

11226

2
28j



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACION
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES
PARA LOS TRABAJADORES DEL ESTADO
UNIDAD ACADEMICA
CLINICA HOSPITAL IGUALA
12-03

FACTORES DE RIESGO REPRODUCTIVO EN
PACIENTES FEMENINAS DE LA CLINICA HOSPITAL
ISSSTE, IGUALA GRO. CONSULTORIO 1.

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

P R E S E N T A ;
DRA. FRANCISCA ALBA HELU

FALLA DE ORIGEN



ISSSTE

IGUALA, GUERRERO.

1995



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 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.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES PARA LOS TRABAJADORES DEL
ESTADO
CLINICA HOSPITAL ISSSTE, IGUALA GRO. 1203

FACTORES DE RIESGO REPRODUCTIVO EN PACIENTES FEMENINAS DE LA CLINICA
HOSPITAL ISSSTE. IGUALA GRO. CONSULTORIO 1.

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR, PRESENTA:

DRA. FRANCISCA ALBA HELU

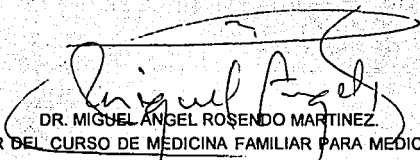
IGUALA GRO. ENERO 1995.



TRABAJO DE INVESTIGACION PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIZACION EN
MEDICINA FAMILIAR

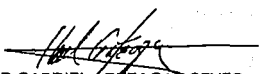
DRA. FRANCISCA ALBA HELU

FACTORES DE RIESGO REPRODUCTIVO EN PACIENTES FEMENINOS DE LA CLINICA
HOSPITAL ISSSTE DE IGUALA GRO.
CONSULTORIO 1



DR. MIGUEL ANGEL ROSENDO MARTINEZ.

PROFR. TITULAR DEL CURSO DE MEDICINA FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES
DE LA CLINICA HOSPITAL I.S.S.S.T.E. IGUALA GRO.



DR. HECTOR GABRIEL ARTEAGA ACEVES.

JEFE DEL DEPTO. DE MEDICINA FAMILIAR,
JEFATURA DE LOS SERVICIOS DE ENSEÑANZA DEL I.S.S.S.T.E.

IGUALA GRO. 1995

FACTORES DE RIESGO REPRODUCTIVO EN PACIENTES
FEMENINAS DE LA CLINICA HOSPITAL ISSSTE
IGUALA GRO. CONSULTORIO No. 1

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA
EN MEDICINA GENERAL FAMILIAR
PRESENTA:

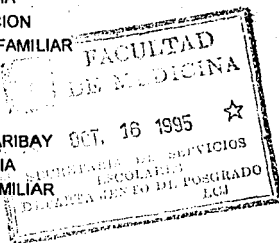
DRA. FRANCISCA ALBA HELU.

AUTORIZACIONES

Juan José Mazon Ramírez
DR. JUAN JOSE MAZON RAMIREZ
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

Arnulfo Irigoyen Coria
DR. ARNULFO IRIGOYEN CORIA
COORDINADOR DE INVESTIGACION
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

Ma. del Rocío Noriega Garibay
DRA. MA. DEL ROCIO NORIEGA GARIBAY
COORDINADORA DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
U.N.A.M.



DEDICATORIAS:

A DIOS

**Por su ayuda espiritual
para conseguir mis objetivos.**

A MIS HIJAS

**Elimar.
Lizbeth
Jhanzy**

INDICE

| | PAGINA |
|--|--------|
| ANTECEDENTES..... | 1 |
| PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA..... | 2 |
| JUSTIFICACION..... | 9 |
| OBJETIVO GENERAL..... | 11 |
| OBJETIVOS ESPECIFICOS..... | 12 |
| METODOLOGIA..... | 13 |
| CRITERIOS DE INCLUSION..... | 14 |
| CRITERIOS DE EXCLUSION..... | 14 |
| CRITERIOS DE ELIMINACION..... | 14 |
| RESULTADOS DE VALORACION DE RIESGO REPRODUCTIVO..... | 15 |
| CONCLUSIONES..... | 23 |
| FORMATO DE ENCUESTA..... | 25 |
| BIBLIOGRAFIA..... | 26 |

ANTECEDENTES

Constantemente se agregan nuevos datos acerca de los factores que afectan la salud de manera adversa; la información sobre medidas preventivas de ciertas enfermedades a través de modificaciones en la conducta y en el ambiente está al alcance de casi la totalidad de la población. (2-3)

Para comprender el objetivo y las estrategias de la prevención, es necesario explorar la naturaleza de la salud y los factores que le afectan.

Blum, describe cuatro fuerzas principales que influyen en la salud del hombre: **AMBIENTE:** que incluye educación, cultura, alimentación y saneamiento. **ESTILO DE VIDA O HABITOS PERSONALES, HERENCIA O CONTENIDO GENETICO Y LA ATENCION MEDICA.**

Cada persona se enfrenta desde su nacimiento y durante toda su vida a riesgos identificables, que establecen una probabilidad. Muchos de los riesgos que se relacionan con incapacidades tempranas o muertes, también están en relación con el individuo, grupos específicos determinados por: Ambiente, sexo, edad y raza; estas circunstancias son únicas para cada individuo y pueden cuantificarse, constituyendo lo que se denomina "VALORACION DE RIESGO PARA LA SALUD. (2-3)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Dentro de los grupos de población más susceptibles a la enfermedad y muerte, se encuentra el materno-infantil.

La susceptibilidad para las mujeres en edad reproductiva nace de los procesos fisiológicos que acompañan al embarazo, que modifican profundamente el organismo materno y aumentan su vulnerabilidad.

El enfoque de riesgo reproductivo sería, la prevención de los embarazos de alto riesgo, mediante el uso de métodos anticonceptivos en las mujeres que presentan factores de riesgo.

Entendemos por RIESGO REPRODUCTIVO, la probabilidad o grado de peligro que tienen tanto la mujer en edad fértil como su producto potencial, de experimentar enfermedad, lesión o muerte en caso de presentar un embarazo.

La planificación familiar, como acción organizada, surgió en la mayoría de nuestros países principalmente como una respuesta para armonizar el crecimiento de la población, con las posibilidades de desarrollo económico y social, de tal manera que aún cuando llevara implícita también la posibilidad de coadyuvar a la disminución de la morbilidad y mortalidad materno infantil; predominaron propósitos demográficos.

Una de las principales inquietudes de la demografía es el poder aproximarse al conocimiento de la estructura de una población, es aceptado dentro de los demógrafos, que el comportamiento basado en la mortalidad, fecundidad y migración, determina la estructura por edad y sexo de un grupo poblacional.

En México se inician las políticas de la población cuando el nuevo código sanitario del 26 de febrero de 1973 autorizó la propaganda y venta de métodos anticonceptivos.

La planificación familiar en su evolución familiar en su evolución se fue incrementando progresivamente el reconocimiento de las interrelaciones e influencias de la conducta reproductiva, la salud de la población y por lo tanto: la necesidad de la integración de los servicios de planificación familiar, como parte de los programas prioritarios de atención a la salud, tendientes a la prevención de embarazo de alto riesgo, mediante la detección oportuna y valoración de los factores de riesgo reproductivo. (2-3)

LOS FACTORES DE RIESGO SE CLASIFICAN EN 3 GRUPOS:

1.- ANTECEDENTES GENERALES: Estos describen algunas características de la conducta reproductiva que además de hacer condiciones de tipo biológico reflejan en forma indirecta el nivel socioeconómico; dentro de este grupo encontramos: (2-3)

a) .- EDAD.- Se afirma que el período ideal para la reproducción en la mujer; es el comprendido entre los 20 y 29 años, dado que mujeres que se embarazan antes de los 20 años, hay incidencia aumentada de toxemia gravídica, prematuridad y síndrome de bajo peso al nacer. Las mujeres de 35 años la incidencia aumentada en toxemia del embarazo, distocias de contracción inserciones y adherencias anormales de la placenta, enfermedades crónicas degenerativas es notable. (2-3-15)

La morbilidad y mortalidad reproductivas pueden ser también comunes en las mujeres que resultan embarazadas en los inicios o al final de su vida reproductiva, fisiológicamente, la gravidez es más tensionante para las mujeres jóvenes bien porque sus sistemas reproductivos aún no están plenamente maduros, o no se percatan oportunamente de su embarazo o niegan estarlo y es posible que éstas soliciten la atención prenatal después del período más deseable o retrasen el aborto cuando disponen de ambas opciones.

Las mujeres de mayor edad pueden tener problemas, pues se incluyen además de las distocias una mayor incidencia de anomalías cromosómicas fetales y abortos espontáneos. (7)

La edad de la madre y su situación económica pueden afectar la calidad, cantidad y contenido de los cuidados médicos, influyendo así en el riesgo de muerte fetal. (7)

La edad materna mayor de 35 años también está asociada con un aumento en el porcentaje de gemelos dicigóticos, lo que afecta el peso natal y el riesgo de muerte fetal. (11-12)

b) .- PESO CORPORAL.- Las desviaciones extremas en el peso corporal de la mujer, están bien definidas como elementos que propician morbilidad y mortalidad materno infantil. (7)

c) .- MULTIGRAVIDEZ.- Los niños que ocupan un lugar avanzado en el orden de nacimiento pueden afrontar mayores riesgos de crecimiento intrauterino deficiente, traumas más graves durante el nacimiento y en forma general ser menos saludables por que sus familias no están en posibilidades de incrementar sus recursos recibe menos tiempo de atención por parte de los padres. (2-7-3)

El número excesivo de embarazos ha sido descrito como un factor de riesgo para la salud materna y perinatal. Frecuente en ellas las distocias de contracción que origina partos distócicos, trabajo de parto prolongado, aumento de la probabilidad de rupturas uterinas, hipotonía o atonía uterina, hemorragia pre y transparto por inserciones anormales de la placenta, afecto diabetogénico de los embarazos numerosos, condicionado por la producción de sustancias antagónicas de la insulina por la placenta.

En la multigravidez nos encontramos también "el síndrome de depleción de la lactancia" que conlleva a niños mal alimentados.

d) .- INTERVALO INTERGENESICO.- Los embarazos que se inician poco después del parto anterior pueden implicar también mayores riesgos para la mujer. El intervalo corto entre nacimientos sobre todo si va acompañado de la lactancia intensiva, puede impedir que la madre recupere sus agotadas reservas nutricionales antes que empiece el siguiente embarazo, y originar productos prematuros o de bajo peso. (7)

e) .- HIJOS NO DESEADOS.- Los riesgos potenciales para la salud del niño que nace de un embarazo no deseado son grandes.

Una hipótesis alternativa es que los hijos no deseados son concebidos a menudo cuando una familia o la madre se encuentran en dificultades morales, sociales y económicas y el niño afronta mayores riesgos por el simple hecho de nacer en una situación stressante. (7)

2.- ANTECEDENTES PATOLOGICOS OBSTETRICOS.- Estos se refieren a hechos de la historia reproductiva de la mujer, como son:

a) **.- ABORTO.-** El antecedente de aborto previo en la historia reproductiva de una mujer, se considera factor de riesgo tanto por la tendencia a recurrir como por las consecuencias.

En la modalidad que sea, inducido o provocado, puede presentar complicaciones hemorrágicas e infertilidad secundaria o la muerte.

b) **.- MUERTE NEONATAL.-** Ocasionada por diferentes causas: Diabetes mellitus, hipertensión arterial, trastornos uteroplacentarios vasculares, que ocasionan hipoxia fetal, como causas principales, sin pasar por alto la toxemia gravídica y trastornos en la placenta. (3-2-7)

La prematurez es una causa de mortalidad neonatal, y consideramos que existe cuando el embarazo es menor de 37 semanas de evolución, hay interrupción espontánea por diversas causas.

c) **.- DEFECTOS DEL NACIMIENTO.-** Existe indicación de prevenir un embarazo cuando existen posibilidades de productos defectuosos, sea por herencia, de transmisión genética dominante, recesiva poco frecuente, o bien por factores predisponentes, como el medio ambiente, agentes teratógenos, ya sean físicos, químicos y biológicos. (11-12-2-3)

d) **.- TOXEMIA GRAVIDICA.-** Es la causa más frecuente e importante de morbilidad y mortalidad materna y que tiene una elevada probabilidad de volverse a presentar en un embarazo subsecuente, afecta principalmente a mujeres en edades extremas de la vida reproductiva, a mujeres obesas o desnutridas y con padecimientos crónico-degenerativos. (2-3-11)

e) .- CESARIA PREVIA.- La presencia de una o más cicatrices uterinas, se asocia con cretinismo placentario, inserción baja de placenta, prematuridad inducida, lesiones viscerales y ruptura de cicatriz uterina. (2-3)

f) .- HEMORRAGIAS OBSTETRICAS.- Son provocadas principalmente, en la segunda mitad del embarazo o en el parto, por diversas causas; dentro de ellas: rupturas uterinas atónicas uterinas, fenómenos de coagulación intravascular diseminada ocasionada por la toxemia. (2-3)

3.- ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS.-

a) .- HIPERTENSION ARTERIAL.- Factor importante de riesgo de morbilidad y mortalidad materna y perinatal, al propiciar la toxemia gravídica y generan productos de bajo peso al nacer así como muerte fetal in útero desprendimientos prematuros de placenta normal. (12-11-2-3)

b) .- CARDIOPATIA.- Obedece a la alta prevalencia de fiebres reumáticas que originan secuelas vasculares y alteración cardíaca hemodinámicamente importante. (2-3)

c) .- DIABETES MELLITUS.- Los principales daños a la salud materno-infantil, dependen de la duración y gravedad de la enfermedad. Entre los daños que causa en una embarazada la Diabetes mellitus están: los daños perinatales: abortos espontáneos, defectos al nacimiento, muerte fetal y macrosomía. Los daños maternos: incremento en la frecuencia de polihidramnios que puede ocasionar hemorragia postparto debida a la sobre distensión uterina, y aumento en la incidencia de toxemia gravídica por lesión vascular.

d) .- NEFROPATIA.- La infección crónica de las vías urinarias predomina en el 10 % de las mujeres embarazadas.

Las lesiones renales pueden ser: Infecciosas, que ocasionan parto prematuro y muerte fetal, o bien parenquimatosas que ocasionan también productos de bajo peso al nacer, prematuridad y toxemia gravídica.

e) .- OTROS.- Existe patología que pudieran en un momento dado ocasionar morbimortalidad materno infantil, como son las neumopatías, hepatitis, paludismo endémico SIDA, que la mujer contrae durante el embarazo y cuyas tasa de mortalidad son más altas en el caso de las embarazadas que en las demás mujeres.

Existen riesgos en algunas adicciones y toxicómanías. La ingesta de alcohol en la embarazada aumenta el riesgo de muerte fetal temprana quizá por un efecto tóxico directo y también parece causar anomalías asociadas con peso natal bajo. El tabaquismo aumenta el riesgo de muerte fetal temprana y peso bajo al nacer.

JUSTIFICACION

El índice de mortalidad materna y perinatal es sin duda un indicador del desarrollo de un país, mientras se presenten muertes maternas y neonatales prevenibles la atención a la salud tendrá que mejorar.

A raíz de la declaración de Cocoyoc de 1968 en la cual nuestro país, a través del ejecutivo federal, se compromete a reducir la tasa de mortalidad materna en forma sustancial, se crea en nuestra institución por instrucciones de la subdirección general médica en mayo 1990, el comité central para el estudio de la mortalidad materna y perinatal.

Para 1992 se estudiaron 23 casos de muerte materna de las cuales 19 fueron clasificadas como muertes obstétricas directas, 10 casos de toxemia hemorragia y sepsis con 4 casos, 1 caso de aborto insuficiencia cardiaca congestiva, cáncer de vías biliares, pielonefritis.

1993 las causas de muerte materna estudiadas fueron 24 de las cuales 20 fueron obstétricas directas a causa más frecuente fue toxemia con 7 casos hemorragia 6 casos, sepsis con 3 casos accidente anestésico y piocolecisto, infarto al miocardio insuficiencia hepática y tromboembolia pulmonar 1 caso cada una de ellas.

Las causas de muerte perinatal en 1992 se estudiaron 535 casos teniéndose como cinco principales causas: interrupción de la circulación materno fetal con 64 casos, prematudez 62, enf. de membranas hialina 57, insuficiencia fetoplacentaria 37, hemorragia intracraneal 26 casos, en 287 casos se tuvieron otros eventos diagnósticos.

Durante 1993 se estudiaron 631 casos de muerte perinatal, las 5 primeras causas: interrupción de la circulación materno fetal con 70 casos, enf. de membranas hialina 57 casos, prematudez 50 casos y sepsis neonatal 37, en 298 casos se obtuvieron otros eventos diagnósticos y en 64 no se contó con elementos de juicio para establecer la etiología de la muerte. (6)

Ante está panorama epidemiológico, consideró justificable el trabajo de investigación de está especialidad de **MEDICINA FAMILIAR**, en la población adscrita al consultorio No. 1 de la clínica hospital de Iguala Gro. a fin de determinar los factores de riesgo reproductivo, incidiendo en ellas para anticiparnos al daño probable, mejorando el nivel de salud (x) evitando así la morbilidad y mortalidad materna y perinatal. (6-8)

OBJETIVO GENERAL

Reconocer la importancia del enfoque de riesgo reproductivo y la relación de sus principales factores con la morbilidad y mortalidad materno infantil.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 1.- Demostrar la importancia y la utilidad del enfoque de riesgo reproductivo.
- 2.- Perfil clínico de las pacientes con mayor riesgo.
- 3.- Aplicar los programas nacionales de identificación de riesgos.
- 4.- Planear las estrategias.

METODOLOGIA

Tipo de estudio

El presente estudio es de tipo descriptivo y longitudinal.

Población, lugar y tiempo.

Las unidades de estudio son, mujeres en edad fértil que estén o no embarazadas, con un rango de edad, de los 15 a 49 años, que acuden a la consulta externa, consultorio 1 de la clínica hospital I.S.S.S.T.E. de la ciudad de Iguala Gro.

En los meses de junio, julio, agosto, septiembre, octubre y noviembre 1994.

Se realizó encuesta, previo consentimiento verbal y escrito a 50 mujeres, las cuáles se eligieron de manera aleatoria, de la pirámide poblacional del consultorio No. 1 de la clínica hospital ISSSTE, Iguala Gro.

La información a recolectar está contenida en un formato de trabajo, cuya fuente es el I.S.S.S.T.E.

CRITERIOS DE INCLUSION

- Mujeres entre los 15 a 49 años de edad.
- Mujeres que están o no embarazadas.
- Mujeres usuarias de la clínica, hospital ISSSTE, Iguala Gro.
- Mujeres que reúnan los mencionados requisitos y que acepten ser encuestadas.

CRITERIOS DE EXCLUSION

- Mujeres menores de 15 años y mayores de 49.
- Pacientes en edad fértil con diagnóstico de esterilidad absoluta primaria.
- Mujeres en edad fértil que presenten disfunciones mentales.
- Mujeres en edad fértil que se les ha realizado Salpingoclasia.

CRITERIOS DE ELIMINACION

- Mujeres en edad fértil que rehusen sostenerse a estudios.

RESULTADOS DE LA

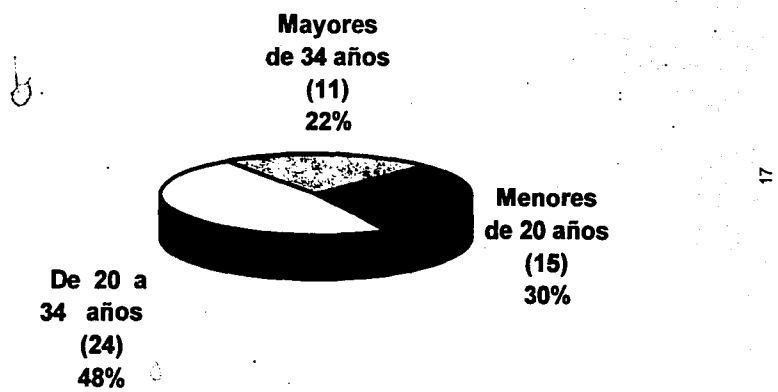
VALORACION DE

REPRODUCTIVO

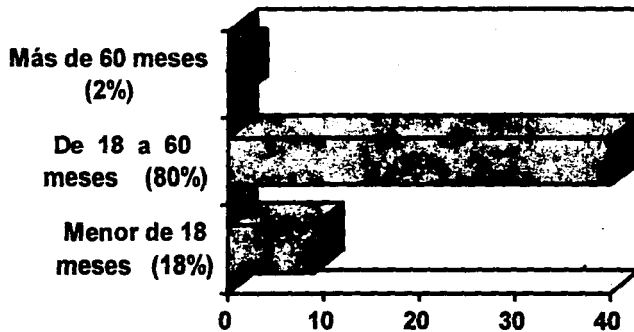
Dadas las características del presente estudio (aplicación de encuesta), el análisis de los resultados obtenidos de la valoración de riesgo reproductivo aplicado a un total de 50 mujeres en el consultorio No. 1 de la clínica del ISSSTE de la ciudad de Iguala, Gro., se desarrolló a través de la ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA, dado que sólo se hará una descripción de los datos obtenidos, pues no se cuenta con las condiciones requeridas para presentar inferencias válidas, ya que en dicha población analizada no se introdujeron variables que condicionaran el comportamiento del grupo estudiado bajo determinadas circunstancias.

Los RESULTADOS obtenidos se detallan a continuación, a través de representaciones gráficas.

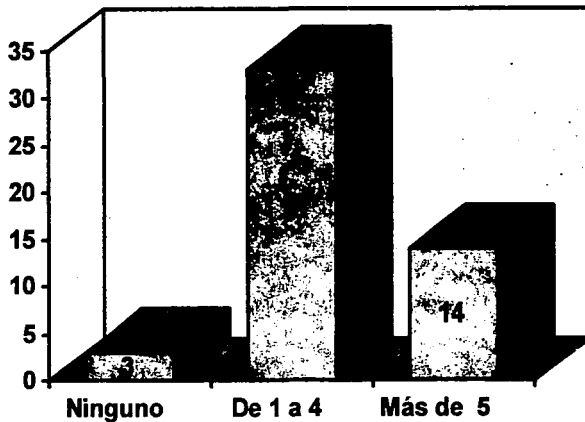
GRUPOS DE EDADES



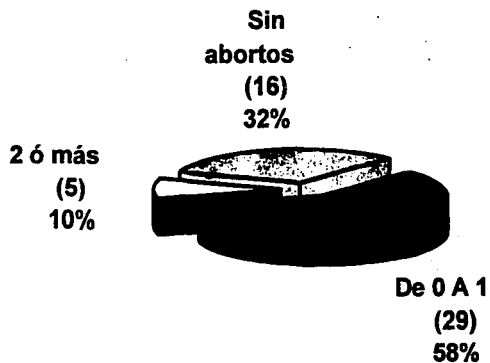
MESES TRANSCURRIDOS DESDE LA TERMINACIÓN DEL ÚLTIMO EMBARAZO



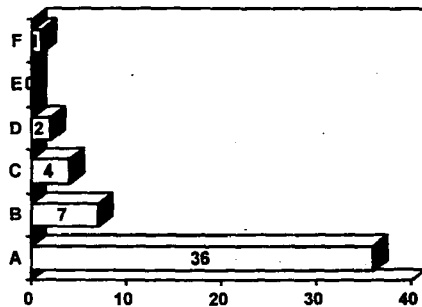
No. DE EMBARAZOS



NUMERO DE ABORTOS



ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS



| | | |
|---|-----------------------|----|
| A | Sin antecedentes | 36 |
| B | Hipertensión arterial | 7 |
| C | Diabetes mellitus | 4 |
| D | Cardiopatía | 2 |
| E | Nefropatía | 0 |
| F | Otros: Neumopatía | 1 |

Clínica Hospital ISSSTE Iguala, Gro consultorio I.

ANTECEDENTES PATOLOGICOS OBSTETRICOS



| | | |
|----------|--|-----------|
| A | Sin Antecedentes | 11 |
| B | Toxemia ó Hipertensión Inducida por el Embarazo | 11 |
| C | Hemorragias del Tercer Trimestre | 2 |
| D | Cesárea ó Cirugía Uterina Previa | 12 |
| E | Prematurez (Menos de 38 semanas de Gestación) | 5 |
| F | Bajo Peso (Menos de 2,500 grs. y mayor de 38 semanas de Gestación | 3 |
| G | Macrosomía (Mayor de 4,000 grs.) | 2 |
| H | Muerte Fetal (28 semanas de Gestación y más) | 3 |
| I | Muerte Neonatal (Menor de 8 días de vida) | 0 |
| J | Malformación Congénita | 1 |
| K | Y otros | 0 |

Clinica Hospital ISSSTE Iguala, Gro consultorio 1.

CONCLUSIONES

A través de la aplicación de 50 cuestionarios sobre FACTORES DE RIESGO REPRODUCTIVO EN MUJERES EN EDAD FERTIL, se obtuvieron los siguientes resultados.

Con referencia a los grupos de edad, se observó que el 48% de la población en estudio oscilaba entre los 20 a 34 años, lo cual tiene un valor de riesgo 0. Con referencia al No. de embarazos, el 66% oscilaron entre 1 a 4, lo cual tiene un valor de riesgo 0.

Respecto al intervalo intergenésico, se observó que el 80% de la población en estudio presentaba un intervalo de 18 a 60 meses entre embarazo y embarazo, lo cual significa que presentan valor de riesgo de 0.

En el número de abortos se obtuvieron las siguientes estadísticas: 58% de la población presentaba de 0 a 1 aborto, el 32% sin aborto y el 10% 2 o más, lo que significa que un porcentaje elevado de la población su valoración de riesgo reproductivo es 0.

Dentro de las causas, respecto a los antecedentes obstétricos patológicos, se encontraron como primer causa la cesárea previa, toxemia o hipertensión inducida por el embarazo, prematuridad, muerte fetal, bajo peso al nacer, hemorragias del tercer trimestre y macrosomía.

Respecto a los antecedentes personales patológicos el 75% aproximadamente de la población encuestada se encontró sin antecedentes, hubo, 14% de hipertensión arterial 8% de Diabetes mellitus, 4% de cardiopatía y un solo caso de fibrillación pulmonar post-neumopatía fímica.

De lo anterior se deduce, que está dentro de nuestra función como médicos familiares, involucrarnos en la problemática de la familia respecto a su salud y bienestar. Debemos concientizar a las pacientes con riesgo reproductivo cualquiera que fuera la etiología que la disminución del número de embarazos y nacimientos en la vida de una mujer

le permite indudablemente reducir los riesgos de complicaciones reproductivas y mortalidad materno-infantil.

Por lo que es conveniente la introducción de dichas pacientes al programa prioritario de Planificación familiar. Aunque el uso de anticonceptivos conlleva riesgos potenciales, estos son mínimos comparados con los beneficios que recibe en materia de salud, por su menor exposición a los problemas relacionados con el embarazo y el parto.

PERSPECTIVAS

- 1.- Elevar la calidad de la atención médica es una de las metas por cumplir.
- 2.- Para lograr la reducción de este daño a la salud se tiene la perspectiva de aumentar las acciones de educación para la salud a la población femenina derechohabiente con el fin de incrementar la evaluación de riesgo reproductivo en un mayor porcentaje de mujeres en edad fértil por lo menos cada año, así como concientizar a esta población de la necesidad de acudir al control prenatal desde el primer trimestre del embarazo.
- 3.- Intensificar la capacitación del personal de salud y lograr la unificación de criterios y procedimientos aplicables en el diagnóstico, manejo y tratamientos de las diversas patologías de la vida reproductiva de la mujer.

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES
PARA LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

SUBDIRECCION GENERAL MEDICA
VALORACION DE RIESGO REPRODUCTIVO (MUJERES DE 15 A 49 AÑOS,
EN INTERVALO INTERGENESICO.

NOMBRE DE LA PACIENTE (USUARIA) _____

No. AFILIACION: _____

FECHA DE LLENADO: AÑO: _____ MES: _____ DIA: _____

ANTECEDENTES GENERALES

- 1.- EDAD
- De 20 años _____ 1
 - De 20 a 34 años _____ 0
 - De 34 años _____ 1
- 2.- CONDICION DE LA UNION
- Unidad _____ 0
 - No unidad _____

HISTORIA OBSTETRICA

- 3.- No. DE EMBARAZOS
- Ninguno _____ 0
 - 1 a 4 _____ 0
 - 5 y más _____ 1
- 4.- No. DE PARTOS _____
- 5.- No. DE ABORTOS _____
- 0 A 1 _____ 0
 - 2 O más _____ 2
- 6.- Meses transcurridos desde la terminación del último embarazo.
- de 18 meses _____ 1
 - 18 a 60 meses _____ 0
 - de 60 meses _____ 2

ANTECEDENTES PATOLOGICOS
OBSTETRICOS

- SIN ANTECEDENTES _____ 0
- 7.- Toxemia o Eclampsia _____ 2
 - 8.- Hemorragias del 3er. trimestre _____ 2
 - 9.- Cesárea o Cirugía uterina previa _____ 2
 - 10.- Prematurez (de 38 sem gestación) _____ 2
 - 11.- Bajo peso (de 2,500 gr. y 38 S.G.) _____ 2
 - 12.- Macrosómia (4,000 gr) _____ 2
 - 13.- Muerte fetal (28 S. de G. y más) _____ 2
 - 14.- Muerte neonatal (8 días de vida) _____ 2
 - 15.- Malformación congénita _____ 2
 - 16.- Otro _____ 2
- especifique.

CALIFICACION DE RIESGO _____

Si la suma de sus factores es mayor de 1 ES
PRIORIDAD ANTICONCEPTIVA.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- **CONSEJO NACIONAL DE POBLACION MEXICO.**
Programa estatal de planif. fam. 1986-1-8
- 2.- **TEMAS DE PLANIFICACION FAMILIAR.**
DR. MARTINEZ MANAUTOU.
Riesgo reproductivo I
Academia mexicana de investigación en demografía médica C.A. 1986 AMIDEM
- 3.- **DR. JORGE MARTINEZ MANAUTOU**
Temas de planificación familiar
Riesgo reproductivo II
Academia de investigación den demografía médica A.C. 1986 AMIDEM
- 4.- **IMSS BOLETIN MEDICO EPIDEMIOLOGICO DE MORTALIDAD ANUAL.**
Sub. dirección general médica, depto. de servicios de salud pública.
- 5.- **ISSSTE BOLETIN MEDICO EPIDEMIOLOGICO DE MORTALIDAD ANUAL 1993.**
- 6.- **MORTALIDAD MATERNA Y PERINATAL.**
Acciones para su reducción
Cifrar y hechos 1989-1994.
- 7.- **NACIONAL RESEARCH COUNCIL**
Anticoncepción y reproducción
Consecuencias para la salud de mujeres y niños en el mundo en desarrollo
Editorial médica Panamericana 14.15.17.35.
- 8.- **PLANIFICACION FAMILIAR Y ATENCION PRIMARIA A LA SALU. 1985-2, 127.**

- 9.- O'CONNOR G. IDENTIFICACION Y CONTROL DE FACTORES DE RIESGO.
MUNDO MEDICO 1986.
- 10.- ROSEN G. PREVENTIVE MEDICINA IN THE UNITED STATES 1900-1975.
- 11.- CLINICAS OBSTETRICAS Y GINECOLOGIAS
VOL. II 1989 INTERAMERICANA.
- 12.- CLINICA OBSTETRICA Y GINECOLOGICAS
VOL. II, 1987 INTERAMERICANA 239.
- 13.- NEWMAN N M CORREY J, F.
Efectos of alcohol in pregnancy
Med. aust. 1980; 2:5-10
- 14.- MIRIAM H, L.
Abstinencia periódica y planificación familiar.
Manual planificación familiar ISSSTE 1987
Clínica obstetric/ginecol. col 2; 375-386
junio 1989.
- 15.- GERALD D. G. ANDERSON
MARK GIBSON Y JOHM C. HOBBS
Manejo obstétrico de la paciente de alto
riesgo. 4:107
- 16.- PRITCHARD J.A. MC DONALD
PC WILLIAMS
OBSTETRICIA SALVAT
MEXICO 1980

17.- **BENSON R Dx y tratamiento ginecobstétrico**
El manual moderno México 1982