

11226
102
2ej

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO



FACULTAD DE MEDICINA
División de Estudios de Postgrado

“Alto y Bajo Riesgo Reproductivo en la
MAM-S una Perspectiva Historica”

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TESIS DE POSTGRADO
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A :

Dr. Federico Valdovinos Alemán

Hospital General de Zona 8 "San Angel" I.M.S.S.



México, D. F.

Febrero de 1982



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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

INDICE

	Página
INTRODUCCION	1
ANTECEDENTES CIENTIFICOS	
Epoca Precortesiana	2
Atención médica prenatal	7
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	34
OBJETIVOS	35
HIPOTESIS	36
PROGRAMA DE TRABAJO	37
RESULTADOS	42
ANALISIS DE RESULTADOS	69
CONCLUSIONES	75
COMENTARIOS	77
BIBLIOGRAFIA.	79

INTRODUCCION

Se hace una investigación sobre los factores de riesgo reproductivo altos y bajos en embarazadas que llevaron atención médica prenatal en la Unidad de Medicina Familiar Nº 8 I.M.S.S., donde se detectan aquellos factores que determinaron algún (os) daño (s) en la madre o bien en el recién nacido.

Se analiza los criterios de tratamiento previo en la atención médica prenatal y la conducta de manejo ante los casos en que se detecta alto y bajo factor de riesgo reproductivo.

Se analizan por separado los factores de riesgo reproductivo en las embarazadas - atendidas en la UMF 8 y en el HGO 4 "Luis Castelazo Ayala".

Se menciona la morbilidad causada en las madres y en los recién nacidos en madres con alto y bajo riesgo. Así mismo, se menciona factor socio-laboral los factores maternos, y los antecedentes gineco-obstétricos.

Se informa sobre el mayor número del total de la población estudiada que no -- tiene atención prenatal y acude en forma espontánea para la atención de parto y se comparan los daños causados en la madre como en el producto.

Se menciona sobre la nula mortalidad materna de las pacientes embarazadas de -- esta unidad médica que fueron a tratamiento obstétrico en el HGO-4 no ocurrien do así en la mortalidad perinatal.

Del análisis de la información generada se pretende que el medico familiar refuerce los conceptos sobre las causas de daño en sus pacientes embarazadas a su cuidado con la finalidad de valorar las acciones médicas de previsibilidad a su alcance y un mejor desempeño profesional.

LA EPOCA PRECORTESIANA

En el pasado reciente de México y dentro de una mezcla indisociable de magia, - empirismo y fatalismo, la pubertad, el matrimonio, la procreación y el nacimiento, jugaban un papel muy importante dentro de la vida familiar.

En cuanto a la pubertad, fray Bernardino de Sahagún, en la extraordinaria obra - que nos legó para un mejor conocimiento de nuestros antepasados dedica el Capítulo XVIII del libro VI a enseñarnos "Del lenguaje y afectos que los señores usaban hablando y doctrinando a sus hijas cuando ya habían llegado a los años de -- discreción: exhortándolas a toda disciplina y honestidad interior y exterior y a la consideración de su nobleza para que ninguna cosa hagan por donde afrenten a su linaje".

Entre otras cosas, se lee en los apartados o incisos lo siguiente: "Oye con sosiego, que aquí está tu madre y señora, de cuyo vientre saliste, como una piedra que se corta de otra, que te engendró como una yerba que engendra otra, así tu brotaste y naciste de tu madre; has estado aquí como dormida, ahora ya has despertado..." (inciso 7) "Mira que no te deshonres a ti misma, mira que no avergüences y afrentes a nuestros antepasados... Mira que no hagas alguna vileza..... (inciso 11) "Mira que eres mujer, nota lo que has de hacer de noche y de día" -- (inciso 12)... "Mira que en las cosas de tu oficio y condición debes ser muy avisada y diligente y cuida que tu corazón, que es como chalchihuite fino y como zafiro (se mantenga) puro y simple y limpio sin mezcla de alguna mala afección"... "Porque aun vivimos los que te engendramos, porque tu no naciste de ti, ni te formaste, yo y tu madre tuvimos este cuidado y te hicimos, porque esta es la costumbre del mundo, no es invención de alguno, es ordenación de nuestro señor Dios que haya generación por vía de hombre y de mujer, para hacer multiplicación.. (inciso 19) ..."Mira que no te des al deleite carnal; mira que no te arrojes sobre el estiércol y hediondez de la lujuria; y si has de venir a esto, más valdría que murieras luego"" (inciso 27).

En el capítulo XIX señala en 31 apartados, lo que la madre "con muy amorosas - palabras le decía" a la hija, a continuación de lo expresado por el padre, entre lo que quizá valga la pena destacar:

Inciso 23: "¡Oh hija mía muy amada, palomita mía!, si vivieras sobre la tierra, mira que en ninguna manera te conozca más que un varón: y esto... guárdalo como un mandamiento estrecho.

Inciso 25: "Mira que en ningún tiempo, ni en ningún lugar le hagas traición (a tu esposo), lo que se llama adulterio; mira que no des tu cuerpo a otro, porque -- esto, hija mía muy querida y muy amada, es una caída en una profunda sima".

Inciso 26: "Y si fuese sabido y si fueres vista en este delito, matarte han... pues como dice el refrán, probarás la piedra y serás arrastrada y tomarán ejemplo de tu muerte".

En cuanto a la educación moral y sexual para el hijo, se pueden consultar los capítulos XX, XXI y XXII de dicha obra. Tal vez sea digno de mención especial los incisos 17 y 18 del capítulo 21 que a la letra dicen:

Inciso 17: "Nota hijo mío, lo que te digo, mira que el mundo ya tiene este estilo de engendrar y multiplicar y, para esta generación y multiplicación ordenó Dios - que una mujer usase de un varón y un varón de una mujer; pero esto conviene se haga con templanza y con discreción;...

...No te hagas a la manera de perro en comer y tragar lo que le dan, dándote a las mujeres antes de tiempo; aunque tengas apetito de mujer resístete, resiste a tu corazón hasta que ya seas hombre perfecto y recio; mira que el maguey si lo abren pequeño para quitarle la miel, ni encuentran sustancia ni da miel, sino - - piérdese; antes que abran el maguey para sacarle la miel lo dejan crecer y veni a su madurez, y (sólo) entonces se saca la miel".

Inciso 18. "De esta manera debes hacer tú, que antes que llegues a conocer mujer crezcas y embarnezcas, y seas hombre maduro, y entonces estarás hábil para el casamiento y engendrarás hijos de buena estatura y recios, y ligeros y hermosos y de buenos rostros..."

La mayor parte de los jóvenes mexicanos se casaban hasta alcanzar los 25 años - las mujeres y los 30 años los varones,¹ en una ceremonia caracterizada por su -- simplicidad y elevado simbolismo en la que el anudamiento de un extremo de la manta del novio con el huipilli de la novia señalaba que quedaban unidos en matrimonio. Después de lavarles la boca a ambos, la madre del mancebo les daba

de comer molli y tamalli y las casamenteras los metían a la cámara nupcial donde los dejaban solos. Los esposos permanecían en dicha cámara por cuatro días sin consumir el matrimonio y sólo les estaba permitido hacer ofrendas y quemar - copal en honor del señor de la dualidad: Ometecuhtli-Omecihuatl, también conocido como Tonacatecuhtli-Tonacacihuatl, a fin que desde el 13º cielo azteca, el Omeyocan, se les concediese la capacidad fértil y los dioses colocasen la generación en el vientre de la mujer²

El embarazo era considerado como el evento más feliz de la existencia, no sólo de la pareja, sino para el clan familiar. Sahagún nos cuenta en el Capítulo XXIV, del ya señalado libro VI:

Inciso 1. "Después que ya la recién casada se siente preñada, hacerlo saber a sus padres" (quienes) "luego de aparejar comida y bebida y flores olorosas y cañas de humo, juntan a los familiares de ambos con los principales del pueblo".

Inciso 2. "Después de haber comido y bebido, pónese en medio de todos un viejo, de parte del casado, sentado en cuclillas, quien dice de esta manera..."

Inciso 5 ... "¡Oid pues, señores que estáis presentes, y todos los demás que aquí estais, viejos y viejas y canos y canas!, sabed que nuestro señor Yoalli-Ehecatl - (tinebla y aire) que está en todo lugar, ha hecho misericordia en.... esta moza y recién casada.... colocando dentro de ella una piedra preciosa y una pluma - rica y ha quedado embarazada".

Más adelante hace notar los consejos que se daban a la embarazada (Capítulo XXV, en 25 incisos), dentro de los cuales vale la pena destacar:

Inciso 7. "Lo que ahora, hija mía muy tierna, es necesario que hagas es que... debes ofrecer incienso a los dioses Ometecuhtli y Omecihuatl, un hombre y una - mujer que en el cielo están, para que no perdamos lo que dentro de vos está"...

Inciso 8. "Mirad que no seais causa de alguna enfermedad por vuestra culpa.... mirad que os guardéis de tomar alguna cosa pesada en los brazos, o de levantarla con fuerza, porque no empesgais a vuestra criatura..."

Inciso 9. "De otra cosa os aviso, y esta quiero que la oiga y la note nuestro hijo, vuestro marido que está aquí y es"... .."Que no useis mucho del acto carnal porque podrá ser que hagais daño a la criatura..."

Inciso 10. "Apartaos hija de mirar cosas que espantan o dan asco para que no em-pesgais a la criatura..."

Durante el embarazo, la preñada era vigilada muy de cerca por el médico de la comunidad y por la partera seleccionada para asistir a la mujer en el parto, la -cual le instruía de cómo conducirse, alimentarse y qué ejercicios debía ejecutar -para el bienestar total de su futuro hijo, colocándola además bajo la protección de Xochiquetzal y Coatlicue.

Llegado el tiempo del parto, llamaban a la partera desde cuatro o cinco días antes y cuando comenzaban las contracciones uterinas, le daba a la preñada un baño de vapor en el temascalli y después del baño, le daba a beber la raíz de una hierba molida que se llama Cihuapatli, que tiene la virtud de impeler a empujar hacia afuera a la criatura; y si (aun así la criatura no nacía), dábanla a beber tanto como medio dedo de la cola del animal que se llama tlacuatzin molida; con -- esto paría fácilmente..."

Si después de haber bebido la preñada las dos cosas arriba dichas, no paría, la -- partera conjeturaba que había de morir la que estaba de parto (Inciso 3 del Capítulo XXVIII) y entonces o procedía a ejecutar maniobras de versión externa en -- las cuales tenían gran habilidad o dado el caso, a realizar la baciotripsia con un cuchillo de pedernal.

Quando la mujer moría durante el trabajo de parto, entonces era canonizada y ad-quiría categoría igual a la de un guerrero muerto en combate. Se le llamaba -- "Mocihuaquetzque", que quiere decir mujer valiente y era enterrada a la hora de la puesta del sol en el patio de cu (templo) de las diosas Cihuateteo o Cihuapiltin. La hora era especialmente escogida, ya que las diosas Cihuapiltin eran las encar-gadas de guiar al sol que se oculta en el Poniente, desde el cenit hasta su ocaso, protegiéndolo a fin de que al día siguiente pueda volver a salir por el Oriente e iluminar y dar calor al mundo --siendo ahora guiado en su ascenso hacia el cenit por los guerreros muertos en combate y alimentado por la sangre de los sacrificados al respecto.³

El parto se llevaba a cabo en posición "de cuclillas" con la mujer apoyando el peso del cuerpo sobre la punta de los pies y permitiéndole una mayor capacidad de pujo. Esta es la posición natural de parir, sólo cambiada, lamentablemente, por Francois Mauriceau en 1698 y que debe volver a usarse, ya que se ha demostrado que causa efectos indeseables en el feto la posición de decúbito dorsal.⁴

En caso necesario y para calmar los dolores, recurrían a una bebida hecha de --
hojas de la cucurbitácea "azoneihualt" o a la raíz de otra planta, la "cuauhahuc".⁵

"En naciendo la criatura, ... la partera daba voces a la manera de los que pelea-
ban en la guerra, significando con esto que la madre había vencido en la batalla
y había cultivado un niño". (inciso 3, Capítulo XXX).

Después de un discurso, diferente si se trataba de un varón o de una hembra, la
partera procedía al corte del cordón umbilical, a buena distancia del cuerpo y --
junto con la placenta, eran entregados a un guerrero para que los enterrase en el
campo de batalla, si se trataba de un varón; en el caso de una mujer se ente--
rraban en el jardín de la casa. Así se aseguraba -mística y mágicamente- el
destino de ambos.

Hecho el corte, la partera lavaba a la criatura recién nacida, encomendándola --
tanto a Chalchiutlicue, como al principio dual (Ometecuhlli y Omecihuatl) y al --
propio Ixtliltón, dios de los niños. Procedía de inmediato a envolverla y la en-
tregaba a la madre para que la alimentase al seno y la arrullase y para que el --
padre participase en ello.

Esto es lo que acontecía en el pasado. Creo que lo relatado deja bien claro lo --
extraordinariamente buena que era la práctica de lo que hoy llamamos perinatolo-
gía entre nuestros antepasados, sobre todo porque era "natural" y respetaba la --
integridad biopsicosocial del individuo.

ATENCION MEDICA PRENATAL *

DEFINICION

Es la que se otorga a la mujer desde que se diagnostica el embarazo hasta el término del mismo.

Se imparte en unidades de medicina familiar y hospitalarias

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR (UMF)

Es la que proporciona la atención médica prenatal a toda paciente que curse con embarazo de evolución fisiológica.

Durante la edad reproductiva de la mujer y en el periodo prenatal se pueden detectar factores de riesgo, tanto para la madre como para el producto de la concepción, y por lo tanto deben establecerse las medidas terapéuticas necesarias de -- manera oportuna.

Para lograr una atención prenatal con alto grado de eficiencia, el médico familiar deberá identificar de manera oportuna los factores de riesgo reproductivo; esto -- será posible si la paciente embarazada acude desde los primeros signos y síntomas del embarazo, o desde la primera falta de menstruación si es normorréica, y si además cumple regularmente con las citas programadas.

PRIMERA CONSULTA

El médico familiar llena o actualiza la forma MF-7/85 que suple a la historia -- clínica, y procede a la identificación de la paciente recabando los antecedentes -- personales patológicos, no patológicos y ginecobstétricos de importancia.

Interroga sobre la fecha de la última menstruación y las características de la -- misma, que le permitan calcular la fecha probable del parto y califica los factores de riesgo (FR) al terminar.

También, en esta primera consulta, en el primer renglón del apartado "estado -- actual", anotará la fecha, la edad de la gestación calculada en semanas, el peso de la paciente, la altura del fondo uterino (medido con cinta métrica, calculado en cms. y tomado en forma tangencial, lo que se logra colocando una mano sobre

el borde del pubis y otra sobre el fondo uterino y trazando una línea recta imaginaria); investigará además los escurrimientos vaginales, en especial la salida del líquido amniótico, auscultará la frecuencia cardíaca fetal anotándola en latidos -- por minuto a partir del quinto mes; interrogará sobre la percepción de movimientos fetales a partir del cuarto mes; la tensión arterial se medirá anotando sólo la diastólica; se investigará la presencia de hemorragia transvaginal calificándola de + a +++ según la cuantía; igualmente se valorará la presencia de edema maleolar (de + a ++++) o su existencia en otras partes del cuerpo. Al terminar se calificarán los factores de riesgo sumándolos a los antecedentes.

En el apartado "diagnósticos", se llenarán los espacios solamente si existe patología, y se anotará únicamente el diagnóstico nosológico basado en signos, síntomas y hallazgos.

En la "nota de evolución" del expediente clínico, se anotará el diagnóstico obstétrico, la edad de la paciente, gestación, paridad, abortos, edad gestacional, estado del producto y juicio indicativo sobre el pronóstico.

En el apartado de "tratamiento", se llenará el espacio correspondiente en cada -- consulta, solamente si se prescribe alguno o algunos medicamentos.

En esta consulta se solicitarán los exámenes básicos de laboratorio y en la forma MF-7/85 se cruzará con una X el cuadro que corresponda el resultado solicitado. Los resultados anormales también pueden modificar la calificación que valora el riesgo obstétrico.

CONSULTA SUBSECUENTE

Se otorgará mensualmente durante los ocho primeros meses, cada semana a partir de la semana trigesimaquinta y hasta el último mes. Se llevará a cabo el - procedimiento anotado con anterioridad (consignar datos y calificación por consulta que modifique la valoración del riesgo obstétrico).

A partir de la semana trigesimaquinta se informa a la paciente acerca de:

- Las condiciones en las cuales debe considerar que se ha iniciado el trabajo de parto, para que se traslade oportunamente al hospital.

- Lo que va a ocurrir durante el trabajo de parto y el parto en sí.
- Los trámites administrativos de ingreso al hospital.

En caso necesario se extenderá incapacidad prenatal anotando folio, días amparados y fecha de inicio y expedición.

Si el embarazo es normal se continuará el control en la UMF, hasta la cuadragésima semana; sin embargo, la forma MF-7/85 previamente elaborada estará en poder de la paciente a partir de la trigesimaquinta semana para prevenir la eventualidad de que el trabajo de parto se pudiera presentar a partir de esa fecha; durante cada consulta la paciente presentará al médico familiar dicha forma y él hará las anotaciones pertinentes

En la semana trigesimo-octava se practicará perivimetría interna en todas las nulíparas y en las múltiparas que no hubieran tenido algún parto de término o tengan antecedentes de partos distócicos.

Se solicitará cefalopelvimetría en los casos en que a la exploración se encuentre sospecha o evidencia de desproporción feto-pélvica, así como de situación o presentación anormal.

Cuando en alguna etapa del control prenatal la suma de factores de riesgo sea mayor de seis, el médico familiar comentará el caso con el jefe de Departamento Clínico y juntos determinarán si la paciente amerita ser enviada al Hospital - General de Subzona o de Zona; si así se determina, se llena el espacio de "resumen de envío" anotando el diagnóstico, la suma de factores de riesgo, la matrícula del médico familiar, su nombre y firma y la del jefe de Departamento - Clínico o quien lo represente.

Es conveniente que durante la atención prenatal el médico familiar considere las siguientes:

MEDIDAS TERAPEUTICAS

El embarazo de curso normal no requiere habitualmente de la administración de productos farmacológicos si la paciente atiende las indicaciones higiénico-dietéticas que le son señaladas; es frecuente, sin embargo, que aparezcan molestias o - -

perturbaciones moderadas que sin llegar a constituir anomalías de consideración, en ocasiones ameritan la aplicación de una terapéutica correctiva. La conducta ante las complicaciones importantes derivadas o coincidentes con la gestación, se señalan en el capítulo correspondiente (embarazo complicado).

Se señalan aquí sólo las medidas terapéuticas útiles en algunos padecimientos o en presencia de síntomas leves:

- Deficiencias vitamínicas; vitaminoterapia específica.
- Náuseas o vómitos leves, mareos, lipotimias: alimentación fraccionada y comprimidos antieméticos cada 8 horas.
- Cefalea leve en la primera mitad del embarazo: investigar constipación intestinal, defecto visual o presencia de sinusitis. En caso necesario se pueden prescribir analgésicos por vía oral cada 8 horas.
- Dolor dorsolumbar o lumbosacro: faja obstétrica, cuando ésta se prescribe, reposo en cama dura, y en caso necesario analgésicos.
- Pirosis: alimentación fraccionada, gel de hidróxido de aluminio, tabletas de hidróxido de aluminio con trisilicato de magnesio, y evitar la ingestión excesiva de sales alcalinas.
- Estreñimiento o constipación intestinal: recomendar deambulación una hora al día por lo menos, ingestión suficiente de líquidos, jugo de ciruela, naranja, papaya; en caso necesario, metilcelulosa o Plantago psyllium. Deben evitarse purgantes, laxantes enérgicos y enemas.
- Várices en miembros inferiores: elevación periódica de miembros pélvicos y empleo de medias elásticas. Evitar el uso de ropa ajustada y permanecer mucho tiempo en posición ortostática. Los procedimientos quirúrgicos rara vez se efectúan durante el embarazo.

Hemorroides: dieta baja en residuos y sin irritantes para evitar constipación intestinal. En las etapas agudas se indica frío local, supositorios y ungüentos analgésicos. Si el sangrado es persistente o existe trombosis, deberá enviarse a la paciente al especialista respectivo.

Insomnio y excitación nerviosa: otorgar orientación psicoterapéutica y cuando sea estrictamente necesario, prescribir relajantes de la tensión emocional del tipo de la benzodiazepina o hipnóticos suaves del tipo del fenobarbital por la noche.

Edema moderado de miembros inferiores: vigilar especialmente la tensión arterial y otras manifestaciones de toxemia. En presencia de edema reducir la ingesta de sodio. En general no prescribir diuréticos; se indica aumentar el reposo y elevar miembros pélvicos varias veces al día y durante la noche.

Polaquiuria: no prescribir tratamiento en las primeras y últimas semanas del embarazo. Si existen datos de infección en cualquier tiempo de la gestación, previo urocultivo proporcionar tratamiento específico.

Exudado transvaginal: si es ligero y no produce molestias, no requiere de tratamiento; en caso contrario, condicionarlo al resultado del cultivo. No debe realizarse tratamiento con cauterio o electrocoagulación.

MEDIDAS GENERALES

Instruir a la paciente sobre alimentación, actividad física, funcionamiento intestinal, medidas de higiene personal, viajes, actividad sexual y síntomas de alarma que ameriten atención médica inmediata, así como de la vigilancia médica del embarazo y parto.

DERIVACION DE LA PACIENTE AL HOSPITAL PARA ATENCION DEL PARTO.

Debe instruirse para que acuda al hospital cuando las contracciones uterinas se presenten cada tres minutos, con más de 30 segundos de duración, de igual intensidad y por un mínimo de dos horas con estas características. También en caso de ruptura de membranas, hemorragia transvaginal en cantidad superior a la de la menstruación o si deja de percibir los movimientos del producto.

* Atención médica prenatal. Manual de Normas y Procedimientos en Obstetricia I.M.S.S. 1986.

CONCEPTO DE RIESGO REPRODUCTIVO.

ANTECEDENTES

En el área obstétrica y perinatal, Little señaló hace 120 años la influencia de algunas condiciones y antecedentes maternos sobre la salud del niño e identificó los primeros factores de riesgo en relación con la morbilidad perinatal. Posteriormente los primeros estudios epidemiológicos con el enfoque de predicción, se llevaron a cabo en la segunda mitad de este siglo y es hasta los últimos 30 años cuando se notó un avance más acelerado en este tipo de análisis, ligado al avance de la estadística y la computación.

Los primeros estudios identificaron efectos en el área del parto y el recién nacido y después buscaban los factores de riesgo en el período prenatal y en los factores socioeconómicos y ambientales. En una segunda etapa los factores de riesgo se investigaron por medio de análisis estadístico de la mortalidad infantil y perinatal, lo que dió origen a grandes estudios epidemiológicos en Europa y Norteamérica entre 1960 y 1970, que llevaron a una exhaustiva enumeración y clasificación de los factores de riesgo, señalando claramente la existencia de factores de diferente importancia y la necesidad de cuantificarlos. Desde entonces se han presentado diferentes enfoques matemáticos, así como diferencias en los criterios de definición del daño.

CONCEPTOS

1.- Riesgo

Usualmente, "riesgo" se entiende como la contingencia o proximidad de un daño o peligro, sin embargo, en el contexto de salud, "riesgo" se define como la probabilidad que tiene un individuo o grupo de sufrir un daño. El daño puede ser la aparición o existencia de un proceso patológico o de complicaciones de ese proceso; pudiendo también interpretarse como el resultado, afección o situación no deseada en función del cual se mide el riesgo.

La probabilidad de riesgo se le estima en la práctica a través de tasas de incidencia y prevalencia si el daño es una enfermedad, síndrome o complicación; y en tasas de mortalidad si el daño es la muerte.

2.- Factor de Riesgo.

En epidemiología se le llama "factor de riesgo" toda característica o circunstancia que va acompañada de un aumento de la probabilidad o riesgo de que ese daño ocurra, sin prejuzgar si el factor en cuestión es o no una de las causas del daño, aun cuando su identificación haya sido motivada por una sospecha de causalidad. Esto implica que una característica es un factor de riesgo cuando existe una asociación estadística, que puede o no ser causal, entre la presencia de la característica y la ocurrencia del daño.

3.- Riesgo Reproductivo.

Refiriéndose específicamente a las mujeres en edad fértil, se ha observado que determinadas características de este grupo se encuentran relacionadas a una evolución desfavorable del embarazo, tales como la mortalidad materna y perinatal. Es en ese sentido que se ha definido el riesgo reproductivo -- como el grado de peligro que tienen las mujeres de edad fértil como su -- producto de sufrir enfermedad, lesión o muerte en caso de embarazo.

Diferentes experiencias han demostrado que con la identificación de los factores que en alguna medida determinan o propician la mortalidad materna y perinatal, es posible detectar una proporción elevada de las mujeres expuestas a los riesgos mencionados si tiene un nuevo embarazo.

La validación y determinación de los factores de riesgo relacionados con el embarazo, así como la ponderación o valor específico de cada uno de ellos, permite la elaboración de un modelo predictivo de riesgo reproductivo que aplicado a la población de mujeres en edad fértil, sirve para detectar a -- aquellas que tengan la mayor probabilidad de experimentar un daño traducido en morbilidad o mortalidad materno infantil.

Los factores de riesgo se dividen en: a) biológicos y b) socioeconómicos. -- Los biológicos se encuentran bien definidos y varían en frecuencia de presentación, son de carácter universal y tienen relación causal con la mortalidad materna y perinatal. Los factores socioeconómicos son variados, menos de finidos y su asociación con la mortalidad es de tipo favorecedor y sinérgico cuando se presentan en forma múltiple.

DESCRIPCION DE LOS FACTORES DE RIESGO REPRODUCTIVO

1. Los factores biológicos de riesgo reproductivo se han agrupado en tres categorías:
 - 1.1. Antecedentes generales
 - 1.2. Antecedentes patológicos obstétricos
 - 1.3. Antecedentes personales patológicos.
 - 1.1. En los antecedentes generales se incluyen los factores que permiten -- configurar un perfil que identifica o define en forma global a una mujer en edad fértil en el terreno de las características de su conducta reproductiva, tales como: edad, intervalo intergestacional, peso corporal y multigravidez.
 - 1.2. Los antecedentes patológicos obstétricos son aquellas antecedentes o eventos en la historia reproductiva que pueden asociarse a un hecho desfavorable para la salud materna, fetal o neonatal en un siguiente embarazo, como: aborto, muertes fetales o neonatales, toxemia, -- prematuridad, anomalías congénitas, cesáreas y las complicaciones hemorrágicas del embarazo y del parto.
 - 1.3. Finalmente, los antecedentes personales patológicos que están constituidos por entidades nosológicas establecidas, generalmente de carácter crónico degenerativo y que tienen un grado de asociación habitualmente bien definido y de tipo causal con la morbilidad materna, fetal y neonatal. En este grupo se incluyen: diabetes, cardiopatías, - enfermedad vascular hipertensiva y enfermedad renal crónica.

La preselección de estos factores se elaboró con base en los resultados que han mostrado los estudios sobre alto riesgo obstétrico en nuestro medio y en otros países.

EDAD MATERNA.

Existe acuerdo en la literatura mundial acerca de que hay un período de edad de la mujer en el que la reproducción se da con menores riesgos tanto para la

madre como para el producto. Dicho período comprende de los 20 a los 30 años, que es cuando la mujer cuenta con la madurez biológica, psicológica y social suficiente para que su gestación se desarrolle adecuadamente y desempeñe bien su papel de madre.

En términos generales, cuando el embarazo ocurre antes de los 20 años o después de los 30 empieza a aumentar la incidencia de riesgo conforme dichas edades se acercan a los extremos de vida reproductiva en donde existe 2 ó 3 veces más la probabilidad de presentarse complicaciones del embarazo especialmente - hemorragia, toxemia y parto difícil o prolongado.

La curva de mortalidad es alta en madres de menos de 20 años, decrece a un mínimo en aquellas de 20 a 30, y luego se eleva al final de la vida reproductiva. Aunque ciertos factores sociales y económicos como la nutrición y el cuidado prenatal adecuados reducen la mortalidad resultante de complicaciones obstétricas en algún grado, se acepta que el factor edad tiene una influencia independiente sobre el riesgo obstétrico.

De acuerdo a una extensa revisión de estudios, las complicaciones médicas del embarazo en la adolescente incluyen: sangrados en el tercer trimestre, anemia severa, parto prolongado y difícil, desproporción cefalo pélvica, toxemia que incluye preeclampsia y eclampsia. Los riesgos de morbilidad generalmente se incrementan cuando se asocia la edad temprana de reproducción con la paridad, - es decir que mientras una joven de 18 años posiblemente no presente problemas durante su primer embarazo, otra de la misma edad puede experimentarlos considerablemente en un segundo embarazo.

En cuanto a los hijos de adolescentes, éstos experimentan una alta incidencia de prematuridad y de bajo peso al nacer lo que está relacionado a las tasas de mortalidad más altas que tienen éstos niños en comparación con los de mujeres de más de 20 años. El bajo peso al nacer además está relacionado a varios problemas de desarrollo tales como epilepsia, parálisis cerebral, ceguera y sordera.

Por su parte, el embarazo en mujeres mayores de 35 años representa claramente una situación de alto riesgo debido a dos razones principales: 1) la probabilidad incrementada de complicaciones coincidentes con padecimientos de la edad,

principalmente estados hipertensivos y diabetes 2) la asociación entre edad materna y anomalías congénitas (especialmente cromosómicas) en sus hijos. Son muchos los estudios que han encontrado que existe un incremento de muertes fetales y neonatales de acuerdo a edad materna mayor a los 35 años. Una parte de ese incremento es debido a anomalías cromosómicas más frecuentes.

La incidencia aumentada en estas mujeres de hipertensión crónica, anomalías en la circulación uteroplacentaria (placenta previa, infarto placentario y retraso del crecimiento placentario), distocias de contracción y partos con presentación pélvica aumentan la mortalidad fetal y neonatal.

MULTIGRAVIDEZ

La probabilidad de muerte materna en el primer embarazo es ligeramente mayor que en el segundo y tercero. A partir de ahí se va elevando gradualmente con cada embarazo hasta el quinto, después del cual hay un incremento marcado de dicha probabilidad. En los países en desarrollo, donde la mujer comúnmente tiene más de cinco gestas, la multiparidad resulta ser un factor contribuyente a las elevadas tasas de mortalidad materna y perinatal.

Aunque el riesgo obstétrico se incrementa con los cuidados prenatal y obstétrico inadecuados y con la mala nutrición de la madre, se acepta que la multigravidez por sí misma contribuye a la alta incidencia de morbimortalidad. La incidencia de toxemia y otras complicaciones del estado gravídico tales como ruptura de útero, hipertensión, hemorragias de la segunda mitad del embarazo, del parto y del puerperio, así como distocias de contracción e implantaciones y adherencias anormales de la placenta, es más alta en las mujeres que se han embarazado -- más de cinco veces. Los estudios realizados en múltiparas también han reportado que la anemia es muy común. La severidad de esas complicaciones aumenta con la mayor edad de las mujeres.

En relación con la diabetes, algunos investigadores han encontrado que su incidencia en mujeres de 40 años y más se incrementa con la multiparidad. Compararon nulíparas con mujeres de diferente paridad y concluyeron que la probabilidad de desarrollar diabetes es cerca de 20% más grande para una mujer con un hijo, 45% con dos, 100% con tres, 200% con cuatro o cinco y más de 400% más grande para una mujer con seis o más.

The British Perinatal Mortality Survey, presentó los siguientes resultados en relación a edad y paridad de la madre:

- a) Las tasas de mortalidad más baja se encuentran en los segundos embarazos (para 1).
- b) Las tasas de mortalidad más altas ocurren en el quinto o embarazos subsecuentes (para 4 +)
- c) En todas las paridades las tasas de morbilidad y mortalidad más altas se encuentran en las mujeres de edad mayor y las más bajas en esas entre 20 y 29 años de edad.
- d) La tasa de anomalías congénitas y de niños de bajo peso al nacer se eleva drásticamente después de los 35 años de edad.

INTERVALO INTERGESTACIONAL.

En términos generales, se acepta que un corto intervalo intergestacional o intervalo entre el último parto o resolución del embarazo y la siguiente concepción - constituye un factor de riesgo. La mayoría de los investigadores, coinciden en aceptarlo como riesgo cuando es menor de 18 meses.

Los intervalos intergestacionales cortos se han asociado con incidencia incrementada de anemia severa y complicaciones en el embarazo y parto. Así mismo se han asociado con una mayor incidencia de prematuridad y bajo peso al nacer y -- consecuentemente con mortalidad neonatal y postneonatal.

En 1966, Jelliffe, introdujo el concepto de "síndrome de depleción materna", refiriéndose al hecho de que una madre con embarazos seguidos y especialmente con intervalos intergestacionales cortos, no tiene tiempo suficiente para recuperarse tanto física como nutricionalmente por lo que aumenta su probabilidad de tener pérdidas de embarazo y niños de bajo peso al nacer.

Otro mecanismo que probablemente influya en las oportunidades de sobrevivencia para los niños antes o después de un intervalo corto, es lo que se llama competencia. Un embarazo subsecuente inmediato frecuentemente induce a un destete rápido con el consecuente efecto nocivo para la sobrevivencia del niño precedente.

Sin embargo, es menester aclarar que de acuerdo a una extensa revisión de estudios que relacionan el espaciamiento de nacimientos y la salud materno infantil, se ha llegado a la conclusión que es necesario contar con más información de la actualmente disponible para estimar la magnitud de los efectos. Se necesita conocer más acerca de la relación del intervalo intergestacional con la salud materno infantil independientemente de la edad materna y paridad. Así mismo se necesita controlar otros factores socioeconómicos que pueden estar asociados indirectamente con los efectos del espaciamiento.

Los intervalos muy cortos tienen un efecto de detrimento sobre la sobrevivencia infantil, y los efectos más graves pueden ser en el período postneonatal, sin embargo, no se sabe con certeza que meses del período postneonatal son los más afectados, lo cual resultaría de gran interés puesto que se conocería si los efectos son más bien debidos a bajo peso al nacer y/o prematuridad (muertes postneonatales tempranas) o a estados nutricional y cuidados del niño inadecuados (muertes postneonatales posteriores).

PESO CORPORAL.

Las desviaciones severas en relación al peso promedio según estatura de la mujer, es decir, la obesidad o la desnutrición antes de un embarazo, tienen claras repercusiones en el porvenir obstétrico perinatal.

En el caso de la mujer obesa, existe evidencia de una mayor incidencia de toxemia gravídica, diabetes, anormalidades de la dinámica uterina durante el trabajo de parto o períodos expulsivos prolongados que comprometen claramente el bienestar fetal y del recién nacido e inciden en la morbilidad perinatal.

En cuanto a la mujer baja de peso que muchas veces se asocia con anemias, ha sido comunmente identificada principalmente como poseedora de mayor riesgo de tener un producto de bajo peso al nacer.

En el estudio realizado por Edwards y Cols acerca del embarazo en mujeres bajas de peso, se demostró que las mujeres que se embarazan teniendo un peso - 10% o más por debajo de la norma según estatura tienen un riesgo mayor de desarrollar una serie de complicaciones perinatales. Las consecuencias más graves fueron tasas incrementadas de prematuridad, productos de bajo peso al nacer y --

bajas calificaciones de Apgar. Sus datos sugirieron que el bajo peso antes del embarazo era aún más importante como factor determinante de bajo peso al nacimiento que el peso ganado durante la gestación. El crecimiento fetal óptimo depende del estado nutricional de la madre, no sólo durante el embarazo sino mucho antes de que se presente.

ABORTO

Este fenómeno representa un factor de riesgo importante en cualquiera de sus variedades clínicas: espontáneo e inducido. Aún cuando las estadísticas sobre el aborto son de las menos confiables principalmente en los países en vías de desarrollo, para la variedad espontánea se ha afirmado una frecuencia de 10 a 15% de todos los embarazos.

El peligro fundamental del aborto espontáneo radica en su tendencia a la recurrencia, particularmente del tercero en adelante ya que se puede acompañar de complicaciones hemorrágicas severas que comprometen gravemente la condición materna o bien son causantes de infertilidad secundaria particularmente cuando obedecen a incompetencia ístmico-cervical, una de las causas más frecuentes de aborto habitual.

También se han encontrado algunas asociaciones entre aborto espontáneo repetido y muerte fetal.

Se han sugerido, aunque no comprobado, algunos factores maternos como causantes del aborto habitual, entre ellos las alteraciones endócrinas, deficiencias nutricionales, infecciones agudas o crónicas, grupos sanguíneos incompatibles, incompetencia ístmico-cervical y enfermedades crónicas. De ahí la importancia de que una mujer con historia de más de dos abortos deba someterse a estudios especiales que puedan determinar la causa orgánica o funcional que los está ocasionando y recibir el tratamiento adecuado.

El aborto inducido tiene una significación cualitativamente diferente como factor de riesgo según que sea legal o ilegalmente inducido ya que en el primer caso la tasa de mortalidad materna es casi intrascendente desde el punto de vista epidemiológico, en cambio en países en vías de desarrollo, donde la legislación habitualmente es restrictiva, llevan aparejada una alta frecuencia de complicaciones

infecciosas y hemorrágicas de gran severidad, que lo ubican dentro de las primeras causas de mortalidad materna.

Se ha reportado que el trauma del cérvix causado durante un aborto inducido, -- puede producir incompetencia ístmico cervical que conduce a abortos espontáneos repetidos, partos prematuros y embarazos complicados. Se mencionan otras alteraciones como adherencias uterinas y cervicales como resultado del curetaje - enérgico, o infección para-aborto, embarazo ectópico e infertilidad secundaria.

MUERTE PERINATAL

La mortalidad perinatal se clasifica como Tipos I y II. La de Tipo I corresponde a las muertes ocurridas desde la semana 28 de la gestación hasta los 7 días de vida extrauterina, inclusive; la Tipo II a las ocurridas desde la semana 20 del - embarazo hasta los 28 días de vida extrauterina, es decir abarca todo el período neonatal.

Si bien toda la mortalidad perinatal corresponde a la llamada de origen endógena por reconocer su causalidad básica en fenómenos relacionados con los procesos -- del embarazo, parto y puerperio, cuando se estudia como factor de riesgo tienen que considerarse por separado sus componentes referidos. Lo anterior obedece a que, desde el punto de vista nosológico y clínico, las entidades responsables de la muerte y por lo tanto sus factores de riesgo propios son sensiblemente diferentes.

La mortalidad fetal reconoce sus causas más importantes en la presencia de enfermedades crónico degenerativas de la madre del tipo de la diabetes mellitus, hipertensión arterial y padecimientos que cursen con compromiso vascular generalizado que produce lesión vascular útero placentaria, que se traduce en hipoxia fetal crónica, habitualmente severa.

Si bien otras muertes fetales se presentan en el transcurso del trabajo de parto como consecuencia del stress provocado por la dinámica uterina, en muchos de estos casos se reconoce la existencia de compromiso fetal previo, bajo entidades descritas como desnutrición in útero o sufrimiento fetal.

Al analizarse las causas de muertes fetales ocurridas en México en los últimos años, se ha observado que alrededor del 50% pueden evitarse con la atención prenatal y materno infantil temprana, con la que se podría anticipar el diagnóstico y prevenir los problemas surgidos de la incompatibilidad sanguínea, de las patologías del cordón umbilical y placenta, la toxemia y las infecciones maternas.

Por su parte, la mortalidad neonatal está causada básicamente por prematuridad, defectos graves al nacimiento, trauma obstétrico y en proporción mucho menos importante por afecciones de múltiple origen.

Sin embargo, considerando la tendencia a la recurrencia de complicaciones como la prematuridad, los defectos al nacimiento con base genérica y la patología crónica, es frecuente la recurrencia en embarazos subsecuentes de este tipo de muerte, por lo cual es reconocida universalmente como factor de riesgo.

MUERTE POSTNEONATAL

La mortalidad postneonatal incluye la muerte de niños de 28 días hasta 11 meses, 29 días. A diferencia de la mortalidad neonatal que tiene una relación más estrecha con factores biológicos (mortalidad endógena), la postneonatal se asocia predominantemente con factores socioeconómicos y de agresión del medio, como nivel educacional materno bajo y condición económica pobre (mortalidad exógena). Sin embargo, Shapiro (1980) demostró un importante paralelismo entre los factores de riesgo de muerte y los de morbilidad en los infantes sobrevivientes. Algunos factores que implican riesgo de muerte neonatal, tal como edad materna avanzada e historia previa de pérdidas fetales, son también factores de riesgo de anomalías congénitas y retraso en el desarrollo de niños que sobreviven a ese período.

Si la mortalidad fetal y neonatal podría reducirse con esfuerzos importantes de servicios institucionales de mayor complejidad, la mortalidad postneonatal, se considera que se podría reducir en forma significativa mediante la aplicación de medidas de atención primaria de salud junto con mejoras socioeconómicas.

Analizando la mortalidad infantil en México, se observa que a diferencia de lo que ocurre en países con bajos niveles de mortalidad infantil, la neonatal no es la que mayor peso tiene dentro de la mortalidad en este grupo, sino la postneonatal.

natal. Este comportamiento muestra que en los países en desarrollo la mortalidad infantil aumenta a medida que el infante se expone a los riesgos del ambiente social.

PREMATUREZ Y BAJO PESO AL NACER

A estas entidades, si bien en algunos aspectos etiológicos y fisiopatológicos se reconocen elementos comunes, son diferentes considerados como factores de riesgo y para ejemplificarlo es conveniente hacer las siguientes consideraciones.

Si bien en alguna época se consideró sinónimo de prematurez el peso menor de 2,500 grs. al nacer, en la actualidad se acepta que debe definirse solamente por edad gestacional menor a 37 semanas, ya que existen productos cuyo peso al nacer puede ser menor de 2,500 grs. pero correspondiente a un embarazo de término por edad gestacional. Precisamente estos últimos casos representan a la entidad conocida como síndrome de bajo peso al nacer.

Como factor de riesgo, el pronóstico para la mortalidad neonatal es diferente, ya que a pesar de que está incrementada en ambos casos, la mortalidad de la prematurez es sensiblemente mayor.

La etiología exacta del parto prematuro resulta muy difícil de determinar y sólo puede explicarse en aproximadamente el 40% de los casos, en el que quedan incluidos también aquellos trabajos de parto prematuro provocados por indicación médica debido a algún padecimiento de la madre. Sin embargo, existe cierta correlación clínica que permite identificar muchos embarazos en riesgo de terminación temprana o de resultar en productos con bajo peso al nacer, antes de que la complicación se desarrolle. Dicha correlación comprende:

- a) Antecedentes obstétricos (niños prematuros o de bajo peso al nacer previos).
- b) Complicaciones médicas generales (hipertensión crónica, lesión renal crónica, diabetes, cardiopatía, infecciones sistémicas agudas, tabaquismo excesivo, alcoholismo o drogadicción, anemia severa, nutrición baja o excesiva).
- c) Complicaciones obstétricas (hipertensión severa del embarazo, placenta previa, insuficiencia placentaria, ruptura prematura de membranas, embarazo múltiple, polihidramnios, embarazo después de menos de 3 meses de la terminación de un embarazo previo).

d) Anomalías del tracto genital (referentes a útero o incompetencia cervical).

Un factor no contemplado en la lista anterior y que se ha señalado como asociado a la prematuridad y a los nacimientos con bajo peso es la edad de la madre, especialmente cuando es menor de 20 años.

En 1976, Kaltreider y Johnson realizaron un estudio en el que se encontraron -- que además de la menor edad de la madre, también tenían relación con la incidencia de prematuridad y B.P.N., la concentración de hemoglobina materna menor de 9.0 gramos y el número de partos prematuros o de bajo peso al nacer previos.

En el estudio de los factores asociados con los nacimientos pretérmino espontáneos realizado por el British Perinatal Mortality Survey se encontró que el número de niños prematuros previos fue uno de los principales factores asociados con la ocurrencia de nacimientos pretérmino subsecuentes.

Un estudio más actual y que reporta los mismos resultados es el realizado por Bakkeiteig y Cols., (1979) quienes demuestran que existe una tendencia significativa a repetir edad gestacional y peso al nacer en nacimientos subsecuentes. -- Encontraron que existe un 28% de riesgo de bajo peso al nacer cuando la madre ha tenido uno o dos nacimientos previos de bajo peso.

Por último, en el estudio de Levkoff y Cols. (1982) sus resultados indicaron que la lesión vascular hipertensiva y muerte fetal previa son los factores maternos -- de riesgos asociados de manera significativa con muy bajo peso al nacer en embarazos subsecuentes.

El papel del factor socioeconómico en el parto prematuro ha sido demostrado en estudios donde se reporta que la incidencia de prematuridad es cerca de dos veces más alta en el estrato socioeconómico bajo que en el medio o alto.

Además, el grado de prematuridad y la capacidad del prematuro para sobrevivir -- varía de acuerdo a los diferentes estratos.

DEFECTOS AL NACIMIENTO.

Fueron causantes de un 13.4% de la mortalidad perinatal en el IMSS en 1981. -

Las causas de las anomalías congénitas pueden ser puramente ambientales o puramente genéticas, pero la mayoría son probablemente consecuencia de la interacción entre la predisposición genética y ciertos factores ambientales.

Cuando una mujer presenta entre sus antecedentes obstétricos, nacimientos previos de niños con defectos, se le considera que se encuentra en riesgo por la -- probabilidad de volver a presentarse un nacimiento con esas características en un embarazo subsecuente.

Las anomalías de tipo cromosómico y de transmisión genética dominante, -- tienen alto riesgo de repetirse en embarazos subsecuentes. Otras más bien están asociadas a agentes externos de origen físico, químico o biológico.

En términos generales, se acepta que el riesgo de una malformación importante en cualquier embarazo es aproximadamente del 1 al 1.5%. El riesgo para un segundo hijo es aproximadamente del 5% de que también presente la anomalía, es decir, aumenta de 3 a 5 veces.

El riesgo de recurrencia de la anomalía en los nacimientos subsecuentes obviamente se incrementa cuando los padres son parientes entre sí, siendo tanto más gran de el riesgo cuanto más cercana es la consanguinidad.

Existen ciertos tipos de anomalías congénitas que se han asociado con la edad de la madre. Tal es el caso del síndrome de Down que suele aparecer más frecuentemente en los hijos de madres adolescentes y aún más en madres mayores de - 35 años. La ocurrencia del síndrome de Down en la población general es aproximadamente de 1 en 600 nacimientos y a la edad de 40 años es alrededor de 1 en 100 nacimientos. A los 45 años la incidencia se eleva a 1 en 40 nacimientos.

Otra situación importante de tener presente, es la incidencia incrementada de -- malformaciones congénitas en las madres diabéticas.

TOXEMIA GRAVIDICA

La toxemia gravídica que apareció como primera causa de mortalidad materna en nuestro país en el año de 1980, y su tendencia a recurrir en el 10% o más de - los embarazos subsecuentes ratifican plenamente su particular importancia como grave factor de riesgo para las mujeres en edad reproductiva.

Así mismo, resulta un factor de importante contribución para la morbimortalidad perinatal debido a la hipoxia fetal crónica, desnutrición o a la prematuridad por interrupción obligada del embarazo en etapa gestacional temprana.

La toxemia afecta principalmente a las embarazadas que se encuentran en los extremos de la vida reproductiva, a mujeres obesas o desnutridas y a mujeres con padecimientos como la diabetes y enfermedad renal o vascular crónica.

Existe opinión unánime respecto a que la toxemia gravídica se presenta con mayor frecuencia en las primigestas y adquieren mayor severidad mientras más joven es la paciente. La misma gravedad se encuentra en las mujeres mayores de 35 años primigestas o multiparas probablemente porque muchas de ellas padecen hipertensión crónica y por consiguiente, tienen lesiones de los aparatos vascular, cardíaco y renal, a los que frecuentemente se añaden otros padecimientos, como diabetes y obesidad.

En cuanto a la recurrencia de la toxemia severa en subsiguientes embarazos, es importante establecer que el pronóstico depende de si la enfermedad toxémica fue pura o si fue sobre añadida a un problema vasculorenal preexistente. Si la situación es esta última, obviamente la probabilidad es más alta puesto que el problema vasculorenal estará presente en la siguiente gestación y probablemente en grado más severo. Chesley llegó a observar toxemia de repetición en el 71% de estos casos y reportó un alto índice de mortalidad fetal y materna.

Tal vez sobre señalar que la atención prenatal adecuada disminuye la incidencia de mortalidad, pero resulta necesario recalcar que la toxemia severa rara vez se desarrolla en pocos días sin signos precedentes anormales que, aunque sean mínimos, pueden ser descubiertos con cuidados prenatales adecuados.

CESAREA PREVIA

El antecedente obstétrico de cesárea previa se considera un factor de riesgo para el resultado de un embarazo subsiguiente, principalmente por dos razones:

La primera de ellas, es la posibilidad de ruptura de la cicatriz uterina. Una incisión uterina previa puede debilitar la pared uterina o predisponer a ruptura si se permite el trabajo de parto. La probabilidad de ruptura de la cicatriz uterina durante un trabajo de parto posterior, es de .05-1% para la cervical baja y

del 1-2% para las corporales o clásicas; cuando son dos las cicatrices uterinas -- previas, el riesgo de ruptura aumenta. La gravedad de dicha ruptura puede -- oscilar desde las formas asintomáticas y asignológicas que sólo se descubren durante la revisión rutinaria de la cavidad uterina postparto, hasta las variedades complicadas con estallamiento de segmento y hemorragia intraabdominal severa - que compromete de inmediato la vida de la mujer.

La segunda razón que hace que la cesárea previa sea considerada como riesgo, - es la posibilidad de que se realice un cálculo erróneo para la ejecución de la cesárea electiva repetida con el resultado consiguiente de un nacimiento prematuro.

La operación cesárea repetida además puede implicar procedimientos riesgosos tales como la lesión de una vejiga adherida, e hipoxia fetal si la placenta se encuentra por abajo de la incisión.

La existencia de una o más cicatrices uterinas anteriores, se asocia con una frecuencia mayor de acretismo placentario, de placenta previa, ruptura de la cicatriz, complicaciones muy frecuentes, causantes de muerte materna por hemorragia.

HEMORRAGIAS DE LA SEGUNDA MITAD DEL EMBARAZO Y DEL PARTO.

La hemorragia en el embarazo avanzado ocurre en el 5 a 10% de todas las embarazadas y se le clasifica de acuerdo al sitio de origen. Las hemorragias más serias ocurren en el 2 a 3% de todos los casos y son de origen placentario. Las dos causas más comunes son el desprendimiento prematuro de placenta y la placenta previa, las cuales están asociadas con altas tasas de morbilidad materna y perinatal. Los sangrados de la segunda mitad del embarazo y del parto constituyeron la segunda causa de muerte materna en el país durante 1980. En lo que respecta al desprendimiento prematuro de placenta se cree que sus causas más importantes son deficiencias vasculares placentarias, toxemias del embarazo, hipertensión o glomerulonefritis crónicas y trauma de los órganos pélvicos. Se ha asociado su ocurrencia con mujeres mayores de 35 años y con multíparas. La mortalidad materna después de la separación prematura de la placenta es de 0.5% y las causas principales son la hemorragia y la falla renal. La mortalidad - -

perinatal es de 30 a 50%, de las cuales casi la mitad implica gestación corta. En aproximadamente una quinta parte de los casos, el feto muere en la admisión de la parturienta al hospital. Las causas principales de la mortalidad perinatal son la hipoxia, trauma al nacimiento y prematuridad.

Sobre la placenta previa se conoce poco sobre sus causas, sin embargo dos factores parecen favorecer su ocurrencia: la multiparidad y la edad. Las mujeres mayores de 35 años tienen cerca de tres y media veces más probabilidad de tener placenta previa que las menores de 25, independientemente de la paridad.

La mortalidad materna por placenta previa generalmente se debe a hemorragia, shock hipovolémico e infección, y es de aproximadamente el 1%.

En cuanto a la mortalidad perinatal puede alcanzar hasta un 30% y las causas principales son los nacimientos prematuros que ocurren de una tercera parte a una mitad de los casos; hipoxia intrauterina siguiente a la pérdida sanguínea materna, separación placentaria y prolapso del cordón; el síndrome de sufrimiento respiratorio y el traumatismo al nacimiento.

El desprendimiento prematuro de placenta y placenta previa muestran una natural tendencia a recidivar en embarazos subsecuentes.

HIPERTENSION ARTERIAL

En su variedad más frecuente, la llamada "esencial", su etiología permanece desconocida. No obstante, la investigación epidemiológica ha permitido determinar una elevada prevalencia en la población de mujeres en edad fértil, lo que es fácilmente demostrable porque los accidentes vasculares cerebrales, que son su complicación más frecuente, constituyeron en 1980 la cuarta causa de muerte en México, en mujeres de ese grupo de edad. Debe hacerse énfasis en que esta elevada prevalencia es tanto más importante como problema de salud pública cuanto que se refiere a un grupo relativamente joven de la población, inclusive puede plantearse la hipótesis de que la elevada incidencia de toxemia gravídica y la gran severidad que estos cuadros revisten en nuestro medio, podrían obedecer a enfermedad hipertensiva de base.

La hipertensión crónica puede convertirse en la mujer embarazada en una complicación seria que pone en peligro tanto su vida como la del feto. En muchas -- ocasiones cuando la hipertensión esencial se complica por embarazo, se le considera erróneamente como toxemia pura. Su persistencia por más de tres meses después del parto establece el diagnóstico de enfermedad vascular hipertensiva -- crónica, esté o no esté presente antes del embarazo o al principio.

La enfermedad vascular hipertensiva en el embarazo se presenta más frecuentemente en mujeres del grupo de edad mayor y en multíparas. Además de la edad, la obesidad parece ser un factor predisponente importante para la hipertensión -- crónica. La herencia también parece tener un papel en el desarrollo de esta con dición, pues con mucha frecuencia se encuentra que varios miembros de una misma familia muestran hipertensión.

Esta patología constituye un elemento de gran importancia en la muerte materna por toxemia gravídica. Por una parte porque incrementa marcadamente el peligro de recurrencia de esta última enfermedad, en un embarazo posterior. Por otra parte, porque aumenta claramente la gravedad y la precocidad de aparición del fenómeno toxémico.

Existe un incremento importante de la mortalidad perinatal en relación con la hipertensión. En la mayoría de los casos el feto es más pequeño que en los embarazos normales con igual duración, lo que se explica por el efecto de la enfer medad vascular sobre las características de las vellosidades coriales lo que interfiere con su crecimiento y desarrollo. La placenta pequeña, a su vez, limita las cantidades de oxígeno para el feto, el cual de acuerdo a la gravedad del pro blema puede hasta morir dentro del útero. El aborto también es más frecuente en estas mujeres. En resumen, se refiere que la paciente que inicia un embarazo con una presión sistólica cercana a los 200 mm. de Hg. sólo tiene un 50% - de probabilidades de dar a luz a un niño vivo y sano.

Consecuencia de lo anterior es la gravedad de la existencia de hipertensión como factor de riesgo de morbimortalidad materna y perinatal a través de la enfermedad anteriormente citada y la generación de productos de bajo peso al nacer, -- muerte fetal in útero y complicaciones hemorrágicas tales como el desprendimiento prematuro de placenta normoinserta con el cual se asocia frecuentemente.

CARDIOPATIA

Constituye una patología frecuente en nuestro medio en población joven, debido a su etiología predominantemente reumática. Sus secuelas valvulares son responsables de trastornos hemodinámicos que pueden sufrir agravamiento por la sobrecarga cardiovascular fisiológica del embarazo, que se acentúa de la semana 30 de la gestación en adelante, y que puede ser responsable de muerte materna a través de las diferentes variedades clínicas de insuficiencia cardíaca.

El pronóstico de la mujer embarazada con cardiopatía depende principalmente de la capacidad funcional de su corazón, la edad de la paciente, la atención prenatal, la historia de insuficiencia cardíaca previa y la historia y presencia de fibrilación auricular crónica.

La capacidad funcional cardíaca que tiene la paciente, se refiere a la habilidad para responder a la sobrecarga cardiovascular causada por las modificaciones del embarazo, las más importantes de las cuales son la expansión de volumen plasmático y el significativo incremento del lecho vascular total del útero en crecimiento.

Sobre la edad de la paciente se sabe que existe un incremento súbito en las -- muertes por enfermedad cardíaca en el embarazo después de los 35 años de --- edad. La paridad como factor causal de descompensación es menos importante - que la edad.

La historia de insuficiencia cardíaca previa aumenta gravemente la situación, -- además, cuando dicha historia está bien documentada existe un 50% de probabilidad de presentarse descompensación en cualquier embarazo subsecuente.

En cuanto a la fibrilación auricular crónica, existe una gran incidencia de insuficiencia cardíaca y muerte en mujeres que la experimentan.

Por otra parte, los resultados de algunas investigaciones sugieren significativamente que los anticoagulantes que toman las mujeres con complicación cardiovascular durante la concepción y el desarrollo del embarazo tienen un efecto teratogénico en algunos tejidos del embrión.

En cuanto a la indicación de esterilización para las cardiopatas ésta debe practicarse casi rutinariamente sobre todo en las siguientes situaciones:

- 1). Cuando ha sufrido descompensación previa sobre todo en los períodos de no embarazo.
- 2). Cuando sufren de fibrilación auricular.
- 3). Si la cardiopatía queda incluida en la clase III y IV de la New York Heart Association, pues existe una incidencia incrementada de insuficiencia cardíaca en estos casos.
- 4). Si la mujer tiene más de 35 años.

DIABETES MELLITUS

Esta entidad nosológica es responsable de importante morbimortalidad perinatal, aún en sus etapas preclínicas. Prueba de ello son el riesgo aumentado de abortos, defectos al nacimiento, muerte fetal "in útero", bajo peso al nacer, macrosomias en otros casos y entidades similares que tienen su origen en la disfunción placentaria habitual que acompaña a este padecimiento o al trastorno metabólico per se.

Si nos remontamos a la era preinsulínica en la que la gran mayoría de diabéticas tenían problemas de infertilidad, y las que llegaban a embarazarse tenían una alta incidencia de muerte al igual que sus productos, se concluye que la diabetes no tratada y el embarazo son básicamente incompatibles.

La incidencia de diabetes se incrementa significativamente con la edad. No sólo es más común después de la menopausia sino que su frecuencia en mujeres entre 35 y 44 años es 3 veces más que en mujeres entre 25 y 34, y 5 veces más que en mujeres entre 15 y 24. Si además de ser mayor de 35 años, la mujer es múltipara, su probabilidad de presentar diabetes es aún más grande.

El efecto de la diabetes sobre el embarazo depende en gran medida del grado en que se esté controlando la enfermedad.

En general el embarazo se afecta de la siguiente manera:

- 1). La incidencia de aborto espontáneo y parto prematuro se encuentra ligeramente incrementada.
- 2). La frecuencia de toxemia gravídica está significativamente incrementada.
- 3). La muerte fetal es mucho más común.
- 4). La incidencia de niños macrosómicos es mucho más alta que en los embarazos normales.
- 5). Las malformaciones congénitas son más frecuentes.
- 6). El polihidramnios es más común.
- 7). El período neonatal está asociado con riesgos de muerte por hipoglucemia e insuficiencia respiratoria.

En la mayoría de los estudios realizados se ha encontrado una incidencia incrementada de malformaciones congénitas entre los niños de madres diabéticas, lo cual es una de las razones de mortalidad perinatal. En un estudio retrospectivo realizado en Inglaterra en 1976 referente a la asociación de la diabetes mellitus con malformaciones fetales, se encontró que las pacientes que toman insulina -- durante la concepción parecen tener el mayor riesgo, lo que puede sugerir un -- efecto teratogénico de la insulina, aunque también puede reflejar mayor severidad de lesión diabética.

Sin embargo y de acuerdo a reportes de varias investigaciones recientes, la mor- bimortalidad de niños nacidos de madres diabéticas ha disminuído progresivamente. Esto ha sido atribuído principalmente al mejor control metabólico de la embarazada diabética que permite gestaciones más largas así como la indicación juiciosa de la cesárea. El decremento también se ha asociado a los recientes avances -- tanto en manejo fetal como neonatal.

NEFROPATIA

En sus dos variedades clínicas, parenquimatosa primaria o infecciosa, constituye un factor de riesgo principalmente para morbilidad perinatal y secundariamente para materna. Sin embargo, los mecanismos a través de los cuales estas dos variedades clínicas se relacionan con la morbilidad referida son diferentes.

La más importante, por ser la más frecuente, es la infección crónica de las vías urinarias, la cual predomina en la mujer, se presenta o recidiva durante el embarazo y en ocasiones toma comportamiento subclínico.

La infección crónica de las vías urinarias, presente hasta en un 10% de todas las embarazadas, se ha asociado con un incremento significativo de recurrencia de la prematuridad, e inclusive de muerte fetal in útero independientemente de que su persistencia puede, a largo plazo, constituirse en un elemento desfavorable para la salud materna.

Aunque la infección renal crónica no contraindica necesariamente el embarazo -- cuando la función renal es normal, sí se le clasifica como de alto riesgo debido a la probabilidad de que se produzcan ataques agudos de pielonefritis que aumentan la posibilidad de daño renal permanente.

La indicación de interrupción del embarazo a causa de ataques repetidos de pielonefritis no es frecuente, pero sí se considera la inducción del parto tan pronto pueda realizarse sin peligro, cuando la paciente sufre de ataques repetidos a pesar de tratamiento antibacteriano adecuado. Esto con el fin de impedir que se establezca un daño renal permanente.

Si la función renal se encuentra afectada y la presión arterial elevada, debe contraindicarse el embarazo, porque el riñón tendrá problemas de cubrir el aumento de la demanda funcional a medida que avanza el embarazo.

Por su parte, la enfermedad renal parenquimatosa cuya causa más frecuente es la glomerulonefritis crónica favorece un incremento de fenómenos tales como: bajo peso al nacer, prematuridad por interrupción obligada del embarazo y de toxemia gravídica y sus complicaciones.

Cuando una mujer con glomerulonefritis crónica se embaraza, los riesgos tanto para la madre como para el feto son muy altos, puesto que la función renal - está alterada y acompañada de cambios en el sistema cardiovascular.

El pronóstico para un embarazo en esas circunstancias depende en gran parte -- de si el riñón es capaz o no de reaccionar frente al incremento de las demandas, a medida que progresa el embarazo. Cuando la presión arterial aumenta progresivamente o la función renal disminuye a medida que avanza el embarazo, éste se complica de manera importante. En los países donde el aborto es legal, generalmente se recurre a él, en beneficio tanto de la madre como del feto.

La mortalidad perinatal está incrementada con relación al embarazo normal -- principalmente por desprendimiento prematuro de placenta, insuficiencia placentaria y por parto prematuro.

Debido a que las lesiones renales son definitivas, la mujer no debe exponerse a un embarazo por lo que debe indicarse oclusión tubaria.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Desde que se inició la atención prenatal en Unidades de Medicina Familiar en base a riesgo, hemos dispuesto de una serie de datos que justifican el programa a nivel nacional, así como el impacto que dicho programa ha tenido en los daños sufridos por la población amparada al régimen de seguridad social.

Tales datos representan un panorama a nivel nacional y delegacional, pero, de -- ninguna manera representan nuestros propios datos, es decir, los propios de la - UMF-8.

Por otro lado, a partir de que se ha estado dando atención prenatal en base a -- riesgo en nuestra unidad, homogenizando el registro de datos con el uso de la - MF-7-85, los datos obtenidos del Sistema Unico de Información (SUI-32) indican que en el último año en nuestra unidad no se han atendido más del 40% de emba^{ra}razos de alto riesgo en relación al total de embarazos de alto riesgo detectados.

Ambos parámetros están dentro de lo adecuado según los índices de la Jefatura - de Medicina Familiar de la Subdirección General Médica pero no conocemos de -- ninguna manera la morbimortalidad materna y perinatal propias de nuestra unidad .

Ante lo expuesto, es necesario conocer las causas que motivan la morbimortalidad materna y perinatal tanto en aquéllas embarazadas que se clasifican en algo riesgo como en las de bajo riesgo y determinar los daños en cada caso.

OBJETIVOS

- 1.- Conocer la morbilidad materna y perinatal en embarazos de alto y bajo riesgo reproductivo detectadas en la UMF-8 durante 11 meses.
- 2.- Identificar los factores de riesgo reproductivo atribuibles a los daños observados en la morbilidad materna y perinatal.
- 3.- Determinar la existencia de diferencias estadísticamente significativas en la morbilidad materna y perinatal y entre embarazadas de - alto riesgo y embarazadas de bajo riesgo reproductivo y entre embarazadas de alto riesgo manejadas en la UMF-8 y embarazadas de alto riesgo reproductivo enviadas al HGO-4 para su control prenatal.

HIPOTESIS

- HO₁** No existen diferencias estadísticamente significativas en la morbi-mortalidad materna y perinatal entre embarazadas de alto y bajo riesgo reproductivo.
- HI₁** Si existen diferencias estadísticamente significativas en la morbimortalidad materna y perinatal entre embarazadas de alto y bajo riesgo reproductivo.
- HO₂** No existen diferencias estadísticamente significativas en la morbi-mortalidad materna y perinatal entre embarazadas de alto riesgo - reproductivo manejadas en la UMF-8 y las enviadas al HGO-4 - para su control prenatal.
- HI₂** Si existen diferencias estadísticamente significativas en la morbi-mortalidad materna y perinatal entre embarazadas de alto riesgo - reproductivo manejadas en la UMF-8 y las enviadas al HGO-4 - para su control prenatal.
- HO₃** No existen diferencias estadísticamente significativas en la morbi-mortalidad materna y perinatal entre embarazadas de alto y bajo - riesgo reproductivo sin control prenatal y las que si tuvieron control prenatal.
- HI₃** Si existen diferencias estadísticamente significativas en la morbimortalidad materna y perinatal entre embarazadas de alto y bajo riesgo reproductivo sin control prenatal y las que si tuvieron control prenatal.

PROGRAMA DE TRABAJO

El presente estudio fue diseñado como una perspectiva histórica, es decir, observacional, retrospectivo, longitudinal, comparativo, de causa-efecto.

Se obtuvieron de la hoja para supervisión y evaluación de las actividades de expedientes clínicos (anexos 1) utilizados para supervisión de expedientes clínicos por la Jefatura del Depto. Clínico de Medicina Familiar del turno vespertino de la -- UMF-8, del programa materno infantil (subprograma de atención prenatal) los -- datos recabados comprenden el período de marzo de 1986 a febrero de 1987 -- (12 meses), los cuales fueron vaciados en la forma de registro de datos diseñada.

Los datos recabados permitieron conocer:

El número de afiliación de cada paciente, situación de afiliación (asegurada/Esposa), suma total de factores de riesgo (según ponderación de la MF-7/85 de cada paciente), días de hospitalización, antecedentes ginecoobstétricos.

En las pacientes de alto riesgo, las que fueron atendidas en la UMF-8 o las que fueron enviadas para su control prenatal al HGO-4.

Se incluyeron en el presente estudio el 100% de las pacientes que tuvieron una suma de factores de riesgo igual o mayor de 4 --sólo de los expedientes que durante la supervisión se hallaron considerado como completos e independientemente de su -- reconocimiento-- este grupo se denominó "embarazadas de alto riesgo reproductivo"

Una vez obtenidas las pacientes del grupo anterior, se tomaron de los anexos 1 -- un número superior de pacientes cuyo riesgo reproductivo sume 3.5 ó menos puntos (según la ponderación de la MF-7/85) y se recabaron los mismos datos al igual que en el grupo de embarazadas de alto riesgo sólo se incluyeron las pacientes cuyos expedientes clínicos se encontraron completos durante la supervisión operativa. Este grupo se denominó "embarazadas de bajo riesgo reproductivo".

Una vez que se obtuvieron los datos mencionados en ambos grupos se localizaron personalmente los expedientes clínicos en el archivo del H.G.O.-4 "Luis Castelazo Ayala" y se anotaron en la forma de registro diseñada para este estudio los datos relativos al control prenatal en embarazadas de alto riesgo y los datos relativos al

trabajo de parto, puerperio, nacimiento y período perinatal.

Se sacaron los porcentajes de cada uno de los factores de riesgo observados (según la MIF 7-85).

Se realizó la determinación de morbimortalidad materna y perinatal en embarazos de alto riesgo y en embarazos de alto riesgo controlados en la UMF-8 mediante fórmulas universalmente aceptadas (número de pacientes que sufrieron el daño entre el total de la muestra expuesta).

Por medio de organización de datos y tablas de frecuencias, se hizo análisis de datos, presentándose la información por medio de cuadros y gráficas.

Se tomaron como variables de exclusión los expedientes clínicos que no se encontraron en el archivo del H.G.O. 4 así como las pacientes que acudieron a atención ginecológica.

Se anexan: Hoja para Supervisión y Evaluación de las Actividades Médicas en la Atención Prenatal (anexo 1) ; la Atención Médica Prenatal y Riesgo Reproductivo (anexo 2) y Formato para recabar datos para la investigación presente (anexo 3).

MATERIAL

HUMANO.- Dos investigadores (Un Médico residente de II año del curso de -- Especialización en Medicina Familiar y un asesor)

FISICOS.- Se utilizaron papelería, anexos de supervisión de expedientes de mujeres embarazadas atendidas en el turno vespertino de la UMF-8

- Expedientes clínicos del archivo del HGO-4
- Formas de registro de datos diseñados para esta investigación.

HOJA PARA SUPERVISION Y EVALUACION DE LAS ACTIVIDADES MEDICAS
EN LA ATENCION PRENATAL

ANEXO 1.MF 7'85

DATOS DEL EXPEDIENTE

ANEXO 1 MF 7 - 85

- 1+. Edad
2. Peso previo al embarazo
3. Talla
4. Escolaridad
5. Fecha de última regla
6. Fecha probable de parto
7. Gesta
8. Para
9. Abortos
- 10 Cesáreas previas
- 11 Intervalo intergenésico
- 12 Antec. obstétricos
- 13 Antec. personales patológicos
- 14 Tabaquismo
- 15 Semanas de gestación
- 16 Peso
- 17 Altura fondo uterino
- 18 Salida líquido amniótico (+) (-)
- 19 Foco fetal presencia
- 20 Movimientos fetales activos
- 21 TA distólica
- 22 Sangrado genital
- 23 Edema
- 24 Diagnóstico
- 25 Tratamiento
- 26 Hemoglobina
- 27 Hemocrito
- 28 Factor RH
- 29 Exámen general de orina
- *
- 30 Glucemia
- 31 V.D.R.L.
- 32 Resumen de envío


 SUBDIRECCION GENERAL
 MEDICA

 ATENCION MEDICA PRENATAL
 Y RIESGO REPRODUCTIVO

ANEXO No 2

CIRCULE DONDE HAYA CUADROS

PROCEDENCIA U.M.F.

ENVIO H.G.Z.

ANTECEDENTES

1. EDAD (EN AÑOS): 20 a 29: <input type="checkbox"/> 0 15 a 19: <input type="checkbox"/> 1 30 a 34: <input type="checkbox"/> 1 - DE 15 a - 34: <input type="checkbox"/> 4	7. GESTA 2 a 5: <input type="checkbox"/> 0 - PRESENTA: <input type="checkbox"/> 1 - DE 5: <input type="checkbox"/> 3	12. ANTECEDENTES OBSTETRICOS VENOZO PATOLOGICO: <input type="checkbox"/> 0 TOXEMIA: <input type="checkbox"/> 4 POLI-GRANUOC: <input type="checkbox"/> 4 SANGRAGO 3º TRIMESTRE: <input type="checkbox"/> 4 PRE TERMINO: <input type="checkbox"/> 4 BAJO PESO AL NACER < 2500 g: <input type="checkbox"/> 4 MALFORMACION CONGENITA: <input type="checkbox"/> 4 MUERTE FETAL TARDIA: <input type="checkbox"/> 4 MACROGAMA > 4000 g: <input type="checkbox"/> 4 CIRUGIA PELVIC ULTERIA: <input type="checkbox"/> 4 OTROS: <input type="checkbox"/>
2. PESO HABITUAL - < 45 kg: <input type="checkbox"/> 0 60 kg +: <input type="checkbox"/> 1 - DE 30: <input type="checkbox"/> 1	8. PAUSA DE 5: <input type="checkbox"/> 0 5 a +: <input type="checkbox"/> 4	13. ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS NINGUNO: <input type="checkbox"/> 0 HIPERTENSION ARTERIAL: <input type="checkbox"/> 4 DIABETES MELLITUS: <input type="checkbox"/> 4 INFECCION SISTEMA CARDIOVASCULAR: <input type="checkbox"/> 4 OTROS: <input type="checkbox"/>
3. TALLA (CENTIMETROS): - DE 150: <input type="checkbox"/> 0 150 a -: <input type="checkbox"/> 1	9. ABORTOS 0 a 1: <input type="checkbox"/> 0 2: <input type="checkbox"/> 2 2 a -: <input type="checkbox"/> 4	14. TABAQUISMO NO a - 10 CIGARROS AL DIA: <input type="checkbox"/> 0 10 a - CIGARROS AL DIA: <input type="checkbox"/> 1
4. ESCOLARIDAD MATERNA SECUNDARIA o +: <input type="checkbox"/> 0 PRIMARIA o -: <input type="checkbox"/> 5	10. CESAREA NO: <input type="checkbox"/> 0 SI: <input type="checkbox"/> 4	15. ALCOHOLISMO, OTRA TOXICOMANIA NO: <input type="checkbox"/> 0 SI: <input type="checkbox"/> 1
5. F.U.M. DIA MES AÑO: _____ MES AÑO: _____	11. INTERVALO ENTRE EL ULTIMO PARTO Y EL ACTUAL (MESES) 12 a 80: <input type="checkbox"/> 0 - DE 12: <input type="checkbox"/> 5 - DE 80: <input type="checkbox"/> 5	EL ULTIMO EMBARAZO FUE DE TERMINO? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ABORTO EL PARTO FUE NORMAL? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO CESAREA HUBO MORTALIDAD PERINATAL? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
6. F.P.P. MES AÑO: _____ VIDA SEXUAL ACTIVA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	EL ULTIMO EMBARAZO FUE DE TERMINO? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ABORTO EL PARTO FUE NORMAL? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO CESAREA HUBO MORTALIDAD PERINATAL? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	NUMERO DE MUJOS MUJOS: _____

ESTADO ACTUAL

	16. CONSULTAS PRENATALES	17. SEMANAS DE AMNIOPIA	18. PESO MEDICO TRATANTE	19. APU PUNTS FONDO: LPI	20. SALIDA LIQUIDO AMNIOTICO (LITROS)	21. FOCO FETAL PRESENCIA (1-1-1)	22. MOV FETALES SI NO	23. TA DIASTOLICA	24. RANCORADO GENITAL	EDEMA
1	FECHA DIA MES									
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
	INCREMENTO MAXIMO DE PESO FETAL (1er TR 300g POR MES 2o TR 1 kg POR MES 3o TR 2 kg POR MES)			INCREMENTO MAYOR AL ESPERADO (1er TR 4 2o TR 2 CONSULTAS CONSECUTIVAS)				NO a - EN 2 OCASIONES		
								1		1
								2		2
								4		4

DIAGNOSTICOS

25 DIAGNOSTICO - PATOLOGIA AGREGADA		F.R.			F.R.
CONSULTAS	1.	_____	6.	_____	_____
	2.	_____	7.	_____	_____
	3.	_____	8.	_____	_____
	4.	_____	9.	_____	_____
	5.	_____	10.	_____	_____
SIN PATOLOGIA AGREGADA <input type="checkbox"/> 0			CARDIOPATA <input type="checkbox"/> 4	EN SU SITUACION A PRESENTAR	
HIPERTENSION ARTERIAL <input type="checkbox"/> 4			DIABETA <input type="checkbox"/> 4	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> 5	
DIABETES MELLITUS <input type="checkbox"/> 4			SI ESTAN ANOTADOS EN ANTECEDENTES NO SUJERIR NUEVAMENTE LOS PUNTOS		
INFECCION SISTÉMICA <input type="checkbox"/> 4					

TRATAMIENTO

26 TRATAMIENTO SUJERIR AJUSTAR EL USO DEL MEDICAMENTO					
CONSULTAS	1.	_____	6.	_____	_____
	2.	_____	7.	_____	_____
	3.	_____	8.	_____	_____
	4.	_____	9.	_____	_____
	5.	_____	10.	_____	_____
¿CÓDIGO TOTAL 20			MEDICAMENTO DE INOCUIDAD COMPROBADA EN EL EMBARAZO		
SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> 1			SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> 4		

LABORATORIO

CONSULTAS	27 HEMOCULTURA NÚMERO DE LA CONSULTA PRENATAL	28 EXAMEN GENERAL DE ORINA	29 UROCULTIVO - 100 000 COL. - % N	30 GLEUCUA	31. FACTOR RH. INCOMPATIBILIDAD COMPATIBLE CON EL ESPOSO
	IN GRAMOS	ALBUMINA SI NO	HEMOGLOBINA SI NO	LEUCOCITOS SI NO	BACTERIAS SI NO
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1-15 SEM. <input type="checkbox"/> 0	NO <input type="checkbox"/> 0	NO <input type="checkbox"/> 0	NO <input type="checkbox"/> 0	NO <input type="checkbox"/> 0	MADRE = <input type="checkbox"/> 4
1-18 SEM. <input type="checkbox"/> 2	SI <input type="checkbox"/> 2	SI <input type="checkbox"/> 2	SI <input type="checkbox"/> 2	SI <input type="checkbox"/> 2	PADRE = <input type="checkbox"/> 4
HASTA SEMANA 34					32. V.D.R.L.
1-18 SEM. <input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	NORMAL <input type="checkbox"/> 0
DESPUES SEMANA 34					NEGATIVO <input type="checkbox"/> 0
					POSITIVO <input type="checkbox"/> 2
					EN 2 OJO CONSECUTIVOS <input type="checkbox"/> 4
					MAYOR A VALORES NORMALES <input type="checkbox"/> 4

INCAPACIDAD	PRENATAL	FOLIO	DÍAS AMPARADOS	INDICADO
	POSTNATAL	FOLIO	DÍAS AMPARADOS	PROHIBIDO

Vo. Bo. JEFE DEPTO. CLINICO

PARA SER LLENADO POR EL MEDICO QUE ATIENDE EL PARTO

EVALUACION DEL EMBARAZO

33. RESUMEN DEL ENVÍO	34. TIPO DE PARTO	FECHA
_____	ESPONTANEO <input type="checkbox"/>	FUERZA <input type="checkbox"/>
_____	VIVO <input type="checkbox"/>	ANAR <input type="checkbox"/>
_____	PESO AL NACER _____	SITUACION DE DESNACIDO POR EXAMEN SONARICO _____
SUMA DE FACTORES RESUMIDO	PATOLOGIA PRODUCTO	PATOLOGIA MADRE
MATRÍCULA DEL MEDICO		

P.F.

SOLICITADO	DEFINITIVA	FORMA DE LA PACIENTE	REALIZADO	SPC
	TEMPORAL			DIU

ANEXO 3

Forma para recabar datos para la investigación sobre RIESGO REPRODUCTIVO U.M.F. 8 1986-1987

número de afiliación	calificación Riesgo reproductivo	Control prenatal		UMF	Edad	Escolaridad	Antecedentes Ginecoobstétricos gesta para abortos cesáreas
		SI	NO				

patología ante trans postparto madre r.n	método de planif. fam. DIU OTB NO	BCG Sabin	trofismo EU Hipo Hiper	parto EU Dis pélvico fórceps cesárea CAUSAS	término p re/ter/post	talla

cuadro general, RESULTADOS

**RESULTADO DE FACTORES DE RIESGO REPRODUCTIVO EN EMBARAZADAS
CON Y SIN CONTROL PRENATAL ATENDIDAS EN LA U.M.F.-8 Y H.G.O.-4
I.M.S.S. 1986 - 1987****1.- GENERALES.**

- 1.1 Población total estudiada
 - 1.1.1 Con control prenatal
 - 1.1.1.1 Bajo riesgo reproductivo
 - 1.1.1.2 Alto riesgo reproductivo
 - 1.1.2 Sin control prenatal
 - 1.1.2.1 Bajo riesgo reproductivo
 - 1.1.2.2 Alto riesgo reproductivo

2.- ATENCION MEDICA .

- 2.1 Número de consultas prenatales

3.- FACTORES MATERNOS

- 3.1 Edad
- 3.2 Peso
- 3.3 Talla
- 3.4 Escolaridad
- 3.5 Tabaquismo y etilismo.

4.- ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS.

- 4.1 Embarazos
- 4.2 Partos
- 4.3 Abortos
- 4.4 Cesáreas
- 4.5 Periodo intergenésico
- 4.6 Partos prematuros.
- 4.7 Toxemia
 - 4.7.1 Leve
 - 4.7.2 Moderada
 - 4.7.3 Severa

- 4.8 Bajo peso
- 4.9 Obitos
- 4.10 Incompatibilidad a grupo Rh.
- 4.11 Hiperglicemias
- 4.12 Macrosómicos
- 4.13 Obesidad
- 4.14 Infección de vías urinarias
- 4.15 Pseudociesis
- 4.16 Embarazos ectópicos
- 4.17 Embarazo molar.
- 4.18 Parto pélvico
- 4.19 Infertilidad secundaria
- 4.20 Rubeola
- 4.21 Condilomatosis genital.
- 4.22 Miomatosis uterina
- 4.23 Insuficiencia Istmico cervical
- 4.24 Bocio
- 4.25 Tuberculosis pulmonar inactiva

5.- PATOLOGIA DURANTE EL EMBARAZO

- 5.1 Hipertensión arterial
- 5.2 Toxemia del embarazo
 - 5.2.1 Leve
 - 5.2.2 Moderada
 - 5.2.3 Severa
- 5.3 Edema matutino
- 5.4 Anemia
- 5.5 Infección de vías urinarias
- 5.6 Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta

6.- VIA DE RESOLUCION

- 6.1 Vaginal
 - 6.1.1 Uso de fórceps
- 6.2 Abdominal

7.- PLANIFICACION FAMILIAR

- 7.1 Dispositivo intrauterino
- 7.2 Oclusión tubaria bilateral. Técnica Pomeroy

8.- PATOLOGIA TRANSPARTO Y PUERPERIO

- 8.1 Parto de producto inmaduro
- 8.2 Parto de producto prematuro
- 8.3 Ruptura prematura de membranas
- 8.4 Huevo muerto y retenido
- 8.5 Presentación pélvica
 - 8.5.1 Incompleto
 - 8.5.1 Completo.
- 8.6 Desgarros perineales
 - 8.6.1 I, II, III y IV grado
- 8.7 Revisión de cavidad
- 8.8 Laceración labios mayores
- 8.9 Desgarro vaginal
- 8.10 Hipotonía uterina postparto.
- 8.11 Distocia de partes blandas
- 8.12 Corioamnionitis secundaria a L.U.I.
- 8.13 Polihidramnios
- 8.14 Dehiscencia puerperal
- 8.15 Infección puerperal.
- 8.16 Defunciones maternas.

9.- FACTOR PERINATAL

- 9.1 Edad gestacional
- 9.2 Foco fetal
- 9.3 Sexo
- 9.4 Peso
- 9.5 Valoración Apgar.

10.- PATOLOGIA FETAL ESPECIFICA

- 10.1 Sufrimiento fetal agudo
- 10.2 Sufrimiento fetal crónico compensado
- 10.3 Macrosómicos.

- 10.4 Talla baja
- 10.5 Circular de cordón umbilical a cuello
- 10.6 Circular de cordón a pie.
- 10.7 Prolapso de cordón
- 10.8 Ictericia
- 10.9 Hiperbilirrubinemia
- 10.10 Hipocalcemia
- 10.11 Infecciones
- 10.12 Trauma obstétrico
- 10.13 Obitos.

11.- TERATOLOGIA

- 11.1 Queilos palatosquisis más atresia de Esófago
- 11.2 P.C.A. + C.I.V.
- 11.3 Paladar hendido
- 11.4 Criptorquidea bilateral
- 11.5 Ano imperforado
- 11.6 Apéndice perianal
- 11.7 Luxación congénita de cadera
- 11.8. Facies de Apport probable.

RESULTADOS

1.- GENERALES

Durante el período de febrero de 1986 a febrero de 1987 se estudiaron en una población de embarazadas de la UMF-8 que acudieron a consulta en el turno vespertino, los factores de alto y bajo riesgo reproductivo tanto en la consulta externa de medicina familiar en que llevaron control prenatal y a las que ignorando si tuvieron previo control acudieron en forma directa al Hospital de Ginecoobstetricia N° 4 "Luis Castelazo Ayala".

- 1.1 La población general estudiada fue de 356 casos, de los cuales se catalogaron en Alto y Bajo riesgo reproductivo siendo de las que -- llevaron control prenatal 85 embarazadas de bajo riesgo (23.8%) y -- de alto riesgo, 57 pacientes (16%) y de 214 (60%) la población que llegó directamente para atención de parto.
Cuadro y gráfica 1. 1*

2.- ATENCION MEDICA

Número de consultas prenatales: En bajo riesgo: 39 casos (45.8%) tuvieron de 4 a 6 consultas, en 30 casos (35.2%) de 7 a 10. En alto riesgo: 31 - (54.3%) de 4 a 6, en 16 (28%) de 7 a 10 consultas y 10 casos (17.5%) - de 1 a 3 consultas. cuadro y gráfica 2. 2*

3.- FACTORES MATERNOS.

- 3.1 Edad materna.- Bajo riesgo: 69 casos (81%) de 20 a 30 años; 7 casos (8.2%) de 15 a 19 años y 7 casos (8.2%) de 31 a 34 años. Alto riesgo: 41 casos (72%) de 20 a 30 años; 7 (12.2%) de 15 a 19 años y 6 (10.5%) de 35 a 39 años, se encontraron en este grupo 2 embarazadas mayores de 40 años. Sin control prenatal: 146 (68.2%) de - 20 a 30 años; 26 (12.1%) de 15 a 19 años y 19 (8.8%) de 31 a 39 años. Cuadro 3. 3*
- 3.2 Peso.- Bajo riesgo: 33 embarazadas (38.8%) tuvieron de 51 a 59 kgs.; 20 (23.5%) de 45 a 50 kgs.; y 18 (21.1%) de 60 a 69. Alto riesgo: 25 (43.8%) de 51 a 59 kgs., 9 (15.7%) de 45 a 50 y 7 (25.7%) de 60 a 69. Sin control prenatal: 34 (15.8%) de 51 a 59; 24 (11.2%) de 45 a 50. Cuadro y gráfica 4. 4*

- 3.3 Talla.- Bajo riesgo: 36 pacientes (42.3%) menos de 1.50 mts., 43 (50.5%) más de 1.50 mts. y 6 casos (7 %) se ignoró datos. En Alto riesgo: 22 (38.5%) menos de 1.50 mts., 28 (49%) con más de 1.50 mts., ignorándose 7 casos (12.2%). Sin control prenatal: en 46 (21.4%) con menos de 1.50 mts., en 35 (16.3%) más de 1.50 mts., e ignorándose en 2 (0.9%) Cuadro y gráfica 5. *5*
- 3.4 Escolaridad.- Bajo riesgo: 40 (47%) estudiaron secundaria o equivalente, 36 (42.3%) primaria, 7 (8.2%) bachillerato y 2 (2.3%) licenciatura. Alto riesgo: 31 (54%) estudios de secundaria, 19 (33.3%) de primaria, 4 (7 %) bachillerato y 3 (5.2%) licenciatura. Sin control prenatal: 104 (48.5%) estudios de primaria, 91 (42.5%) de secundaria, 8 (3.7%), bachillerato y 11 (5.1%) licenciatura. Cuadro y gráfica 6. *6*
- 3.5 Tabaquismo y etilismo.- Alto riesgo: Dos casos, uno de cada uno (1.7%).

4. ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS.

- 4.1 Embarazos.- Bajo riesgo: 38 pacientes (44.7%) un embarazo; 29 -- (34.1%) con dos y 18 (21%) con tres. Alto riesgo: 20 pacientes -- (35%) con uno; 12 (21%) con dos y 12 (21%) con tres. Sin control prenatal: 78 (36.4%) pacientes con uno; 58 (27.1%), con dos y 42 (19.6%), con tres. Cuadro y gráfica 7. *7*
- 4.2 Partos.- Bajo riesgo: 33 pacientes (38.8%) con uno; 28 (32.9%) con dos y 10 (11.7%) con tres partos previos. Alto riesgo: 15 pacientes (26.3%) con uno; 13 (22.8%) con dos y 12 (21%) con ninguno previo. Sin control prenatal 76 pacientes (35.5%) con uno; 47 (21.9%) con dos y 46 (21.4%) con ninguno previo. Cuadro y gráfica 8. *8*
- 4.3 Abortos.- Bajo riesgo: 69 pacientes (81%) con ninguno; 13 (15.2%) con uno y 2 (2.3%) con dos abortos previos. Alto riesgo: 42 (73.6%) con ninguno; 11 (19.2%) con uno y 2 (3.5) con tres. Sin control prenatal: 186 (86.9%) con cero; 21 (9.8%) con uno y 5 (2.3%) con dos abortos previos. Cuadro y gráfica 9. *9*

- 4.4 Cesáreas.- Bajo riesgo: 79 pacientes (92.9%) con ninguna; 6 (7%) - con una y el resto sin más de una cesárea. Alto riesgo: 37 pacientes (64.9%) con ninguna; 8 (14%) con tres y 6 (10.5%) con una. Cuadro y gráfica Nº 10 *10*
- 4.5 Período intergenésico.- Bajo riesgo: 52 pacientes (61%) de 13 a 60 -- meses; 22 (25.8%) se ignora y 9 (10.5%) con más de 60 . En dos pacientes (2.3%) menos de 12 meses. Alto riesgo: 41 pacientes (71.9%) con más de 13 a 60; 6 (10.5%) con más de 60 y 2 (3.5%) con menos de 12 meses. El resto se ignora.
- 4.6 Partos prematuros.- Bajo riesgo: 1 (1.1%). Alto riesgo 6 (10.5%). Sin control prenatal 3 casos (1.4%).
- 4.7 Toxemia.-
- 4.7.1 Leve: Bajo riesgo: 7 (8.8%). Alto riesgo 1 (1.7%) y sin control prenatal 1 (0.46%).
- 4.7.2 Moderada.- Bajo riesgo: 3 (3.5%). Alto riesgo y sin control prematal cero.
- 4.7.3 Severa.- Bajo riesgo: 1 (1.1%) y una eclampsia en el grupo - de sin control prenatal (0.46%). Cuadro y gráfica 11 *11*
- 4.8 Bajo peso.- 7 pacientes (8.2%) en el grupo de bajo riesgo; 1 (1.75%) en el de alto riesgo y 5 (2.3%) casos en el grupo de sin control prenatal.
- 4.9 Obito.- 3 casos (3.5%) en grupo de bajo riesgo; 1 en el grupo sin - control prenatal (0.46%).
- 4.10 Incompatibilidad a grupo Rh.- 1 caso en el grupo de bajo riesgo (1.1%)
- 4.11 Hiperglicemias.- 2 casos en el grupo de bajo riesgo (2.3%) y 3 casos (5.2%) en el grupo de alto riesgo.
- 4.12 Macrosómicos.- 3 casos: 2 (3.5%) en el de bajo riesgo y 1 (0.46%) en el de sin control prenatal.

- 4.13 Obesidad.- Primer grado: 1 caso (1.1%) en el grupo de bajo riesgo.
Tercer grado: 1 caso (1.1%) en el grupo de bajo riesgo.
- 4.14 Infección de vías urinarias.- 3 casos (3.5%) en bajo riesgo; 2 casos- (3.5%) en el de alto riesgo y 6 casos (2.8%) en el grupo de sin control prenatal.
- 4.15 Pseudociosis.- Un caso (0.46%) en el grupo de sin control prenatal.
- 4.16 Embarazos ectópicos.- Un caso (1.1%) en el grupo de bajo riesgo.
- 4.17 Embarazo Molar.- Un caso (0.46%) en el grupo sin control prenatal
- Embarazo Gemolar.- Un caso (0.46%) en el grupo sin control prenatal.
- 4.18 Parto pélvico.- 2 casos (2.3%) en el grupo de bajo riesgo
- 4.19 Infertilidad secundaria.- 1 caso (0.46%) en el grupo de sin control prenatal.
- 4.20 Rubéola.- Contacto 13 semanas 1 caso (1.7%) en el grupo de alto riesgo.
- 4.21 Condilomatosis genital.- 1 caso (1.7%) en el grupo de alto riesgo.
- 4.22 Miomatosis uterina más embarazo.- Un caso (1.7%) en el grupo de alto riesgo.
- 4.23 Insuficiencia ístmico cervical.- Un caso (1.7%) en el grupo de alto riesgo.
- 4.24 Bocio.- 1 caso (0.46%) en el grupo de sin control prenatal
- 4.25 Tuberculosis pulmonar inactiva.- Alto riesgo, un caso (1.7%).

5.- PATOLOGIA DURANTE EL EMBARAZO.

- 5.1 Hipertensión arterial.- 2 casos (2.3%) en el grupo bajo riesgo.
- 5.2 Toxemia del embarazo:
- 5.2.1. Leve.- Bajo riesgo: 24 casos (28.2%). Alto riesgo: 7 casos (12.2%); sin control prenatal, 5 casos (2.3%).
- 5.2.2. Moderada.- Bajo riesgo: 6 casos (7.0%). Alto riesgo: 3 casos (5.2%); sin control prenatal, 7 casos (3.2%).
- 5.2.3 Severa.- Bajo riesgo: 5 casos (5.8%) . Alto riesgo: 2 casos (3.5%) y sin control prenatal 2 casos (0.9%).
- 5.3 Edema matutino:
- + Bajo riesgo: 6 casos (7.0%); alto riesgo: 3 casos (5.2%) sin control prenatal, 4 casos (1.8%).
 - ++ Bajo riesgo: 4 casos (4.7%); alto riesgo: 2 casos (3.5%); sin control prenatal, 2 casos (0.9%).
 - +++ Bajo riesgo: 5 casos (5.8%); alto riesgo: 2 casos (3.5%); sin control prenatal, 2 casos (0.9%).
 - ++++ Bajo riesgo: 2 casos (2.3%); alto riesgo: 2 casos (3.5%); sin control prenatal, 3 casos (1.4%).
- 5.4 Anemia.- Bajo riesgo: 9 casos (10.5%); alto riesgo: 3 casos (5.2%); sin control prenatal, 1 caso (0.46%).
- 5.5 Infección de vías urinarias.- Bajo riesgo: 17 casos (20%); alto riesgo, 13 casos (22.8%); sin control prenatal, 8 casos (3.7%).
- 5.6 Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta.-
15%.- Bajo riesgo, 2 casos (2.3%); 20%.- alto riesgo, 1 caso (1.7%).

6.- VIA DE RESOLUCION

- 6.1 Vaginal.- Bajo riesgo: 69 (85%); alto riesgo: 33 (57.8%); sin control prenatal 175 (81.7%).
- 6.1.1. Con fórceps.- Bajo riesgo: 13 (15.2%); alto riesgo, 14 (24%); sin control prenatal 28 (13%).

- 6.2 Abdominal.- Bajo riesgo: 12 (14.1%); alto riesgo, 22 (38.5%); sin - control prenatal 32 (14.9%). Cuadro y gráfica 12 *12*

7.- PLANIFICACION FAMILIAR.

- 7.1 Dispositivo intrauterino. T de Cobre(Tcu).

Bajo riesgo, 42 casos (49.4%); alto riesgo, 25 casps (43.8%); sin -- control prenatal, 97 casos (45.3%).

- 7.2 Oclusión tubaria bilateral. Técnica Pomeroy.-

Bajo riesgo, 11 casos (12.9%); alto riesgo, 17 casos (29.8%); sin -- control prenatal, 31 casos (14.4%).

- Rechazaron aplicación de D.I.U. y no se aplicó ningún método en 93 casos y 32 casos, respectivamente. 18 casos se ignora.

8.- PATOLOGIA TRANSPARTO Y PUERPERIO.

- 8.1 Parto de producto inmaduro.- 2 casos (3.5%) en el grupo de alto ries go.

- 8.2 Parto de producto prematuro.- 3 casos (3.5%) en grupo bajo riesgo y 1 (0.46%) en sin control prenatal.

- 8.3 Ruptura prenatara de membranas.- Bajo riesgo: 12 casos (14.1%); - alto riesgo, 6 (10.5%) y en sin control prenatal 6 (2.8%).

- 8.4 Huevo muerto y retenido.- Bajo riesgo: 3 (3.5%); alto riesgo: 2 (3.5%) sin control prenatal 3 (1.4%).

- 8.5 Presentación pélvica.-

8.5.1 Incompleto.- Bajo riesgo: 3 casos (3.5%).

8.5.2 Completo.- Bajo riesgo: 5 casos (5.8%).

- 8.6 Desgarros perineanales.-

8.6.1 I grado.- Alto riesgo, 2 (3.5%).

8.6.2 II grado.- Bajo riesgo: 2 (3.5%); alto riesgo: 4 (7.0%); sin control prenatal, 1 (0.46%).

8.6.3 III grado.- Bajo riesgo: 12 (14.4%); alto riesgo: 3 (5.2%); sin control prenatal, 4 (1.8%).

- 8.6.4 IV grado.- Bajo riesgo: 1 caso (1.1%).
- 8.7 Revisión de cavidad.- Alto riesgo: 4 casos (7.0%).
- 8.8 Laceración labios mayores.- Alto riesgo: 1 caso (1.75%).
- 8.9 Desgarro vaginal.- Bajo riesgo: 1 caso (1.1%); Alto riesgo: 1 caso (1.7%).
- Laceración cervical.- Bajo riesgo: 1 caso (1.1%); alto riesgo: 1 caso (1.7%).
- 8.10 Hipotonía uterina portparto.- Bajo riesgo: 1 caso (1.1%); alto riesgo: 1 caso (1.7%).
- 8.11 Distocia de partes blandas.- Sin control prenatal, 1 caso (0.46%).
- 8.12 Corioamnioitis secundaria a L.U.I.- Bajo riesgo: 2 casos (2.3%); alto riesgo: 1 caso (1.7%); sin control prenatal: 1 caso (0.46%).
- 8.13 Polihidramnios.- Bajo riesgo: 2 casos
- 8.14 Dehiscencia episiorrafia.- Bajo riesgo: 2 casos (3.5%).
- 8.15 Infección puerperal.- Bajo riesgo: 2 casos (3.5%); sin control prenatal: 1 caso (0.46%).
- 8.16 Defunciones maternas.- Ninguna.

9.- FACTOR PERINATAL

9.1 Edad gestacional.-

- Recién nacido postmaduro.- Bajo riesgo: 2 (2.3%); grupo sin control prenatal, 2 casos ().
- Recién nacido a término.- Bajo riesgo: 76 (89.4%); alto riesgo: 50 (58.8%); sin control prenatal 185 (86.4%)
- Recién nacido prematuro.- Bajo riesgo: 4 casos (4.7%); alto riesgo: 4 casos (7.0%); sin control prenatal 21 (9.8%).

- Abortos.- Bajo riesgo: 2 casos (2.3%); alto riesgo: 1 caso (1.7%); sin control prenatal: 5 casos (2.3%).

9.2 Foco fetal.-

- 120 a 160 latidos por minuto.- Bajo riesgo: 78 (91%); alto riesgo: 50 (87,7%); sin control prenatal: 208 casos (97.1%).
- + 160 latidos por minuto.- Bajo riesgo: 3 (3.5%); sin control prenatal: 208 casos (97.1%).
- - 160 latidos por minuto.- Bajo riesgo: 2 (2.3%); alto riesgo: 3 (5.2%) y sin control prenatal: 2 casos (0.9%).

9.3 Sexo

- Mujer.- Bajo riesgo: 36 casos (42.3%); alto riesgo: 29 casos (50.8%); sin control prenatal: 106 casos (49.5%).
- Hombre.- Bajo riesgo: 43 casos (50.5%); alto riesgo: 23 casos (40.3%); sin control prenatal: 98 casos (45.7%).
- Se ignora.- Bajo riesgo: 6 casos (7.0%); alto riesgo: 5 casos (8.7%); sin control prenatal: 21 casos (9.8%).

9.4 .Peso

- 2.500 a 3.950 kgs.- Bajo riesgo: 73 casos (85.8%); alto riesgo: 49 casos (85.9%); sin control prenatal: 181 casos (84.5%).
- Más de 4.000 kgs.- Bajo riesgo: 2 casos (2.3%); alto riesgo: 1 caso (1.7%); sin control prenatal: 6 casos (2.8%).
- 2.000 a 2.495 kgs.- Bajo riesgo: 2 casos (2.3%); alto riesgo: 3 casos (5.2%); sin control prenatal: 15 casos (7.0%).
- 585 a 1.950 kgs.- Bajo riesgo: 2 casos (2.3%); alto riesgo: 1 caso (1.7%); sin control prenatal: 3 casos (1.4%).

9.5 Valoración Apgar.

Calificación:

- 8 a 10.- Bajo riesgo: 72 casos (84.7%); alto riesgo: 50 casos (87.7%).
- 5 a 7.- Bajo riesgo: 3 casos (3.5%); alto riesgo: 1 caso (1.7%).
- Se ignora.- Bajo riesgo: 10 casos (11.7%); alto riesgo: 6 casos (10.5%).

10.- PATOLOGIA FETAL ESPECIFICA.

- 10.1 Sufrimiento fetal agudo.- Bajo riesgo: 19 casos (22.3%); alto riesgo 2 casos (3.5%); sin control prenatal: 6 casos (2.8%).
- 10.2 Sufrimiento fetal crónico compensado.- Alto riesgo: 3 casos (3.5%) .
- 10.3 Macrosómicos.- Bajo riesgo: 2 casos (2.3%); alto riesgo: un caso (1.7%); sin control prenatal: 1 caso (0.46%).
- 10.4 Talla Baja.- Bajo riesgo: 52 casos (61%); alto riesgo: 17 casos -- (29.8%); sin control prenatal: 13 casos (6%).
- Ta Cuadro y gráfica 13**
- 10.5 Circular de cordón umbilical a cuello.-
1 circular.- Bajo riesgo: 9 casos (10.5); alto riesgo: 3 casos (5.2%); sin control prenatal: un caso (0.46%).
2 circulares.- Bajo riesgo: 8 casos (9.4%); alto riesgo: 2 casos -- (3.5%); sin control prenatal: 4 casos (1.8%).
3 circulares.- Alto riesgo: 1 caso (1.7%).
- 10.6 Circular de cordón a pie.- Bajo riesgo: 1 caso (1%).
- 10.7 Prolapso de cordón.- Sin control prenatal: 1 caso (0.46%).
- 10.8 Ictericia.- Bajo riesgo: 4 casos (4.7%); alto riesgo: 3 casos (3.5%); sin control prenatal: 2 casos (0.9%).
- 10.9 Hiperbilirrubinemia.- Alto riesgo: 1 caso (1.7%).
- 10.10 Hipocalcemia.- Sin control prenatal: 1 caso (0.46%).
- 10.11 Infectados.- Bajo riesgo: 2 casos (2.3%).
- 10.12 Trauma obstétrico.- Bajo riesgo: 2 casos (2.3%).
- 10.13 Obitos.- Bajo riesgo: 4 casos (4.7%); sin control prenatal: 2 casos (0.9%).

11.- TERATOLOGIA

- 11.1 Quilospalatosquisis más atresia de Esófago.- Un caso en el grupo de alto riesgo (1.7%).
- 11.2 Persistencia de conducto arterioso más comunicación interventricular: 2 casos en el grupo de bajo riesgo (2.3%).
- 11.3 Paladar hendido.- Un caso en el grupo de alto riesgo (1.7%).
- 11.4 Criptorquídea bilateral.- Un caso en grupo de alto riesgo (1.7%).
- 11.5 Ano imperforado.- Un caso en grupo sin control prenatal (0.46%).
- 11.6 Apéndice perianal.- Un caso en grupo sin control prenatal (0.46%).
- 11.7 Luxación congénita de cadera.- Un caso en grupo de bajo riesgo - (1.1%).
- 11.8 Probable facies appert.- Un caso en grupo sin control prenatal (0.46%).

CUADRO 1

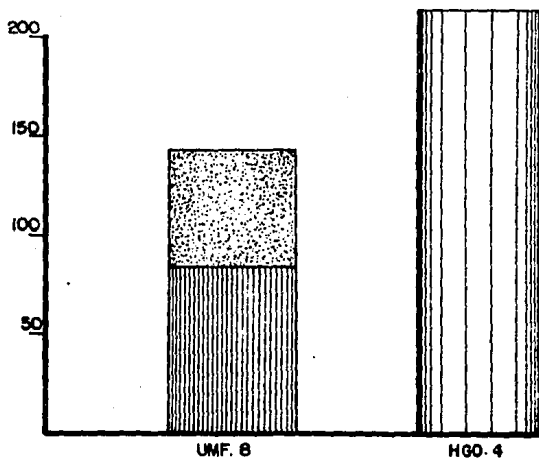
TOTAL DE POBLACION ESTUDIADA CON FACTORES DE RIESGO REPRODUCTIVO EN EMBARAZOS CON Y SIN CONTROL PRENATAL ATENDIDAS EN LA U.M.F. 8 Y H. G. O. 4 I.M.S.S. 1986-1987

CON CONTROL PRENATAL U.M.F. 8			SIN CONTROL PRENATAL H.G.O. 4	
RIESGO REPRODUCTIVO	EMBARAZADAS	PORCENTAJE	RIESGO REPRODUCTIVO	PORCENTAJE
BAJO	85	23.8%	214	60%
ALTO	57	16.2%		
TOTAL	142 =====	40.0% =====	214 =====	60% =====

FUENTE: Expedientes clínicos H.G.O. 4

GRAFICA 1

FACTORES DE RIESGO EN EMBARAZADAS CON Y SIN CONTROL PRENATAL
ATENDIDAS EN UMF. 8 Y HGO. 4 IMSS 1986-1987



 ALTO RIESGO

 BAJO RIESGO

 SIN CONTROL

FUENTE: EXPEDIENTES CLINICOS HGO 4

CUADRO 2

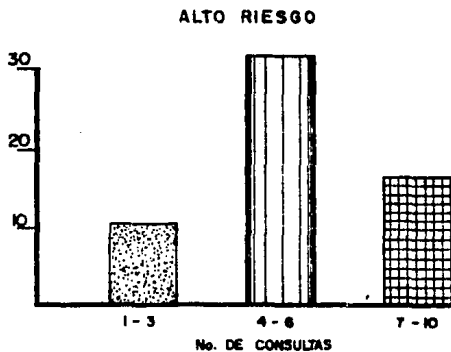
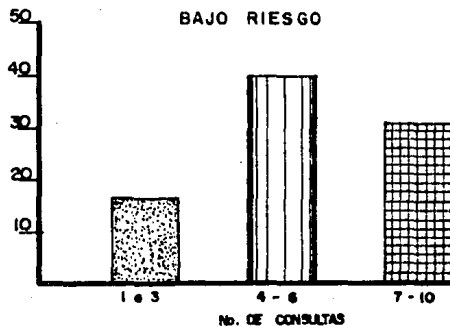
**CONSULTAS PRENATALES OTORGADAS A EMBARAZADAS CON
ALTO Y BAJO RIESGO REPRODUCTIVO EN U.M.F. 8**

CONSULTAS	BAJO RIESGO		ALTO RIESGO	
		%		%
1 a 3	16	18.9	10	17.6
4 a 6	39	45.9	31	54.4
7 a 10	30	35.2	16	28.0
T O T A L	<u>85</u> =====	<u>100.0</u> =====	<u>57</u> =====	<u>100.0</u> =====

Fuente: Expedientes clínicos HGO.4

GRAFICA 2

CONSULTAS PRENATALES OTORGADAS A EMBARAZADAS CON ALTO Y
BAJO RIESGO REPRODUCTIVO EN UMF. 6 1986-1987



FUENTE : EXPEDIENTES CLINICOS UMF. 6

CUADRO 3

EDAD MATERNA DE EMBARAZADAS CON ALTO Y BAJO
RIESGO REPRODUCTIVO DE LA U.M.F. 8
Y SIN CONTROL PRENATAL H.G.O. 4

EDAD	BAJO RIESGO	%	ALTO RIESGO	%	SIN CONTROL PRENATAL	%
15 - 19	7	8.3	7	12.2	26	12.2
20 - 30	69	81.1	41	72.1	146	68.2
31 - 34	7	8.3	1	1.7	19	8.8
+ 35	2	2.3	8	14.0	23	10.8
	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
TOTAL	85	100.0	57	100.0	214	100.0
	====	=====	=====	=====	====	=====

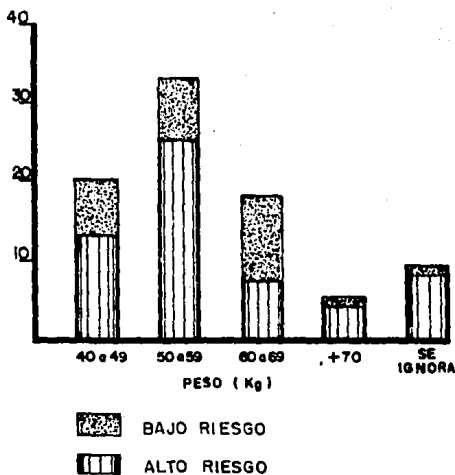
CUADRO 4

PESO MATERNO EN EMBARAZADAS CON ALTO Y BAJO RIESGO REPRODUCTIVO DE LA U.M.F. 8

KGS.	BAJO RIESGO		ALTO RIESGO	
	CANTIDAD	%	CANTIDAD	%
40 - 49	20	23.6	13	22.9
50 - 59	33	38.9	25	43.8
60 - 69	18	21.1	7	12.3
+ 70	5	5.9	4	7.0
Se ignora	9	10.5	8	14.0
TOTAL	<u>85</u> =====	<u>100.0</u> =====	<u>57</u> =====	<u>100.0</u> =====

Fuente: Expedientes clínicos HGO 4

GRAFICA 4



FUENTE: EXPEDIENTES CLINICOS HGO. 4

CUADRO 5

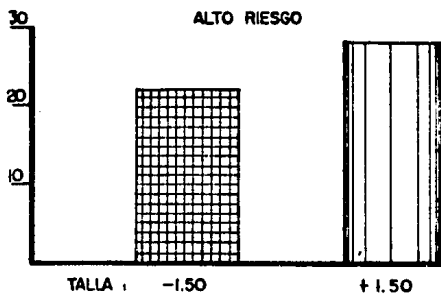
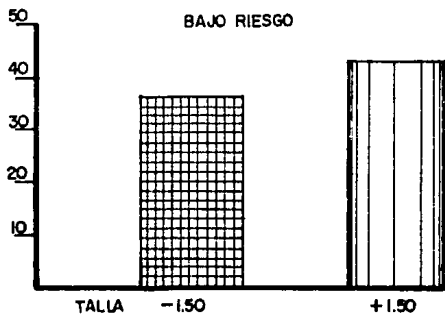
TALLA DE EMBARAZADAS CON ALTO Y BAJO
RIESGO REPRODUCTIVO DE LA U.M.F. 8
1986 - 1987

TALLA	BAJO Nº	RIESGO %	ALTO Nº	RIESGO %
- 150	36	42.3	22	38.5
+ 150	43	50.5	28	49.3
Se ignora	6	7.2	7	12.2
TOTAL	85	100.0	57	100.0

Fuente: Expedientes clínicos HGO 4

GRAFICA 5

TALLA DE EMBARAZADAS CON ALTO Y BAJO RIESGO REPRODUCTIVO DE LA UMF. 8 (1986-1987)



FUENTE : EXPEDIENTES CLINICOS HGO. 4

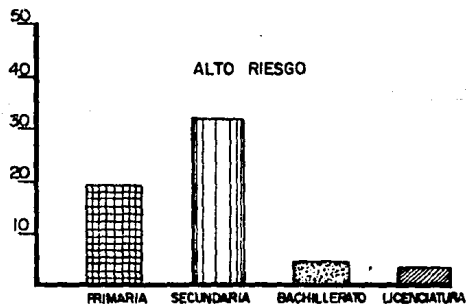
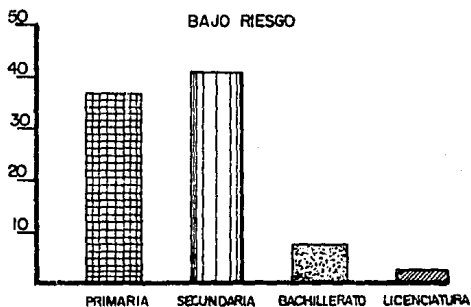
CUADRO 6

ESCOLARIDAD EN EMBARAZADAS CON BAJO Y ALTO
RIESGO REPRODUCTIVO DE LA U.M.F.8
Y SIN CONTROL DEL H.G.O. 4
1986 - 1987

ESCOLARIDAD	BAJO RIESGO PACIENTES	%	ALTO RIESGO PACIENTES	%	H.G.O. 4 PACIENTES	%
Primaria	36	42.4	19	33.3	104	48.5
Secundaria	40	47.0	31	54.3	91	42.5
Bachillerato	7	8.2	4	7.2	8	3.8
Licenciatura	2	2.4	3	5.2	11	5.2
TOTAL	85	100.0	57	100.0	214	100.0

GRAFICA 6

ESCOLARIDAD EN EMBARAZADAS CON BAJO Y ALTO RIESGO REPRODUCTIVO
EN LA UMF. 8 (1986-1987)

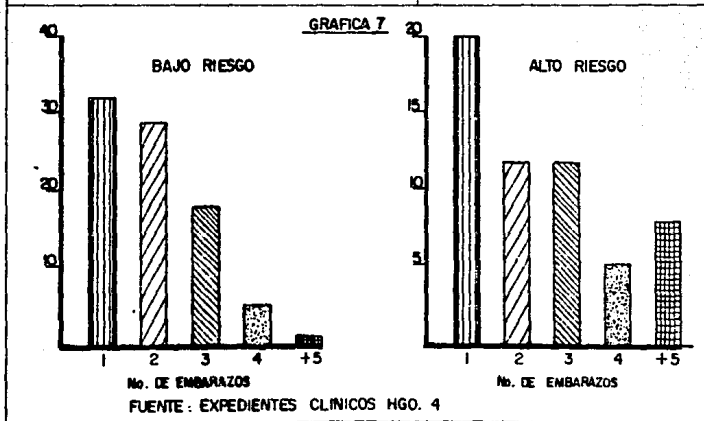


FUENTE: EXPEDIENTES CLINICOS HGO. 4

CUADRO 7

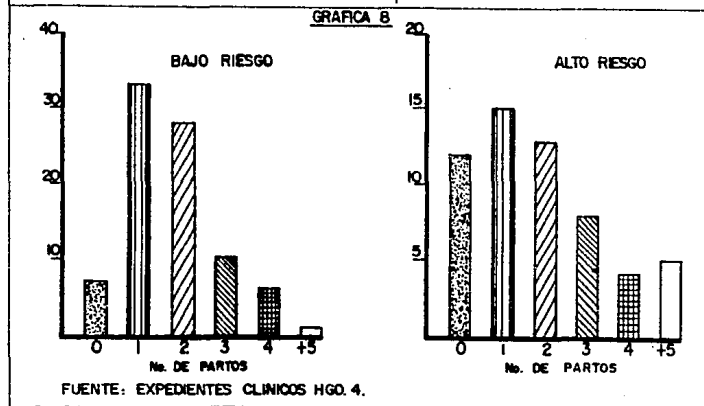
NUMERO DE EMBARAZOS DE BAJO Y ALTO RIESGO REPRODUCTIVO DE LA U.M.F. 8
1986 - 1987

EMBARAZOS	BAJO RIESGO		ALTO RIESGO	
	PACIENTES	%	PACIENTES	%
1	32	37.6	20	35.1
2	29	34.2	12	21.1
3	18	21.1	12	21.1
4	5	5.8	5	8.7
+ 5	1	1.2	8	14.0
TOTAL	85	100.0	57	100.0



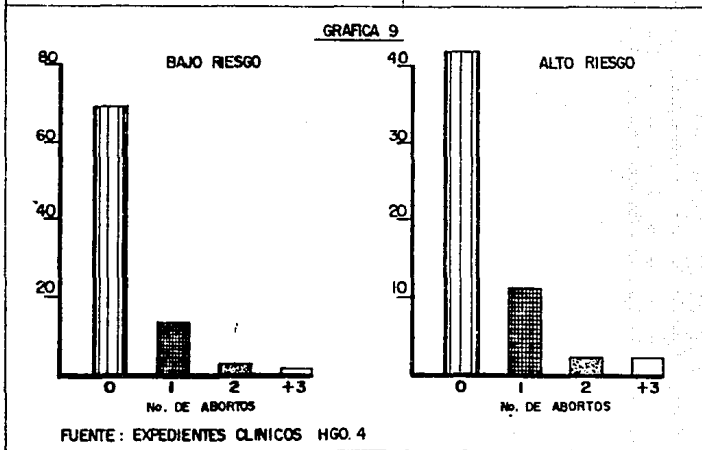
CUADRO 8
PARTOS PREVIOS DE EMBARAZADAS CON BAJO Y ALTO RIESGO REPRODUCTIVO
DE LA U.M.F. 8 1986 - 1987

PARTOS	BAJO RIESGO		ALTO RIESGO	
	PACIENTES	%	PACIENTES	%
0	7	8.3	12	21.2
1	33	38.8	15	26.3
2	28	32.9	13	22.8
3	10	11.8	8	14.0
4	6	7.0	4	7.0
5	1	1.2	5	8.7
TOTAL	55	100.0	57	100.0



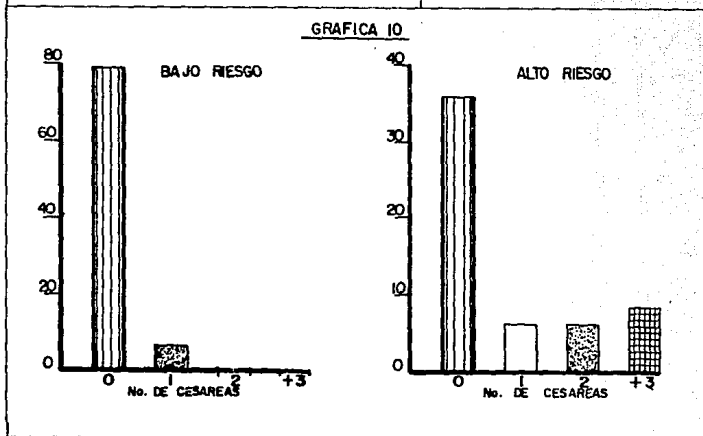
CUADRO 9
ABORTOS PREVIOS DE EMBARAZADAS CON BAJO Y ALTO RIESGO
REPRODUCTIVO DE LA U.M.F. 8 1986-1987

ABORTOS	BAJO RIESGO		ALTO RIESGO	
	PACIENTES	%	PACIENTES	%
0	69	81.2	42	73.6
1	13	15.3	11	19.2
2	2	2.3	2	3.5
+ 3	1	1.2	2	3.5
TOTAL	<u>85</u>	<u>100.0</u>	<u>57</u>	<u>100.0</u>



CUADRO 10
CESAREAS PREVIAS EN EMBARAZADAS CON BAJO Y ALTO RIESGO
REPRODUCTIVO DE LA U.M.F. 8 1986-1987

CESAREAS	BAJO RIESGO		ALTO RIESGO	
	PACIENTES	%	PACIENTES	%
0	79	92.9	37	64.9
1	6	7.1	6	10.5
2	0	-	6	10.5
3	0	-	8	14.1
TOTAL	<u>85</u>	<u>100.0</u>	<u>57</u>	<u>100.0</u>



CUADRO 11

**PATOLOGIA DEL EMBARAZO
TOXEMIA EN EMBARAZADAS DE BAJO Y ALTO
RIESGO REPRODUCTIVO DE PACIENTES DE LA U.M.F. 8**

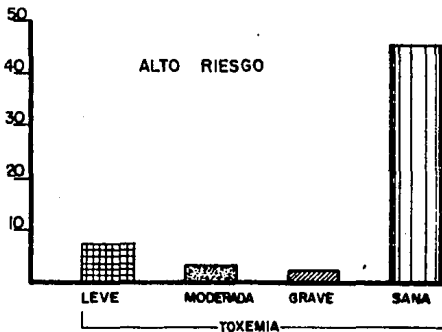
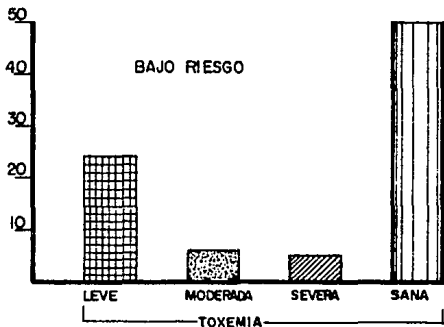
	BAJO RIESGO PACIENTES %	ALTO RIESGO PACIENTES %
Leve	24 28.3	7 12.3
Moderada	6 7.0	3 5.3
Severa	5 5.8	2 3.5
SANAS	50 58.9	45 78.9
TOTAL	85 100.0 === =====	57 100.0 == =====

Fuente: Expedientes clínicos UMF 8

GRAFICA II

PATOLOGIA DEL EMBARAZO

TOXEMIA EN EMBARAZADAS DE BAJO Y ALTO RIESGO REPRODUCTIVO
DE PACIENTES DE LA U.M.F. 8



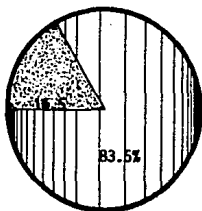
FUENTE: EXPEDIENTES CLINICOS HGO. 4

CUADRO Y GRAFICA 1 2

VIA DE RESOLUCION EN EMBARAZADAS CON ALTO Y BAJO
 RIESGO REPRODUCTIVO DE LA U.M.F. 8
 Y SIN CONTROL PRENATAL EN EL H.G.O. 4. 1986-1987.

VIA DE RESOLUCION	BAJO RIESGO		ALTO RIESGO		SIN CONTROL PRENATAL	
	pacientes	%	pacientes	%	Pacientes	%
PARTO	71	83.5	34	59.6	175	81.7
CESAREA	14	16.5	23	40.4	39	18.3
TOTAL	85	100.0	57	100.0	214	100.0

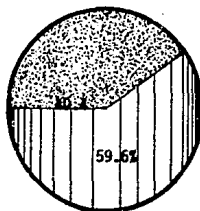
BAJO RIESGO



 PARTO

 CESAREA

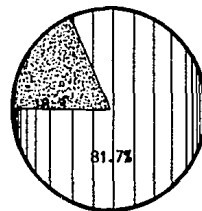
ALTO RIESGO



 PARTO

 CESAREA

SIN CONTROL PRENATAL



 PARTO

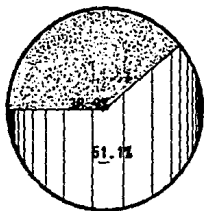
 CESAREA


FUENTE : EXPEDIENTES CLINICOS HGO. 4


CUADRO Y GRAFICA 13
PATOLOGIA FETAL ESPECIFICA
TALLA BAJA DE PRODUCTOS DE EMBARAZADAS CON BAJO Y ALTO RIESGO
REPRODUCTIVO. U.M.F. 8 Y SIN CONTROL PRENATAL. H.G.O. 4

TALLA	BAJO RIESGO		ALTO RIESGO		SIN CONTROL PRENATAL		
	PRODUCTOS	%	PRODUCTOS	%	TALLA	PRODUCTO	%
- 1.49 Mts.	52	61.1	17	29.8	- 1.49 mts.	13	6.1
+ 1.50 Mts.	33	38.9	40	70.2	+ 1.50 mts.	201	93.9
	<u>85</u>	<u>100.0</u>	<u>57</u>	<u>100.0</u>		<u>214</u>	<u>100.0</u>

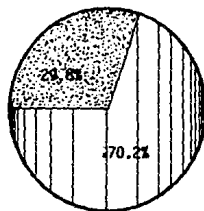
BAJO RIESGO





 -1.49 Mts.

 +1.50 Mts.

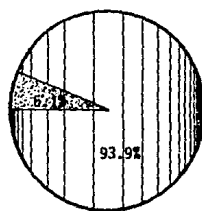
ALTO RIESGO





 +1.50 Mts.

 -1.49 Mts.

SIN CONTROL PRENATAL



 +1.49 Mts.

 -1.50 Mts.

FUENTE: EXPEDIENTES CLINICOS H.G.O. 4

ANÁLISIS

Este estudio constituye la experiencia inicial para establecer un modelo predictivo propio de nuestra población, aplicable a la identificación de factores tanto maternos como perinatales.

Se establecieron subdivisiones de los factores de riesgo para una mayor comprensión de los mismos, iniciando con datos generales en que se observó una mayor -- proporción de embarazadas de bajo riesgo reproductivo siendo de un 23.8%. De embarazadas con alto riesgo la proporción fué de 16% y en el grupo de sin control prenatal que fueron atendidas en el H.G.O. 4, que acudieron a atención de parto y que se consideró que no llevaron control prenatal previo fué del 60% .

Se encuentra una mayor proporción de consultas prenatales en los dos grupos de - embarazadas atendidas en la U.M.F. 8 teniendo de 4 a 6 consultas como promedio y en menor proporción de 7 a 10 consultas. Lo recomendable es que se lleve un promedio ideal de 10 a 12 consultas prenatales.⁽¹⁾

Se encontraron con mayor frecuencia edades maternas de 20 a 30 años consideradas como normales e ideales para la reproducción en los tres grupos estudiados, ya que es entonces cuando se cuenta con la madurez biológica, psicológica y social suficiente para que su gestación se desarrolle adecuadamente y desempeñe bien su papel de madre.

La mayor población entre los tres grupos se encontró en un peso de 50 a 59 kilos, otro factor a favor para evitar una serie de complicaciones perinatales.

La talla materna mayor de 1.50 mts. es similar y alta en los grupos de bajo y -- alto riesgo reproductivo, no siendo así en el grupo de sin control prenatal, ya que ocupó el segundo lugar de frecuencia.

Los estudios a nivel de secundaria los han cursado la mayor parte de la población de embarazadas de los tres grupos observados, siguiendo en frecuencia primaria y bachillerato. Se tiene un índice muy bajo a nivel de licenciatura.

(1). Atención médica prenatal. Manual de Normas y Procedimientos en Obstetricia. IMSS. 1986.

La mayor parte de la población de los tres grupos estudiados la constituyen las que han tenido un embarazo disminuyendo la proporción con dos y tres embarazos previos. Este factor es importante puesto que no hubo mortalidad materna registrada en el lapso que comprendió la muestra (1986-1987), con ésto, se -- constata la relación entre paridad y número de gestaciones para tener un incremento marcado de riesgo para la mortalidad materna.

La proporción de abortos previos se determinó que es un porcentaje mínimo las que han tenido uno o dos abortos, sin haberse encontrado alguna razón para tomar tal determinación como portadora de alguna complicación post-abortiva.

Se encuentra un 10.5% de pacientes en el grupo de bajo riesgo y 7% de pacientes en el de alto riesgo que cuentan con más de 60 meses de periodo intergenésico, un 2.3% en el grupo de bajo riesgo y 3.5% con menos de 12 meses. La importancia radica en que los periodos intergestacionales cortos se han asociado con incidencia incrementada de anemia severa y complicaciones en el embarazo y parto. Así mismo, se han relacionado con una mayor frecuencia de prematuridad y bajo peso al nacer y consecuentemente con mayor mortalidad neonatal y postneonatal. Algunos autores consideran factor de riesgo a partir del mes número 18 (2) y ésto es importante de considerar ya que en nuestra Institución, de acuerdo a los forma tos AIF 7/85 se ha tomado a partir del 12vo. mes como factor de riesgo, aun -- dentro de límites inferiores se consideran normales.

Se encontró mayor proporción en el grupo de alto riesgo (10.5%) en comparación de los de bajo riesgo, referente a la prematuridad y ésto se asocia a la edad materna - menor de 20 años en que están íntimamente ligados a antecedentes obstétricos (niños prematuros o de bajo peso al nacer previos), complicaciones médicas generales (hipertensión crónica, lesión renal crónica, diabetes, cardiopatía, infecciones sistémicas agudas, tabaquismo excesivo, alcoholismo o drogadicción, anemia severa, - nutrición baja o excesiva), a complicaciones obstétricas, o bien, a anomalías del - tracto genital. (3)

-
- (2). Riesgo reproductivo. Jefatura de planificación familiar. IMSS. 1987
 (3). Atención médica prenatal. Manual de Normas y Procedimientos en Obstetricia. I.M.S.S. 1986.

Llama la atención que en el grupo de bajo riesgo se tenga 8.8% en el grado de - toxemia leve; 3.5% en el de moderada y de 1.1% en el de severa, en mayor - proporción que en los otros dos grupos estudiados y estas cifras son críticas puesto que la toxemia gravídica apareció como primera causa de mortalidad materna en nuestro país en el año de 1980, y su tendencia a recurrir en el 10% o más de los embarazos subsecuentes ratifican plenamente su particular importancia como grave factor de riesgo para las mujeres en edad reproductiva. (4) Este padecimiento se encuentra con mayor frecuencia en mujeres jóvenes menores de 20 y mayores de - 35 años. También hay relación con la morbimortalidad perinatal.

Se observa en el grupo de bajo riesgo, productos de bajo peso al nacer, asociado probablemente a la edad materna menores de 20 años, se ha encontrado un 28% - de riesgo de bajo peso al nacer cuando la madre ha tenido uno o dos nacimientos previos de bajo peso y se ha comprobado éste factor con los estudios socioeconómicos asociados a prematuridad y bajo peso al nacer.

Se tiene una relación aun frecuente del embarazo con la infección renal crónica - en los tres grupos estudiados y la probabilidad de que se produzcan ataques agudos de pielonefritis que aumentan la posibilidad de daño renal permanente con disminuciones de la función renal y el incremento de la presión arterial conforme el embarazo evoluciona. La infección crónica de las vías urinarias está presente hasta en un 10% de todas las embarazadas. (5)

Dentro de las variables que se detectaron en patología propia durante el embarazo, la frecuencia de la toxemia se observó con mayor incidencia en el grupo de bajo riesgo continuando en el de alto riesgo, teniendo mayor frecuencia con el grado -- leve y disminuyendo progresivamente en moderada y severa. Las consideraciones similares a las comentadas en antecedentes obstétricos.

En cuanto a las infecciones de vías urinarias se encontró una relación alta de -- cursar con este proceso en primigestas y en multigestas así como productos con baja talla y peso al nacer.

(4). Fascículo 1. Instrucción programada dirigida a médicos familiares. La mortalidad materna y sus cinco principales causas en el I.M.S.S. 1985.

(5) Riesgo reproductivo. Jefatura de planificación familiar I.M.S.S. 1987.

En la vía de resolución vaginal se observó una mayor proporción en los tres grupos no obstante, fue alta la incidencia de aplicación de fórceps por alteración del expulsivo prolongado y sufrimiento fetal agudo, siendo la mayor incidencia en el grupo considerado de bajo riesgo y la mayoría de las pacientes multíparas.

En el rubro de planificación familiar se emplea con mayor frecuencia el método reversible de tipo local que es el D.I.U. Tcu en los tres grupos estudiados, - siendo un porcentaje menor que no los aceptó. Solamente se usa la técnica de ligadura y resección para la oclusión tubaria bilateral, y como se esperaba, la mayor frecuencia se realizó en el grupo de alto riesgo.

Se obtuvo una proporción de 3.5% en el grupo de alto riesgo para la variable de parto de producto inmaduro en comparación con el de bajo riesgo.

Se considera aun alta la frecuencia de las complicaciones secundarias de la ruptura prematura de membranas (consideradas después de las 6 horas) y que se presentaron cualitativamente similares en los grupos de bajo y alto riesgo, no así en el de sin control prenatal. Esta causa, condicionó hospitalización previa para ratificar diagnóstico, valorar empleo de antimicrobianos, inicio de complicaciones y valorar la - vía de resolución. Esta variable en otro estudio efectuado por Ruelas-Orozco ⁽⁶⁾ lo considera como posibilidades imprevisibles en el curso del embarazo omitiéndolas - de su estudio.

Se resolvieron por vía abdominal 3 casos de embarazos por presentación pélvica, - llamando la atención que ocurrieron en el grupo de bajo riesgo y que fueron atendidos en la U.M.F.8 y que además se canalizaron al HGO-4 para atención obstétrica no encontrando complicaciones transoperatorias y postquirúrgicas, ni datos de alguna facies característica a la exploración física del recién nacido para permitir decir que se trata de un producto en presentación pélvica y que tales características consisten en: Escafocefalia (cabeza en occipicio prominente al igual que el frontal, retrognatia y a veces, deformidad en ángulo de mandíbula por compresión del hombro), actitud de "confort", edema o equimosis de vulva y en el hombre es frecuente el hidrocele, malformaciones congénitas u otros. ⁽⁷⁾ No hubo defunciones.

-
- (6) Ruelas-Orozco G., Guzmán J., Malacara J.M. Los factores de riesgo - de la mortalidad perinatal en un estudio de casos y controles. Bol. Med. Hosp. Infantil Mex. 42 (3) Marzo, 1985.
- (7) Gómez M., Jiménez, E., Zurco, D., de la Luna E., Mendoza A. Resolución del Embarazo en presentación pélvica. Bol. Med. Hosp. Infantil Mex. 40 (10) Octubre 1983.

Ninguno se resolvió por vía vaginal y tres casos se clasificaron en incompleta y cinco en completa.⁽⁸⁾

Se presentaron casos únicos en los tres grupos estudiados, de laceraciones vaginales, distocia de partes blandas e hipotonía uterina postparto.

No se observó ninguna muerte materna durante el lapso estudiado (1986-1987) de pacientes adscritas a la U.M.F.

Factor perinatal. En cuanto a edad gestacional se observó un mínimo porcentaje (2.3%) de productos postmaduros en los grupos de bajo riesgo y sin control prenatal. Hubo 4 casos en el de bajo y alto riesgo y 21 casos en el grupo sin control prenatal

Sufrimiento fetal agudo caracterizado por taquicardia ocurrió en el 3.5% y bradicardia 2 casos en el de bajo riesgo y sin control prenatal y en el grupo de alto riesgo 3 casos.

Es muy baja la frecuencia de productos con bajo peso al nacer, teniendo 4 casos en los grupos de bajo y alto riesgo y más alta la frecuencia en el de sin control prenatal ya que ocurrió en 18 casos (8.4%).

Hubo 4 casos que tuvieron calificación de 5 a 7 en la valoración de Apgar al momento de nacer en el grupo de bajo y alto riesgo.

Dentro de la patología fetal específica se encontró una grande proporción de talla baja, ya que en el grupo de bajo riesgo fue del 61% de los productos y del 29.8% en el grupo de alto riesgo, y 6% en el grupo sin control prenatal. Estos resultados no deberían de encontrarse en una población donde se ha llevado a cabo una vigilancia médica periódica.

Se encontró un 20% en el grupo de bajo riesgo con productos que presentaban circulares de cordón y 8.7% en el de alto riesgo, y en menor frecuencia (2%) en el de sin control prenatal; siendo éste otro factor de los considerados como indicador de producción de S.F.A. o bien condicionante de mortalidad neonatal.

(8) Alvarado-Durán A., Esperanza-Aguilar A., Peralta Ramírez S. Parto pélvico. Ginecol. Obstet. Mex., 1965: 20: 1167-1174.

Hubo 4 casos (4.7%) de óbitos en el grupo de bajo riesgo y de 2 casos (0.9%) en el de sin control prenatal, ocurriendo la mayoría al final del embarazo por las siguientes causas: Por toxemia severa, ruptura prematura de membranas de más de 96 horas, se presentaron casos de ictericia en el 2.5% de los recién nacidos, teniendo un solo caso con hiperbilirrubinemia que ameritó exanguíneo transfusión.

Malformaciones congénitas. En el grupo de bajo riesgo se detectó probable trisomía 13 ó 18 con queilospalatosquisis más atresia de esófago en madre de 18 años y primigesta con resolución de embarazo a término, sexo mujer y peso de 2;00 kgs., con apgar de 7/7 y microtia (talla baja).

También se detectó 1 caso de C.I.V. en madre de 26 años, primigesta con amenaza de parto pretermino a las 34 semanas y cursar con toxemia.

Otro caso de PCA + CIV. en madre de 15 años, secundigesta, embarazo a término.

En el grupo de alto riesgo se detectó 1 caso de paladar hendido, de madre de 25 años con antecedente de 1 embarazo molar, resuelto el parto por fórceps por D.C.P. obteniendo mujer de 3.100 y apgar de 8/9.

En el grupo de sin control prenatal se dio un caso de ano imperforado de madre de 35 años y primigesta que cursó con embarazo a término, masculino, peso y apgar normales.

Criptorquidea bilateral en hijo de término y peso normal en madre primigesta de 20 años.

Luxación congénita de cadera en madre primigesta de 26 años con resolución de -- parto por cesárea, con producto femenino de 3,900 kgs., de peso. Aparte se detectó una probable facies de appert y un caso de apéndice perianal.

La proporción de malformaciones congénita fue de 2.1% que sería importante hacer las comparaciones con el trabajo de Zafra-de la Rosa (9).

(9) Zafra-de la Rosa, Canon. Serrano S. Indicadores de crecimiento intrauterino en 105 recién nacidos con malformaciones congénitas externas. Bol. Médico del Hospital Infantil, Mex. 41 (2) Febrero de 1984.

CONCLUSIONES

Se observó una desproporción cuantitativa entre los grupos de bajo riesgo reproductivo, alto riesgo reproductivo y el de sin control prenatal.

Que no se ha llevado a cabo por el médico familiar la cantidad ideal de consultas prenatales (10 a 12) a consecuencia de varias causas: por falta de información de Jefatura de Departamento Clínico, por ignorancia del médico familiar o porque en la hoja MF-7/85 tiene hasta 10 espacios para cada consulta.

La mayor proporción de las embarazadas en los tres grupos está comprendida entre los 20 y 30 años. En igual proporción las que tienen tallas mayores de 1.50 mts.

El mayor estudio académico es a nivel secundaria, siguiéndole estudios primarios en embarazadas con bajo y alto riesgo.

Es muy bajo el índice de pacientes que presentan multigravidez y entre toda la población muestreada no se detectó alguna muerte materna.

Es muy bajo el índice de frecuencia de la paridad y abortos previos en los tres grupos estudiados.

Es mayor la frecuencia de prematurez en el grupo de alto riesgo que en el resto de la población y se han asociado: antecedentes obstétricos, complicaciones médicas generales, complicaciones obstétricas o anomalías del tracto genital.

Es alta la frecuencia de toxemia en las embarazadas clasificadas en bajo riesgo, lo que implica otorgar mejor atención en el control prenatal desde el inicio de la gestación.

Es alta la frecuencia de prematuros en el grupo de bajo riesgo, así como de productos con bajo peso al nacer.

Es aun alta la frecuencia de infección de vías urinarias en embarazos tanto de primigestas como de multigestas.

Dentro de la patología propia del embarazo es aun alta la morbilidad del embarazo con la toxemia en sus tres grados, no detectando eclampsia o mortalidad materna.

Es alta la aplicación de fórceps por alteración de expulsivo prolongado y sufrimiento fetal agudo, observado con mayor frecuencia en primigestas.

Es un buen programa institucional implantado para la regulación de la fertilidad el método local (DIU Tcu), sería productivo saber la cantidad que se han expulsado.

Se sigue utilizando la técnica de ligadura y resección (Pomeroy) para la oclusión tubaria bilateral.

Es alta la frecuencia de la presentación pélvica en embarazadas con bajo riesgo reproductivo (9.4%) y llamó la atención la ausencia de facies características, - así como malformaciones congénitas. La vía de resolución que fue utilizada fue la abdominal. No hubo mortalidad perinatal.

No se observó ningún caso de mortalidad materna.

Se observaron muy pocos casos de productos postmaduros.

Es baja la frecuencia de productos con bajo peso al nacer.

Es alta la frecuencia de productos con talla baja en productos a término.

Es alta la frecuencia de circulares de cordón en productos a término y que han condicionado patología fetal específica, predominando la hipoxia perinatal.

En los casos de óbitos, se consideran como causas principales, las producidas - por toxemia severa y ruptura prematura de membranas.

Se encontró una frecuencia de 2.1% de malformaciones congénitas en los tres grupos de estudio.

COMENTARIOS

SUGERENCIAS

Se han realizado numerosos estudios referentes a la morbimortalidad materna y perinatal en todos los países del orbe, y todos con la finalidad de encontrar nuevos métodos de detección, programas nacionales e institucionales, capacitación de trabajadores de salud no profesionales y personal médico a fin de -- ofrecer un mínimo de bienestar, atención médica obstétrica adecuada y necesaria para disminuir paulatinamente hasta abatir las cifras de morbilidad y mortalidad en nuestra población asegurada. No obstante de los problemas económicos, políticos y sociales por los que atraviesa nuestro país y aunado el recorte de apoyo financiero en todos los rubros y en especial de seguridad social, - vemos que habrá que lograr un cambio de actitud en todo el personal que ofrece servicios para fomentar individualmente un ideal similar al que menciona Ignacio Chávez, el panorama seguirá empeorando mientras no "admitamos, los que sirven y los que son servidos; los que enseñan y los que aprenden; los satisfechos y los rebeldes; que la vida social (y la salud comunal) no habrá de limpiarse y no cobrarán su rumbo hacia la dignidad y todo lo que ello implica, sino cuando todos ajustemos (nuestra vida y nuestras acciones) a las normas de honestidad (para con nosotros mismos y para con los demás) " al afán generoso de servicio al prójimo, a la congruencia entre lo que se piensa y lo que se hace, sin mistificaciones ni memetismos . Lo que no sea eso, seguirá siendo engaño, cuando no delito, contra el hombre."

Considero que los resultados de este estudio son muy valiosos porque se constatan las repercusiones en la mujer gestante y/o en el producto cuando no se - lleva a cabo una adecuada atención prenatal.

Es importante porque ofrece muchos datos sobre riesgo reproductivo propios de nuestra población, ya que son resultados de pacientes pertenecientes a nuestra Unidad de Medicina Familiar número 8. Y porque ofrece campo de investigación para cualquier variable que se pretenda estudiar con un fin estadístico o comparativo a otras unidades de esta delegación, o bien, a otras instituciones del sector salud.

Por último, es necesario poner en nuestra práctica médica el siguiente decálogo:

1. Nacer de padres preparados para el proceso de la reproducción y que deseen su advenimiento.
2. Nacer de madre con buen estado nutricional.
3. Nacer de madre que no consuma tóxicos (cigarrillo, alcohol, drogas) durante su gestación.
4. Nacer de parto normal y sólo excepcionalmente de parto operatorio.
5. Nacer asistido por persona capacitada para atenderlo adecuadamente en los primeros minutos de vida, preservando la integridad de su -- sistema nervioso.
6. Permanecer junto a su madre desde el nacimiento y recibir sus manifestaciones de amor, así como las de su padre.
7. Ser alimentado al seno materno lo más inmediato posible al nacimiento.
8. Tener vigilancia profesional durante su crecimiento y desarrollo para detectar y tratar oportunamente sus desviaciones.
9. Ser inmunizado contra las enfermedades prevenibles.
10. Tener un ambiente familiar y social que le permita evolucionar óptimamente desde los puntos de vista biológico, psicológico y social, a fin de ser útil a su comunidad.

Para tí Roxy que sin tu invaluable ayuda no hubiera sido posible ésta tesis. Gracias.

la época precortesiana

Bibliografía

1. Sahagún B DE; Historia General de las Cosas de Nueva España.
4ta ed. México. Editorial Porrúa, SA, 1979.
2. León Portilla M. La filosofía Nahuatl. ESTUDIADA en sus fuentes
4a. Ed México; Instituto de Investigaciones Históricas. UNAM 1978
3. Caso A: La Religión de los Aztecas, México. Enciclopedia Ilustrada
Mexicana, 1936.
- 4.- Caldeyro-Barcia S. Physiological and psychological bases for the
modern and humanized management of normal labor. Conferencia pre-
sentada en el Congreso del Año Internacional del Niño, Tokio, Ja-
pón, Octubre 21, 22 de 1979.
5. León N: La Obstetricia en México. Notas bibliográficas, étnicas,
históricas, documentarias y críticas, de los orígenes históricos
hasta el año 1910. Año del Centenario. México: tipografía de la Vda
de F Díaz de León Sucrs. 1910.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

BIBLIOGRAFIA**RIESGO REPRODUCTIVO**

1. Effects of Childbearing on maternal Health. Population Reports. Serie J, Number 8, November 1975.
2. Adolescent fertility. Population Reports, Serie J, Nº 10, Agosto 1976.
3. Perkin, G.W. Assessment of reproductive risk in nonpregnant women. Am. J. Obst. And Gynec. 101 (5), July, 1968.
4. Stuart, I.R. and Wells, C.F.: Pregnancy in adolescence. Van Nostrand Reinbold Co., 1982.
5. Naeye, R.L., Maternal Age, Obstetrics Complications and the outcome of pregnancy. Obstetrics and Gynecology, 61 (2), Feb. 1983.
6. Edwards, L.E., Alton, I.R., Barrada, M.I. Hakanson, E.Y. Pregnancy in the underweight woman course outcome, and growth patterns of the infant. Am. J. Obstet. Gynecol. 135 (3): 297, 1973.
7. Hobcraftt, J., Mc.Donal, J.W., Rutstein, S. Child Spacing effects on infant and early child mortality. Population index, 49 (4) winter, 1983.
8. Winikoff, B. The Effects of Birth spacing on child and maternal Health. Studies in Family Planning, Vol. 14, Nº 10, Oct. 1983.
9. Babson, S.G. and Benson, P.C. Management of high-risk pregnancy and intensive care of the neonate. The C.V. Mosby Company, 1971.
10. O'Sullivan, J.F., the hazards associated with multiparity. Journal of obstetrics and gynecology of the British Commonwealth. 70 (1963).
11. Pritchard, J.A. y Mc.Donald, P.C. Williams Obstetricia. Salvat Mexicana de Ediciones, 1980.
12. Rowland C.J., Cates, W., Tietze, Ch., The effects of induced abortion on subsequent reproduction. Epidemiologic Reviews, Vol. 4, 1982
13. Necesidades esenciales en México. Vol.4, Salud, COPLAMAR. Ed. Siglo XXI. México. 1982.
14. Salud Materno Infantil y Atención Primaria en las Américas. Organización Panamericana de la Salud. Publicación Científica Nº 461, México, 1984.
15. Shapiro, S., Mc.Cormick, M.C. Starfield, B.M.; Krischer, J.P., Bross, D. Relevance of correlates of infant deaths for significant morbidity at 1-year of age. Am. J. Obstet. Gynecol. 136 (3). Feb. 1980.
16. Schneider, J., Repeated Pregnancy Loss, Clinical Obstetrics and Gynecology, 16 (1), March, 1973.

17. La Toxemia del Embarazo. Conferencias del Curso Monográfico sobre la Toxemia del Embarazo. I.M.S.S., México, 1964.
18. Kaltreider, F., Johnson, J.W., Patients at high risk for low-birth weight delivery. Am. J.Obstet. Gynecol. 124 (3). 1976.
19. Babson-Pernoll-Benda. Diagnosis and management of the fetus and neonate risk, The C.V. Mosby Company. 1980.
20. Bakketeig, L.S., Hoffman, H.J., Harley, E.E. The tendency to repeat gestational age and birth weight in successive births. Am. J.Obstet Gynecol. 135: 1086, 1979.
21. Levkoff, A.H.; Milton, W., Miller, M.C., Michel, Y., Maternal risks - factors in infants with very low birthweight. Obstetrics and Gynecology, 60 (5), Nov. 1982.
22. Benson, R.C. Diagnóstico y Tratamiento Ginecoobstétrico. El Manual Moderno, Méx. 1982.
23. Hurd, W.W.; Miodornik, M., Hertzberg, V., Lavin, J.P.; Selective Management of abruption placentae: A prospective study. Obstetrics and Gynecology. Vol. 61, Nº 4, April. 1983.
24. Lemons, J.A.; Vargas, P., Delaney, J.J. Infants of the Diabetic Mother: Review of 225 cases. Obstetrics and Gynecology, 57 (2) Feb. 1981.
25. Day, R.E., Insley, J., Maternal diabetes mellitus and congenital malformation: Survey of 205 cases. Arch. Dis. Child. 51, Dec. 1976.
26. Sibai, B.M., Abdella, T.N., Anderson, G.D., Pregnancy outcome in 211 patients with mild chronic hipertension. Obstetrics and Gynecology. 61 (5), May. 1983.