
 Anomalias congénitas  
 Hijo de madre diabética  
 Traumas obstétricos  
 Padecimientos respiratorios  
 Ictericidas  
 Padecimientos hematológicos  
 Infecciones  
 Crisis convulsivas

Embarazo, parto  
 y producto de  
 alto riesgo.

Estímulo  
 Desencadenante

## Perinatal

20 - 28 semanas de gestación  
 corresponde a los límites  
 señalados en los dos periodos perinatales.

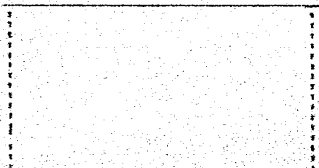
Materna: primera semana de gestación - cuarentava semana de gestación  
 primeras horas post parto - 42 días post parto.

PATOBENICO

riesgo  
 ante parto  
 post par-  
  
 ria  
  
 as  
 ética  
 s  
 irstorios  
  
 tológicos

MUERTE

Ante, intra y post parto.



SECUELAS

Producto:

Niño con deferenias permanentes  
 Transtorros emocionales y de conducta,  
 retardo mental,  
 Parálisis cerebral

Otras.

Madre:

Alteraciones metabólicas  
 Alteraciones gineco-obstétricas  
 Alteraciones sistémicas.

Horizonte clínico

CURACION

8 - 28 días de vida extrauterina

42 días post parto.

ión

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Al rotar por las diferentes áreas de la Unidad Clínica Hospital I-1 No. 1 del I.M.S.S., Cd. Obregón, Sonora, como son Tocoquímica, Medicina Familiar, Pediatría y Medicina Preventiva llamó la atención, que a pesar de existir un programa de Control Prenatal debidamente establecido, seguimos observando muchos problemas de morbinortalidad materno-fetal y nos preguntamos lo siguiente:

1. Los Médicos Generales conocen su pirámide de población?
2. Conocen las estadísticas de mortalidad materno-fetal?
3. Están conscientes de la importancia de un adecuado Control Prenatal?
4. Sus conocimientos sobre este tema, están actualizados?
5. La participación del Obstetra nos garantiza la calidad — del programa?

## H I P O T E S I S

Creemos que el Médico General no conoce su pirámide de población, menos aún las cifras estadísticas nacionales de morbilidad materna-fetal y en consecuencia no le da a este problema la importancia que tiene, no tiene los conocimientos básicos para — llevar un buen control prenatal, y creemos que la participación — del obstetra no nos garantiza de ninguna manera la calidad del — programa; y es el médico familiar el que debe concluir el control prenatal. Y solo debe canalizar a la gestante portadora de patología rebelde a tratamiento.

## MATERIAL Y METODOS

Nuestro estudio lo basamos en tres clases de investigación que fueron las siguientes:

I. Revisión de 1,108 partos, que se atendieron en la Clínica Hospital del I.M.S.S. de Cd. Obregón, Sonora, comprendidos en el lapso de Agosto a Octubre de 1976, que representan estadísticamente el 25% de los partos atendidos en un año.

II. Entrevista a 10 médicos generales que participan en el Programa Básico de Salud de Control Prenatal y que representa el 65% del total.

III. Revisión de 70 expedientes de pacientes que llevaron control prenatal, tomados al azar y que representan el 14% del total.

## TABLA 1B

Podemos observar que el número de complicaciones en las gestantes no controladas se pasa del doble, con relación al número de complicaciones en las que llevaron control prenatal.

Y que el número de gestantes no complicadas tanto en un grupo como en otro es prácticamente igual.

Queremos subrayar que el 90% de los partos de gestantes que no llevaron el control prenatal son pacientes estacionarios de campo y el 95% de las que llevaron control prenatal son aseguradas ordinarias y de estas el 60% lo inician en el tercer trimestre de gestación.

TABLA 18

REVISIÓN DE 1,108 PARTOS ATENDIDOS EN LA  
CLÍNICA HOSPITAL DEL I.M.S.S., DE  
CD. OBREGÓN, SONORA.

AGOSTO - OCTUBRE DE 1976

	Número de casos	%
Con Control Prenatal		
Sin complicaciones	517	46.7
Con complicaciones	22	1.9
T o t a l	539	48.6
Sin Control Prenatal		
Sin complicaciones	512	46.2
Con complicaciones	57	5.2
T o t a l	569	51.4
Número de casos		
Con Control Prenatal	539	48.6
Sin Control Prenatal	569	51.4
T o t a l	1,108	100.0

Fuente: Libro de Registro de Partos  
Clínica Hospital del I.M.S.S.  
Cd. Obregón, Sonora.



TABLAS 28 y 33

Las causas que nos dan los índices más altos de complicaciones son causas previsibles con un adecuado control prenatal. En cuanto a las edades en que se presentan preferentemente las complicaciones coinciden con las que la mayoría de los autores consideran de mayor incidencia en morbilidad y mortalidad, que son los extremos de la vida reproductiva.

TABLA 28

REVISIÓN DE 1,103 PARTOS - CAUSAS COMPLICACIONES  
CLÍNICA HOSPITAL DEL IMSS, CD. OBREGÓN, SON.

AGOSTO - OCTUBRE 1976

	Con control	Sin control
Toxemia	5	20
Hemorragia (embarazo, parto y puerperia)	6	9
Amniotitis	8	12
Desproporción céfalo- pélvica	3	6
Anemia severa	2	8
Obito	1	2
T o t a l	22	57

Fuente: Registro de partos y revisión de expediente  
Clínica Hospital del IMSS, Cd. Obregón, Son.

TABLA 38

REVISIÓN DE 1,108 PARTOS - COMPLICACIONES POR EDADES

CLÍNICA HOSPITAL DEL IMSS, CD. OBREGÓN, SON.

AGOSTO - OCTUBRE 1976

E d a d	Con control	Sin control
15 - 18	5	20
19 - 23	1	3
24 - 28	2	2
29 - 33	2	3
34 - 38	4	9
39 - 46	6	15
44 - 48	2	5
T o t a l	22	57

Fuente: Libro de registro de partos y revisión de expedientes  
Clínica Hospital del IMSS, CD. Obregón, Sonora.

TABLAS 4B, 5B y 6B

Mientras que a nivel nacional la mortalidad perinatal ocupa el sexto lugar, a nivel delegacional como dentro de nuestra Clínica la mortalidad perinatal corresponde al primer lugar como puede corroborarse en las tablas.

TABLA 4B

PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD EN EL PAIS Y TASAS

1 9 7 3

PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD	1973	
	DEFUNCIONES	TASAS
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS	458,915	81.7
Enteritis y otras enfermedades diarreicas	58,321	10.4
Sarampión	2,609	0.5
Otras formas de enfermedades del corazón	28,047	5.0
Enfermedades cerebrovasculares	13,525	2.4
Otras neumonías	60,290	10.7
Cirrosis hepática	11,489	2.1
Otras enfermedades del Aparato Digestivo	9,492	1.7
Otras causas de morbilidad y mortalidad perinatales	15,127	2.7
Senilidad sin mención de psicosis	20,392	3.6
Síntomas y estados morbosos mal definidos	36,526	6.5

TABLA 53  
DEFUNCIONES POR CAPITULOS  
DELEGACION SONORA

1 9 7 5

C A U S A S	NUMERO DE DEFUNCI NES	%
I ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS (000-136)	46	15.0
II TUMORES (NEOPLASMAS) (140-239)	33	10.8
III ENFERMEDADES DE LAS GLANDULAS ENDOCRINAS DE LA NUTRICION Y DEL METABOLISMO (240-279)	15	4.9
IV ENFERMEDADES DE LA SANGRE Y DE LOS ORGANOS HEMATOPOYETICOS (280-289)	2	0.7
V TRANSTORNOS MENTALES (290-315)	1	0.3
VI ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO Y DE LOS ORGANOS DE LOS SENTIDOS (320-289)	5	1.6
VII ENFERMEDADES DEL APARATO CIRCULATORIO (390-458)	49	16.0
VIII ENFERMEDADES DEL APARATO RESPIRATORIO (460-519)	46	15.0
IX ENFERMEDADES DEL APARATO DIGESTIVO (520-577)	8	2.6
X ENFERMEDADES DEL APARATO GENITOURINARIO (580-629)	3	1.0
XIV ANOMALIAS CONGENITAS (740-759)	14	4.5
XV CIERTAS CAUSAS DE MORBILIDAD Y MORTALIDAD PERINATALES (760-779)	73	23.9
XVI SINTOMAS Y ESTADOS MORBOSOS MAL DEFINIDOS (780-796)	2	0.7
XVII ACCIDENTES ENVENENAMIENTOS Y VIOLENCIAS (N800-N-999)	9	2.9
T O T A L	306	100.0

Fuente: 306 certificados de defunción.

TABLA 6B

MORTALIDAD GENERAL

CLINICA HOSPITAL DEL IMSS, CD. OBREGON, SON.

1 9 7 5

	Núm. casos	Tasa por 10000 N.V.	Mascu lino	Fe- menino
Mortalidad perinatal	209	9.6	129	80
Accidentes y violencias	183	8.4	135	48
Neumonías y otras enfer- medades respiratorias	150	6.9	78	72
Tumores malignos	135	6.4	66	69
Enfermedades del cora- zón	119	5.5	67	52
Enfermedades diarreí- cas	83	3.8	53	30
Diabetes Mellitus	60	2.7	25	35
Malformaciones congé- nitas	39	1.8	20	19
Asma bronquial y bron- quitis	28	1.2	18	10

Fuente: Informe de Medicina Preventiva, Clínica Hospital del I.M.S.S., Cd. Obregón, Sonora.

TABLAS 78, 88, 98 y 108

Respecto a la mortalidad materna encontramos que la tasa no ha variado en los últimos años, tanto en la República Mexicana - como en nuestra Clínica. (Tabla 78).

En lo que toca a sus causas, un 89% son causas previsibles - englobando estos únicamente cinco (88 y 108).

Y por grupos de edad, las defunciones son más frecuentes entre 20 y 39 años de edad. (Tabla 98).



TABLA 78  
MORTALIDAD MATERNA  
REPUBLICA MEXICANA  
1973

NUMERO	TASA
3,048	1.2

Fuente: Dirección General de Estadística.

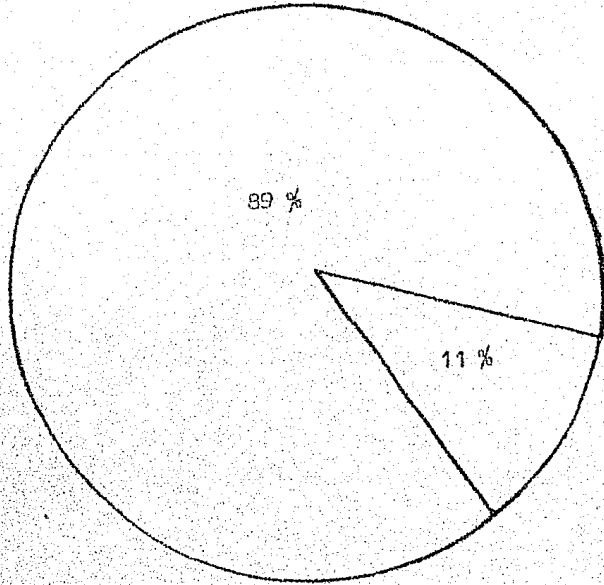
MORTALIDAD MATERNA  
CLINICA HOSPITAL DEL IMSS, CD. OBREGON, SON.  
1973 - 1975

AÑO	NUMERO	TASA
1974	3	0.3
1975	4	0.4

Fuente: Informe de Medicina Preventiva, Clínica Hospital del I.M.S.S., Cd. Obregón, Sonora.

TABLA 89

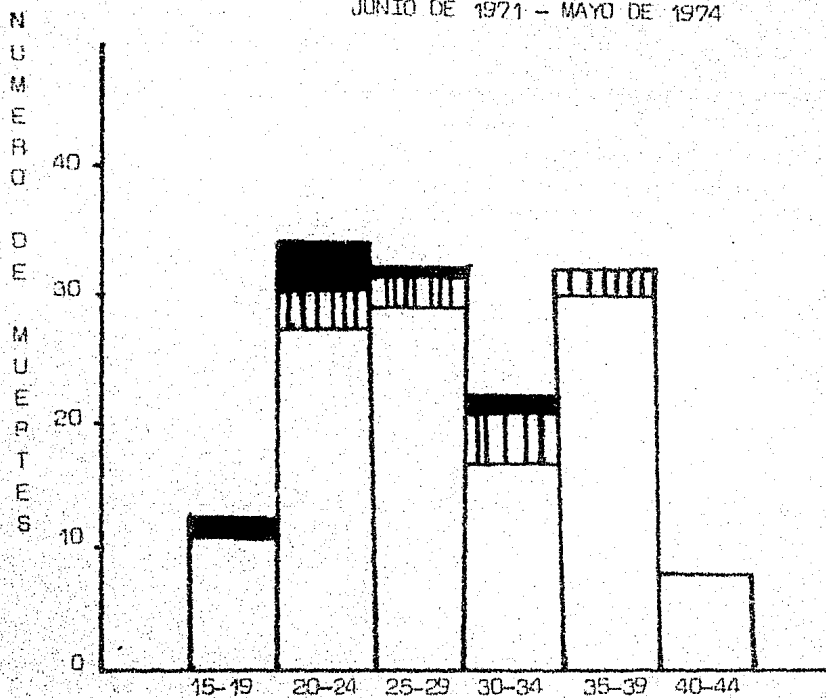
Muertes obstétricas - Grado de previsibilidad  
 Hospital de Gineco-Obstetricia No. 1 IMSS  
 Junio 1971 - Mayo 1974



CASOS	NUMERO	TASA
Previsibles	74	89
No previsibles	9	11

TABLA 9 B

MUERTES MATERNAS SEGUN EDADES AL FALLECER Y CLASE DE MUERTE  
 HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA No. 1 IMSS  
 JUNIO DE 1971 - MAYO DE 1974



CLAVE DE MUERTE OBSTETRICA



DE CAUSA NO  
RELACIONADA



INDIRECTA



DIRECTA

TABLA 108

MORTALIDAD MATERNA POR CAUSAS

REPUBLICA MEXICANA

- 1973 -

CONCEPTO	NO. DE MUERTES	%
Complicaciones del embarazo, parto y puerperio.	1,490	48.9
Hemorragia del embarazo, par to y puerperio.	709	23.2
Toxemia de embarazo y parto	420	13.8
Sepsis del parto y puerperio	223	7.3
Aborto	196	6.4
T o t a l		99.6

Fuente: Dirección General de Estadística 1973.

NOTA: El 0.4% faltante está dado por causas no relacionadas con -  
causas obstétricas.

## RESULTADOS

Los Médicos Generales que actualmente llevan a cabo el control prenatal en nuestra Clínica son en total 15; entrevistamos a 10 de ellos; los cuales representan el 66% del total.

En la entrevista realizada aproximadamente el 50% nos refirió parámetros y conceptos necesarios para llevar a cabo un buen control prenatal, como lo muestra la tabla 11B.

En base a lo anterior creimos necesario revisar 70 expedientes que representan un 14% de los pacientes que llevaron control prenatal de los 1,108 partos revisados.

Tomando en cuenta que para un buen control prenatal deben considerarse 16 parámetros, de los cuales son considerados como importantes solo 7 de ellos por el 50% de los médicos generales que tienen a su cargo el Programa Básico de Salud de Control Prenatal. Como lo demuestra la tabla 12B.

TABLA 118

ENTREVISTA REALIZADA A MEDICOS FAMILIARES  
CLINICA HOSPITAL IMSS, CD. OBREGON, SON.

- 1976 -

CONCEPTO	NUMERO
1. Definición de control prenatal	5 acertaron
2. Fecha de inicio de control prenatal	10 consideran debe ser en el primer trimestre de gestación.
3. Número de consultas	9 consideran adecuado 1 cada 30 días.
4. Parámetros importantes:	
a) FU, TA, peso, antecedentes gineco-obstétricos	5
b) Lo anterior más FF y edemas	4
c) Lo anterior más movimientos fetales y antecedentes heredo-familiares y personales patológicos y no patológicos.	1
5. Exámenes necesarios	10 (piden solo Bh, QS, VDRL, ECG grupo y Rh).
6. Fecha en que se deben solicitar	10 en la consulta.
7. Definición de embarazo con alto riesgo.	6 acertaron.
8. Impartiría consejo genético clínicamente.	1 sí lo impartiría.
9. Informan a la gestante sobre el programa de planificación familiar.	7 sí informan.
10. Conoce su pirámide de población	10 la desconocen.
11. Conoce las estadísticas nacionales de mortalidad materno-fetal.	1 sí las conoce.
12. Es el obstetra el que debe terminar el control prenatal.	7 consideran que solo en pacientes con patología rebelde a tratamiento debe concluirlo el obstetra.
13. Recibió curso de actualización sobre control prenatal antes de ser integrado el programa.	10 no fueron actualizados.

TABLA 129

REVISIÓN DE 70 EXPEDIENTES EN GESTANTES CON CONTROL PRENATAL  
CLINICA HOSPITAL IMSS, CO. OBREGON, SON.

- 1976 -

CONCEPTO	NUMERO	%
ANTECEDENTES		
HEREDOFAMILIARES	2	2.8
ANTECEDENTES PERSONALES	4	5.7
ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS	70	100
PESO	30	42.8
T.A.	35	50
TALLA	3	4.3
F.U.	57	81.5
F.F.	24	31.4
EDEMA	56	78.5
MOVIMIENTOS FETALES	14	20
B.H.	64	91.4
V.D.R.L.	12	17.1
ECO	45	65
QS	12	17.1
GRUPO Y RH	37	53
RX DE TORAX	0	0

## CONCLUSIONES

Los médicos familiares no conocen su pirámide de población -- como nos lo demuestra la entrevista realizada. Menos aún conocen las cifras de mortalidad materno-fetal a nivel nacional y ni siquiera las de la Unidad.

En base a la entrevista realizada y la revisión de expedientes podemos concluir que sus conocimientos no son básicos para -- llevar a cabo un buen control prenatal, pero también es importante señalar que antes de ser integrados al Programa Básico de Salud no recibieron ningún tipo de información.

Al desconocer su pirámide de población ignoran cuántas mujeres en edad reproductiva tienen bajo su responsabilidad y no llevan a cabo medidas preventivas, tales como planificación familiar, consulta preconcepcional, consejo genético, educación sexual, etc. que nos permitirían aunado a un adecuado control prenatal disminuir la mortalidad materno fetal en nuestro país.

Si la revisión realizada nos llamó la atención que el mayor número de complicaciones se presentaron en pacientes que no llevan control prenatal, siendo estos en su mayoría estacionales de campo, lo que nos reafirma el hecho de que status sociocultural y económico es un factor decisivo y determinante para que la gestante acuda a su adecuado control prenatal.

De todo lo anteriormente señalado también podemos concluir --



que la participación del obstetra no garantiza la calidad del programa, como nos lo constata nuestras cifras de morbilidad materno-fetal.

Pues nunca la calidad de un programa se puede apoyar en la participación de un solo elemento ya que es un trabajo de equipo, y en nuestra Unidad no se trabaja aún bajo este concepto, ya que es importantísima también la colaboración del pediatra y en ningún momento de nuestra investigación, en ningún caso fué consultado para la valoración y manejo de la gestante y del producto.

#### Resumiendo:

Siendo nuestro país subdesarrollado debe ser una urgencia la prioridad de este programa; ya que el 66% de nuestra población total es materno-infantil.

Es de suma importancia concientizar, preparar y responsabilizar al médico familiar, sobre el programa de control prenatal.

Debemos recordar que, hoy en día, el trabajo del médico es - estéril, si no se trabaja en coordinación con otros servicios y - especialidades. Ya que aún persiste en nuestro país el concepto - del especialismo; obstetras que piensan que la solución del problema está en incrementar su especialidad; pediatras que piden se difunda su especialidad de perinatología; no tomando en cuenta el nivel sociocultural y económico del país, y rechazando al médico familiar como punto base para la solución del problema.

## SUGERENCIAS

Después de haber concluido nuestros dos años de formación como especialistas en medicina familiar, hemos aprendido a valorar la importancia que tiene la medicina preventiva en el ejercicio de nuestra profesión; por lo que consideraríamos inconcluso nuestro trabajo si no mencionáramos los niveles de prevención de la morbimortalidad perinatal y materna.

PERIODO

P. A. E. PATOGENICO

PREVENCIÓN

PROMOCIÓN

DE

LA

SALUD.

## I. ANTES DEL EMBARAZO.

Educación sexual y preparación para el matrimonio  
 Orientación sobre planificación familiar  
 Consejo genético  
 Planificación familiar  
 Educación higiénica  
 Orientación nutricional  
 Mejoramiento socio-económico y cultural familiar  
 Saneamiento ambiental  
 Diagnóstico y tratamiento de la patología preconcepcional  
 Educación y habilitación del personal de salud para la atención perinatal.

Estimular la respiración por medio de percusión plantar, rozos suaves en orificios nasales con la yema de los dedos o con la sonda de latexón (a la aspiración de flemas).

Evitar enfriamiento secundario al recién nacido y cubriéndolo sin dilación en cuanto se encuentre con respiración aceptable. Y procurando que la temperatura ambiental sea adecuada.

Sonda nasogástrica para efectuar lavado gástrico (evitando bronco-aspiraciones secundarias y cerciorarse de la permeabilidad de fosas nasales y de esófago).

Verificar permeabilidad rectal (con sonda de latexón o termómetro rectal).

Aplicar 1 mg. de vitamina K hidrosoluble, dosis única.

Aplicar 1 a 2 gotas de solución de nitrato de plata en cada ojo y a continuación irrigarlos en solución salina isotónica "Método de Credé".

Aplicar al cordón umbilical alcohol o antiséptico (parafenol, merbrolate o v. brillante)

Colocar al recién nacido en posición frogmoleburg y en decúbito lateral por 4 horas, excepcionalmente 8 horas. Esta posición está prescrita en caso de prematuras, hemorragia intracranéana o en edema cerebral. Es más, en estas dos últimas situaciones se coloca en posición de Fowler.

Alimentar precozmente al recién nacido normal así:

a las 6 horas dar 15 a 20 ml. de solución glucosada al 5% o agua hervida.

a las 9 horas dar 15 a 20 ml. de solución glucosada al 5% o agua hervida.

a las 12 horas dar leche materna o fórmula láctea artificial.

Durante el post parto inmediato:

Maneage M. Is

Vigilar la correcta involución uterina

Vigilar los signos vitales

Vigilar el sangrado transvaginal

Deambulación y baño a las 12 horas.

BT

## II. DURANTE EL EMBARAZO.

Orientación higiénica  
 Orientación nutricional  
 Control prenatal  
 Evitar Yatrogenias (sulfos, tetraciclinae, cloramfenicol, vitamina K sintética y rayos X).

## III. DURANTE EL PARTO.

Vigilancia del trabajo de parto  
 Deambulación o decúbito lateral de la embarazada  
 Vigilancia estrecha del feto fetal  
 Evitar analgesia y anestesia  
 Episiotomía  
 Manejo adecuado del tercer período del trabajo de parto

## IV. DURANTE LA ATENCIÓN NEONATAL.

Suspensión podálica del recién nacido en su traslado a la superficie donde se va a colocar para drenar secreciones. Evitar esta maniobra en prematuros o si existe la posibilidad de edema cerebral o hemorragia intracranéana.

Colocar al recién nacido en posición de Rossier (hiper-extensión de la cabeza) para completar la aspiración de flemas y cerciorarse de la buena función respiratoria, en caso contrario realizar maniobras de reanimación inmediatamente.

## PREPARACION

## PRIMARIA

## PREVENCIÓN

## PROTECCIÓN

## ESPECÍFICA

## DIAGNÓSTICO

## PRE

en plantas, raras cuando en orificios nasales con  
látex (a la aspiración de mucus).

abriéndolo sin dilación en cuanto se encuentre  
de la temperatura ambiental sea adecuada.

rico (evitando bronco-aspiraciones secundarias y  
nasales y de esófago.

relación o termómetro rectal).

de única.

plata en cada ojo y a continuación irrigarlos en

orificios (parafenoil, vertibulato o v. Brillhete).

en el útero y en decúbito lateral por 4 horas, excepto-  
mente en caso de prematuridad, hemorragia intracra-  
neal o en las últimas situaciones se coloca en posición -

casí:

glucosada al 5% o agua hervida.

glucosada al 5% o agua hervida.

lactosa artificial.

## VACUNACIONES.

**ANTIETARICA.** Por estar incluida dentro del OPT, únicamente son necesarias las reac-  
tivaciones después de los 6 años de edad, cada 5 a 10 años utilizando una dosis  
de 0.5 ml. IM únicamente. En los casos en que no haya sido aplicado el OPT la va-  
cunación consta de 3 dosis de 0.5 ml. IM con intervalo entre las dos primeras de  
4 a 6 semanas y la tercera de los 6 a los 12 meses. Se recomienda el mismo esqui-  
ma para las embarazadas, pero procurando que sea aplicado entre los 5 a 8 meses -  
de gestación.

**ANTI RH O ANTI D.** Se recomienda a madres sensibilizadas previamente que han tenido -  
hijos Rh +, que han abortado y el feto tuvo un Rh no identificado o que han teni-  
do un embarazo ectópico. Es útil de 300 a 400 g de gammaglobulina humana anti D -  
(Progam) o inclusive hasta 250 mg. IM dentro de las primeras 72 horas post-parto.

**ANTI RUBELA.** No se recomienda dentro de los esquemas habituales, ya que se adquiere  
una inmunidad duradera al padecerla durante la infancia. Por lo tanto las muje-  
res adolescentes o adultas susceptibles representan una baja proporción de la -  
población y requerirían una prueba de inhibición de la hemaglutinación previa -  
que permita seleccionarlas.

Para aplicar la vacuna debe tenerse la seguridad de que la mujer no está emba-  
razada ni lo va a estar dentro de un lapso de dos meses después de la vacunación.  
Existe duda acerca de la inmunidad que deja la vacuna, pero en términos genera-  
les se acepta que deja inmunidad prolongada. Se aplica una sola dosis de 0.5 ml.  
subcutánea.

En los casos de contagio en mujer embarazada susceptible debe practicarsele  
el prueba de inhibición de la hemaglutinación. La aplicación de globulina gama -  
humana puede evitar en la embarazada que presenta la enfermedad clínica pero no  
la infección fetal.

## II. DURANTE EL EMBARAZO.

Diagnóstico temprano y trata-  
miento de las complicaciones más

Derivación oportuna de los  
datos del especialista.

## III. DURANTE EL PARTO.

Diagnóstico precoz y trata-  
miento de la hipoxia (solución glucosa  
materna).

## IV. DURANTE LA ATENCIÓN NEONATAL.

Diagnóstico y tratamiento  
de las asfias (medidas  
de apoyo selectivos de la

Reanimación del recién nacido  
expansión pulmonares).

Corregir acidosis, hipoglucemia

Tratar choque o infecciones

Tratar hiperbilirrubinemia

Evitar transfusión en

Diagnóstico de errores congénitos

## V. Durante EL POST PARTO INME-

Diagnóstico y tratamiento:

- Ruptura uterina - Inver-

- Invaginación uterina - plac-

- Retención de restos plac-

- Hemorragia del post parto

- Anemia severa

- Shock

- Toxemia post parto.

## PERIODO

## PATOGENICO

## PREVENCIÓN

## SECUNDARIA

## PREVENCIÓN

## TERC

## DIAGNOSTICO PRECOZ

## TRATAMIENTO OPORTUNO

## IMITACION DEL DAÑO

## II. DURANTE EL EMBARAZO.

Diagnóstico temprano y tratamiento precoz de embarazo de alto riesgo, así como de las complicaciones médicas - quirúrgicas y ginecológicas del embarazo.

Derivación oportuna de los embarazos de alto riesgo elevado que requieran los cuidados del especialista.

## III. DURANTE EL PARTO.

Diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de las distorciones del parto (tratamiento oxígeno, colocación glucosero al 5%, decubito lateral, forceps bajo, episiotomía, cesárea).

## IV. DURANTE LA ATENCIÓN NEONATAL.

Diagnóstico y tratamiento de la patología del neonato y sus complicaciones (con exámenes selectivos en laboratorio y gabinete).

Reanimación del recién nacido (intubar laríngea, aspirar laríngea y tráquea, oxígeno, expandir pulmones).

Corregir acidosis, hipoglucemia, hipocalcemia o convulsiones.

Tratar choque o infecciones.

Tratar hiperbilirrubinemia indirecta (fototerapia y fenobarbital)

Exanguínea transfusión en caso de eritroblastosis fetal

Diagnosticar errores congénitos del metabolismo

## V. Durante EL POST PARTO INMEDIATO.

Diagnóstico y tratamiento de patología de post parto inmediato

- Ruptura uterina - Inversión uterina
- Involución uterina
- Retención de restos placentarios
- Hemorragia del post parto
- Anemia severa
- Shock
- Toxicia post parto.

## VI. DURANTE LA ATENCIÓN NEONATAL

Masaje cardíaco externo. En casos necesarios.

Manejo específico y rehabilitación integral:

Malformaciones congénitas incapacitantes:

Hernia diafragmática con hipoplasia pulmonar  
cráneo o espina bífida con compromiso del S.N.C.  
microcefalia vera

anoftalmia

hipoplasia cerebral por mal nutrición fetal crónica

Lesión cerebral por asfixia subaguda o crónica.

Trauma obstétrico

Snecoaspiración

Pulmón atelectásico

Kernicterus

Casos quirúrgicos:

atresia esofágica  
atresia intestinal  
hernia diafragmática  
atresia de ano  
válvulas  
hipertrofia de pílora, etc.

Educación y adiestramiento familiar en la rehabilitación social.

## VII. DURANTE EL POST PARTO:

- Manejo del shock
- Restitución de pérdida sanguínea
- Histerectomía en caso necesario
- Tratamiento de la toxemia post parto
- Revisión de cavidad
- Orientación del programa de planificación familiar

## P A T O G E N I C O

P R E V E N C I O N

T E R C I A R I A

- I M I T A C I O N    D E L    D A Ñ O

R E H A B I L I T A C I O N

## VI. DURANTE LA ATENCION NEONATAL

Masaje cardiaco externo. En casos necesarios.

Manejo especifico y rehabilitación integral:

Malformaciones congénitas incapacitantes:

Hernia diafragmática con hipoplasia pulmonar

cráneo o espina bifida con compromiso del S.N.C.

microcefalia vera

anoftalmia

hipoplasia cerebral por mal nutrición fetal crónica.

Lesión cerebral por asfixia subaguda o crónica.

Trauma obstétrico

Broncoaspiración

Pulmón atelectásico

Kernicterus

Casos quirúrgicos:

atresia esofágica

atresia intestinal

hernia diafragmática

atresia de ano

vólvulos

hipertrofia de piloro, etc.

Educación y adiestramiento familiar en la rehabilitación del niño con secuelas.

## VII. DURANTE EL POST PARTO:

- Manejo del shock

- Restitución de pérdida sanguínea

- Histerectomía en caso necesario

- Tratamiento de la toxemia post parto.

- Revisión de cavidad

- Orientación del programa de planificación familiar.

## REFERENCIAS

1. ARMAS, J.; SHOR P., V. y KARCHMER, S. Indicadores de la atención ginecológica y obstétrica en el Instituto Mexicano del Seguro Social. Rev Med IMSS 13(4):365, Oct-Dic 1974.
2. WILLSON, J.R.; BEECHAM, G.T.; CARRINTON, E.R. Obstetricia y ginecología. Salvat Editores, 1974. p.p. 3, 255.
3. ALVARES A., R.; URRUSTI S., J.; RODRIGUEZ A., A. Mesa redonda de morbilidad perinatal. Rev Fac Med 17(7):4-5-6, Jul 1974.
4. SEPTIEM, J.M. Embarazo de alto riesgo, sus causas, valoración y manejo. Rev Ginec Obst Méx 35(211):431, May 74.
5. TOGIORA, A.; LEE, K. Medidas preventivas en la vigilancia prenatal y en la consulta ginecológica. Bol Méd IMSS 16(5):183, May 74.
6. Maternal nutrition- what price? N Engl J Med 292(4):208-9, 23 Jan 75.
7. TOMMASI, E.A.; LOWENBERG F., E.; VARGAS G., C. Aspectos preventivos de la morbilidad perinatal. Rev Ginec Obst Méx 35(209):323, Mar 74.
8. KARCHMER, S.; ARMAS D., J.; CHAVEZ A., J.; SHOR P., V. Estudios de mortalidad materna en México; consideraciones médico sociales. Gac Méd Méx 109(1):63, Ene 75.
9. SEPTIEM, J.M. La salud perinatal en México. Diagnóstico y Terapéutica 1(9):32, Nov 73.

10. MACGREGOR, CARLOS. Mortalidad materna-aspectos estadísticos - nacionales. Gac Méd Méx 104(1):30, Jul 72.
11. Anuario estadístico de los últimos 30 años de los Estados Unidos Mexicanos.
12. Mortalidad materna. Monografía del Hospital de Gineco-Obstetricia No. 1 del IMSS, 1974 pp. 13-14
13. RUIZ VELASCO, V.; PERAZA DELAYA, M.A. Gestación en la adolescencia. Rev Ginec Obst Méx 35(208):117, Feb 74.
14. Atención prenatal en la gran multipara. Monografía del Hospital de Gineco-Obstetricia No. 1 del IMSS, 1974 p.p. 117
15. VILLALOBOS, M.; GOMEZ A., J. Eclampsia postparto. Rev Ginec Obst Méx 35(208):211, Feb 74.
16. RAMIREZ S., E.; MECUSHAMERM, B.; DIAZ, J.; MacGREGOR, C. Evaluación de un esquema de tratamiento en la preeclampsia severa y eclampsia. Rev Ginec Obst Méx 34(204):321, Oct 73.
17. DIAZ DEL C., E. Desnutrición materna y desnutrición en utero Gac Méd Méx 107(4):281, Abr 74.
18. VARGAS O., G.; PINEDA, C.S. Análisis de 168 neonatos con calificación de APGAR de 6 o menos. Rev Ginec Obst Méx 32(194):617, Dic 72.
19. MUNOZ R., R.; GORDILLO R., A.; SOSA, H.; JIMENEZ, J.; RAMIREZ A.; GONZALEZ, L. Diabetes y embarazo, Nuestra experiencia y conceptos generales. Rev Ginec Obst Méx 134(206):587, Dic 73.



20. QUINDA, WA.; CONTRERAS, R.F.; ARREOLA S., M.; RIZZI H., H.  
Sifilis congénita. Rev Méd IMSS 13(4):333, Oct-Dic 74.
21. OJEDA, A.T.; LEE K., A. Medidas preventivas en la vigilancia prenatal. Bol Méd IMSS 16(5):185, May 74.
22. SPARKS R.A., et al. Antenatal screening for candidiasis, trichomoniasis and gonorrhoea. Br J Vener Dis 51(2):110-5, Apr - 75.
23. ALVARES, R.; URRUSTI, J.; RODRIGUEZ, A. Mesa redonda de morbi-mortalidad perinatal. Rev Fac Med 17(7):20, Jul 74.
24. PEREZ G., C.; MASDUHAMER M., B. Drogadicción y embarazo. Monografía del Hospital de Gineco-Obstetricia No. 1 del IMSS, 1972 p.p. 357
25. COHEN S.N., et al. Methadone maintenance during pregnancy. Am J Dis Child 126:446-6, Oct 73.
26. SCHNEIDER, J. Changing concepts in prenatal care. Postgrad Med 53:91-7, Jun 73.
27. FIALKOW, P.J. Diagnóstico prenatal de enfermedades genéticas Gac Méd Méx 107(4):347, Abr 74.
28. EISEN, J.A. Nebraska prenatal diagnostic program. Neur Med J 60(1):13-4, Jan 75.
29. STRONGE, J. Modern concepts in obstetrics, Modern standards of antenatal care. J Ir Med Assoc 66:163-5, 24 Mar 73.
30. ZAVILL. Perinatal tips. Mich Med 74(17):329-334, Jun 75.
31. ZAVILL, PM. Perinatal tips. Mich Med 72:358, May 73.

32. STAUB, G.F. Perinatal health in Illinois. Ill Med J 146(6):542-5, Dec 74.
33. Higiene prenatal. Departamento de Medicina Preventiva. Subdirección Médica del IMSS, 1968.
34. Programa de Control Prenatal. ISSSTE. 1974.
35. Programa Materno-Infantil. S.S.A. 1974.
36. Programa de control prenatal I.M.S.S. 1975 Subdirección General Médica.
37. Programa de control prenatal. Programa Básico de Salud de la Clínica Hospital T-1 No. 1 de Cd. Obregón, Son. 1976.
38. SEPTIEM, J.M. Cuidado integral de la madre y el niño. Dirección General de atención materno-infantil. IV Reunión Nacional de Salud. Agosto 1975.
39. Mecanismo de acción de la gammaglobulina inmunitaria Rh. Monografía del Hospital de Gineco-Obstetricia No. 1 IMSS, 1972.
40. MACNAUGHTON, M.C. Antenatal care. Practitioner 212(1271): 633-8, May 74.
41. Editorial: What future of perinatal care? Lancet 1(7918):1227, 31 May 75.
42. LARA, R.; MORALES, A. La primigesta añosa. Monografía del Hospital de Gineco-Obstetricia No. 1 del IMSS, 1973. pp. 179
43. AGUIRRE A., C. Encuesta socioeconómica y somatométrica de 1000 gestantes del servicio prenatal. Sal Púb Méx 15:85-9, Ene-Feb 73.
44. ARIAS, JOSÉ. Salud materna y planificación familiar. Ginec Obst Méx 35(210):353, Abr 74.