



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

24  
209  
J

FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO  
HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA"  
I.S.S.S.T.E.

**"RIESGO REPRODUCTIVO.  
IMPACTO EN LA POBLACION"**

**TESIS DE POSTGRADO**

QUE PARA OBTENER EL TITULO EN;  
LA ESPECIALIDAD DE  
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA  
P R E S E N T A :

**DRA. AMALIA TERESA CABRERA MALPICA**

ASESOR Y DIRECTOR DE TESIS:  
**DR. CARLOS VARGAS GARCIA**



**ISSSTE**

MEXICO, D F.,

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

1988



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## INDICE

	PAG.
1. INTRODUCCIÓN _____	1
2. MARCO TEÓRICO _____	4
3. JUSTIFICACIÓN _____	15
4. OBJETIVOS _____	17
5. MATERIAL Y MÉTODOS _____	18
6. RESULTADOS _____	20
7. ANÁLISIS _____	25
8. CONCLUSIONES _____	27
9. BIBLIOGRAFÍA _____	29

## 1. INTRODUCCION

## 1. INTRODUCCION

ES HASTA NUESTRO SIGLO QUE SE HA LOGRADO LA ACEPTACIÓN GENERAL DE LA SUPERVISIÓN MÉDICA DURANTE EL EMBARAZO.

EN ÉPOCAS ANTERIORES, EL PAPEL DEL MÉDICO SE LIMITÓ A LA ATENCIÓN DE LA MUJER EN EL TRABAJO DE PARTO Y EN EL MOMENTO DEL PARTO.

EL MÉDICO SÓLO ERA LLAMADO CUANDO SURGÍAN COMPLICACIONES DURANTE EL EMBARAZO, PERO UNA ATENCIÓN PRENATAL RUTINARIA TAL Y COMO HOY LA ENTENDEMOS ERA INCONCEBIBLE.

EN EL SIGLO XVII, UNOS POCOS OBSTETRAS RECONOCIERON LA IMPORTANCIA DE LA ATENCIÓN PRENATAL. EN EL LIBRO DE MARICEAU, POR EJEMPLO SE ENCUENTRA LA SIGUIENTE AFIRMACIÓN: "LA MUJER EMBARAZADA ES COMO UN BARCO EN UNA TORMENTA, CON UN MAR LLENO DE ALTAS OLAS, Y UN BUEN PILOTO QUE LLEVE EL BARCO DEBE GUIARLO CON PRUDENCIA SI QUIERE EVITAR QUE NAUFRAGUE".<sup>1</sup>

ENTRE LOS AÑOS 1800 Y 1840, EN FRANCIA, SE PUBLICARON TESIS DOCTORALES SOBRE LA HIGIENE DE LA MUJER EMBARAZADA, PERO LA MAYOR PARTE CONTENÍAN POCO TRABAJO ORIGINAL Y CIENTÍFICAMENTE VALORABLE. EN LOS INICIOS DEL SIGLO XX, FINALMENTE, LOS OBSTETRAS HICIERON CONCIENTE EL AUMENTO DE SUS RESPONSABILIDADES DENTRO DEL CAMPO MÉDICO.

EN EL AÑO DE 1901, JOHN W. BALLANTYNE, TUVO ÉXITO AL LOGRAR EL ACCESO DE LAS MUJERES EMBARAZADAS PARA CUIDADOS ANTENATALES, EN LOS HOSPITALES, INSISTIENDO EN LA SUPERVISIÓN MÉDICA DE LAS PACIENTES OBSTÉTRICAS A LO LARGO DEL EMBARAZO Y NO SÓLO CUANDO SE ENCONTRABAN ENFERMAS O EN TRABAJO DE PARTO. SU ACCIÓN FUE SEGUIDA EN OTROS PAÍSES COMO FRANCIA Y ESTADOS UNIDOS, LOGRANDO UN DESCENSO EN EL ÍNDICE DE MORTALIDAD DE LOS NIÑOS RECIÉN NACIDOS Y DE LAS MADRES QUE RECIBIERON ESTE NUEVO TIPO DE SUPERVISIÓN, DE UN 17 AL 4.9%.<sup>1</sup>

EL PRIMER CENTRO DE MATERNIDAD EN LOS ESTADOS UNIDOS SE ESTABLECIÓ UNA DÉCADA MÁS TARDE, CON EL CLUB DE MUJERES DE LA CIUDAD DE NUEVA YORK, CON EL OBJETIVO ESPECÍFICO DE

SUMINISTRAR ATENCIÓN MÉDICA Y DE CRIANZA DE LOS NIÑOS A TODAS LAS MUJERES DEL DISTRITO DESDE EL INICIO DE SU EMBARAZO HASTA UN MES DESPUÉS DE EL PARTO.

LA PRESERVACIÓN DE LA SALUD DE LA MADRE Y EL NIÑO COMO UN COMPONENTE IMPORTANTE EN LA PRÁCTICA MÉDICA, SE HA INCREMENTADO DURANTE LOS ÚLTIMOS TREINTA AÑOS, DANDO COMO RESULTADO LA AMPLIACIÓN DE LOS CRITERIOS PREVENTIVOS Y LA EXTENSIÓN DEL ÁREA DE INTERÉS Y COMPROMISO DE LOS OBSTETRAS, MÁS ALLA DE LA RELACIÓN MICROSÓMICA MÉDICO-PACIENTE AL ESTUDIO DE GRANDES GRUPOS DE POBLACIÓN. CADA DÍA MÁS INVESTIGACIONES BASADAS EN DATOS DE MORBIMORTALIDAD MATERNA Y PERINATAL HAN SIDO ÚTILES PARA IDENTIFICAR AQUELLAS CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN QUE SE ASOCIAN MÁS FRECUENTEMENTE CON RESULTADOS DESFAVORABLES DEL EMBARAZO.

EL PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO DE LOS PAÍSES EN VÍAS DE DESARROLLO TIENEN COMO HECHOS CRÍTICOS LA MAGNITUD Y LA VULNERABILIDAD DEL SECTOR MATERNO INFANTIL, YA QUE ES UNO DE LOS GRUPOS MÁS SUSCEPTIBLES AL DAÑO REPRESENTADO POR LA ENFERMEDAD, LA INCAPACIDAD O LA MUERTE. LA SUSCEPTIBILIDAD PARA LAS MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA NACE DE LOS PROCESOS FISIOLÓGICOS TODA VEZ QUE MÚLTIPLES FACTORES DE RIESGO INCIDAN DENTRO DE LAS ETAPAS DE EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO, AFECTANDO A LA MADRE, EL FETO Y EL RECIÉN NACIDO.

ESTOS GENERADORES DE DAÑO SON INHERENTES A LA MADRE, YA SEA POR SU CONDICIÓN SOCIOCULTURAL Y ECONÓMICA O POR SUS CARACTERÍSTICAS BIOLÓGICAS Y PSÍQUICAS NATURALES O ADQUIRIDAS QUE SE ENCUENTRAN PRESENTES ANTES DEL EMBARAZO Y QUE VAN A TENER SUS MANIFESTACIONES DELETÉREAS EN ALGUNA ETAPA DE ÉSTE. EN CUANTO AL SECTOR INFANTIL LAS CIRCUNSTANCIAS RELACIONADAS CON LA GESTACIÓN, EL NACIMIENTO, EL CRECIMIENTO Y EL DESARROLLO, CONSTITUYEN FACTORES QUE INFLUYEN EN EL PRONÓSTICO DE SALUD Y DE VIDA.

EN NUESTRO PAÍS SE GENERAN APROXIMADAMENTE UN 30% DE EMBARAZOS DE ALTO RIESGO, SIN CONTAR CON AQUELLOS QUE TERMINAN EN ETAPAS TEMPRANAS - POR ABORTO (20%) YA SEA ESPONTÁNEO O INDUCIDO QUE POR REGLA TIENEN SEGURAMENTE FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS,<sup>2</sup>

ESTA SITUACIÓN DA COMO RESULTANTE UNA ALTA MORTALIDAD MATERNA Y PERINATAL. DE LO ANTERIOR SE DESPRENDE QUE CUANDO UNA MUJER SE EMBARAZA

TENIENDO FACTORES DE RIESGO REPRODUCTIVO, DA ORIGEN A EMBARAZOS DE RIESGO ELEVADO Y LA MAYORÍA DE LAS CAUSAS DE MUERTE MATERNO-INFANTIL Y ESPECIALMENTE PERINATAL, TIENEN SU ORIGEN EN ESTE TIPO DE EMBARAZOS.

ASÍ, EL EVITAR LOS EMBARAZOS EN EL GRUPO DE MUJERES CON RIESGO REPRODUCTIVO ELEVADO PUEDE DAR LUGAR A REDUCCIONES IMPORTANTES EN LOS DOS TIPOS DE MORTALIDAD SEÑALADOS.

## 2. MARCO TEORICO

## 2. MARCO TEORICO

¿ QUE SIGNIFICA RIESGO REPRODUCTIVO ?

UTILIZANDO SUS BASES CONCEPTUALES, SE LE PUEDE ENTENDER COMO " LA PROBABILIDAD (GRADO DE PELIGRO) QUE TIENEN TANTO LA MUJER EN EDAD FÉRTIL COMO SU PRODUCTO POTENCIAL, DE EXPERIMENTAR ENFERMEDAD, LESIÓN O MUERTE EN CASO DE PRESENTARSE UN EMBARAZO ",<sup>3</sup>

EL RESULTADO DE ESTE ELEVADO RIESGO REPRODUCTIVO, LO VEMOS REFLEJADO EN LAS ALTAS TASAS DE MORBIMORTALIDAD MATERNO INFANTIL.

LA MORTALIDAD MATERNA, ASÍ COMO LA MORTALIDAD EN EL MENOR DE 5 AÑOS, CONSTITUYEN ALGUNOS DE LOS INDICADORES QUE DEMUESTRAN CON MAYOR FIDELIDAD EL GRADO DE DESARROLLO ALCANZADO POR UNA POBLACIÓN.

EL ANÁLISIS DE LA MORTALIDAD EN EL MENOR DE 5 AÑOS REVISTE UNA IMPORTANCIA PARTICULAR EN LOS PAÍSES EN VÍAS DE DESARROLLO, YA QUE REPRESENTA UN SECTOR DE GRAN IMPORTANCIA POR SU MAGNITUD Y DETERMINA DE MANERA DECISIVA LA MORTALIDAD DE TODA LA POBLACIÓN.

LA FEDERACIÓN INTERNACIONAL DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEFINE A LA MUERTE MATERNA COMO EL FALLECIMIENTO DE UNA MUJER, DEBIDA A CUAL -- QUIER CAUSA MIENTRAS ESTÁ EMBARAZADA O DENTRO DE LOS 42 DÍAS QUE SIGUEN A LA TERMINACIÓN DEL EMBARAZO, INDEPENDIEMENTE DE LA DURACIÓN, EL SITIO O LA VÍA DE TERMINACIÓN.<sup>4,5</sup>

LA IMPORTANCIA DE DEFINIR LA MUERTE MATERNA RADICA EN LA NECESIDAD DE CLASIFICAR LAS MUERTES OCURRIDAS DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO, EVITANDO ASÍ EL SUBREGISTRO.

DE ACUERDO A SU CAUSALIDAD, LA MUERTE MATERNA SE CLASIFICA EN OBSTÉTRICA Y NO OBSTÉTRICA ( ÉSTA TAMBIÉN LLAMADA " NO RELACIONADA" ).<sup>4</sup>

LA MUERTE MATERNA OBSTÉTRICA CORRESPONDE A AQUELLAS DEFUNCIONES - QUE SON RESULTADO DE EVENTOS O COMPLICACIONES DEL EMBARAZO, PARTO O PUERPERIO.<sup>4</sup>

LA MORTALIDAD MATERNA HA MOSTRADO TENDENCIA GENERAL AL DESCENSO - EN LOS ÚLTIMOS 25 AÑOS. EN EL AÑO DE 1977, EN LOS ESTADOS UNIDOS, HABÍA UN ÍNDICE DE 9,4 MUERTES MATEERNAS POR CADA 100.000 NACIMIENTOS.<sup>1</sup> ESTE DESCENSO HA SIDO, EN GRAN PARTE, RESULTADO DEL NACIMIENTO DE LA - OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA COMO UNA ESPECIALIDAD RECONOCIDA, DEL USO -

MAYOR DE LOS HOSPITALES PARA EL PARTO, DEL RECONOCIMIENTO DE LA NECESIDAD DE LOS CUIDADOS ESPECIALES PARA LA EMBARAZADA DE ALTO RIESGO, DE LA DISPONIBILIDAD DE LOS ANTIBIÓTICOS PARA COMBATIR LA INFECCIÓN Y DE LAS TRANSFUSIONES SANGUÍNEAS, ASÍ COMO DE LA UTILIZACIÓN DE LAS UNIDADES DE RECUPERACIÓN EN EL POSTPARTO, DE LA MEJORA EN LA CALIDAD DE LA ANESTESIA, Y DEL ESTUDIO INTENSIVO DE LAS CAUSAS PREVISIBLES Y EVITABLES DE MORTALIDAD MATERNA.<sup>1</sup>

SE CALCULA QUE APROXIMADAMENTE NO SON MÁS DE 20 PAÍSES QUE EN EL MUNDO TIENEN TASAS DE MORTALIDAD MENORES A 5 POR 10,000 NACIDOS VIVOS, LLEGANDO EN ALGUNOS DE ELLOS A TASAS DE 0,5 Y 0,1 POR CADA 10,000 NACIDOS VIVOS. EN MÉXICO PARA EL AÑO DE 1981 SE CALCULABA UNA TASA DE 9,5 POR 10,000 NACIDOS VIVOS.<sup>5</sup> EN ESA ÉPOCA Y ES PROBABLE QUE AÚN EN EL MOMENTO ACTUAL, LA MUERTE MATERNA OCUPE EL SEGUNDO LUGAR COMO CAUSA DE FALLECIMIENTO EN MUJERES ENTRE 15 Y 44 AÑOS DE EDAD.

LA MORTALIDAD MATERNA DE MUCHAS DE LAS INSTITUCIONES DEL SECTOR SALUD ES COMPARABLE A LA DE ALEMANIA FEDERAL O DE JAPÓN EN EL AÑO DE 1969 ( 5 POR 10,000 NACIDOS VIVOS ) Y SUPERIOR EN MÁS DE 100% A LA DE PAÍSES MUY DESARROLLADOS COMO SUIZA, ISRAEL Y SUECIA. ESTAS TASAS SE PUEDEN COMPARAR A LAS DE LOS ESTADOS UNIDOS Y CANADÁ PARA LOS AÑOS DE 1950 A 1972.

EN UN TRABAJO REALIZADO EN EL HOSPITAL REGIONAL "20 DE NOVIEMBRE", DEL ISSSTE, SE ENCONTRÓ QUE DESDE EL AÑO DE 1961 A 1986 HUBO UN TOTAL DE 121,781 NACIDOS VIVOS, CON UN TOTAL DE 191 MUERTES MATERNAS; CON UNA TASA DE MORTALIDAD MATERNA TOTAL DE 15,68 POR 10,000 NACIDOS VIVOS, Y UNA TASA DE MORTALIDAD OBSTÉTRICA DIRECTA E INDIRECTA DE 14,94 POR 10,000 NACIDOS VIVOS.<sup>6</sup>

DESDE EL PUNTO DE VISTA INTERNACIONAL ENCONTRAMOS TASAS DE MORTALIDAD TAN BAJAS COMO DE 2,05 POR 10,000 NACIDOS VIVOS EN LOS ESTADOS UNIDOS, 4,21 EN ISRAEL Y 5 POR 10,000 NACIDOS VIVOS EN ALEMANIA; EN CONTRASTE LOS PAÍSES AFRICANOS COMO UGANDA QUE TIENE UNA TASA DE 137 POR 10,000 NACIDOS VIVOS.<sup>5,7,8</sup>

EN EL ESTADO DE NUEVO LEÓN EN 1984, SE REPORTA UNA TASA DE 4,85 -- POR 10,000 NACIDOS VIVOS DE MORTALIDAD MATERNA, CON UN TOTAL DE 80,531 NACIDOS VIVOS PARA EL MISMO AÑO.<sup>9</sup>

DE 1960 A 1983, COSTA RICA, CUBA Y URUGUAY MOSTRARON TASAS QUE VAN DE 12.6, 11.6 Y 11.7 A 2.6, 4.5 Y 3.9 MUERTES MATERNAS POR 10.000 NACIDOS VIVOS RESPECTIVAMENTE.<sup>4</sup> COLOMBIA Y MÉXICO MOSTRARON CAMBIOS DE 25.9 Y 19.3 A 11.7 Y 9.1 PARA LOS MISMOS AÑOS, EN CAMBIO, ECUADOR Y PARAGUAY TUVIERON REDUCCIONES MUY DISCRETAS QUE VAN DE 27.0 Y 32.7 A 18.0 Y 31.1 RESPECTIVAMENTE.<sup>4</sup>

EN NUESTRO PAÍS Y OTROS SIMILARES LA PREECLAMPSIA Y LA ECLAMPSIA, HEMORRAGIA, INFECCIÓN Y ABORTOS SON LOS RESPONSABLES DE CASI DOS TERCERAS PARTES DE LAS MUERTES MATERNAS.<sup>4,5,6,10</sup> SE OBSERVA EN ÚLTIMAS FECHAS UN INCREMENTO DE LAS MUERTES MATERNAS SECUNDARIAS A SEPSIS MUY PROBABLEMENTE DEBIDO A ABORTOS CRIMINALES EN MEDIOS ASÉPTICOS.

SE HA OBSERVADO UN AMPLIO CONTRASTE EN LAS TASAS DE MORTALIDAD MATERNA ENTRE PAÍSES DESARROLLADOS Y PAÍSES EN VÍAS DE DESARROLLO, INCLUSIVE EN UN PAÍS DESARROLLADO EXISTEN DISPARIDADES ENTRE DIVERSOS GRUPOS DE POBLACIÓN CLASIFICADOS DE ACUERDO CON LA RAZA, NIVEL SOCIOECONÓMICO O EDAD.

ESTAS DIFERENCIAS TIENEN SU ORIGEN PRINCIPALMENTE EN FACTORES SOCIALES Y ECONÓMICOS QUE COLOCAN A LAS MUJERES DE PAÍSES SUBDESARROLLADOS EN DESVENTAJA EN RELACIÓN A LA CALIDAD DEL TRATAMIENTO Y FACILIDADES MÉDICAS, EL MOMENTO Y FRECUENCIA DE LA ATENCIÓN PRENATAL, LA DISPONIBILIDAD DE SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR, ESTADO GENERAL DE NUTRICIÓN Y SALUD.

LA MUERTE OBSTÉTRICA DIRECTA (TOXEMIA INFECCIÓN Y HEMORRAGIA) SIGUE SIENDO EN NUESTRO PAÍS LA CAUSA PRINCIPAL DE MUERTE MATERNA Y EN LOS PAÍSES DESARROLLADOS ESTAS CAUSAS OCUPAN DESDE HACE VARIOS AÑOS EL SEGUNDO LUGAR; LAS CAUSAS FUNDAMENTALES DE FALLECIMIENTO EN LOS PAÍSES DESARROLLADOS SON COMPLICACIONES MÉDICAS COMO DIABETES, CARDIOPATÍA, ETC., QUE EN CONJUNTO INTEGRAN LAS MUERTES OBSTÉTRICAS INDIRECTAS. SIN EMBARGO EN OTRO ESTUDIO REALIZADO EN ESTADOS UNIDOS ENTRE 1974 Y 1978, SE ENCONTRÓ QUE LAS CAUSAS MÁS FRECUENTES DE MUERTE MATERNA ERAN: EMBOLISMO, ENFERMEDAD HIPERTENSIVA DEL EMBARAZO, HEMORRAGIA OBSTÉTRICA E INFECCIÓN OBSTÉTRICA.<sup>11</sup>

OTRO DE LOS PROBLEMAS ES LA MATERNIDAD NO DESEADA PRESENTE EN MUJERES ADOLESCENTES, CUYA VISIÓN DEL MUNDO CAMBIA COMPLETAMENTE AL CONVER-

-TIRSE EN MADRES PUES SE ALEJAN DE LA ESCUELA, TIENEN MENOR ESTABILIDAD MARITAL, MENOR SEGURIDAD ECONÓMICA, CON NIÑOS MENOS SALUDABLES. POCAS SON LAS ADOLESCENTES QUE PLANEAN O DESEAN UN EMBARAZO. CERCA DE 1.2 MILLONES DE MUJERES ADOLESCENTES SE EMBARAZAN CADA AÑO EN EL PAÍS.<sup>12</sup>

LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS CONSTITUYEN EL 14 POR CIENTO DE LA POBLACIÓN TOTAL EN LOS PAÍSES EN VÍAS DEL DESARROLLO, PERO CONTRIBUYEN HASTA CON UN 80 POR CIENTO DE LAS MUERTES TOTALES POR AÑO. EN CAMBIO EN LOS PAÍSES DESARROLLADOS, EL SECTOR MENCIONADO CONSTITUYE SÓLO EL 8 POR CIENTO DE TODA LA POBLACIÓN Y CONTRIBUYE ÚNICAMENTE CON EL 3 POR CIENTO DE LA MORTALIDAD GENERAL. EN MÉXICO ESTE GRUPO REPRESENTA EL 13,8 POR CIENTO DE LA POBLACIÓN Y ORIGINA APROXIMADAMENTE EL 25 POR CIENTO DEL TOTAL DE DEFUNCIONES.<sup>14</sup>

LOS NIÑOS DE PAÍSES DESPROTEGIDOS ECONÓMICA Y SOCIALMENTE TODAVÍA ENFRENTAN UN RIESGO SIGNIFICATIVAMENTE MAYOR DE MORIR DURANTE EL PRIMER AÑO DE VIDA QUE AQUELLOS NIÑOS DE PAÍSES DESARROLLADOS. LA MORTALIDAD INFANTIL VARÍA MÁS DE ACUERDO CON EL PESO AL NACER QUE CUALQUIER OTRA CARACTERÍSTICA MATERNA O INFANTIL. EL BAJO PESO AL NACER ES EL FACTOR MÁS IMPORTANTE EN LA MORTALIDAD NEONATAL. JUNTO CON OTRAS INFLUENCIAS DURANTE EL PERÍODO POSTNATAL.<sup>16</sup> OTROS FACTORES ADEMÁS DE LA CALIDAD DE LOS CUIDADOS RECIBIDOS POR LA MADRE Y EL NIÑO TIENEN GRAN INFLUENCIA EN LA MORTALIDAD, PARTICULARMENTE AQUELLOS ASOCIADOS CON EL BAJO PESO AL NACER.

LOS FACTORES QUE A TRAVÉS DE LA LITERATURA SE HAN REPORTADO COMO RELACIONADOS CON EL PESO AL NACER SON LOS QUE SE SEÑALAN A CONTINUACIÓN: DE ORDEN BIOLÓGICO: TAMAÑO DE LA PLACENTA; EDAD DE LA MADRE, PARIDAD, HISTORIA REPRODUCTIVA PREVIA, PESO PREVIO AL EMBARAZO, ENFERMEDADES MATERNAS, TALLA MATERNA, ALIMENTACIÓN DE LA MADRE, CONSUMO DE TABACO, ALCHOL Y DROGAS ESTIMULANTES DURANTE EL EMBARAZO, DE ORDEN SOCIAL: NIVEL ECONÓMICO, NIVEL DE ESCOLARIDAD DE LA MADRE, ESTADO CIVIL DE LA MADRE, OCUPACIÓN DEL PADRE Y CONDICIONES DE VIVIENDA.<sup>17, 18</sup>

LA ENFERMEDAD HIPERTENSIVA DEL EMBARAZO ES OTRO EVENTO MUY DESFAVORABLE, QUE SE OBSERVA EN EL 15% DE LOS EMBARAZOS. LOS PROBLEMAS PLACENTARIOS ESTAN PRESENTES EN 23%, CON INSERCIÓN ANORMAL DE PLACENTA EN LAS DOS TERCERAS PARTES Y DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA NORMOINSER-

-TA EN LA OTRA, <sup>19</sup> LA MORTALIDAD EN EL NEONATO ESTUVO CONDICIONADO EN 74% POR INMADUREZ-PREMATUREZ, CONFIRMANDO QUE A MENOR PESO DEL PRODUCTO, MAYOR ES LA MORTALIDAD, ESPECIALMENTE EN MENORES DE 1,500 GR, CON LA MITAD DE ELLOS CON INSUFICIENCIA RESPIRATORIA GRAVE, POR DEFICIENCIA DEL AGENTE TENSOACTIVO PULMONAR, ASÍ COMO LA PATOLOGÍA PROPIA DEL PREMATURO COMO HEMORRAGIA, TANTO INTRAVENTRICULAR COMO PULMONAR, E INFECCIÓN POR DEFICIENCIA INMUNOLÓGICA A ESTA EDAD. OTRO FACTOR SIGNIFICATIVO DE MORTALIDAD NEONATAL FUERON LAS MALFORMACIONES, EN ESPECIAL DEL SNC CON 10.7%, <sup>19</sup>

LA MAYORÍA DE LAS MUERTES PERINATALES EN LA PACIENTE TOXÉMICA SON PRODUCIDOS POR LA ENFERMEDAD MATERNA, QUE ALTERA LA FUNCIÓN PLACENTARIA, PERO HAY UN GRUPO CONSIDERABLE DE MUERTES PRODUCIDAS POR PREMATUREZ Y MÁS AÚN CUANDO SE ASOCIAN AMBOS FACTORES Y PROVOCAN UN ALTO PORCENTAJE DE RETRASO EN EL CRECIMIENTO INTRAUTERINO. SE ENCONTRÓ UNA MORTALIDAD PERINATAL GLOBAL DE 6.8% (BAJA COMPARADA CON OTRAS SERIES), <sup>20</sup>

LA PREMATUREZ Y EL BAJO PESO AL NACER OCURREN MÁS FRECUENTEMENTE EN MADRES MENORES DE 20 AÑOS Y MAYORES DE 40, EN MADRES SOLTERAS Y EN AQUELLAS CON EMBARAZOS FRECUENTES. <sup>21</sup> LA MADRES DE CLASES SOCIOECONÓMICAS BAJAS TIENEN MAYOR PROBABILIDAD DE DAR A LUZ PRODUCTOS DE BAJO PESO. LAS EVIDENCIAS ESTADÍSTICAS SUGIEREN QUE EL TABAQUISMO CAUSA UNA DISMINUCIÓN DEL PESO AL NACER Y QUE ESTE PESO AL NACER DISMINUYE A MEDIDA QUE AUMENTA EL GRADO DE TABAQUISMO DE LA MADRE. <sup>18,22</sup>

UNA ATENCIÓN PRENATAL INADECUADA Y LA DESNUTRICIÓN MATERNA SON OTROS FACTORES MAYORMENTE ASOCIADOS A UNA ALTA MORTALIDAD INFANTIL. LA INFORMACIÓN ESTABLECE UNA ASOCIACIÓN CONSISTENTE ENTRE GRUPO SOCIOECONÓMICO Y ESTADO NUTRICIONAL MATERNO Y UNA CORRELACIÓN SIGNIFICATIVA DE ESTAS DOS VARIABLES CON EL TAMAÑO DE LA PLACENTA Y EL PESO DEL NEONATO. ESTA INFORMACIÓN ES CONGRUENTE CON LOS HALLAZGOS DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN MULTICÉNTRICO QUE REPORTA QUE HAY UN MARCADO INCREMENTO EN LAS TASAS DE MORTALIDAD PERINATAL EN NEONATOS CUYAS PLACENTAS PRESENTAN UN PESO 40% INFERIOR AL NORMAL PARA LA EDAD GESTACIONAL, <sup>23</sup>

EN GENERAL LOS NIÑOS DE MADRES QUE NO OBTIENEN NINGUNA ATENCIÓN PRENATAL ESTÁN SUJETOS A RIESGOS SIGNIFICATIVAMENTE ALTOS DE MORTALIDAD INFANTIL. UN RETRASO EN LA OBTENCIÓN DE ATENCIÓN PRENATAL AUMENTA EL --

RIESGO DE MORTALIDAD INFANTIL EN MADRES ADOLESCENTES. LOS PROBLEMAS ECONÓMICOS Y EL BAJO NIVEL EDUCACIONAL FRECUENTEMENTE ENCONTRADOS EN EMBARAZOS DE MADRES SOLTERAS, CONTRIBUYE A UN AMBIENTE DE NUTRICIÓN Y ATENCIÓN PRENATAL E INFANTIL INADECUADA.

LAS CAUSAS MÁS FRECUENTES DE MORTALIDAD PERINATAL FUERON: PREMATUREZ, BAJO PESO AL NACER, ANOMALÍAS CONGÉNITAS, ASOCIADOS A INFECCIONES DEL LÍQUIDO AMNIÓTICO, ABRUPTIO PLACENTAE, RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS Y GRANDES INFARTOS PLACENTARIOS, SIENDO LA CAUSA DE MÁS DE LA MITAD DE LAS MUERTES PERINATALES.<sup>24</sup> ES MÁS DIFÍCIL DOCUMENTAR LAS CAUSAS DE LAS MUERTES FETALES PORQUE EN LA MITAD DE ELLAS NO ES POSIBLE DETERMINARLAS, AUNQUE SE REALICE NECROPSIA. MUCHAS MUERTES FETALES SE ATRIBUYERON A ANOXIA QUE DERIVA DE ENFERMEDAD MATERNA COMO DIABETES, PREECLAMPSIA Y OTRAS COMPLICACIONES DEL TRABAJO DE PARTO, INCLUYENDO ABRUPTIO PLACENTAE, PLACENTA PREVIA Y PROLAPSO DE CORDÓN.<sup>25</sup> LAS ANOMALÍAS CONGÉNITAS E INFECCIÓN RESULTADO DE RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS Y/O PARTO PROLONGADO SON OTRAS CAUSAS SUBYACENTES IMPORTANTES DE MORTALIDAD FETAL.

OTRO DE LOS FACTORES QUE CONTRIBUYEN A LA MORTALIDAD PERINATAL SON LAS ANOMALÍAS CONGÉNITAS. LA CAUSA DE LA MAYORÍA DE LAS MALFORMACIONES CONGÉNITAS SON MULTIFACTORIALES, POR TANTO SON CONSECUENCIA DE LA ACCIÓN DE FACTORES GENÉTICOS Y AMBIENTALES, SE ESTIMA QUE 25% DE LAS MALFORMACIONES HUMANAS PUEDEN ATRIBUIRSE A FACTORES GENÉTICOS, 3% A FACTORES AMBIENTALES DE LA ÍNDOLE DE LA INFECCIÓN, RADIACIÓN O ADMINISTRACIÓN DE FÁRMACOS Y EN UN 69% RESTANTE SE DESCONOCE SU ETIOLOGÍA. EN LA ACTUALIDAD SE ACEPTA UN RIESGO DE 2 A 4 % EN LA POBLACIÓN GENERAL, DE QUE UN EMBARAZO CULMINE EN UN RECIÉN NACIDO CON DEFECTO VISIBLE AL NACIMIENTO. SE ENCONTRÓ UNA FRECUENCIA DE 2.78 MALFORMACIONES DEL SNC POR 1000 RECIÉN NACIDOS O 1 DE CADA 360 RECIÉN NACIDOS, DE MAYOR A MENOR FRECUENCIA: ANENCEFALIA, MIELOMENINGOCELE, ARNOLD CHIARI, HIDROCEFALIA, MICROCEFALIA. DE SÍNDROME DE DOWN SE ENCONTRARON 56 CASOS, UN 11.29% Ó 1 CASO POR CADA 1086 NACIMIENTOS.<sup>26</sup>

SE HA PROGRESADO MUCHO EN LAS ÚLTIMAS DÉCADAS EN LA REDUCCIÓN DE LAS MUERTES POR EMBARAZO EN TODO EL MUNDO, SIN EMBARGO, EL PROGRESO HA SIDO IRREGULAR Y PERSISTEN AMPLIAS DISPARIDADES EN LAS TASAS DE MORTALI

-DAD Y MORBILIDAD MATERNOINFANTIL EN LOS DIFERENTES PAÍSES. EN MUCHOS PAÍSES AVANZADOS, LA REDUCCIÓN EN LAS TASAS DE MORBIMORTALIDAD MATERNOINFANTIL HA SIDO A LA PAR CON AVANCES MÉDICOS, CON MEJORAS EN CONDICIONES SOCIOECONÓMICAS, EN ORGANIZACIÓN Y APORTE DE SERVICIOS DE SALUD Y CON CAMBIOS EN LAS CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DE LA POBLACIÓN REPRODUCTIVA, ES DIFÍCIL SEPARAR LAS CONTRIBUCIONES ESPECÍFICAS DADAS POR CADA FACTOR, SIN EMBARGO ES CLARO QUE LAS MAYORES PÉRDIDAS CORREN EN FAMILIAS DE BAJO NIVEL SOCIOECONÓMICO Y LOS ESFUERZOS POR CONTINUAR CON LAS TENDENCIAS HACIA ABAJO DEBEN ENCAMINARSE A PROPORCIONAR IGUALES OPORTUNIDADES PARA LA ATENCIÓN Y SERVICIOS MÉDICOS INTEGRALES PARA TODOS LOS SEGMENTOS DE LA POBLACIÓN. EL RESULTADO DE UN EMBARAZO ESTÁ DETERMINADO POR UNA VARIEDAD DE FACTORES DE RIESGO, MUCHOS DE LOS CUALES PUEDEN SER CONTROLADOS; ESTOS FACTORES DE RIESGO PUEDEN SER IDENTIFICADOS TEMPRANAMENTE EN EL EMBARAZO Y ALGUNOS INCLUSO ANTES DE LA CONCEPCIÓN, DE MODO TAL QUE PUEDAN TOMARSE MEDIDAS PREVENTIVAS A TIEMPO PARA INFLUIR EN LOS RESULTADOS FAVORABLEMENTE. LA PREVENCIÓN DEBE INCLUIR LA REDUCCIÓN DEL NÚMERO DE PERSONAS CORRESPONDIENTES A LOS GRUPOS CON ALTO RIESGO Y EL PROPORCIONARLES UNA MEJOR ATENCIÓN.

NO ES FACTIBLE SATISFACER LOS REQUERIMIENTOS DE SALUD DE POBLACIONES TAN NUMEROSAS FRECUENTEMENTE MARGINADAS Y DISPERSAS MEDIANTE EL INCREMENTO DE UNIDADES MÉDICAS DE ALTA ESPECIALIDAD, CUYO COSTO ES MUY ELEVADO, SINO IDENTIFICANDO A LA POBLACIÓN QUE PRESENTA LOS MAYORES RIESGOS PARA LA SALUD Y ORIENTANDO HACIA ELLAS DE MANERA PREFERENCIAL LOS RECURSOS DISPONIBLES, DEL CONOCIMIENTO DE ESTA SITUACIÓN SURGE EL ENFOQUE DE RIESGO BASADO EN LA PREMISA DE QUE LA MAYORÍA DE LOS PROBLEMAS Y DAÑOS PARA LA SALUD TIENEN SU ORIGEN EN UN LIMITADO NÚMERO DE ELEMENTOS O FACTORES QUE PREVALECE EN UNA PROPORCIÓN MINORITARIA DE LA POBLACIÓN.<sup>27</sup> EN EL TERRENO DE LA SALUD MATERNO INFANTIL UN EJEMPLO CLARO DE ESTO ES LA RELACIÓN QUE EXISTE ENTRE LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL QUE PRESENTAN FACTORES DE RIESGO REPRODUCTIVO Y LA MORTALIDAD MATERNO INFANTIL A QUE DAN LUGAR, SE PUEDE CONSIDERAR ALREDEDOR DE UNA TERCERA PARTE DE LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL QUE SON QUIENES TIENEN RIESGO REPRODUCTIVO ELEVADO, DANDO LUGAR A DOS TERCERAS PARTES DE LA MORTALIDAD MATERNA Y A TRES CUARTAS PARTES DE LA MORTALIDAD PERINATAL, DEBIDO A LA PRODUC-

- CIÓN DE EMBARAZOS DE ALTO RIESGO, ESTO SIGNIFICA QUE EVITAR LOS EMBARAZOS EN EL GRUPO DE MUJERES CON RIESGO REPRODUCTIVO ELEVADO PUEDE DAR LUGAR A REDUCCIONES IMPORTANTES EN LOS DOS TIPOS DE MORTALIDAD ANTES SEÑALADOS. LA PREVENCIÓN DEL EMBARAZO DE ALTO RIESGO PUEDE LOGRARSE MEDIANTE EL EMPLEO DE METODOLOGÍA ANTICONCEPTIVA BASADA EN EL ENFOQUE DE RIESGO REPRODUCTIVO, LO CUAL SIGNIFICA LA PRESCRIPCIÓN Y EL USO DE MÉTODOS CON CLARA FUNDAMENTACIÓN MÉDICA DE PROTECCIÓN A LA SALUD.

SE HA IDENTIFICADO QUE LAS MUJERES QUE EXPERIMENTAN MORTALIDAD MATERNA, PRESENTAN CON MAYOR FRECUENCIA CIERTOS FACTORES DE RIESGO, ESTOS SE REFIEREN A ALGUNAS CARACTERÍSTICAS, TANTO DE SU HISTORIA REPRODUCTIVA COMO DE SU CONDICIÓN BIOMÉDICA, QUE AUMENTAN LA PROBABILIDAD DE QUE SE PRESENTE LA MORTALIDAD SEÑALADA Y QUE PUEDE DIVIDIRSE EN ANTECEDENTES GENERALES, PATOLÓGICOS OBSTÉTRICOS Y PERSONALES PATOLÓGICOS.

DE LOS ANTECEDENTES GENERALES TENEMOS POR EJEMPLO:

- EDADAES EXTREMAS DE LA VIDA REPRODUCTIVA,

LA RAZÓN POR LA CUAL SE CONSIDERA QUE LA MEJOR EDAD PARA LA REPRODUCCIÓN EN LA MUJER ES EL PERÍODO DE LOS 20 A LOS 29 AÑOS RADICA EN QUE ES LA ETAPA EN LA CUAL SE PRESENTAN TASAS MÁS BAJAS DE MORTALIDAD MATERNA. POR EL CONTRARIO, ANTES DE LOS 20 Y A PARTIR DE LOS 30 AÑOS, PERO EN ESPECIAL DE LOS 35 AÑOS EN ADELANTE, SE OBSERVA UN AUMENTO SIGNIFICATIVO DE DICHAS TASAS.<sup>28</sup>

EN MENORES DE 20 AÑOS, SE OBSERVA UN AUMENTO EN LA INCIDENCIA DE TOXEMIA GRAVÍDICA, PREMATUREZ Y BAJO PESO AL NACIMIENTO; EN MAYORES DE 35 AÑOS, HAY AUMENTO EN LA INCIDENCIA DE TOXEMIA GRAVÍDICA, DISTOCIAS DE CONTRACCIÓN, INSERCIONES O ADHERENCIAS ANORMALES DE PLACENTA, DEFECTOS AL NACIMIENTO Y ENFERMEDADES CRÓNICO-DEGENERATIVAS DEL TIPO DE LA DIABETES Y LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL. ADEMÁS DE LO ANTERIOR, LAS MUJERES DE ESTOS GRUPOS DE EDAD NO ACUDEN CON LA FRECUENCIA DEBIDA A CONSULTAS DE CUIDADO PRENATAL AÑADIENDO UN ELEMENTO DE PELIGRO PARA EL PRONÓSTICO MATERNO Y PERINATAL.

- INTERVALO INTERGESTACIONAL

EN TÉRMINOS GENERALES SE ACEPTA QUE UN INTERVALO INTERGESTACIONAL CORTO, CONSTITUYE UN FACTOR DE RIESGO, ESPECIALMENTE CUANDO ES MENOR DE 18 MESES. ESTO SE DESPRENDE DE QUE LOS ESPACIOS INTERGENÉSICOS BRE-

-VES SE ACOMPAÑAN DE FENÓMENOS DE DEPLECIÓN O DETERIORO NUTRICIONAL MATERNO QUE A SU VEZ, SE ASOCIAN A UN AUMENTO EN LA PROBABILIDAD DE ORIGINAR PRODUCTOS PREMATUROS O DE BAJO PESO AL NACER, ASÍ COMO A UN INCREMENTO DE LA MORTALIDAD POSTNEONATAL. ESTE ÚLTIMO ASPECTO SE CONSIDERA DETERMINADO POR EL LLAMADO FENÓMENO DE COMPETENCIA, QUE AUMENTA EL PELIGRO DE DESNUTRICIÓN A EDADES TEMPRANAS Y REDUCE LAS POSIBILIDADES DE SUPERVIVENCIA DEL HIJO PREVIO AL OCURRIR DESTETE PRECOZ Y DISMINUIR, -- POR TANTO LA DURACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA,

- TOXEMIA GRAVÍDICA

TIENE UNA ELEVADA PROBABILIDAD DE VOLVERSE A PRESENTAR EN UN EMBARAZO SUBSECUENTE UNA VEZ QUE SE HA PADECIDO. AFECTA PRINCIPALMENTE A EMBARAZADAS QUE SE ENCUENTRAN EN EDADES EXTREMAS DE LA VIDA REPRODUCTIVA, A MUJERES OBESAS O DESNUTRIDAS Y CON PADECIMIENTOS COMO DIABETES, - ENFERMEDAD RENAL O HIPERTENSIVA. SI LA ENFERMEDAD TOXÉMICA SE AÑADIÓ A UN PROBLEMA HIPERTENSIVO PREEXISTENTE, LA PROBABILIDAD DE REPETICIÓN ES MAYOR, PUESTO QUE EL PROBLEMA VASCULORENAL APARECERÁ EN LA SIGUIENTE - GESTACIÓN Y PROBABLEMENTE MÁS ACENTUADO,

- CESÁREA PREVIA

ES UN FACTOR QUE HA INCREMENTADO SU PROPORCIÓN A FIN DE PRESERVAR EL BIENESTAR DEL PRODUCTO, SIN EMBARGO NO DEBE OLVIDARSE QUE CONLLEVA CIERTOS RIESGOS PARA UN EMBARAZO FUTURO. SE ASOCIA CON UNA MAYOR -- FRECUENCIA DE INSERCIÓN BAJA DE PLACENTA, ACRETISMO PLACENTARIO Y LESIONES VISCERALES ACCIDENTALES CAUSADAS POR EL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO EN SÍ, AUNADO A ESTO EXISTE UNA POSIBILIDAD VARIABLE DE RUPTURA DE CICATRIZ UTERINA AL PRESENTARSE EL TRABAJO DE PARTO ESPONTÁNEO,

- HEMORRAGIAS DE LA SEGUNDA MITAD DEL EMBARAZO O DEL PARTO.

ESTA CARACTERÍSTICA TIENDE A PRESENTARSE NUEVAMENTE EN EMBARAZOS SUBSECUENTES, ESTO SE EXPLICA RECORDANDO SUS PRINCIPALES ENTIDADES NOSOLÓGICAS, COMO LA CESÁREA ANTERIOR QUE CONLLEVA AL PELIGRO DE RUPTURA DE CICATRIZ UTERINA, PLACENTA PREVIA Y ACRETISMO PLACENTARIO, TOXEMIA GRAVÍDICA, OBESIDAD Y DESNUTRICIÓN, EDAD MAYOR DE 35 AÑOS, CON UN INCREMENTO EN LA FRECUENCIA DE PRESENTACIÓN DE INSERCIÓN BAJA DE PLACENTA Y ATONÍA UTERINA.

- ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS:

-HIPERTENSIÓN ARTERIAL

LA IMPORTANCIA DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL COMO FACTOR DE RIESGO DE MORBIMORTALIDAD MATERNA Y PERINATAL, ES EL PROPICIAR LA TOXEMIA GRAVÍDICA Y LA GENERACIÓN DE PRODUCTOS DE BAJO PESO AL NACER, ASÍ COMO MUERTE FETAL IN ÚTERO Y COMPLICACIONES HEMORRÁGICAS TALES COMO EL DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA NORMOINSERTA. EN LA TOXEMIA GRAVÍDICA INCREMENTA MARCADAMENTE EL PELIGRO DE RECURRENCIA DE ESTA ÚLTIMA EN UN EMBARAZO FUTURO Y PORQUE AUMENTA CLARAMENTE LA GRAVEDAD Y LA PRECOCIDAD EN LA APARICIÓN DEL FENÓMENO TOXÉMICO.<sup>3</sup>

-CARDIOPATÍA

SU ALTA FRECUENCIA OBEDECE A LA ALTA PREVALENCIA DE FIEBRE REUMÁTICA QUE ORIGINA SECUELAS VALVULARES Y ALTERACIÓN HEMODINÁMICA GRAVE,

DICHA CARDIOPATÍA INCIDE EN LA SALUD MATERNA DEBIDO A LA SOBRECARGA CARDIOVASCULAR POR EL INCREMENTO DEL VOLUMEN PLASMÁTICO, QUE FISIOLÓGICAMENTE OCURRE ENTRE LAS SEMANAS 28 A 32 DE LA GESTACIÓN, PUEDE HACER CAER EN INSUFICIENCIA A UN MIOCARDIO PREVIAMENTE LESIONADO.

EL DAÑO PERINATAL ES DEBIDO PRINCIPALMENTE A HIPOXIA FETAL CRÓNICA, DEBIDA A LA BAJA PERFUSIÓN TISULAR EN LOS CASOS DE INSUFICIENCIA CARDÍACA Y PUEDE GENERAR EL SÍNDROME DE BAJO PESO AL NACER. OTRO PELIGRO ES LA PREMATUREZ INDUCIDA, QUE RESULTA DE LA INTERRUPCIÓN PRECOZ Y OBLIGADA DEL EMBARAZO PARA PRESERVAR LA VIDA DE LA MADRE.

-DIABETES

LOS PRINCIPALES DAÑOS A LA SALUD PERINATAL DEPENDEN DE LA GRAVEDAD Y DURACIÓN DE LA ENFERMEDAD, ENTRE LOS PROBLEMAS PERINATALES CAUSADOS POR ESTE PADECIMIENTO TENEMOS: ABORTOS ESPONTÁNEOS (POR ANORMALIDADES GENÉTICAS EN EL PRODUCTO), AUMENTO EN LA FRECUENCIA DE DEFECTOS AL NACIMIENTO, MUERTE FETAL, MACROSOMÍA FETAL, HIPOGLICEMIA E HIPOXIA NEONATAL.

DE LOS DAÑOS A LA SALUD MATERNA SE ENCUENTRAN: INCREMENTO EN LA FRECUENCIA DE POLIHIDRAMNIO, QUE PODRÍA CAUSAR HEMORRAGIAS POSTPARTO, AUMENTO EN LA INCIDENCIA DE TOXEMIA GRAVÍDICA, POR LA LESIÓN VASCULAR GENERALIZADA DE LA DIABETES.

### -NEFROPATÍA

EN SUS DOS VARIEDADES CLÍNICAS, PARENQUIMATOSA PRIMARIA E INFECCIOSA, CONSTITUYEN UN FACTOR DE RIESGO PARA LA MORBIMORTALIDAD MATERNA Y PERINATAL. LA INFECCIÓN CRÓNICA DE LAS VÍAS URINARIAS, QUE ES LA MÁS FRECUENTE, SE PRESENTA EN EL 10% DE TODAS LAS EMBARAZADAS SE HA ASOCIADO A UN INCREMENTO EN LA RECURRENCIA DE PARTO PREMATURO E INCLUSIVE MUERTE FETAL IN ÚTERO. LA ENFERMEDAD RENAL PARENQUIMATOSA, CUYA CAUSA MÁS FRECUENTE ES LA GLOMERULONEFRITIS CRÓNICA, FAVORECE EL INCREMENTO DE : BAJO PESO AL NACIMIENTO, PREMATUREZ Y TOXEMIA GRAVÍDICA.

COMO PODEMOS OBSERVAR, LA CARACTERÍSTICA COMÚN QUE COMPARTE LA MORBIMORTALIDAD MATERNOINFANTIL ES SU IMPORTANTE ASOCIACIÓN CON FACTORES DE RIESGO QUE FAVORECE O PROPICIAN LA MORTALIDAD SEÑALADA, DANDO ORIGEN A EMBARAZOS DE ALTO RIESGO QUE CONDICIONAN MORTALIDAD MATERNA Y PERINATAL ELEVADAS.

### 3. JUSTIFICACION

### 3. JUSTIFICACION

DENTRO DE LOS OBJETIVOS PRINCIPALES DEL PROGRAMA NACIONAL DE SALUD, SE ENCUENTRA EL DE PROMOVER LA SALUD Y PROTEGER A LA POBLACION MATERNO INFANTIL, PREVIENIENDO DAÑOS Y RIESGOS A LA MUJER DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO, ASÍ COMO PROPICIAR EL SANO CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO.<sup>29</sup>

" SALUD PARA TODOS ", ES EL LEMA QUE PLANTEAN LOS OBJETIVOS DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD PARA EL AÑO 2000.

LA PROPIA ORGANIZACIÓN RECOMIENDA QUE SE UTILICE COMO ESTRATEGIA PARA LOGRAR ESTE OBJETIVO, LA ATENCIÓN EN EL NIVEL PRIMARIO.

EN MÉXICO, CON UN PROBLEMA TODAVÍA CRECIENTE RESPECTO AL CRECIMIENTO DEMOGRÁFICO, SE HAN LLEVADO A CABO MEDIDAS TENDIENTES A DAR PRIORIDAD A LA ATENCIÓN PRIMARIA CONSIGNANDO A LA SALUD COMO UN DERECHO CONSTITUCIONAL DE TODOS LOS MEXICANOS E IMPLEMENTANDO ACCIONES PREVENTIVAS COMO BASE FUNDAMENTAL DEL CUMPLIMIENTO DEL PROGRAMA NACIONAL DE SALUD,<sup>29</sup>

LAS DIVERSAS INSTITUCIONES DE SALUD EN EL PAÍS HAN INICIADO PROGRAMAS TENDIENTES A INCREMENTAR ACCIONES EN EL NIVEL PRIMARIO, QUE CONSISTEN ESCENCIALMENTE EN LA ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS Y APLICACIÓN DE NORMAS QUE TIENDEN A VALORAR EN FORMA OPORTUNA LOS FACTORES DE RIESGO QUE INCIDEN SOBRE LA PÉRDIDA DE LA SALUD O DETECTAR EN FORMA TEMPRANA ALGÚN SIGNO QUE NOS INDIQUE SU DETERIORO, INICIANDO LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS CURATIVOS. SIN EMBARGO A PÉJAR DE LOS LOGROS, ESTAS MEDIDAS HAN SIDO REALIZADAS CON EL FIN DE RESOLVER EN FORMA RÁPIDA Y MASIVA LOS PROBLEMAS ASISTENCIALES, Y NO PARA DESARROLLAR SISTEMAS DE EVALUACIÓN INTEGRAL, EN LA CUAL SE APLIQUEN DE MANERA ORGANIZADA, CONCIENTE Y RESPONSABLE LOS RECURSOS TÉCNICOS DISPONIBLES.

LA PRESENCIA DE ALTO RIESGO REPRODUCTIVO EN LA MUJER CONDICIONA A UNA MAYOR MORBIMORTALIDAD MATERNA Y PERINATAL.

EL ENFOQUE DE RIESGO HA SIDO APLICADO TRADICIONALMENTE EN LA ATENCIÓN DE EMBARAZOS YA ESTABLECIDOS, SIN EMBARGO, POR INMEJORABLES QUE SEAN LOS RECURSOS CON QUE SE CUENTE PARA ATENDER UN EMBARAZO DE ALTO RIESGO, ÉSTE DESEMBOCARÁ EN UNA CIERTA PROPORCIÓN DE MORBIMORTALIDAD.

EL IDEAL PODRÍA ESTAR REPRESENTADO POR LA IDENTIFICACIÓN DE LAS PACIENTES CON ALTO RIESGO REPRODUCTIVO Y LA PREVENCIÓN DE LOS EMBARAZOS DE ALTO RIESGO, LO CUAL PUEDE LOGRARSE MEDIANTE METODOLOGÍA ANTICONCEPTIVA EN MUJERES QUE PRESENTAN DICHS FACTORES.

LA PRESCRIPCIÓN DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN PRESENCIA DE FACTORES DE RIESGO REPRODUCTIVO REQUIERE DE LA VALORACIÓN INTEGRAL DEL ESTADO DE SALUD DE LA PACIENTE, LA CONSIDERACIÓN DE SUS ASPECTOS PERSONALES Y SOCIALES Y LA APLICACIÓN DE UN JUICIO CLÍNICO CUIDADOSO.

EL RIESGO REPRODUCTIVO VA A IDENTIFICAR A LAS MUJERES NO EMBARAZADAS EN EDAD FÉRTIL Y CON VIDA SEXUAL ACTIVA QUE POSEAN FACTORES DE ESTE TIPO. DE ESTA MANERA PODEMOS CONSIDERARLO COMO EL ENFOQUE MÁS IMPORTANTE EN TÉRMINOS DE REDUCCIÓN DE LA MORBIMORTALIDAD MATERNO INFANTIL, YA QUE ORIENTA EL USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS HACIA LA PREVENCIÓN DEL EMBARAZO DE ALTO RIESGO Y NO SIMPLEMENTE A LIMITAR SUS CONSECUENCIAS.

ES ASÍ QUE LA UTILIZACIÓN DE UN MODELO PREDICTIVO, SISTEMATIZADO, CODIFICABLE Y FÁCIL DE USAR, NOS AYUDARÍA A CREAR: CONCIENCIA EN LAS MUJERES SOBRE SU PROPIO RIESGO, Y RESPONSABILIDAD EN LOS MÉDICOS SOBRE EL MANEJO DE SUS PACIENTES.

ESTE ESTUDIO SE ORIGINA POR LA NECESIDAD DE DISMINUIR EL NÚMERO DE EMBARAZOS DE ALTO RIESGO, AL TRATAR DE APLICAR LA MEDICINA PREVENTIVA EN ETAPAS MÁS TEMPRANAS PARA TENER MAYOR OPORTUNIDAD DE OFRECER MEJORAS DE SALUD A LA MUJER, Y A SU PRODUCTO LA OPORTUNIDAD DE UN CRECIMIENTO Y DESARROLLO ARMÓNICO QUE LE PERMITA MÁS ADELANTE SU INCORPORACIÓN AL NÚCLEO FAMILIAR Y SOCIAL.

#### 4. OBJETIVOS

#### 4, OBJETIVOS

##### GENERAL

- IMPLEMENTAR ESTRATEGIAS PARA AUMENTAR LA UTILIZACIÓN DE LOS MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR, EN BASE A LA IDENTIFICACIÓN DE -- LOS FACTORES DE RIESGO REPRODUCTIVO, TANTO POR EL MÉDICO COMO -- POR LA PACIENTE.

##### ESPECIFICOS

- DISMINUIR LOS EMBARAZOS DE ALTO RIESGO, ASÍ COMO LA MORBIMORTALIDAD MATERNO-PERINATAL.
- FUNDAMENTAR LA NECESIDAD DE APLICAR PROCESOS EDUCATIVOS MÁS EFICIENTES ENCAMINADOS A LA UTILIZACIÓN DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS PARA LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN BASE A LA EVALUACIÓN DE RIESGO REPRODUCTIVO.

## 5. MATERIAL Y METODOS

## 5. MATERIAL Y METODOS

SE REALIZÓ UN ESTUDIO OBSERVACIONAL, LONGITUDINAL, PROSPECTIVO, DESCRIPTIVO Y COMPARATIVO QUE SE INICIÓ EN ABRIL Y SE TERMINÓ EN SEPTIEMBRE DE 1988. EL ESTUDIO CONSISTIÓ EN LA APLICACIÓN DE UNA ENCUESTA SOBRE 30 FACTORES DE RIESGO REPRODUCTIVO A MUJERES NO EMBARAZADAS EN EDAD FÉRTIL (14-44 AÑOS). ESTAS ENCUESTAS FUERON APLICADAS EN LAS CLÍNICAS PANTITLÁN Y ORIENTE DEL ISSSTE. EN LA CLÍNICA PANTITLÁN, LAS ENCUESTAS FUERON APLICADAS POR MÉDICOS GENERALES Y EN LA CLÍNICA ORIENTE, LA ENCUESTA FUE ENTREGADA DIRECTAMENTE A LAS PACIENTES PARA AUTOEVALUACIÓN.

SE CAPTARON 138 PACIENTES EN LA CLÍNICA ORIENTE Y 123 EN LA CLÍNICA PANTITLÁN HASTA EL MES DE JUNIO DE 1988.

SE ESTABLECIERON COMO CRITERIOS DE INCLUSIÓN AL ESTUDIO LOS SIGUIENTES: MUJERES DERECHAHABIENTES, QUE ACUDIERAN A CONSULTA DE MEDICINA GENERAL, CON VIDA SEXUAL ACTIVA, NO EMBARAZADAS, SIN CONTROL DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR, NI MÉTODO DEFINITIVO ACTUAL, EDAD ENTRE 14 Y 44 AÑOS Y QUE SUPIERAN LEER.

LA ENCUESTA QUE SE APLICÓ SE ENCUENTRA EN EL ANEXO 1.

EN LA CLÍNICA PANTITLÁN BAJO ACCIÓN DIRECTA DEL MÉDICO TRATANTE, SE LE ORIENTÓ, INFORMÓ Y PROMOVIÓ, EN BASE A LA IDENTIFICACIÓN DE RIESGO, LA UTILIZACIÓN DE ALGÚN MÉTODO ANTICONCEPTIVO YA FUESE ESTE TEMPORAL O DEFINITIVO.

EN LA CLÍNICA ORIENTE LA ENCUESTA SE APLICÓ POR MEDIO DE AUTOEVALUACIÓN, SIN LA PARTICIPACIÓN DEL MÉDICO, ESPERANDO QUE LA PACIENTE POR SÍ MISMA BUSCARA LA INFORMACIÓN, ORIENTACIÓN Y APLICACIÓN DEL MÉTODO ANTICONCEPTIVO IDEAL.

DURANTE LOS MESES DE JULIO, AGOSTO Y SEPTIEMBRE, SE REVISARON LOS EXPEDIENTES PARA COMPROBAR SI LA PACIENTE:

1. SOLICITÓ O NO CONSULTA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR.
2. SOLICITÓ O NO MÉTODO ANTICONCEPTIVO.
3. SE LE APLICÓ O NO ALGÚN MÉTODO ANTICONCEPTIVO.

UNA VEZ RECOPIADOS LOS DATOS SE ANALIZÓ EL NÚMERO DE PACIENTES QUE HABÍAN TENIDO UNA RESPUESTA POSITIVA HACIA LA APLICACIÓN DE ALGÚN MÉTODO

ANTICONCEPTIVO, ASÍ COMO LA COMPARACIÓN DE DICHA RESPUESTA ENTRE AMBOS GRUPOS. SE REALIZÓ ANÁLISIS ESTADÍSTICO A LOS DATOS OBTENIDOS.

## 6. RESULTADOS

**FACTORES DE RIESGO REPRODUCTIVO  
CLINICA PANTITLAN**

Factores de riesgo reproductivo	Frecuencia	%
1. Rh negativo	2	1.6
2. Peso mayor de 75 Kg	10	8.2
3. Peso menor de 45 Kg	7	5.7
4. Estatura menor de 1.50 mts	17	13.8
5. Edad menor de 20 años	4	3.2
6. Edad mayor de 30 años	49	39.8
7. Escolaridad menor de 5 años	12	9.7
8. Embarazos no deseados	72	58.5
9. Alcohóismo	3	2.4
10. Tabaquismo	11	8.9
11. Drogadicción	0	0
12. Crisis Convulsivas	1	.8
13. Deficiencia Mental	1	.8
14. Multiparidad	27	21.9
15. Período intergenésico menor de 2 años	28	22.7
16. Dos ó más abortos	8	6.5
17. Muertes neonatales	4	3.2
18. Obito	2	1.6
19. Cesáreas previas	17	13.8
20. Cirugías uterinas	7	5.7
21. Partos distócicos ó difíciles	10	8.1
22. Partos pretérmino	10	8.1
23. Productos menores de 2500 gr	8	6.5
24. Productos mayores de 4000 gr	7	5.7
25. Malformaciones congénitas	1	.8
26. Cardiopatías	1	.8
27. Diabetes Mellitus	0	0
28. Nefropatías	2	1.6
29. Preeclampsia/eclampsia	8	6.5
30. Hipertensión	5	4

Cuadro 1. Distribución de frecuencias

**FACTORES DE RIESGO REPRODUCTIVO  
CLINICA ORIENTE**

Factores de riesgo reproductivo	Frecuencia	%
1. Rh negativo	12	8.7
2. Peso mayor de 75 Kg	19	13.8
3. Peso menor de 45 Kg	6	4.3
4. Estatura menor de 1.50 mts	28	20.3
5. Edad menor de 20 años	9	6.5
6. Edad mayor de 30 años	61	44.2
7. Escolaridad menor de 5 años	14	10.1
8. Embarazos no deseados	57	41.3
9. Alcoholismo	5	3.6
10. Tabaquismo	25	18.1
11. Drogadicción	3	2.1
12. Crisis convulsivas	1	.7
13. Deficiencia Mental	13	9.4
14. Multiparidad	28	20.2
15. Periodo intergenésico menor de 2 años	43	31.1
16. Dos ó más abortos	12	8.7
17. Muertes neonatales	6	4.3
18. Obitos	9	6.5
19. Cesáreas previas	31	22.4
20. Cirugías uterinas	7	5.1
21. Partos distóclicos ó difíciles	18	13
22. Partos pretérmino	7	5.1
23. Productos menores de 2500 gr	7	5.1
24. Productos mayores de 3000 gr	14	10.1
25. Malformaciones congénitas	2	1.5
26. Cardiopatías	5	3.6
27. Diabetes Mellitus	2	1.4
28. Nefropatías	10	7.2
29. Pre eclampsia/eclampsia	22	15.9
30. Hipertensión	22	15.9

Cuadro 2. Distribución de Frecuencias

## CLINICA PANTITLAN

Pacientes con Alto Riesgo	96	78%
Pacientes con Bajo Riesgo	27	22%
Total	123	100%

Cuadro 3. Distribución de pacientes por Tipo de Riesgo

## CLINICA ORIENTE

Pacientes con Alto Riesgo	124	92.5%
Pacientes con Bajo Riesgo	14	7.5%
Total	138	100%

Cuadro 4. Distribución de pacientes por Tipo de Riesgo

	Positiva		Negativa		Total
	Num.	%	Num.	%	
Evaluación por médico	88	91.6	8	8.3	96
Autoevaluación	48	38.7	76	61.2	124
Total	136		84		220

Cuadro 5. Distribución de frecuencias por tipo de respuesta en cuanto a solicitud de consulta de planificación familiar.

$$\chi^2 = 64.26 \quad p < 0.001$$

	Positiva		Negativa		Total
	Num.	%	Num.	%	
Evaluación por médico	55	62	33 <sup>*</sup>	38	88
Autoevaluación	44	92	4	8	48
Total	99		37		136

Cuadro 6. Distribución de frecuencias por tipo de respuesta en cuanto a aceptación de método anticonceptivo.

$$\chi^2 = 14.15 \quad p < 0.001$$

\* 4 pacientes tenían método de apoyo (preservativos, ritmo)

	Positiva		Negativa		Total
	Num.	%	Num.	%	
Evaluación por médico	40	73	15	27	55
Autoevaluación	39	89	5	11	44
Total	79		20		99

Cuadro 7. Distribución de frecuencias por tipo de respuesta en cuanto a aplicación de método anticonceptivo.

$$\chi^2 = 3.77 \quad p > 0.05$$

## 7. ANALISIS

## 7. ANALISIS

EN RELACIÓN A LA DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS DE LOS FACTORES DE RIESGO REPRODUCTIVO, LOS QUE SE PRESENTARON CON MAYOR FRECUENCIA FUERON: EMBARAZOS NO DESEADOS (50%), EDAD MAYOR DE 30 AÑOS (42%), PERÍODO INTERGENÉSICO CORTO (MENOR DE 2 AÑOS) (27%), MULTIPARIDAD (21%), Y CESÁREAS PREVIAS (18%), SEGUIDOS EN FRECUENCIA POR EL ANTECEDENTE DE PREECLAMPSIA/ECLAMPSIA, TALLA BAJA Y TABAQUISMO, (CUADROS 1 Y 2)

EN LA CLÍNICA PANTITLÁN, EL 78% DE LAS MUJERES PERTENECÍAN AL GRUPO DE ALTO RIESGO (CUADRO 3) Y EN LA CLÍNICA ORIENTE EL PORCENTAJE FUE DE 92.5, (CUADRO 4)

EN LAS PACIENTES EN LAS QUE SE APLICÓ ALGÚN MÉTODO ANTICONCEPTIVO, SE ENCONTRÓ UN PROMEDIO DE 3.8 FACTORES DE RIESGO EN CADA UNA,

EN CUANTO A LA SOLICITUD DE CONSULTA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR, LA RESPUESTA POSITIVA FUE MAYOR EN LA CLÍNICA PANTITLÁN, CON UNA  $\chi^2 = 64.26$  Y UNA  $p < 0.001$ , CON UNA DIFERENCIA ALTAMENTE SIGNIFICATIVA. (CUADRO 5)

LA RESPUESTA POSITIVA EN CUANTO A ACEPTACIÓN DE MÉTODO ANTICONCEPTIVO, TAMBIÉN FUE MAYOR EN LA CLÍNICA PANTITLÁN, CON UNA  $\chi^2 = 14.15$  Y  $p < 0.001$ , CON UNA DIFERENCIA ALTAMENTE SIGNIFICATIVA, (CUADRO 6)

ES PROBABLE QUE LAS PACIENTES EVALUADAS POR EL MÉDICO ACUDIERON EN MAYOR NÚMERO A LA CONSULTA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR (91.6%) DEBIDO A QUE ÉSTAS ERAN ORIENTADAS POR ÉL MISMO, QUIEN PARA ELLAS REPRESENTA UNA AUTORIDAD EN LA MATERIA, INCLUSO NO SÓLO AL ACUDIR A LA CONSULTA -- SINO PARA LA ACEPTACIÓN DEL MÉTODO MISMO. A DIFERENCIA DE LAS PACIENTES EN LAS QUE SE REALIZÓ LA ENCUESTA POR AUTOEVALUACIÓN, LAS CUALES NO TUVIERON LA GUÍA U ORIENTACIÓN DE UNA PERSONA CAPACITADA, DANDO COMO RESULTADO QUE SÓLO EL 39% ACUDIERAN A SOLICITAR CONSULTA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR,

ÉSTA DIFERENCIA NOS HACE VER QUE ES INDISPENSABLE PONER ÉNFASIS EN LOS ASPECTOS EDUCATIVOS A LA POBLACIÓN DERECHOHABIENTE, YA QUE NOS DEMUESTRA QUE NO EXISTE UNA BUENA CONCIENCIACIÓN PARA BUSCAR LA PRESERVACIÓN DE LA SALUD Y QUE NUESTRA POBLACIÓN GENERALMENTE ESTÁ HABITUADA A ACUDIR AL MÉDICO SÓLO CUANDO ÉSTA SE HA PERDIDO,

CAMBIA EL PANORAMA CUANDO ANALIZAMOS EL NÚMERO DE PACIENTES QUE A-

ACEPTARON LA APLICACIÓN DE MÉTODO ANTICONCEPTIVO, YA QUE AQUÍ EL 92% DE LAS MUJERES QUE ASISTIERON POR AUTOEVALUACIÓN A LA CONSULTA ACEPTARON UN MÉTODO ANTICONCEPTIVO, EN CAMBIO DE LAS PACIENTES EVALUADAS POR MÉDICO SÓLO EL 62% ACEPTARON MÉTODO ANTICONCEPTIVO.

LA POSIBLE CAUSA DE ESTA DIFERENCIA PODRÍA SER PORQUE EXISTE MUCHA AVERSIÓN A ACEPTAR LAS COSAS QUE PARECEN SER IMPUESTAS, POR FALTA DE TÁCTICA ADECUADA DEL MÉDICO PARA LA PROMOCIÓN DE ANTICONCEPTIVOS; EN CAMBIO DE LAS PACIENTES QUE SE HICIERON AUTOEVALUACIÓN VIENEN YA CON UNA DECISIÓN PROPIA A BUSCAR LA SOLUCIÓN A SU PROBLEMA.

DE ESTA FORMA PENSAMOS QUE ES INDISPENSABLE EDUCAR Y CONCIENTIZAR AL MÉDICO PARA QUE LOGRE UN MAYOR CONVICCIÓN PROPIO Y DE LA PACIENTE.

EN CUANTO A LA APLICACIÓN DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS, LLAMA LA ATENCIÓN QUE SÓLO EL 73% DE LAS QUE FUERON EVALUADAS POR EL MÉDICO SE LES HAYA APLICADO UN MÉTODO ANTICONCEPTIVO, EN RELACIÓN CON EL 89% DE LAS PROCEDENTES DE AUTOEVALUACIÓN (CUADRO 7), LO CUAL SIGNIFICA QUE NO SE TUVO EL RECURSO DISPONIBLE EN EL MOMENTO EN QUE LA PACIENTE LO ACEPTÓ Y QUE PROBABLEMENTE UNA CAUSA DE ESTA FALLA SEA LA NECESIDAD QUE SE TIENE ALGUNAS VECES DE DIFERIR O PROGRAMAR EL PROCEDIMIENTO DE MODO QUE ES NECESARIO RECORDAR A NUESTRAS AUTORIDADES QUE NO BASTA CON DAR ÓRDENES O INDICACIONES PARA LLEVAR A CABO PROGRAMAS TAN IMPORTANTES COMO ESTE, SINO QUE SE DEBE TENER A DISPOSICIÓN INMEDIATA LOS RECURSOS MATERIALES, HUMANOS Y TÉCNICOS, SI SE DESEA QUE ESTOS PROGRAMAS TENGAN ÉXITO.

## 8. CONCLUSIONES

## 8. CONCLUSIONES

EN BASE A LOS RESULTADOS DE ESTE ESTUDIO SE PUEDE CONCLUIR LO SIGUIENTE:

1. UN GRAN PORCENTAJE DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA TIENE ALTO RIESGO REPRODUCTIVO.
2. NO ES SUFICIENTE EL ORIENTAR E INFORMAR A LA PACIENTE SOBRE SU RIESGO REPRODUCTIVO Y EL MÉTODO ANTICONCEPTIVO IDEAL, SIHO IMPLEMENTAR MÉTODOS QUE LLEVEN A FOMENTAR LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD, CONCIENTIZANDO A LAS MUJERES DE LOS RIESGOS Y PELIGROS A LOS QUE PUDIERAN ESTAR SUJETAS EN CASO DE EMBARAZARSE, HACIENDO INCAPITÉ EN QUE DEBEN MEJORAR LAS CONDICIONES DE MANERA QUE CUANDO SUCEDA EL EMBARAZO, EL ESTADO DE LA MUJER SEA LO MÁS CERCAÑO AL IDEAL PARA EL DESARROLLO DEL BINOMIO MADRE-HIJO.
3. ES NECESARIO INCREMENTAR LA EDUCACIÓN Y CONCIENTIZACIÓN DEL PERSONAL DE SALUD PARA QUE PARTICIPEN EN FORMA DECIDIDA, CONCIENTE Y RESPONSABLE EN PROGRAMAS PRIORITARIOS DE INTERÉS NACIONAL, COMO EL DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR.
4. ES INDISPENSABLE INCREMENTAR LA EDUCACIÓN Y CONCIENTIZACIÓN DE LA POBLACIÓN USUARIA, PARA QUE UTILICE LOS RECURSOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN BENEFICIO DE SU SALUD Y DE LA SALUD PÚBLICA DEL PAÍS.
5. SE REQUIERE DE LA VALORACIÓN INTEGRAL DE SALUD DE LA PACIENTE, SUS ASPECTOS PERSONALES Y SOCIALES, ASÍ COMO EL SABER SI LOS FACTORES DE RIESGO REPRODUCTIVO SON REVERSIBLES O IRREVERSIBLES, PARA LA PRESCRIPCIÓN ADECUADA DE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS.
6. ES INELUDIBLE PARA LAS AUTORIDADES ADMINISTRATIVAS EL COMPROMISO Y LA REALIZACIÓN DE TODAS LAS ACTIVIDADES TENDIENTES A PROVEER AL PROGRAMA DE RECURSOS EN EL MOMENTO Y EL LUGAR QUE SE REQUIERAN.
7. LA UTILIZACIÓN DE MODELOS PREDICTIVOS DE RIESGO COMO EL QUE SE PROPONE EN ESTE ESTUDIO QUE SIRVAN PARA APOYAR EN FORMA ÓPTIMA Y POSITIVA LOS PUNTOS ANTERIORES.
8. SE PROPONE QUE SE LLEVE A CABO UNA CAMPAÑA MIXTA DE EVALUACIÓN

DE RIESGO POR MÉDICOS GENERALES Y DE AUTOEVALUACIÓN DE LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL PARA INCREMENTAR:

A. EL INTERÉS DEL MÉDICO POR LA PREVENCIÓN DE EMBARAZOS DE ALTO RIESGO.

B. LA PARTICIPACIÓN ACTIVA DE LA MUJER EN LA PRESERVACIÓN DE SU SALUD.

## 9. BIBLIOGRAFIA

## 9. BIBLIOGRAFIA

1. DANFORTH D. TRATADO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA. MÉXICO, D.F. NUEVA EDITORIAL INTRAMERICANA, 1987, P.P 2 - 5
2. VARGAS G C. EDITORIAL. REV ACT MED ISSSTE , FEB. 1988 : PP3
3. ACADEMIA MEXICANA DE INVESTIGACIÓN EN DEMOGRAFÍA MÉDICA, A.C. RIESGO - REPRODUCTIVO I. ESTUDIO DE LOS FACTORES DE RIESGO REPRODUCTIVO. TEMAS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR, MÉXICO , D.F. , 1986.
4. ACADEMIA MEXICANA DE INVESTIGACIÓN EN DEMOGRAFÍA MÉDICA, A.C. MORTALIDAD MATERNA. TEMAS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR, MÉXICO, D.F. -- 1986.
5. CHAVEZ J: MORTALIDAD MATERNA EN MÉXICO, GINEC OBST. MEX. 1986; 54:135
6. GAVIÑO F. ET AL: MORTALIDAD MATERNA DURANTE 25 AÑOS EN EL HOSPITAL REGIONAL "20 DE NOVIEMBRE" ISSSTE, GINEC. OBST. MEX. 1987; 55:196
7. TREJO C.: MORTALIDAD MATERNA EN EL HOSPITAL DE LA MUJER 1969-1973.- GINEC. OBST. MEX. 1981 : 36:217
8. HARTFIELD V : MATERNAL MORTALITY IN NIGERIA COMPARED WITH EARLY INTERNATIONAL EXPERIENCE, INT. J. GYNECOL. OBSTET, 1980; 18:70
9. LOZANO A. ET AL : MORTALIDAD MATERNA EN NUEVO LEÓN DURANTE 1984. FACTORES MEDICOSOCIALES. GINEC. OBST. MEX. 1987; 55:119
10. VITAL STATISTICS OF THE U.S. , VOL 11A MORTALITY. HYATTSVILLE, MD. PUBLIC HEALTH SERVICE, NATIONAL CENTER FOR HEALTH STATISTICS, SELECTED YEARS.
11. KAUNITZ A, ET AL: CAUSES OF MATERNAL MORTALITY IN THE UNITED STATES. OBSTET, GYNECOL. 1985; 65:605
12. KLEIN L : TO HAVE OR NOT TO HAVE A PREGNANCY?. OBSTET GYNECOL, 1985; 65:1
13. VARGAS M.G , VARGAS G.C. : CORRELACIÓN DE RIESGO REPRODUCTIVO CON DAÑO MATERNO Y PERINATAL. TESIS ISSSTE- UNAM , 1988.
14. ACADEMIA MEXICANA DE INVESTIGACIÓN EN DEMOGRAFÍA MÉDICA, A.C. MORTALIDAD DEL MENOR DE 5 AÑOS. TEMAS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR, MÉXICO, D.F. 1986.
15. SUAREZ O E, YUNES J EN : SALUD MATERNO INFANTIL Y ATENCIÓN PRIMARIA EN LAS AMÉRICAS. PUBLICACIÓN CIENTÍFICA No. 461 OPS 1984:48-70

16. SHAH F, ABBEY H : EFFECTS OF SOME FACTORS ON NEONATAL AND POSTNEONATAL MORTALITY. MILBANK MEM.FUND.QUART, 1971; 49:33
17. AVILA-ROSAS H, ET AL. : ALGUNOS DETERMINANTES BIOLÓGICOS Y SOCIALES - DEL PESO AL NACER. SAL. PUB. MEX, 1988; 30:47-53
18. CHAVEZ-ROJAS G, ET AL. ; CORRELACIÓN DE LOS ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS- CON LA MORTALIDAD NEONATAL. BOL. MED. HOSP. INFANT. MEX . 1986; 43: 359 - 363
19. DOUGHERTHY C, JONES A. : THE DETERMINANTS OF BIRTH WEIGHT. AM. J. OBSTET, GYNECOL. 1982; 144:190
20. MALDONADO J, D, ET AL. ; MORBIMORTALIDAD MATERNO FETAL EN LA TOXEMIA - SEVERA. GINEC. OBST. MEX. 1987 ; 55:37-40
21. METROPOLITAN LIFE INSURANCE CO. NEONATAL MORTALITY- UNITED STATES, CANADA AND WESTERN EUROPE STAT. BULL. METROPOL LIFE INS. CO. 1972; 53: 3
22. NAEYE R. ; INFLUENCE OF MATERNAL CIGARRETE SMOKING DURING PREGNANCY ON FETAL AND CHILDHOOD GROWTH. OBSTET. GYNECOL. 1981; 57:18
23. NUÑEZ R, L : LA PLACENTA DE MADRES DESNUTRIDAS. SAL. PUB. MEX, 1988; 30: 54-67
24. NAEYE R. L. : CAUSES OF PERINATAL MORTALITY IN THE U.S. COLLABORATIVE - PERINATAL PROJECT. JAMA 1977; 238:228
25. MARTÍNEZ G, ET AL. : MORBIMORTALIDAD PERINATAL EN PRODUCTOS MACROSÓMICOS. GINEC. OBST. MEX. . 1986; 54:72-75
26. CORTÉS R ET AL; EPIDEMIOLOGÍA DE LAS MALFORMACIONES CONGÉNITAS EX - TERNAS. GINEC. OBST. MEX. , . 1986; 54:265-268
27. POPULATION REPORTS. MADRES Y NIÑOS SANOS MEDIANTE LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR . 1985; SERIE J :27
28. ACADEMIA MEXICANA DE INVESTIGACIÓN EN DEMOGRAFÍA MÉDICA A.C, RIESGO REPRODUCTIVO II . PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y RIESGO REPRODUCTIVO, TEMAS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR, MÉXICO D.F 1986
29. SOBERON A G; EL CAMBIO ESTRUCTURAL EN LA SALUD . SAL. PUB. MEX. 1987; 29:127-151

Nombre: \_\_\_\_\_ Expediente: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

## INSTRUCTIVO:

1. Interrogar todos los datos contenidos en este formato y señale con una equis (X) los que resulten positivos.
2. Si la paciente tiene uno ó más datos positivos, inicie información y promoción de métodos anticonceptivos para la planificación familiar. Envíe a la paciente a la consulta externa de planificación familiar para que obtenga la información necesaria y la aplicación del método.
3. Registre en el expediente los factores de riesgo positivos y la conducta que Ud. aconseje o determine.

- \_\_\_\_\_ 1. ¿Tiene Rh negativo?
- \_\_\_\_\_ 2. ¿Pesa más de 75 kilos?
- \_\_\_\_\_ 3. ¿Mide menos de metro y medio?
- \_\_\_\_\_ 4. ¿Pesa menos de 45 kilos?
- \_\_\_\_\_ 5. ¿Tiene menos de 20 años?
- \_\_\_\_\_ 6. ¿Tiene más de 30 años?
- \_\_\_\_\_ 7. ¿Aprobó menos de 5 años en la escuela?
- \_\_\_\_\_ 8. ¿No desea embarazarse en este momento?
- \_\_\_\_\_ 9. ¿Ud toma bebidas alcohólicas?
- \_\_\_\_\_ 10. ¿Ud fuma?
- \_\_\_\_\_ 11. ¿Ud. toma otras drogas?
- \_\_\_\_\_ 12. ¿Padece convulsiones o ataques?
- \_\_\_\_\_ 13. ¿Tiene dificultad grave para aprender y entender las cosas?
- \_\_\_\_\_ 14. ¿Tiene más de tres hijos?
- \_\_\_\_\_ 15. ¿Su último hijo es menor de 2 años?
- \_\_\_\_\_ 16. ¿Ha tenido dos ó más abortos?
- \_\_\_\_\_ 17. ¿Se le ha muerto algún hijo recién nacido?
- \_\_\_\_\_ 18. ¿Se le ha muerto algún hijo antes de nacer?
- \_\_\_\_\_ 19. ¿Le han hecho alguna cesárea?
- \_\_\_\_\_ 20. ¿La han operado de la matriz alguna vez?
- \_\_\_\_\_ 21. ¿Ha tenido partos difíciles?
- \_\_\_\_\_ 22. ¿Ha tenido hijos prematuros?
- \_\_\_\_\_ 23. ¿Ha tenido hijos que pesen menos de dos y medio kilos?
- \_\_\_\_\_ 24. ¿Ha tenido hijos que pesen más de cuatro kilos?
- \_\_\_\_\_ 25. ¿Ha tenido hijos deformes?
- \_\_\_\_\_ 26. ¿Tiene alguna enfermedad del corazón?
- \_\_\_\_\_ 27. ¿Es Ud. diabética?
- \_\_\_\_\_ 28. ¿Tiene alguna enfermedad del riñón?
- \_\_\_\_\_ 29. ¿Se le ha subido la presión durante algún embarazo?
- \_\_\_\_\_ 30. ¿Padece Ud. de presión alta?
- \_\_\_\_\_ 31. ¿Padece alguna otra enfermedad importante?

Cuál? \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Expediente \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

## INSTRUCTIVO:

1. Lea con cuidado todos los datos anotados en este formato.

2. Si Ud. tiene el dato que está señalado, márquelo con una cruz (X).

3. Si existe uno ó más datos que Ud. señale con una X, acuda a la trabajadora social ó al médico general para que le proporcione mayor información sobre la forma en que Ud. puede protegerse para evitar ALTO RIESGO en Ud. ó su hijo, en el caso de que Ud. se embarace.

- \_\_\_\_ 1. ¿Tiene Rh negativo?
- \_\_\_\_ 2. ¿Pesa más de 75 kilos?
- \_\_\_\_ 3. ¿Mide menos de metro y medio?
- \_\_\_\_ 4. ¿Pesa menos de 45 kilos?
- \_\_\_\_ 5. ¿Tiene menos de 20 años?
- \_\_\_\_ 6. ¿Tiene más de 30 años?
- \_\_\_\_ 7. ¿Aprobó menos de 5 años en la escuela?
- \_\_\_\_ 8. ¿No desea embarazarse en este momento?
- \_\_\_\_ 9. ¿Ud. toma bebidas alcohólicas?
- \_\_\_\_ 10. ¿Ud. fuma?
- \_\_\_\_ 11. ¿Ud. toma otras drogas?
- \_\_\_\_ 12. ¿Padece convulsiones o ataques?
- \_\_\_\_ 13. ¿Tiene dificultad para aprender y entender las cosas?
- \_\_\_\_ 14. ¿Tiene más de tres hijos?
- \_\_\_\_ 15. ¿Su último hijo es menor de 2 años?
- \_\_\_\_ 16. ¿Ha tenido dos ó más abortos?
- \_\_\_\_ 17. ¿Se le ha muerto algún hijo recién nacido?
- \_\_\_\_ 18. ¿Se le ha muerto algún hijo antes de nacer?
- \_\_\_\_ 19. ¿Lo han hecho alguna cesárea?
- \_\_\_\_ 20. ¿La han operado de la matriz alguna vez?
- \_\_\_\_ 21. ¿Ha tenido partos difíciles?
- \_\_\_\_ 22. ¿Ha tenido hijos prematuros?
- \_\_\_\_ 23. ¿Ha tenido hijos que pesen menos de dos y medio kilos?
- \_\_\_\_ 24. ¿Ha tenido hijos que pesen más de cuatro kilos?
- \_\_\_\_ 25. ¿Ha tenido hijos deformes?
- \_\_\_\_ 26. ¿Tiene alguna enfermedad del corazón?
- \_\_\_\_ 27. ¿Es Ud. diabética?
- \_\_\_\_ 28. ¿Tiene alguna enfermedad del riñón?
- \_\_\_\_ 29. ¿Se le ha subido la presión durante algún embarazo?
- \_\_\_\_ 30. ¿Padece Ud. de presión alta?
- \_\_\_\_ 31. ¿Padece de alguna otra enfermedad importante?

Cuál? \_\_\_\_\_