

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

11226
2ej
217



MANEJO DE LA PACIENTE CON EMBARAZO DE ALTO
RIESGO EN EL H.G.Z. NO.1 CON MEDICINA FAMILIAR
EN CULIACAN. SIN.

TESIS QUE PARA OBTENER LA
ESPECIALIDAD DE:
MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A :
DR. ANTONIO ARTURO PEREZ NORIEGA

GENERACION 82-84

CULIACAN, SINALOA





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.

CONTENIDO

A.- INTRODUCCION

B.- OBJETIVOS

C.- ANTECEDENTES CIENTIFICOS

D.- MATERIAL Y METODOS

E.- RESULTADOS

F.- COMENTARIO

G.- CONCLUSIONES

H.- BIBLIOGRAFIA.

INTRODUCCION

El embarazo adquiere el retulo de "alto riesgo" cuando cursa con alguna enfermedad concomitante y sea causa importante de complicaciones materno-fetales sin embargo un embarazo de alto riesgo es aquel en el cual la madre o el feto tienen una posibilidad significativa aumentada de enfermar o fallecer ya sea antes, durante o despues del nacimiento o una invalidez posterior.

La variacion del problema de embarazo de alto riesgo es enorme, por lo tanto en el siguiente estudio se trataran los problemas mas frecuentes que aquejan a dicha patologia.

La madre puede morir durante el embarazo, el parto, el nacimiento, o el puerperio por alguno de los padecimientos medicos que complican el embarazo y en otras de las casos la paciente puede quedar con graves secuelas.

Es indudable que el embarazo ofrece un panorama distinto y especial cuando se complica con otra patologia y tanto el diagnostico de enfermedades concomitantes como su tratamiento, debe salvaguardar la salud de la madre y el feto.

El medico familiar encargado del contacto primario, debe tener un criterio de seleccion util para identificar a las pacientes que por la magnitud del riesgo deben de ser atendidas por él mismo o por personal especializado del segundo y tercer nivel de atencion medica.

A pesar de que la poblacion de riesgo elevada, no pasa del 20 % de todas las embarazos es tal su trascendencia y vigencia que solo un criterio de seleccion optimo permite reducir las tasas de morbi-mortalidad derivadas del evento obstetrico.

Dia a dia el medico se enfrenta a problemas mayores y mas frecuentes, donde a que los avances en el campo de la medicina permiten sobrevivir, e incluso optar por un embarazo a mujeres con padecimientos que hasta hace algunos años no llegaban a esposas fertiles de la vida. Por otra parte, este grupo de padecimientos a generado controversias respecto a las indicaciones del aborto terapeutico que, en ciertos casos, pudiera salvar la vida de la madre, dada la trascendencia familiar y social que presenta la muerte materna.

Es indudable que practicamente todas las enfermedades pueden asociarse al embarazo; sin embargo aqui solo trataremos las mas importantes y frecuentes.

Antes del auge de la obstetricia actual, la mujer embarazada solia tener tan solo una entrevista prenatal en el curso del embarazo. En la consulta el medico se limitaba a menudo a calcular la fecha prevista para la hospitalizacion de la gestante. Actualmente con los grandes adelantos obstetricos el examen antes del embarazo es sin duda muy beneficioso para la salud fisica y emocional de la futura madre.

OBJETIVOS

- 1.- Conocer el No. de embarazos de alto riesgo ingresados en terapia intensiva del HGZ NO.I con medicina familiar.
- 2.- Conocer el No. de embarazos de alto riesgo en la población de admisión - ginecoobstetricia
- 3.- Conocer la enfermedad más frecuente que condiciona el embarazo de alto riesgo en la población a estudio.
- 4.- Conocer la alternativa de solución indicada en el servicio de hospital y admisión en el embarazo de alto riesgo.
- 5.- Conocer la edad promedio en las pacientes con embarazo de alto riesgo.

ANTECEDENTES CIENTIFICOS

Un embarazo de alto riesgo es aquel en el cual la madre o el feto tienen una probabilidad significativa aumentada de muerte ya sea antes, durante o después del nacimiento, o de una invalidez posterior.

CATEGORIAS DE ALTO RIESGO OBSTETRICO SEGUN WIGGLESWORTH

Historia de cualquiera de los siguientes:

Anomalias hereditarias (osteogénesis imperfecta, síndrome de Down, etc)

Neonato prematuro o pequeño para la fecha. (alumbramiento más reciente)

Anomalias congénitas, anemias, disecrasias, toxicomanías, etc.

Problemas sociales graves (embarazo durante la adolescencia)

Cuidado prenatal retrasado o ausente.

Edad menor de 18 años o mayor de 35 años.

Enfermedad viral o teratogena o administración de medicamentos peligrosos durante el primer trimestre.

Un quinto embarazo subsiguiente, en especial cuando la grávida es mayor de 35 años.

Sterilidad prolongada o tratamiento por medicamentos esenciales u hormonales.

Acontecimientos extenuantes significativos en presencia de embarazo.

Tabaquismo.

Embarazo antes de dos meses después del puerperio.

Diagnóstico de cualquiera de los siguientes:

Altura menor de 1.50 cms o un peso pre-embarazo de 20% menor del estándar o más del estándar para la altura y la edad.

Ganancia de peso mínima o nula

Complicaciones obstétricas (pre eclampsia, eclampsia, embarazo múltiple, hidramnión, etc.)

Presentación anormal (de nalgas, parte presentante no encajada a término, etc)

Un feto que no crece normalmente o está desproporcionado en tamaño en relación al esperado.

Un feto mayor de 42 semanas de gestación.

Valoración diagnóstica

Cuando menos 20% de todas las mujeres pueden ser incluidas en los grupos que se observan en la clasificación de la columna de estas categorías. Estas mujeres representan más de 50% de todas las muertes perinatales. La mayoría de las muertes perinatales están asociadas con 6 complicaciones obstétricas: presentación de nalgas, desprendimiento prematuro de placenta, pre-eclampsia-eclampsia, embarazo múltiple, pielonefritis o hidramnios. La exposición a teratógenos (medicamentos, enfermedades virales, radiación, etc.) puede también complicar el embarazo. La ignorancia, la pobreza, el embarazo no buscado y la maternidad de una mujer irresponsable añaden también una carga adicional considerable al desenlace del embarazo.

A. Escrutinio inicial: El escrutinio inicial de la embarazada debe incluir lo siguiente:

1. Un examen general completo (incluyendo peso, altura, desarrollo, etc) y diagnóstico de padecimientos generales, disfunción o anomalía.

2. Valoración cuidadosa abdominopélvica con referencia especial a lo siguiente:

a. Utero: Configuración, tamaño, altura del fondo, medidas pélvicas de la paciente, cálculo de tamaño fetal, presentación, posición, encajamiento, cantidad de líquido amniótico.

b. Cuello: Posición, epitelización, borramiento, dilatación.

c. Columna, pelvis y extremidades. Anomalías, medida de los diámetros pélvicos.

3. Pruebas de laboratorios: Hematócrito, análisis de orina, cultivo de orina, pruebas serológicas para sífilis, rubéola y escrutinio de anticuerpos, tipo sanguíneo, determinación de Rh, citología vaginal para la infección, estado hormonal y elementos malignos. Pueden necesitarse estudios especiales para problemas particulares (por ejemplo, pruebas de tolerancia a la glucosa en diabetes mellitus).

B. Visitas prenatales: Las visitas prenatales serán más frecuentes para las embarazadas con alto riesgo que para aquellas con embarazo normal. Esto permite una apreciación más certera del curso del embarazo y de la identificación y corrección de los problemas (por ejemplo, anemia, infección del sistema urinario). Se identificarán desde un principio aquellos trastornos obstétricos que pueden necesitar tratamiento o decisión especial (por ejemplo, toxemia gravídica, sangrado uterino). Las visitas proporcionarán también la oportunidad para la educación acerca de higiene, nutrición, uso de medicamentos y atención del recién nacido y para atención psiquiátrica.

C. Valoración del crecimiento fetal, madurez y bienestar.

1. Métodos indirectos (no invasivos):

a. Revaloración de la edad del embarazo (último período menstrual, temperatura basal, fecha en que se perciben los primeros movimientos fetales, y en que se escuchan los primeros sonidos cardiacos).

b. Crecimiento del útero (altura del fondo, medidas pélvicas de la embarazada).

c. Encajamiento.

d. Radiografía (centros de osificación, anomalías).

e. Ultrasonografía (diámetro biparietal fetal), amnioscopia.

f. El patrón de actividad fetal según se determine por una prueba que no implique esfuerzo.

g. Prueba de esfuerzo con oxitocina.

2. Métodos directos (invasivos):

a. Amniocentesis (volumen del líquido amniótico, estudios de enzimas, osmolalidad, densidad, contenido de creatinina, concentración de bilirrubina, cociente lecitina/esfingomielina, porcentaje de células cargadas de grasa), en orina o en líquido amniótico o estrógenos totales.

b. Amniografía (anomalía, situación placentaria).

c. Citología de células de líquido amniótico (cultivo, citotóxico, estudios cromosómicos, etc., para determinar trastornos hereditarios en el feto).

Diagnóstico diferencial

Un útero muy grande para la edad gestacional correspondiente puede indicar

embarazo múltiple hidramnios o tumores uterinos. Un útero de menor tamaño que el debido, basado en la fecha de la última menstruación puede significar dismaturidad fetal (insuficiencia fetal), oligohidramnios, cálculo incorrecto de la duración del embarazo, o enfermedad fetal (por ejemplo, rubéola, enfermedad por inclusión citomegálica) o anomalías.

Tratamiento

Se tratará la enfermedad materna con cautela para evitar lesiones al producto. A veces pueden reducirse las tasas de mortalidad y morbilidad perinatales, prolongando el embarazo; por ejemplo, en el caso de parto prematuro, embarazo múltiple, placenta previa, incompetencia cervical, leve desprendimiento prematuro de la placenta o disfunción tiroidea. Puede ser necesario el parto temprano para rescatar al producto si se rompen las membranas antes de 34 semanas en el caso de preeclampsia-eclampsia, inmunización grave, diabetes mellitus clínica, infección persistente del sistema urinario, hidramnios considerable o insuficiencia placentaria.

Pronóstico

Aunque la atención obstétrica mejorada ha reducido la tasa de mortalidad materna en E.U.A. de 660 por cada 100,000 nacimientos en 1930 a 27 por cada 100,000 en 1970, de dos terceras a tres cuartas partes de estos últimos hubiesen sido todavía prevenibles probablemente. En la actualidad, por lo menos, un tercio a una mitad de estas muertes pueden ser evitadas. Muchos investigadores consideran que una restricción alimentaria menos estricta para controlar el peso durante el embarazo podría reducir la tasa de mortalidad neonatal. Indudablemente que los factores socioeconómicos desempeñan un papel importantísimo. La gran mayoría de muertes maternas y perinatales pertenecen a la categoría de alto riesgo.

RESULTADOS

1.- El número de la población total en admisión hospitalaria de gineco-obstetricia fué de 3,440 pacientes, comprendiendo del 1ro de agosto al 31 de noviembre de 1983.

Se realizaron 632 cesareas, correspondiendo al 18.37% del total de ingresos. Grafica No. 1

Se atendieron 159 partos distócicos vaginales, siendo el 4.62 % del total de ingresos. Grafica No. 2

Se atendieron 2,649 partos eutócicos, correspondiendo al 77.01 % del total de ingresos. Grafica No. 3

La mortalidad materna de ginecoobstetricia fue de 0.09 %. Grafica No. 4

La mortalidad infantil de ginecoobstetricia fue de 3.20 % total. Femeninos: 1.72 % Masculino: 1.48 % . Grafica No. 5

2.- Ingresaron al servicio de la unidad de cuidados intensivos un total de 13 pacientes, correspondiendo al 0.38 % de la población total en admisión hospitalaria ginecoobstetricia del 1ro de agosto 1983 al 31 de noviembre de 1983. Grafica No. 6

46.1 % eclampticas post-cesarea. Grafica No. 7

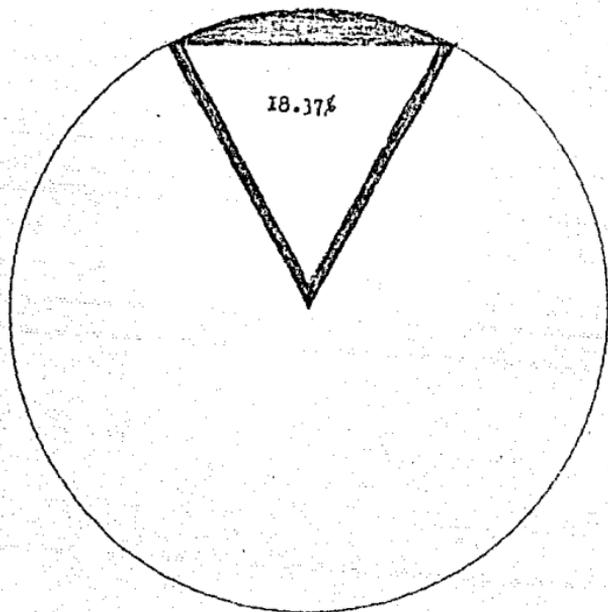
46.1 % Eclampticas Post-parto. Grafica No. 8

7.8 % pre-eclampticas post-parto. Grafica No. 9

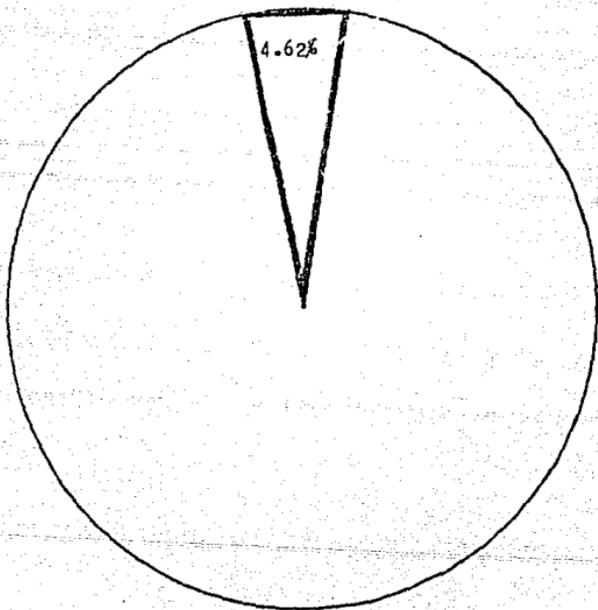
0.0 % defunciones

La edad promedio fue de 26.15 años.

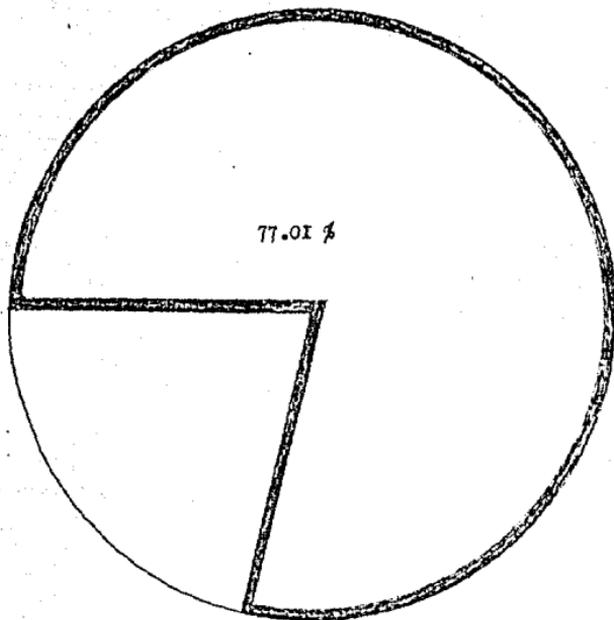
GRAFICA No. I : Porcentaje de cesareas realizadas en la poblacion total en admisi6n hospitalaria ginecoobstetricia.



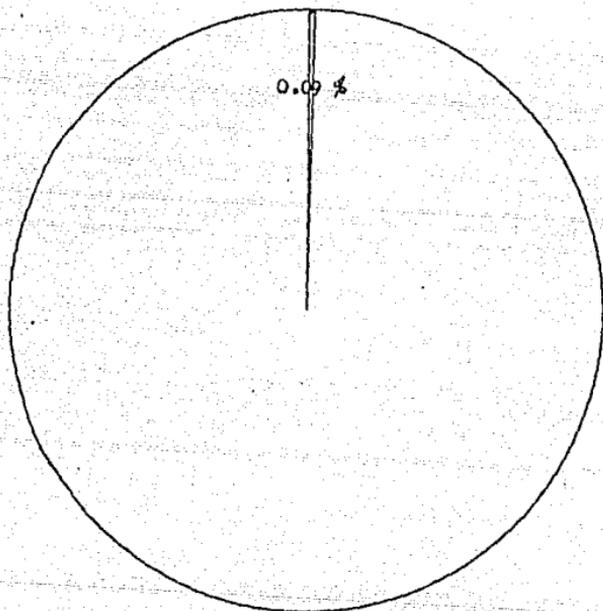
GRAFICA No. 2 : Porcentaje de partos distocicos vaginales del total de ingresos a admisión hospitalaria de ginecoobstetricia.



GRAFICA No 3: Porcentaje de partos autocicos de la poblacion total de ingresos en admision hospitalaria ginecoobstetricia.



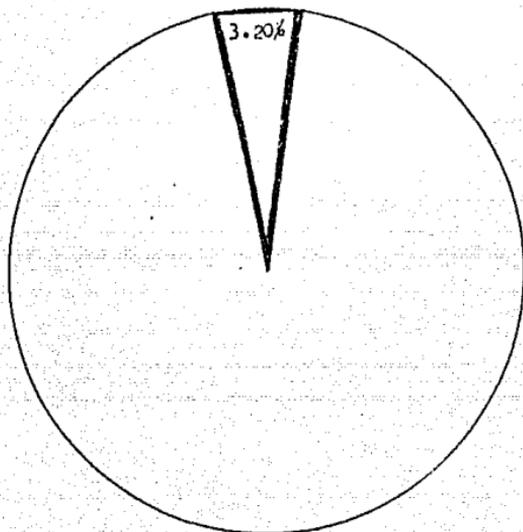
GRAFICA No. 4 : Porcentaje de la mortalidad materna del total de ingresos en admisión hospitalaria ginecoobstetricia.



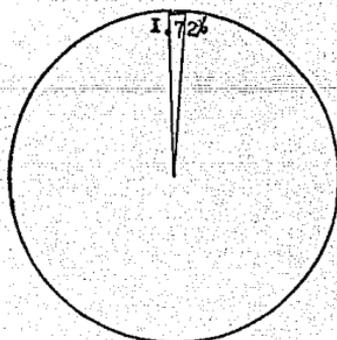
**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

**GRAFICA No. 5 : Porcentaje de la mortalidad infantil del total de
partos atendidos en ginecoobstetricia.**

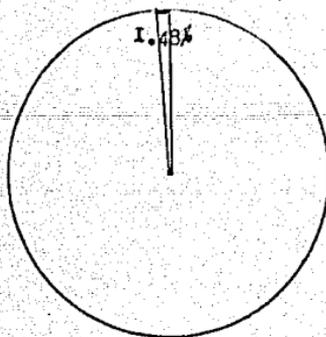
TOTAL



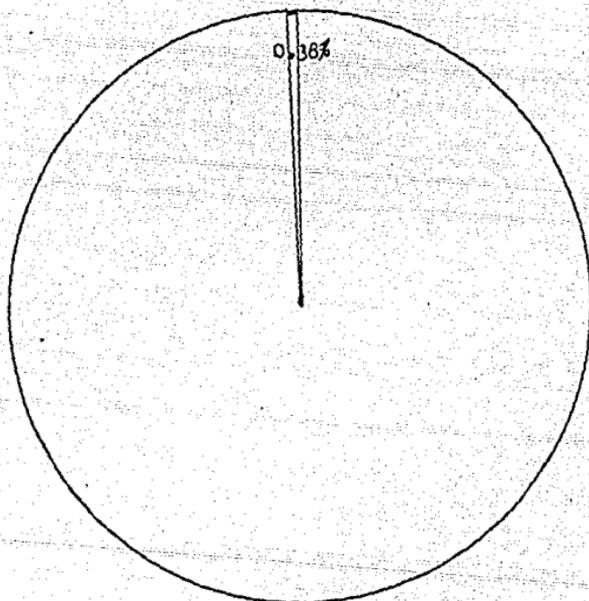
FEMENINO



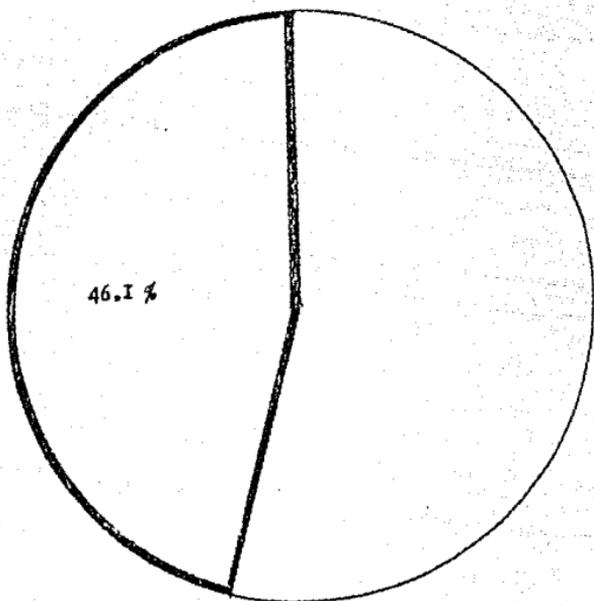
MASCULINO



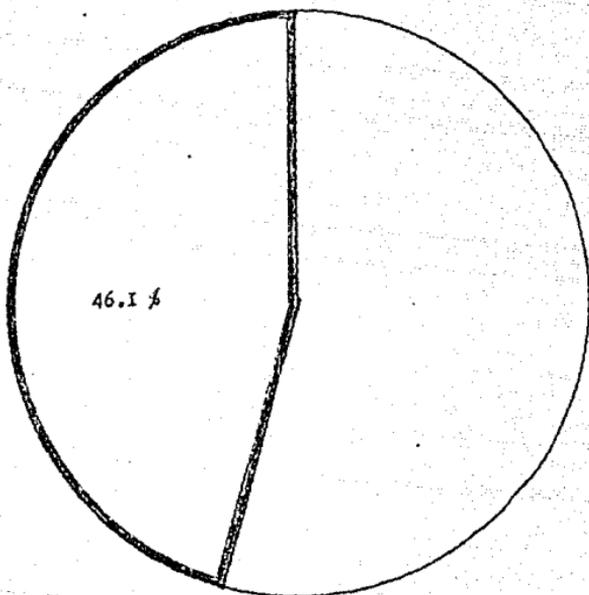
GRAPICA No. 6 : Porcentaje de ingresos a la unidad de cuidados
intensivos de la poblacion total en admision -
hospitalaria ginecocoobstetricia.



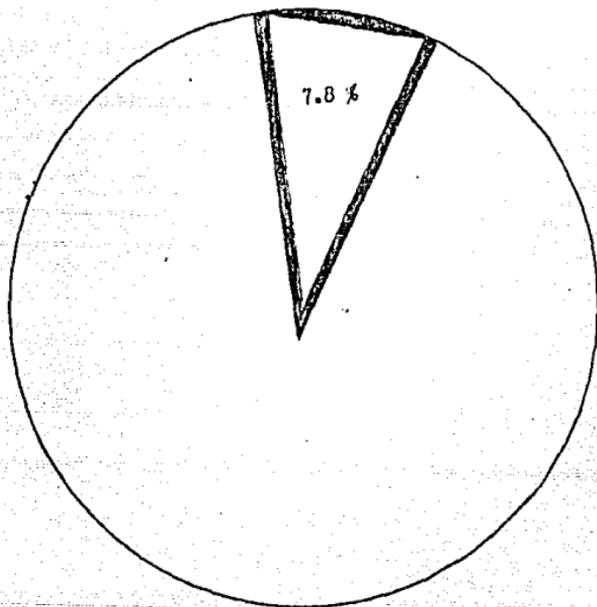
GRAFICA No. 7 : Porcentaje de pacientes eclampticas post-cesarea
ingresadas a la unidad de cuidados intensivos.



GRAFICA No. 8 : Porcentaje de pacientes eclampticas post-parto
ingresadas a la unidad de cuidados intensivos.



GRAFICA No. 9 : Porcentaje de pacientes con pre-eclampsia que ingresarán a la unidad de cuidados intensivos.



COMENTARIOS

Dentro de los conceptos investigados se observó por medio de un muestreo que se realizó a base de cuestionarios que el 57% de las pacientes con embarazo de alto riesgo que ingresaron a admisión hospitalaria de gineco-obstetricia no se realizó el diagnóstico de embarazo de alto riesgo. Un 34% por ser eventuales de campo, el 11% de nivel cultural muy bajo, un 12% con control prenatal irregular con promedio de 3 consultas en su período gestacional y en un 43% se realizó diagnóstico de embarazo de alto riesgo con anterioridad (correspondiendo un 89% de las pacientes al HGZ T 1 Culiacán).

La mortalidad materna infantil es muy baja.

Se atendieron del 1o. de agosto de 1983 al 31 de Noviembre de 1983 3440 pacientes, realizándose 362 cesáreas correspondiendo al 18.37% del total de ingresos. Se atendieron 264 partos eutócicos que corresponde al 77.01% del total de ingresos. Se atendieron 159 partos distócicos vaginales que corresponde al 4.62% del total de ingresos. La mortalidad infantil en gineco-obstetricia es de 3.20% correspondiendo al sexo femenino 1.72% y al masculino 1.48%.

El ingreso de gineco-obstetricia al servicio de la unidad de servicios intensivos fué de 13 pacientes que corresponde al 0.38% de la población total.

La edad promedio general de las pacientes con embarazo de alto riesgo fué de 26.15 años .

CONCLUSIONES

- 1.- El manejo de la paciente con embarazo de alto riesgo en el HGZ T 1 con MF en Culiacán, Sinaloa es bueno.
- 2.- El número de pacientes ingresados a la unidad de cuidados intensivos es bajo y con buenos resultados con cero por ciento de defunciones.
- 3.- El número de embarazos de alto riesgo en la unidad fué de 22.89%
- 4.- La alternativa de mayor solución al problema fué cesárea con un 18.37% del ingreso total.
- 5.- La edad promedio general de las pacientes con embarazo de alto riesgo fué de 26.15 años.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Marcus A. Krupp, Milton J. Chatton
Diagnóstico Clínico y Tratamiento
Editorial; El manual Moderno, S.A. Edición 17^a; México 11 1982
Páginas: 554-556
- 2.- Williams OBSTETRICIA
Quinta Edición, Editorial Salvat, S.A., México, D.F. 1977
Páginas: 611-623
- 3.- J. Manuel Malacara
Fundamentos de ENDOCRINOLOGIA Clínica
Editorial; La Prensa Médica Mexicana/ México, Segunda Edición, México 17, D.F.
1978. Páginas: 265-270
- 4.- Revista de Investigación Clínica
Publicación de la nutrición Salvador Zubirón, Jul-Sept, 1982
Páginas: 205-210
- 5.- Revista de la Facultad de Medicina
- Tratamiento de la hipertensión arterial
- la función social del Médico
Vol. XXV Año 25 No. 4, 1982
Editorial: Evaluación social de la educación en medicina
Páginas: 145-159