



152
11226

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**

UNIDAD ACADEMICA

HOSPITAL GENERAL "VASCO DE QUIROGA"

VALORACION DEL RIESGO REPRODUCTIVO

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

SILVIA VEGA GONZALEZ

MORELIA, MICHOACAN, 1997.



**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



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.

VALORACION DEL RIESGO REPRODUCTIVO

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA
EN MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

SILVIA VEGA GONZALEZ

A U T O R I Z A C I O N E S :



**DR. MIGUEL ANGEL FERNANDEZ ORTEGA,
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR,
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**

**DR. ARNULFO IRIGOYEN CORIA,
COORDINADOR DE INVESTIGACION,
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR,
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.**

**DRA. MA. DEL ROSARIO NORIEGA BARIBAY,
COORDINADORA DE DOCENCIA,
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR U.N.A.M.**

VALORACION DEL RIESGO REPRODUCTIVO

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

SILVIA VEGA GONZALEZ

A U T O R I Z A C I O N E S :

Sergio Madrigal E.
DR. SERGIO MADRIGAL ESPINDZA,
ASESOR DE TESIS Y PROFESOR TITULAR
DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR
PARA MEDICOS GENERALES EN EL HOSPITAL GENERAL
"VASCO DE QUIROGA" MORELIA, MICHOACAN.

I. S. S. S. T. E.
Clinica Hospital
"VASCO DE QUIROGA"
NOV. 16 1997
OPTO. DE ENSEÑANZA
MORELIA, MICH.

Arnulfo Iriboyen
DR. ARNULFO IRIBOYEN CORIA, ASESOR DE TESIS, U.N.A.M.
PROFESOR DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR,
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.

Hector Gabriel Mateos Aceves
DR. HECTOR GABRIEL MATEOS ACEVES
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR,
JEFATURA DE SERVICIOS DE ENSEÑANZA DEL ISSSTE.

HOSPITAL GENERAL
"VASCO DE QUIROGA"
MORELIA, MICH.

DIRECTOR DE LA UNIDAD



DR. SALVADOR RUIZ CANCINO

JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION



DR. JOSE LUIS CALDERON RODRIGUEZ.

DEDICATORIA

A TODAS AQUELLAS PERSONAS QUE ME APOYARON PARA LA REALIZACION DE ESTE TRABAJO, A LAS CUALES ES DIFICIL NOMBRAR, YA QUE FUERON MUCHAS PERO CONSIDERO NECESARIO AGRADECER A TODOS MIS MAESTROS POR HABERME BRINDADO SUS CONOCIMIENTOS EN LA FORMA DESINTERESADA EN LA QUE LO HICIERON Y POR HABER MOTIVADO EN MI LA NECESIDAD DE SUPERACION, EN ESPECIAL AGRADEZCO A LA DRA. ROSALIA LOPEZ MIRANDA, AL DR. EMILIO PRUNEDA HUIDOBRO, DR. SERGIO MADRIGAL ESPINOSA, DR. RAMON CANACHO DELGADO, ING. MIGUEL ANGEL VEGA GONZALEZ, QUE DEDICARON SU VALIOSO TIEMPO, SUS CONOCIMIENTOS, SU TRABAJO PARA QUE ESTE DOCUMENTO FUERA POSIBLE.

A MI FAMILIA POR HABERME DADO TODO EL APOYO NECESARIO, EN ESPECIAL A MI ESPOSO E HIJOS, A MIS PADRES QUE SIEMPRE ESTAN PENDIENTES DE MIS LOGROS Y SIEMPRE SABEN BRINDARME LO MEJOR DE ELLOS.

A TODAS AQUELLAS MUJERES QUE LEAN ESTE DOCUMENTO PARA QUE SEAN CONSCIENTES DE LA IMPORTANTE RESPONSABILIDAD QUE IMPLICA TENER UNA SALUD REPRODUCTIVA, ASI COMO DE QUE LOGREN BESTAR UN HIJO SANO, QUE REQUERIRA NO SOLAMENTE DE LA SALUD MATERNA E INFANTIL, SINO DE LA EDUCACION MATERNA Y DE SU CAPACIDAD DE PROVEER A ESTE HIJO UN AMBIENTE FAMILIAR FUNCIONAL QUE PUEDA SATISFACER TODAS SUS NECESIDADES PARA QUE CREZCA Y SE DESARROLLE EN TODA SU POTENCIALIDAD Y FORME PARTE DE UNA SOCIEDAD MAS SANA Y PRODUCTIVA.

DIESEL

REPRODUCTIVO

I N D I C E

MARCO TEORICO.....	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	12
JUSTIFICACION	22
OBJETIVOS.....	26
METODOLOGIA.....	27
RESULTADOS.....	32
ANALISIS	69
CONCLUSIONES.....	74

A N E X O S

TABLAS.....	34
GRAFICAS	54
OTROS.....	66
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	77

MARCO TEORICO

Un enfoque fundamental para la atención integral de la mujer en edad fértil es la valoración de riesgo reproductivo. Porque de los grupos de población mas susceptibles a enfermedad y muerte se encuentra el materno infantil, debido a los procesos fisiológicos que acompañan al embarazo, y que modifican el organismo materno. (1)

DEFINICION

La probabilidad que tiene la mujer en edad fértil como su producto potencial, de experimentar enfermedad, lesión o muerte en caso de presentarse un embarazo" (1)

ETIOLOGIA

En cuanto a su origen, las causas de esta mortalidad pueden clasificarse en dos grandes grupos: (2)

- Endógeno. las ligadas a factores biomédicos relacionados con procesos del embarazo, parto, puerperio y con la condición y pronóstico del recién nacido. (2)

- Exógenas. las relacionadas con factores desfavorables del medio ambiente y que se reflejan en los procesos fisiológicos de crecimiento y desarrollo del niño, así como en sus condiciones generales de salud. (2)

MORTALIDAD MATERNA

Las principales causas en América Latina siguen siendo, toxemia gravídica, complicaciones hemorrágicas del embarazo y parto, sepsis puerperal y aborto, casi siempre originadas en embarazos de alto riesgo debidos a: (3,4,5,6,7)

- Condiciones maternas desfavorables durante la etapa preconcepcional (factores de riesgo reproductivo) (3,4,5)

- Complicaciones del embarazo, parto y puerperio (factores de riesgo obstétrico). (3,4,5,6,7)

Conviene señalar que muchos factores de riesgo reproductivo en ausencia de embarazo, se convierten en factores de riesgo obstétrico cuando la gestación se encuentra presente. (3,4)

La mortalidad materna en Latinoamérica es muy elevada en comparación con países de Norteamérica. (3,4)

La característica común que comparten la mortalidad materna con la infantil es su asociación con factores de riesgo, que favorecen o propician la mortalidad. (2,3,5,8)

Debido a que una mujer se embaraza teniendo factores de riesgo reproductivo, da origen a embarazos de riesgo elevado y a la mayoría de causas de muerte materno-infantil en especial perinatal; (3,4,5,6,7)

En la mortalidad materna de México, son identificables factores de riesgo reproductivo en un 70% de los casos. (3,4,5,6,7)

Existen ciertos factores de riesgo reproductivo asociados con la posibilidad de muerte materna. Entre ellos se encuentran las edades extremas de la vida reproductiva; la multigravidez; la desnutrición; la obesidad; las cesáreas previas y las enfermedades crónicas degenerativas del tipo de hipertensión arterial, cardiopatías y diabetes. (3,4,5,6,7)

Tales factores generan embarazos de alto riesgo por la producción de complicaciones de la gestación, como toxemia, hemorragias, sepsis puerperal y abortos. (3,4,5,6,7)

MORTALIDAD INFANTIL

Es muy diferente en países desarrollados y en vías de desarrollo. Un porcentaje significativo es por causas perinatales. Lo que representa un problema importante. (2,4,6)

Las circunstancias relacionadas con la gestación, el nacimiento, el crecimiento y el desarrollo, constituyen factores que influyen en el pronóstico de salud y vida. (2,4,6)

Aun cuando en este tipo de mortalidad existe un componente de afecciones perinatales originadas en factores de riesgo reproductivo y obstétrico, dicha mortalidad sufre un claro desplazamiento en su causalidad por la aparición de ciertas enfermedades transmisibles, como infección intestinal, que son originadas por condiciones ambientales desfavorables. (2,4,6)

La muerte es un fin ineludible, desde que se nace se empieza a morir. Cuando la vida ha sido larga, fructífera y grata, la muerte se puede aceptar como un "descanso necesario"; pero cuando la enfermedad o la incapacidad, física o mental, golpean a los seres humanos y truncan la vida a temprana edad, la muerte se torna un hecho injusto e inaceptable; más injusto e inaceptable cuando más prevenible o evitable sea su causa, como son las prevenibles por riesgo reproductivo. (2,4,6)

MORTALIDAD NEONATAL.

Condicionada principalmente por: prematuridad, bajo peso al nacer y defectos al nacimiento; causas que tienen su origen, tanto en las complicaciones presentadas durante los periodos pre y transgestacional como en condiciones generales de salud de la madre; es decir, en factores de riesgo reproductivo y obstétrico. (2,4,8).

Es un indicador de tipo directo respecto a efectos sobre la salud y la prevención del embarazo de alto riesgo. (2,4,8)

Independientemente de ciertos factores de riesgo reproductivo comunes a la mortalidad materna y fetal tales como: edad menor de 20 años, desnutrición y enfermedades crónicas degenerativas, la mortalidad neonatal reconoce ciertos factores propios como son: antecedentes de muerte neonatal previa, prematuridad, defectos al nacimiento y bajo peso al nacer. (2,4,8).

MORTALIDAD FETAL

Este tipo de mortalidad comparte con la mortalidad materna varios factores de riesgo reproductivo, puesto que ambas son de origen endógeno. Entre ellos podemos citar: edades extremas de la vida reproductiva, multigravidez, desnutrición y enfermedades crónicas degenerativas. (2,4,8,9,10)

En esta mortalidad deben destacarse antecedentes de muerte fetal previa y complicaciones agudas del embarazo tales como toxemias, hemorragias y abortos, así como defectos al nacimiento que conducen a muerte fetal, a través de complicaciones del tipo de la desnutrición in útero, prematuridad y trauma al nacimiento. (2,4,8,9,10)

MORTALIDAD POSNEONATAL.

Participan factores de riesgo reproductivo, como los de riesgo infantil. De hecho, estos últimos tienen mayor peso que los primeros en la producción de daños a la salud. (2,4,8,9,10)

Las condiciones originadas en factores de riesgo reproductivo que aún aparecen en este periodo son: prematuridad, bajo peso al nacer y defectos al nacimiento y que corresponden a lactantes de alto riesgo, que sobrevivieron a la etapa neonatal. (2,4,8,9,10)

No obstante, la mayor parte de esta mortalidad se debe a las enfermedades transmisibles que tienen su origen en factores ambientales desfavorables, teniendo un papel determinante el bajo nivel socioeconómico. (6,8).

Los lactantes de alto riesgo fallecen en el periodo posneonatal principalmente por enfermedades diarreicas, respiratorias, por desnutrición y en menor proporción por afecciones originadas en el periodo perinatal. (6,8).

MORTALIDAD PREESCOLAR.

En unión de la mortalidad posneonatal constituye otro indicador de mortalidad de origen exógeno, en la cual, aunque influyen factores de riesgo reproductivo, tienen mucho mayor peso los de riesgo infantil originados, en el bajo nivel socioeconómico y en las condiciones ambientales desfavorables. (2.4,8,9,10)

Los factores de riesgo reproductivo que colocan a un preescolar en situación de alto riesgo, son principalmente intervalos intergenésicos cortos y multigravidez, que propician el fenómeno de competencia entre hijos sobrevivientes, particularmente respecto a la nutrición. (2.4,8,9,10)

La causalidad exógena de esta mortalidad se revela en la triada clásica responsable de fallecimientos en este grupo, integrada por las enfermedades diarreicas, respiratorias y la desnutrición. (2.4,8,9,10)

Es posible reconocer un factor común en el incremento de la mortalidad materno-infantil: la participación de factores de riesgo reproductivo en cada uno de los tipos específicos de mortalidad que se han descrito. (2.4,8,9,10)

El análisis efectuado permite concluir que la mortalidad mas fácilmente modificable es la prevención del embarazo de alto riesgo, sobre todo la de origen endógeno; es decir, materna, fetal y neonatal. (2.4,8,9,10)

En cambio, esta influencia es mucho menor para la mortalidad posneonatal y preescolar, debido al gran peso de su causalidad exógena. (2.4,8,9,10)

De todas formas, resulta evidente que la identificación de los factores de riesgo reproductivo en las mujeres en edad fértil, permite la prevención de embarazos de alto riesgo mediante el uso de metodología anticonceptiva con el criterio de protección a la salud. Esto puede llevar a una sensible reducción de los niveles actuales de mortalidad materno-infantil. (2.4,8,9,10,15)

VERTIENTES DE APLICACION DEL ENFOQUE DE RIESGO.

De acuerdo con el origen de la muerte materno-infantil, existen tres posibles vertientes de aplicación del enfoque de riesgo para modificar favorablemente la mortalidad mencionada. (2,3,4,6,7,8,10,11)

-Riesgo reproductivo. Identifica mujeres no embarazadas en edad fértil y con vida sexual activa que poseen factores de este tipo. (2,3,4,6,7,8,10,11)

-Riesgo obstétrico. Identifica factores de riesgo en mujeres con un embarazo ya presente. (2,3,4,6,7,8,10,11)

Riesgo obstétrico. La identificación de los embarazos de alto riesgo que permiten el enfoque de riesgo obstétrico, es útil para que mediante una consulta prenatal eficiente y un manejo de mayor calidad del parto, resulte posible la atención dirigida a este tipo de embarazos a fin de reducir sus consecuencias desfavorables. (2,3,4,6,7,8,10,11)

-Riesgo infantil. Permite identificar factores de riesgo en la población menor de 5 años. (2,3,4,6,7,8,10,11)

Dentro de las tres vertientes mencionadas, la de riesgo reproductivo constituye la más útil en términos de reducción de morbilidad 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. (2,3,4,6,7,8,10,11)

INDICADORES.

Los empleados más frecuentemente para medir cambios en la salud materno-infantil, pueden dividirse en dos grandes grupos: (2,4)

-Directos:

miden la mortalidad de origen endógeno. En ellos se aprecia de manera más directa el efecto del uso de métodos anticonceptivos, ya que la causalidad es primordialmente biológica y son: Mortalidad materna, fetal, neonatal y perinatal. (2,4)

- Indirectos:

permiten la medición de mortalidad que tiene origen exógeno. Los efectos del uso de métodos anticonceptivos en estos indicadores, resultan menos patentes, ya que la causalidad de la muerte que reflejan, tiene origen principalmente en el medio ambiente desfavorable y estos indicadores son: Mortalidad posneonatal y preescolar. (2,4).

APLICACION DEL ENFOQUE DE RIESGO REPRODUCTIVO EN LA PLANIFICACION FAMILIAR.

Lograr la reducción significativa de morbilidad materno-infantil mediante la planificación familiar, requiere de la aplicación del enfoque de riesgo reproductivo en la promoción y en la prestación de los servicios proporcionados por el personal de salud. (5,6,9,10,11,12,39)

Para conseguirlo se debe promover el uso de métodos anticonceptivos, poniendo particular interés en mujeres con mayores riesgos, para proporcionarles el método mas adecuado según el tipo de factores de riesgo existentes. (5,6,9,10,11,12,39)

UTILIDAD.

En la clínica.

-Identificar mujeres de 15 a 49 años que son potenciales productoras de embarazos de alto riesgo. (1,4,12,13,14,15,16)

-Descubrir casos portadores de enfermedades de carácter crónico degenerativo, con fines de seguimiento clínico individualizado. (1,4,12,13,14,16)

En Epidemiología.

-Conocer el comportamiento epidemiológico de los principales factores de riesgo reproductivo. (1,4,12,13,14,16)

-Prevenir embarazos de alto riesgo en los grupos de mujeres en edad fértil con mayor susceptibilidad, mediante regulación de la fecundidad con métodos anticonceptivos. (1,4,12,13,14,16)

-Descubrir y seguir la patología crónico degenerativa en el grupo de población mencionado. (1,4,12,13,14,16)

ESTUDIO DE LOS FACTORES DE RIESGO REPRODUCTIVO.

CLASIFICACION.

Es posible agrupar los factores de riesgo para mortalidad materna y perinatal en tres categorías. (1,2,3,4)

1.- ANTECEDENTES GENERALES.

Describen algunas características de la conducta reproductiva que, reflejan en forma indirecta el nivel socioeconómico y son: Edad, escolaridad, multigravidez, intervalo intergenésico y peso corporal; considerados así, por estar asociada su presencia con incremento de la morbimortalidad materno-infantil. (1,2,3,4)

EDAD.

Existe el consenso, en base a mortalidad materna y perinatal, de que el periodo ideal para la reproducción de la mujer es entre 20 y 29 años, ya que de los 30 a 34 existe un ligero incremento del riesgo. En particular mujeres que se embarazan con menos de 20 o mas de 35 años están sometidas a mayores riesgos de mortalidad, que obedecen a la mayor frecuencia de presentación de ciertas complicaciones como son: (17,18,19,20,21)

-Menores de 20 años: incidencia aumentada de toxemia gravídica, prematuridad y síndrome de bajo peso al nacer. (17,18,19,20,21)

-Mayores de 35 años: incidencia aumentada de toxemia gravídica, distocias de contracción, inserciones o adherencias anormales de placenta, defectos al nacimiento y enfermedades crónicas degenerativas del tipo de la diabetes y la hipertensión arterial. (17,18,19,20,21)

Independientemente de los eventos de carácter biológico citados, es frecuente que mujeres de estos grupos de edad no acudan, con la frecuencia debida, a consultas de cuidado prenatal, lo que añade un elemento de peligro para el pronóstico materno y perinatal. (15,17,18,19,20,21)

ESCOLARIDAD.

En términos de salud una mujer instruida entiende más y acepta en mayor grado la educación sanitaria y es más probable que asuma las medidas de control, prevención y manejo de las enfermedades. También tendrá mayor capacidad para administrar el presupuesto familiar y alimentar más adecuadamente a la familia. Sus hábitos higiénicos, en contraste con los de una mujer analfabeta, le permiten manejar mejor las situaciones cuando el saneamiento básico sea deficiente. (2,4,6,7,15,16,17,22)

Los hijos de mujeres sin escolaridad tienen un riesgo de morir de 3.5 a 5 veces más grande que los de mujeres que tienen 10 o más años de escolaridad. (2,4,6,7,16,17,22)

El analfabetismo es 3 veces más alta en mujeres que en hombres y más grave en localidades rurales y marginadas. (2,4,6,7,16,17,22)

MULTIGRAVIDEZ.

El número excesivo de embarazos es factor de riesgo para la salud materna y perinatal, en virtud de que a partir de la quinta gestación se encuentra un aumento de las tasas de morbilidad. (1,2,3,10,12)

Dicho aumento obedece a mayor frecuencia de presentación de ciertas complicaciones obstétricas, entre las cuales destacan: (1,2,3,10,12)

-Distocias de contracción, que originan trabajos de parto prolongado y aumentan la probabilidad de ruptura uterina espontánea. (1,2,3,10,12)

-Hemorragia anteparto y transparto, como consecuencia de mayor frecuencia de inserciones o adherencias anormales de la placenta. (1,2,3,10,12)

-Hemorragias postparto que son debidas con mayor frecuencia a cuadros de hipotonía o atonía uterina. (1,2,3,10,12)

Entre otros problemas asociados con la multigravidez, debe mencionarse el efecto diabetogénico de los embarazos numerosos, aparentemente condicionado por la producción de sustancias antagonistas de la insulina por la placenta y que pueden ocasionar la aparición clínico de la enfermedad en mujeres con carga genética propiciatoria. (1,2,3,10,12)

Igual que ocurre en el caso de la edad, es frecuente un cuidado prenatal y obstétrico poco adecuado en la múltipara, lo cual influye de manera importante en el agravamiento de los riesgos señalados anteriormente. (1,2,3,10,12)

INTERVALO INTERGESTACIONAL.

Un intervalo intergenésico corto es un factor de riesgo, especialmente cuando es menor de 18 meses y esto obedece a que los espacios intergenésicos breves se acompañan de fenómenos de depleción o deterioro nutricional materno que a su vez, se asocia a un aumento de la probabilidad de originar productos prematuros o de bajo peso al nacer, así como a un incremento de la mortalidad posneonatal. (1,2,5,7,12)

Aumenta el peligro de desnutrición y reduce las posibilidades de supervivencia del hijo previo al ocurrir destete precoz y disminuir, por lo tanto, la duración de la lactancia materna. (1,2,5,7,12)

PESO CORPORAL.

Desviaciones extremas en peso corporal de la mujer están bien definidas como elementos que propician morbimortalidad perinatal y materna. (1,4,7)

La mujer obesa presenta con mayor frecuencia toxemia gravídica y anomalías de la dinámica uterina, que favorecen trabajos de parto o periodos expulsivos prolongados y que comprometen el bienestar del producto. (1,4,7)

Por otra parte, la obesidad es en ocasiones el reflejo de una diabetes subclínica que, sin embargo, ejerce sus efectos desfavorables sobre la condición fetal y neonatal. (1,4,7)

Lo anterior se ha considerado una causa de mayor incidencia de recién nacidos macrosómicos que se presentan en casos de embarazos asociados con la obesidad. (1,4,7)

La desnutrición se ha asociado también con daños maternos y perinatales, entre los que destacan con mayor frecuencia: toxemia, prematuridad y bajo peso al nacer. (1,4,7)

II.- ANTECEDENTES PATOLOGICOS OBSTETRICOS.

Son los antecedentes de la historia reproductiva de la mujer, tales como: abortos, muertes perinatales, prematuréz, bajo peso al nacer, toxemia, defectos al nacimiento, cesáreas previas y hemorragias obstétricas, que son factores de riesgo por su tendencia franca a recurrir en embarazos futuros. (1,5,6,7,9)

ABORTO.

Antecedentes de abortos en la historia reproductiva se consideran factor de riesgo, tanto por su tendencia a recurrir, como por ser esta complicación una de las principales causas de muerte materna. (1,5,6,7,9)

En aborto espontáneo, el peligro de recurrencia es especialmente patente del tercero en adelante y causa morbilidad materna principalmente por hemorragias graves, además de que ha sido asociado con muerte fetal temprana. (1,5,6,7,9)

El aborto inducido también tiende a repetirse en aquellas mujeres que lo emplean como recurso para limitar el tamaño de la familia y es especialmente peligroso como causante de morbilidad materna, debido a la alta frecuencia y gravedad de las complicaciones infecciosas que lo acompañan, principalmente por las condiciones antihigiénicas frecuentes en la práctica clandestina a lo cual deben agregarse los problemas de incompetencia istiocervical, resultante de una instrumentación agresiva en la dilatación del cérvix. (1,2,5,7,10)

Finalmente, ambos tipos de abortos pueden dar origen a infertilidad secundaria, en el primer caso por muerte fetal repetida y en el segundo por aborto habitual. (1,2,5,7,10)

MUERTE PERINATAL.

Se clasifica en tipos I y II.

La tipo I corresponde a muertes acaecidas desde la semana 28 de la gestación hasta los 7 días de vida extrauterina. Tipo II a las ocurridas desde la semana 20 del embarazo hasta los 28 días de vida extrauterina; es decir abarca todo el periodo neonatal. (1,2,5,7,10)

De los tipos de mortalidad perinatal descritos, la mas usada en estudios y análisis epidemiológicos es la de tipo I; en cambio, la mortalidad perinatal II ha sido privativa de la investigación pediátrica y perinatológica. (1,2,5,7,10)

La mortalidad perinatal tienen dos componentes fundamentales: la mortalidad fetal y la neonatal. Estas, por tener diferente origen en términos de causalidad clínico, deben analizarse por separado cuando se estudian como factores de riesgo. (1,2,5,7,10)

MUERTE FETAL

Factor de gran riesgo porque, una vez que ha ocurrido, tiende a presentarse nuevamente en embarazos futuros. (1,2,6,7,8)

Entre las causas más importantes se encuentran las enfermedades crónicas degenerativas en la madre, del tipo de diabetes mellitus, hipertensión arterial y padecimientos que se acompañan de lesión generalizada de los vasos sanguíneos; éste, a su vez, ocasiona trastornos vasculares uteroplacentarios, que se traducen en hipoxia fetal crónica habitualmente grave. (1,2,6,7,8)

Independientemente de que la mayoría de muertes fetales tienen el origen anteriormente descrito, existe un grupo de ellas que se presenta en el trabajo de parto, como consecuencia de la disminución de la oxigenación provocada por las contracciones uterinas. Sin embargo, en muchos de estos casos, la muerte ocurre porque ya existía deficiencia fetal previa en el aporte de oxígeno. (1,2,6,7,8)

Ciertas complicaciones agudas del embarazo son también causa de muerte fetal; entre ellas la toxemia gravídica y el desprendimiento prematuro de placenta, que pueden acompañarse de este tipo de mortalidad entre el 30 y el 50 % de los casos. (1,2,6,8)

MUERTE NEONATAL.

El antecedente de muerte neonatal en la historia reproductiva constituye un factor de riesgo, porque con cierta frecuencia es la manifestación obstétrica de un problema que tiende a recurrir o de la presencia de patología de tipo crónico degenerativa. (1,2,5,7,10)

Causada básicamente por prematuridad, bajo peso al nacer y defectos graves al nacimiento. Otros elementos que la propician son, trauma obstétrico que en muchas ocasiones es secundario al intervencionismo que motivan las distocias generadas por situaciones de riesgo obstétrico, como la complicación vascular sistémica propia de las enfermedades crónicas degenerativas ya mencionadas y que dan origen a insuficiencia placentaria. (1,2,5,7,10)

La mayoría de las complicaciones referidas tiene tendencia a la recurrencia en embarazos subsecuentes, lo que a su vez condiciona alta probabilidad de repetición de la muerte neonatal, una vez que ya se ha presentado en embarazos previos. (1,2,5,7,10)

PREMATUREZ.

Existe confusión en la literatura médica porque frecuentemente se manejan, como sinónimos, prematuridad y bajo peso al nacer. Dado que estas entidades tienen un origen y un comportamiento clínico diferentes, es útil hacer las siguientes observaciones. (2,3,7,8,12,23)

Si bien en alguna época se consideró sinónimo de prematuridad el peso menor de 2 500 gramos al nacer, en la actualidad se acepta que debe definirse solamente por una edad gestacional menor a 37 semanas, ya que existen productos cuyo peso al nacer puede ser menor de los 2,500 gr., pero correspondientes a un embarazo de término por edad gestacional. Precisamente estos últimos casos representan a la entidad conocida como "síndrome de bajo peso al nacer". (6,7,12,16,17,21,23).

La prematuridad tiene mayor importancia como causa de muerte neonatal, aun cuando existe una pequeña proporción de casos en que también es responsable de muerte fetal. En cambio, la mortalidad neonatal por bajo peso al nacer es sensiblemente inferior a la producida por prematuridad. (6,7,12,16,17,21,23).

Existen múltiples causas que pueden dar lugar a un parto prematuro. Las principales son: enfermedades crónicas degenerativas de la madre, complicaciones agudas del embarazo, edad menor de 20 años, intervalos intergenésicos cortos y anomalías morfológicas o funcionales del aparato genital. (6,7,12,16,17,21,23).

En la mayoría de los casos, la causa precisa del parto prematuro no logra determinarse; por ello, la simple historia de partos prematuros previos entre los antecedentes obstétricos debe hacer pensar en una elevada probabilidad de que esta complicación se presente en caso de un nuevo embarazo. (6,7,12,16,17,21,23).

La mayoría de los conceptos expresados corresponden al parto prematuro espontáneo. No obstante, como elementos de riesgo, deben tenerse presentes los factores que conducen al parto prematuro médicamente inducido, ya sea como indicación terapéutica o como problema iatrogénico. (6,7,12,16,17,21,23).

Tal es el caso de enfermedades maternas que como la toxemia gravídica, la inserción baja de placenta o la cardiopatía descompensada, que obligan a interrumpir la gestación para preservar el bienestar o la vida de la madre y del producto. (6,7,12,16,17,21,23).

DEFECTOS AL NACIMIENTO.

Constituyen ejemplos de un factor de riesgo reproductivo, porque tienen una probabilidad definida de repetir en embarazos subsiguientes y porque son causa importante de morbilidad perinatal. (24,25,26,27,28,29,30)

Es cuanto a este factor de riesgo reproductivo es importante tomar en cuenta antecedentes como edad, de 17 años o menor, de 35 años o mayores, paridad de 5 o mayor, intervalo intergenésico de 2 años o menor, historia de malformaciones congénitas, padecimientos como rubéola durante el embarazo, así como tabaquismo, alcoholismo o drogadicción durante el embarazo, también deficiencias nutritivas no tratadas. (24,25,26,27,28,29,30)

La probabilidad de recurrencia depende del tipo de transmisión genética del defecto. Los de tipo dominante casi siempre aparecerán de nuevo; en cambio, los de tipo recesivo se manifestarán sólo en ciertas ocasiones. (24,25,26,27,28,29,30)

Lo anterior significa que existe indicación clara para prevenir un embarazo cuando el defecto al nacimiento tiene transmisión genética dominante. Un ejemplo de este tipo es la acondroplasia. (24,25,26,27,28,29,30)

En casos de transmisión recesiva, debe valorarse la probabilidad de recurrencia para indicar anticoncepción temporal o definitiva. Tal es el caso de Síndrome de Down, cuya probabilidad de expresión aumenta sensiblemente conforme es mayor la edad de la mujer. (24,25,26,27,28,29,30).

Estadísticamente, la ocurrencia de este síndrome en la población general, es de uno por mil nacimientos cuando la mujer es menor de 35 años. A los 45, la incidencia puede llegar a uno en cuarenta nacimientos. (24,25,26,27,28,29,30)

Un elemento de importancia cada vez mayor, por la incorporación de la mujer a las actividades productivas, es la exposición a ciertos riesgos específicos de trabajo, así como cambios en los hábitos de vida. Los Teratógenos deben por tanto tenerse muy presentes para investigarlos en la historia reproductiva de una mujer. Ejemplos de esto son las radiaciones, los medicamentos, el contacto con virus durante el embarazo y las toxicomanías. (24,25,26,27,28,29,30)

TOXEMIA GRAVIDICA.

La importancia de toxemia gravídica como factor de riesgo reproductivo radica, en que es la causa más importante de morbimortalidad materna en México, al igual que en todos los países en vías de desarrollo y en que tiene una elevada probabilidad de volverse a presentar en un embarazo subsecuente. (1,5,7,11,31,32)

Afecta principalmente a las embarazadas que se encuentran en edades extremas de la vida reproductiva, a mujeres obesas o desnutridas o con padecimientos como la diabetes y la enfermedad renal o hipertensiva. (1,5,7,11,31,32)

Se presenta con mas frecuencia en primigestas y adquiere mayor gravedad mientras mas joven es la paciente, esta última se acentúa en mujeres mayores de 35 años, probablemente porque muchas de ellas padecen enfermedades crónico degenerativas y, por consiguiente, tiene lesiones en los aparatos vascular, cardíaco y renal. (1,5,7,11,31,32)

En cuanto a la recurrencia de toxemia en subsiguientes embarazos, es importante establecer que la frecuencia depende de si la enfermedad toxémica se añadió a problemas hipertensivos preexistentes. Si la situación es ésta última, obviamente la probabilidad de repetición es mayor, puesto que el problema vasculorrenal aparecerá en la siguiente gestación y probablemente sea acentuado. (1,5,7,11,31,32)

CESAREA PREVIA.

Factor de riesgo cuya importancia mundial va en aumento, debido a que se ha incrementado la proporción de embarazos que terminan por vía abdominal a fin de preservar el bienestar del producto. (1,6,11)

El aumento en el número de cesáreas que se practica ha contribuido a reducir las tasas de mortalidad perinatal, no debe olvidarse que conlleva ciertos riesgos para un embarazo futuro. Por ejemplo, la existencia de una o más cicatrices uterinas anteriores, se asocia con una mayor frecuencia de inserción baja de placenta, acretismo placentario y lesiones viscerales accidentales causadas por el procedimiento quirúrgico en sí. (1,6,11)

Por otra parte, existe una posibilidad variable pero definida, de ruptura de la cicatriz uterina al presentarse el trabajo de parto espontáneo. Si bien la intensidad de esta complicación puede ser mínima, no son raros los casos donde ocurre estallamiento del segmento y se produce hemorragia intrabdominal masiva que compromete de inmediato la vida de la mujer. (1,6,11)

Finalmente, considerar el peligro ya citado de que se realice un cálculo erróneo en la ejecución de una cesárea repetida y se ocasione un nacimiento prematuro. (1,6,11)

HEMORRAGIAS DE LA SEGUNDA MITAD DEL EMBARAZO O DEL PARTO.

La característica que convierte en factor de riesgo a este grupo de complicaciones, es su tendencia a presentarse nuevamente en embarazos subsiguientes. (1,3,5,9)

Este fenómeno de recurrencia se explica con facilidad, al recordar las principales entidades nosológicas que propician la aparición del problema: (1,3,5,9)

La cesárea anterior conlleva peligro de ruptura de cicatriz uterina, placenta previa y acretismo placentario, y se asocia con mayor probabilidad de hemorragia. (1,3,5,9)

La toxemia gravídica favorece esta complicación, debido a disminución de oxigenación del músculo uterino, que reduce su capacidad contráctil después del nacimiento del producto y se acompaña frecuentemente de fenómenos de coagulación intravascular diseminada. (1,3,5,9)

Algo similar puede decirse de la obesidad y desnutrición, casos en los cuales son frecuentes las anormalidades de la contracción uterina y por lo tanto, la ocurrencia de atonía y hemorragia en el postparto inmediato. (1,3,5,9)

Ya se ha señalado que edad mayor de 35 años se asocia con un incremento en la frecuencia de presentación de inserción baja de placenta y atonía uterina, por lo cual la hemorragia obstétrica es más probable en mujeres añosas. (1,3,5,9)

En síntesis, la historia obstétrica de hemorragias en embarazos y partos previos de una mujer en edad reproductiva o la existencia de algunos antecedentes señalados, debe hacer que se tenga presente la alta posibilidad de recurrencia de esta complicación. (1,3,5,9)

III.- ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES.

Se trata de enfermedades crónico degenerativas con relación muy directa, incluso de causalidad, sobre mortalidad materna y perinatal, como: hipertensión arterial, cardiopatía, diabetes nefropatía. (1,4,5,6,7)

HIPERTENSION ARTERIAL.

Se ha observado una elevada prevalencia en la población de mujeres en edad fértil. Por lo que es un problema de salud pública, en cuanto a que se refiere a un grupo relativamente joven de la población. Inclusive, puede plantearse la siguiente hipótesis, "que a la elevada incidencia de toxemia gravídica y su gravedad, podrían obedecer a enfermedad hipertensiva de base". (1,4,5,6,7,9)

En consecuencia, es importante la hipertensión como factor de riesgo de morbimortalidad materna y perinatal, al propiciar la toxemia gravídica y generar productos de bajo peso al nacer, así como muerte fetal in útero y complicaciones hemorrágicas tales como el desprendimiento prematuro de la placenta normoinsera, con la cual se asocia frecuentemente. (1,4,5,6,7,9)

Esta patología es un elemento importante en la presentación de toxemia gravídica, porque incrementa el peligro de recurrencia de esta última enfermedad en un embarazo futuro y la gravedad como la precocidad en la aparición del fenómeno toxémico. (1,4,5,6,7,9)

CARDIOPATIA.

Su elevada frecuencia en nuestro medio, obliga a considerarla como factor de riesgo en casos de embarazo. Esta frecuencia obedece a la alta prevalencia de fiebre reumática que origina secuelas valvulares y alteración hemodinámica, generalmente graves. (1,5,6,9,11)

El daño de la cardiopatía incide en la salud materna como en la perinatal. En el primer caso, por la sobrecarga cardiovascular debida a incremento del volumen plasmático, que fisiológicamente ocurre entre las semanas 28 a 32 de la gestación, que puede hacer caer en insuficiencia a un miocardio previamente lesionado. (1,5,6,9,11)

El daño perinatal propio de la cardiopatía, obedece fundamentalmente a hipoxia fetal crónica, debida a baja perfusión tisular en casos de insuficiencia cardíaca y puede, naturalmente, generar el síndrome de bajo peso al nacer. (1,5,6,9,11)

Otro peligro obvio es la prematuridad inducida, que resulta de la interrupción precoz y obligada del embarazo, en los casos en que la cardiopatía es refractaria al tratamiento y obliga a dicha interrupción para preservar la vida de la madre. (1,5,6,9,11)

Por lo cual, si una mujer con cardiopatía desea embarazarse, requiere una evaluación clínica particularmente cuidadosa, en la cual se ponga especial interés en la determinación de la capacidad funcional del corazón y en la presencia o no de complicaciones que ensombrecen el pronóstico materno y perinatal. (1,5,6,9,11)

DIABETES.

Responsable principalmente de morbimortalidad perinatal, aun cuando también puede producir graves complicaciones maternas. (1,2,5,6,7,9,28,29,30)

Así, los principales daños a la salud perinatal dependen de la gravedad y duración de la enfermedad. (1,2,5,6,7,9,28,29,30)

En muchas ocasiones, la única forma de sospechar si tiene diabetes, es la presencia de ciertas características en su historia reproductiva relacionadas con los problemas perinatales causados por este padecimiento. (1,2,5,6,7,9,28,29,30)

-Abortos espontáneos, que aparentemente ocurren con mayor frecuencia por anormalidades genéticas del producto de mujeres diabéticas.

- Incremento marcado en frecuencia de defectos al nacimiento.

-Muerte fetal, que resulta temprana en la diabetes avanzada o en diabetes incipiente. (1,2,5,6,7,9,28,29,30)

-Macrosomía fetal, causa de sobredistensión uterina y de trabajo de parto prolongado. En el primer caso, puede ocurrir hemorragia materna posparto y en el segundo, diversos tipos de lesión fetal.

-Hipoglucemia y consecuentemente hipoxia neonatal, que produce lesiones del sistema nervioso central. (1,2,5,6,7,9,28,29,30)

Entre los daños más comunes que causa la diabetes en la salud materna se encuentran:

-incremento en la frecuencia de polihidramnios, que puede ser causa de hemorragia posparto por sobredistensión uterina.

-Aumento en la incidencia de toxemia gravídica, que se considera debida a lesión vascular generalizada que acompaña a la diabetes. (1,2,5,6,7,9,28,29,30)

Independientemente de los problemas causados por la enfermedad en sí misma que ya se han señalado, debe recordarse que conforme avanza la edad materna también se incrementa la frecuencia de diabetes. Inclusive, se ha descrito un efecto diabetogénico de los embarazos repetidos o muy numerosos, ocasionado por la acción antagónica que los estrógenos placentarios tienen sobre la utilización de la insulina por los correspondientes receptores tisulares. (1,2,5,6,7,9,28,29,30)

NEFROPATIA.

En sus dos variedades clínicas, parenquimatosa primaria e infecciosa, constituye un factor de riesgo principalmente para la morbilidad perinatal y secundariamente para la materna. Sin embargo, son diferentes los mecanismos por los cuales estas dos variedades se relacionan con la morbilidad referida. (1,9,11)

La nefropatía más importante, por ser la más frecuente, es la infección crónica de vías urinarias que predomina en la mujer, se presenta o recidiva durante el embarazo y en ocasiones toma comportamiento subclínico. (1,9,11)

La infección crónica de vías urinarias, se presenta en 10 por ciento de todas las embarazadas, se ha asociado con un incremento significativo de recurrencia de parto prematuro e inclusive de muerte fetal in útero. (1,9,11)

Por su parte, la enfermedad renal parenquimatosa, cuya causa más frecuente es la glomerulonefritis crónica, favorece incremento de fenómenos como: bajo peso al nacer, prematuridad por interrupción obligada del embarazo, toxemia gravídica y sus complicaciones. (1,9,11)

PREVENCIÓN

El enfoque de riesgo aplicado en la atención de embarazos ya establecidos, por excelentes que sean los recursos que se utilicen para atender un embarazo de alto riesgo ya establecido, éste de todas maneras desembocará en cierta mortalidad.

(2,5,6,9,10,11,12,14,16,33,34,35,36,37,38,39)

En cambio la prevención de embarazos de alto riesgo puede lograrse mediante el empleo de metodología anticonceptiva basado en el enfoque de riesgo reproductivo, que significa la prescripción y uso de estos métodos con fundamentación médica de protección a la salud en la cual se previenen embarazos de alto y riesgo y en consecuencia la morbimortalidad materno infantil.

(2,5,6,9,10,11,12,14,16,33,34,35,36,37,38,39)

Así la Planificación Familiar surgió como respuesta para amortizar el crecimiento de la población, con las posibilidades de desarrollo económico y social, de modo que llevara implícita la posibilidad de coadyuvar a las disminuciones de morbimortalidad materna e infantil, predominando propósitos demográficos.

(2,5,6,9,10,11,12,14,16,33,34,35,36,37,38,39)

En el enfoque de riesgo reproductivo destaca la importancia y el verdadero valor de la protección anticonceptiva, como una indicación médica de carácter preventivo, en la atención de la población materno infantil, al margen de cualquier consideración política, demográfica, económica y religiosa.

(2,5,6,9,10,11,12,14,16,33,34,35,36,37,38,39)

De modo que se incrementa el reconocimiento de las interrelaciones e influencias de la conducta reproductiva en la salud, y la necesidad de la integración de los servicios de planificación familiar como parte de los programas de atención de salud, **p a r t i c u l a r m e n t e m a t e r n o i n f a n t i l .**

(2,5,6,9,10,11,12,14,16,33,34,35,36,37,38,39)

En programas de planificación familiar, caracterizados por un intenso y continuo proceso de evaluación, de resultados, interrelaciones, efectos y repercusiones desde los puntos de vista demográficos, económico, social y de salud de la población, la realización salud-planificación familiar evoluciona y se hizo más evidente, al analizarla y concretarla en función del riesgo reproductivo de las mujeres en edad fértil.

(2,5,6,9,10,11,12,14,16,33,34,35,36,37,38,39)

El conocimiento de las principales condiciones, características o pedológicas que colocan a una mujer en edad fértil en peligro de generar un embarazo de alto riesgo, deberá permitir a los integrantes de los equipos de salud, el desarrollo de acciones preventivas y asistenciales más importantes para reducir la morbimortalidad materna y perinatal, como son:

(2,5,6,9,10,11,12,14,16,33,34,35,36,37,38,39)

-La identificación sistemática de mujeres en edad fértil no embarazadas, que presentan factores de riesgo reproductivo.

-La orientación preferente de la protección anticonceptiva a este grupo de población.

-El desarrollo de labores educativas destinadas a favorecer el autocuidado de la salud y el reconocimiento de sus riesgos a s o c i a d o s c o n e l e m b a r a z o .
(2,5,6,9,10,11,12,14,16,33,34,35,36,37,38,39)

La meta común de la obstetricia y la pediatría es alcanzar el máximo de calidad de vida fetal, neonatal e infantil, con fin de proporcionar a cada individuo concebido la oportunidad de tener un desarrollo físico y mental óptimas.
(2,5,6,9,10,11,12,14,16,33,34,35,39)

Esta meta es difícil y debe dirigirse hacia la prevención y el momento más apropiado para hacerlo es el inicio de una nueva vida. Significa un desafío por lo mucho que esta en juego, no solo por la morbilidad perinatal, sino por las anomalías que ocasiona al individuo, la familia y la sociedad.
(2,5,6,9,10,11,12,14,16,33,34,35,39)

La importancia de aumentar las acciones de salud, es que muchos de los factores que ocasionan este problema son factibles de disminuir. Así mismo deben fortalecerse las campañas de educación para la salud en materia de embarazo, mediante consejos antes, durante y después de la gestación que permita ofrecer mayores expectativas de vida materno infantil. (2,5,6,9,10,11,12,14,16,33,34,35,39)

Desde el punto de vista clínico y epidemiológico la valoración del riesgo reproductivo de las mujeres no embarazadas en edad fértil tiene la finalidad de detectar, como ya se ha expresado a ciertos grupos de esta población que presentan la probabilidad más alta de enfermedad, lesión o muerte, al tener un embarazo. Esto significa la posibilidad de orientar de manera específica las acciones de regulación de la fecundidad con carácter de indicación médica para prevenir el desarrollo de tales riesgos. Esto último puede representar el uso de métodos temporales para anticoncepción en las mujeres cuyo riesgo sea moderado y cuando los factores son modificables y la paridad no satisfecha, hasta el uso de métodos definitivos en los casos de riesgo grave
(2,5,6,9,10,11,12,14,16,33,34,35,39)

En segundo término, pero de igual trascendencia, se encuentra la detección y el seguimiento de los casos en que la patología específica encontrada, en particular la de carácter general, permite el manejo médico y el seguimiento para prevenir o limitar el daño posible o presente. (2,5,6,9,10,11,12,14,16,33,34,35,39)

Es de suponer que la generalización y utilización del concepto de riesgo reproductivo tienen la factibilidad potencial de influir en los perfiles de salud y bienestar de la población general y en particular del grupo materno infantil. (2,5,6,9,10,11,12,14,16,33,34,35,39)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

¿ Qué factores de riesgo reproductivo presentan las pacientes, en edad reproductiva adscritas al consultorio número 8, que acuden a la consulta externa, en el turno matutino, del hospital general "Vasco de Quiroga", de la Ciudad de Morelia, Michoacán ?

JUSTIFICACION

En el lapso comprendido de 1970 a 1989, la población total del país registró incremento de 60 por ciento; predominando francamente la población joven y el grupo de mujeres en edad fértil, que para 1987 representó cerca del 25% del total de la población. (4,10)

Dos terceras partes de la población femenina es menor de 30 años y de este grupo, 35.2% corresponde a mujeres que aún no alcanzan la edad de 15 años. Por su parte las mujeres de 30 a 64 años constituyen 29.1%. (4,10)

En cuanto a mortalidad materna continúa siendo un problema grave y en forma especial la relacionada con mujeres en edad fértil, sobre todo con respecto a su reproducción, ya que en México alcanzó en 1985 una tasa de 64 defunciones por cada 1000 nacidos vivos registrados. (4,10)

En análisis de la mortalidad materna, en 1985 por grupos de edad, 19.4% de las defunciones ocurrieron de 15 a 24 años. (4,10)

Sobresaliendo en el País un patrón diferencial regional. En general, los estados del norte registran tasas más bajas, principalmente Nuevo León, Aguascalientes y Sinaloa; en tanto que las tasas más elevadas se observan en las entidades del sur y sureste, siendo la tasa de mortalidad del estado de Oaxaca la más alta en el país, casi 2.5 veces mayor que la tasa nacional de mortalidad materna en 1985; siendo también elevada en los estados de Tabasco, Chiapas y Puebla, que se caracterizan por altas concentraciones de población indígena y condiciones de salud deficiente. (4,10)

Las tasas de mortalidad materna, indicadores muy vinculados al desarrollo socioeconómico, a lo largo de los años se han abatido de 247.4 x 1000 nacidos vivos en 1900 a 68.5 en 1978 y a 30.1 en 1983, es decir, ha disminuido nueve veces de 1900 a 1983. (4,10)

Entre las 10 principales causas de defunción general nacional y tasa por sexo en 1984, se encuentran en 4o. lugar las afecciones originadas en el periodo perinatal con un 25.78% (4,10)

De las 10 principales causas de mortalidad femenina nacional de 15 a 24 años en 1984, se encuentra la toxemia en 4o. lugar. (4,10)

Los niveles generales de vida como falta de vigilancia prenatal y la deficiente atención obstétrica, propicia elevados casos de toxemia del embarazo, las hemorragias del embarazo y el parto, las complicaciones del puerperio, las dificultades al momento del parto, así como diversas causas relacionadas con aborto espontáneo y clandestino, son también causas involucradas en mortalidad materna. (4,10)

Las mujeres constituyen un 71.8, de los egresados de las unidades del sector salud respectivamente en el D.F. a su vez los partos normales representaron el 47.0% de los egresos de mujeres de SSA y están entre 30.5 y 38.9% en otras instituciones. (4,10)

El porcentaje de abortos en relación a los egresos de mujeres en hospitales privados es 4.3 y es alto en SSA con 8.6% las otras instituciones tienen valores entre 5.4 y 7 por ciento. Las afecciones obstétricas directas en relación a los egresos femeninos tienen un valor más bajo 4.7 en establecimientos privados, mientras que el más alto se da en el IMSS, con 20.2. (4,10)

La alta incidencia de abortos inducidos y clandestinos, entre 10 a 15% de todos los embarazos. (4,10)

Las cinco principales causas de egreso hospitalario nacional por diagnóstico principal en el ISSSTE en 1984 fue parto normal 31.9%, afecciones obstétricas directas. (4,10)

Las tasas de prevalencia mostraron un aumento considerable de enfermedades crónicas a partir de los 35 años en las mujeres en comparación con los varones. Y en consecuencia una gran parte de proporción de partos siguen presentándose en mujeres mayores de 35 años. (4,10)

La educación sexual y paternidad responsable que oriente a las parejas a decidir informadamente sobre cuándo y cuántos hijos procrear. (1,4,6).

La conducta reproductiva de la mujer condicionada por diversos factores como el nivel educativo, su participación en actividades económicas, estado civil, el tamaño de la localidad donde reside, por lo cual se le debe informar para que decida adecuadamente cuántos hijos debe tener y cuando debe tenerlos. (4,10)

La práctica de anticoncepción, de mujeres mayormente expuestas al riesgo de un embarazo, de 1976 a 1987, reportó que la cobertura de métodos anticonceptivos entre las mujeres de zonas urbanas pasó de 45.7% a 63.5% y en zonas rurales de 15.9% a 38.8%. (4,10)

Que la mujer tenga la posibilidad de una fecundidad más razonada, conociendo los factores de riesgo reproductivo, lo que representa una gran aportación al mantenimiento de la salud de las mujeres. (4,10)

Dar consejo en planificación familiar, sobre todo a aquellas mujeres con riesgo reproductivo para que la mujer pueda tener más posibilidades de una maternidad libre y segura. (4,10)

MICHOACAN

La población a junio de 1994 fue de 3,891,325 Hab.; 69.3% rural y 39.7% urbana. Duplicándose de 1900 a 1960 y nuevamente se presenta este fenómeno en un tiempo de 30 años (1960-1990) según el censo de 1990; de esta población 949,483 (24.4%) son mujeres entre 15 y 49 años. Lo que significa que la población del Estado es eminentemente joven pues el 53% (2,062,402) corresponde a menores de 20 años, siendo este un factor que contribuye a que el promedio de hijos nacidos vivos, por mujeres con hijos sea de 5.2. (5,12,39)

La natalidad de 1985 a 1990 se mantuvo por encima de la media nacional, pero con un descenso progresivo de 41.78 por 1000 en 1985 a 36.92 por 1000 Hab.

En 1993 la tasa de natalidad fue de 34.41 por 1000 Hab. que comparada con la de 1987 de 43.33 refleja decremento del 20.6 %, la tasa de fecundidad en 1991 fue de 129.4 embarazos por 1000 mujeres en edad fértil y de 182.7 en 1987 con reducción del 29.2%.

En análisis de la mortalidad general de las últimas 6 décadas, nos permite observar lo siguiente.

No se encuentran causas relacionadas con respecto al embarazo y el parto en cuanto las 10 principales causas generales de mortalidad en 1940 y en 1990 se encuentran en 7o. lugar ciertas afecciones originadas en el período por hipoxia, asfixia y otras afecciones respiratorias del feto o del RN. con una tasa de 24.15.

En 1994 se encuentra en 6o lugar las afecciones originadas en el período perinatal, hipoxia, asfixia y otras afecciones respiratorias del feto o de RN.

La evolución que ha tenido la mortalidad infantil en nuestro estado es la siguiente.

Las anomalías congénitas aparecen en 1930 en segundo lugar de importancia con una tasa de 1934.4 por 100 000 y desde 1970 se han agregado los trastornos perinatales.

En 1990 de las 10 principales causas de mortalidad infantil, se encuentra en primer lugar las afecciones originadas en el período perinatal: hipoxia, asfixia y otras afecciones Respiratorias del feto o RN. y en tercer lugar las anomalías congénitas del cordón y del aparato circulatorio, espina bifida e hidrocefalea.

Al comparar la mortalidad materna nacional con la del Estado, encontramos que es acorde con la nacional, siendo las defunciones en 1985 de 1781 en el país con un porcentaje de 6.4, y en el Estado de 81, con un porcentaje igual. En 1992 fueron 1399 defunciones con un 5.3 por ciento y en el Estado de 68 con el mismo porcentaje.

La mortalidad materna e infantil en el período de 1989 a 1994, la materna disminuyó de una tasa de 4.22 por 10 000 nacidos vivos registrados en 1989, a 2.42 en 1994, lo que significa que se encuentra por debajo de la media nacional.

La tendencia fue descendente teniendo su mayor pendiente en 1990; sin embargo, en 1992 se registró la tasa más elevada con un 5.30 por 100 000 nacidos vivos registrados.

En 1994 el mayor porcentaje de muertes maternas en el Estado, fue en el grupo de 25 a 34 años, con el 30.9 por ciento, sus principales causas han sido hemorragia del embarazo y del parto.

Un logro muy importante es la disminución de la mortalidad infantil de una tasa de 18.45 registrada en 1988 a 11.67 en 1993 manteniendo una tendencia descendente.

Entre los factores de riesgo que han incidido en la muerte materna se encuentran:

Inasistencia de la embarazada al control prenatal deficiencia en la atención del parto y/o del puerperio escasa o nula educación médica en la embarazada problemas de accesibilidad a los servicios de salud.

OBJETIVOS

- a).- Determinar los principales factores de riesgo reproductivo, en mujeres en edad fértil, en el consultorio número 8 de la consulta externa en el turno matutino de la clínica hospital "Vasco de Quiroga", de Morelia, Mich.
- b).- Conocer la valoración de riesgo reproductivo de las mujeres adscritas al consultorio número 8.

HIPOTESIS

Que las pacientes adscritas al consultorio número 8 que acuden a la consulta externa en el turno matutino del hospital general "Vasco de Quiroga" presentan factores de riesgo reproductivo que al conjuntarlos resulta un alto riesgo reproductivo.

METODOLOGIA

TIPO DE ESTUDIO.

Sociomédica, en salud pública, descriptiva, transversal y observacional.

En el presente estudio se encuestaron y se valoró el riesgo reproductivo a 152 mujeres en edad fértil, adscritas al consultorio número ocho que asistieron a la consulta en el turno matutino, del 10. de Marzo al 30 de Agosto de 1995, en el Hospital General "Vasco de Quiroga", de Morelia, Michoacán.

Las encuestas fueron directas, realizadas por la Dra. Silvia Vega González, informando a las pacientes sobre los factores de riesgo que presenten y proponiendo un método anticonceptivo de acuerdo a los factores de riesgo reproductivo y a sus planes familiares, para prevenir embarazos de alto riesgo.

POBLACION, LUGAR Y TIEMPO DE ESTUDIO.

El estudio se realizó en pacientes femeninas, en edad reproductiva, (de 14 a 49 años), que no cuentan con un método anticonceptivo definitivo, adscritas al consultorio número ocho, del Hospital General "Vasco de Quiroga" en el periodo del 10. de Marzo al 30 de agosto de 1995, en Morelia, Michoacán.

DEFINICION DEL UNIVERSO

Pacientes femeninas, en edad reproductiva (de 14 a 49 años), que no cuenten con un método anticonceptivo definitivo.

TIPO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA

Encuesta, anexa. (pag.75)

Se encuestara a las pacientes por cuota.

CRITERIOS DE INCLUSION.

Todas las pacientes en edad fértil de 15 a 49 años que acudan al consultorio ocho y que no tengan método anticonceptivo definitivo, durante el periodo indicado y que accedan a proporcionar la información

CRITERIOS DE EXCLUSION.

Se excluirán aquellas pacientes en las que se ha realizado histerectomía, ooforectomía, aquellas pacientes en edad no fértil que son las menores de 15 años y las mayores de 49 años y las que tengan un método anticonceptivo definitivo como la salpingoclasia bilateral, y las pacientes que no acepten brindar la información.

CRITERIOS DE ELIMINACION.

Aquellas encuestas que no tengan toda la información,
las encuestas en las que el esposo tenga vasectomía.

DEFINICION DE VARIABLES Y UNIDADES DE MEDIDA.

- a.- edad en años
- b.- peso en kilos
- c.- talla en centímetros
- d.- escolaridad materna: primaria o menos y Secundaria o más.
- e.- vida sexual activa
- f.- número de gestaciones
- g.- número de partos
- h.- número de abortos
- i.- número de cesáreas
- j.- intervalo intergenésico en meses.
- k.- datos del último embarazo:
 - de término
 - parto normal
 - mortalidad perinatal
- l.- Antecedentes obstétricos.
 - ninguno
 - toxemia
 - polihidramnios
 - sangrado del 3er trimestre
 - pretérmino menos de 38 semanas
 - bajo peso al nacer menos de 2 500 gr.
 - malformaciones congénitas
 - muerte fetal tardía más de 28 semanas
 - macrosomía, más de 4 kg.
 - cirugía pélvico uterina
 - otros.
- m.- Antecedentes personales patológicos
 - ninguno
 - hipertensión arterial
 - diabetes mellitus
 - infecciones sistémica o cariopatías
 - otros
- n.- tabaquismo
- o.- alcoholismo o toxicomanías
- p.- número de hijos vivos
- q.- riesgo reproductivo, en escala de .
- r.- método anticonceptivo actual.

Se selecciono la siguiente encuesta, que esta basada en un formato de atención médica prenatal y riesgo reproductivo que valora

I.- Datos generales:

nombre
cedula
método anticonceptivo utilizado actualmente
semanas de gestación en caso de embarazo.

II.- Antecedentes:

- 1.- Edad (en años) evaluando de 0 a 4.
de 20 a 29 años con una calificación de 0
de 15 a 19 años con una calificación de 1
de 30 a 34 años con una calificación de 1
de menos de 15 años o mas de 34 años con una calificación de 4
- 2.- Peso habitual en kilos, valorando de 0 a 1
50 kg. o mas con una calificación de 0
menos de 50 kilos con una calificación de 1
- 3.- Talla en centímetros, evalúa de 0 a 1
más de 150 cm. con una calificación de 0
150 o menos cm. con una calificación de 1
- 4.- Escolaridad materna, que evalúa de 0 a 5
secundaria o menos, con una calificación de 0
primaria o menos, con una calificación de 5
- 5.- Fecha de última menstruación, la cual nos indicará si se encuentra embarazada.
- 6.- vida sexual activa, sin evaluación en la cual se interroga si tiene o no vida sexual activa
- 7.- Gestaciones, que califica de 0 a 3
de 2 a 5 con una atribución de 0
primigesta con una atribución de 1
más de 5 con una atribución de 3
- 8.- Partos, que califica de 0 a 4
menos de 5 se le atribuye un 0
5 o menos se le atribuye un 4
- 9.- Abortos que califica de 0 a 4
de 0 a 1 con un 0
de 2 con un 2
3 o más con un 4

- 10.- Cesárea que atribuye de 0 a 4 puntos
si no hay cesárea se le da un 0
si hay cesáreas se le da un 4
- 11.- Intervalo intergenesico en meses. califica de 0 a 0.5 puntos
de 13 a 60 meses se da un 0
de menos de 13 meses califica con un 0.5
de más de 60 meses se le atribuye un 0.5
- Datos del último embarazo, que no califican
Si fue de término si o no
El parto fue normal si o no
hubo mortalidad perinatal, si o no
- 12.- Antecedentes obstétricos, en los cuales se califica 4 en cada una de las patologías referidas.
a.- ninguno con una calificación de 0
b.- toxemia con una atribución de 4 puntos
c.- polihidramnios con una calificación de 4
d.- sangrado del tercer trimestre con un 4
e.- pre término, menor de 38 semanas con un 4
f.- bajo peso al nacer, menos de 2 500 gr. con un 4
g.- malformaciones congénitas con un 4
h.- muerte fetal tardía, más de 28 semanas con un 4
i.- macrosomía, más de 4,000gr. con un 4
j.- cirugía pélvico uterina con un 4
k.- otros.
- 13.- Antecedentes personales patológicos, cada uno con 4 puntos ninguno con un 0
hipertensión arterial con un 4
diabetes mellitus con un 4
infección sistémica, cardiopatía con un 4
otros.
- 14.- Tabaquismo, que valora de 0 a 1
no o menos de 10 cigarrillos con un 0
si o más de 10 cigarrillos con un 1
- 15.- Alcoholismo u otra toxicomanía.
con una puntuación de 0 a 1
no con un 0
si con un 1

Número de hijos vivos

Factores de riesgo:

Considerando de bajo riesgo a las que califiquen menos de cuatro y de 4 en adelante como riesgo alto.

La información se ordenará cuantificando cada una de la variables interrogadas, para conocer su frecuencia.

Se analizarán de la misma forma los métodos anticonceptivos utilizados por las pacientes.

Para mostrar la información:

Se usarán tablas de frecuencia y porcentajes, gráficas para realizar la demostración de los resultados.

Se analizarán los datos para conocer la frecuencia de los factores de riesgo, los métodos anticonceptivos que utilicen las pacientes, para conocer cuantas pacientes son susceptibles de tener un método anticonceptivo, así como conocer aquellas que tienen un método anticonceptivo definitivos.

DEFINICION DEL PLAN Y PROCEDIMIENTO Y PRESENTACION DE LA INFORMACION.

Se usarán tablas de frecuencia y gráficas para realizar la demostración de los resultados.

Se analizarán los datos para conocer los factores de riesgo, los métodos anticonceptivos que utilicen las pacientes, para conocer cuantas pacientes son susceptibles de tener un método anticonceptivo, así como conocer aquellas que tienen un método anticonceptivo definitivos.

ASPECTOS ETICOS

Sin riesgos.

RIESGO DE LA INVESTIGACION

Sin riesgo

BIOSEGURIDAD

Biosegura

RESULTADOS.

En las 152 pacientes estudiadas encontramos lo siguiente: En relación a edad el grupo etáreo de 25 a 29 años con un total de 37 pacientes alcanzó el porcentaje de 24.3, le sigue en orden decreciente el grupo de 20 a 24 años con un 18.4%, ambos acumulan el 42.7% en el mismo orden, los grupos de edad de 30 a 34 años y de 30 a 39 se sustentan alrededor de 15%, el grupo de mujeres de 15 a 19 años oscila en el 13.2% y el resto se encuentran por debajo del 10%. Tabla 1, gráfica 3.

Con respecto a peso materno el 86.7% se encuentran por arriba de los 50 kilogramos y el resto 13.3% por abajo con un porcentaje elevado en el grupo etáreo de 15 a 19 años. Tabla 2, gráfica 4.

En lo referente a escolaridad materna fueron 22, (14.4%), pacientes con primaria o menos y el resto con secundaria o más; del primer grupo son mayores de 35 años el 59 % que recibirán una puntuación de 5 solo por este factor. Tabla 3, gráfica 4.

Las mujeres embarazadas son 32, (21%), de las cuales la mayor cantidad 34% se encuentra entre 25 a 29 años y entre los grupos etáreos de 20 a 34 ambos forman un 40%, y el resto de los grupos se encuentran por debajo de 5. Tabla 4, gráfica 5.

En los antecedentes de gestaciones, tenemos en primer lugar con 2 a 5 hijos 71 pacientes, en segundo lugar con 1 hijo 28 pacientes y en tercer lugar más de 5 hijos en 10 pacientes. Tabla 5, gráfica 7.

En cuanto a partos 69 (45.4%) pacientes que han tenido de 1 a 5 y siendo 8 pacientes las que han tenido más de 5 hijos. Tabla 6, gráfica 8

Los abortos como antecedentes fueron mayores con 1 aborto, en segundo lugar con 2 y en último lugar con más de 3. Tabla 7, gráfica 9.

En tanto los antecedentes de cesáreas, 37 pacientes cuentan con en su historia clínica con él, de éstas 28 han tenido una con un porcentaje de 75%, y 24.3% han tenido 2 cesáreas. Tabla 8

Los resultados del intervalo intergenésico fueron sensiblemente igual con 7 pacientes un 31.8% en menos de 13 meses al igual que en el grupo de 13 a 60 meses, siendo de 8 en mayor de 60 meses. Tabla 9

En antecedentes ginecoobstétricos patológicos se presentaron en 37 pacientes, siendo de los más frecuentes la macrosomía en 6 pacientes, en segundo lugar muerte fetal en 5 pacientes, en tercer lugar toxemia con 4 pacientes, presentándose el resto de antecedentes en menos de 3 pacientes y figuran en otros 12 pacientes siendo estos: útero bicorne, sufrimiento fetal agudo, RH negativo, mola hidatiforme, miomatosis uterina, litiasis, gemelos embarazo anembrionario, y la mayoría se encuentra con edad mayor de 30 años. Tabla 10 y 12.

Referente al último embarazo 93 fueron de término, y el resto de pretermino, con respecto al parto 65 eutócicos y 35 distócicos, de estos hubo una mortalidad perinatal de 8%. Tabla 11, y gráfica 10.

Los antecedentes personales patológicos se presentaron en 12 pacientes siendo estos: hipertensión arterial, diabetes y otros como: hipertiroidismo, síndrome de Down, obesidad, crisis convulsivas, asma, alteraciones psiquiátricas y una paciente que dono un riñón. Tabla 14,15,16.

En el número de hijos por paciente tenemos que 52 no han tenido hijos, 77 pacientes han tenido entre 1 y 2 hijos que representan un 50%, siendo el resto de pacientes 23 con un 15% que tienen más de 3 hijos. Tabla 17 y gráfica 12

El factor de riesgo fue de 4 o más en la mayoría con 87 pacientes que representa el 57%, el resto se encuentran con cifras menores de 4 de riesgo reproductivo. Tabla 18, gráfica 13.

El método anticonceptivo más usado en las pacientes que no tienen salpingoclasia fue con 46 pacientes que no tienen ningún método con un 30%, en segundo lugar con abstinencia sexual y embarazadas con un 26 y 32 % respectivamente que presentan un 35%, el resto de métodos se encuentra en cantidades menores de 7. Tabla 19, gráfica 14

I S S S T E

HOSPITAL GENERAL "VASCO DE QUIROGA"

DISTRIBUCION POR GRUPO ETAREO Y PORCENTAJES

T A B L A N U M E R O 1

EDAD MATERNA

GRUPO ETAREO	NUM. DE PACIENTES	PORCENTAJE
15 A 19	20	13.2
20 A 24	26	16.4
25 A 29	37	24.3
30 A 34	24	15.6
35 A 39	23	15.1
40 A 44	13	8.6
45 A 49	7	4.6
TOTAL	152	100

FUENTE. FORMATO DE ATENCION MEDICA PRENATAL Y RIESGO REPRODUCTIVO

I S S S T E

HOSPITAL GENERAL "VASCO DE QUIROGA"

DISTRIBUCION POR GRUPO ETAREO Y PORCENTAJES

T A B L A N U M E R O 2

P E S O M A T E R N O

GRUPO ETAREO	MENOS DE 50	PORCENTAJE	MAS DE 50	PORCENTAJE
15 A 19	8	5.3	12	7.9
20 A 24	3	2.0	25	16.4
25 A 29	5	3.3	32	21.0
30 A 34	1	0.7	23	15.1
35 A 39	2	1.3	21	13.8
40 A 44	1	0.7	12	7.9
45 A 49	0	0	7	4.6
TOTAL	20	13.3	132	86.7

FUENTE. FORMATO DE ATENCION MEDICA PRENATAL Y RIESGO REPRODUCTIVO

I S S S T E

HOSPITAL GENERAL "VASCO DE QUIROGA"

DISTRIBUCION POR GRUPO ETAREO Y PORCENTAJES

T A B L A N U M E R O 3

ESCOLARIDAD MATERNA

GRUPO ETAREO	PRIMARIA	PORCENTAJE	SECUNDARIA	PORCENTAJE
15 A 19	1	0.7	19	12.5
20 A 24	2	1.3	26	17.1
25 A 29	2	1.3	35	23.0
30 A 34	4	2.6	20	13.2
35 A 39	3	2.0	20	13.2
40 A 44	6	3.9	7	4.6
45 A 49	4	2.6	3	2.0
TOTAL	22	14.4	130	85.6

FUENTE. FORMATO DE ATENCION MEDICA PRENATAL Y RIESGO REPRODUCTIVO

I S S S T E

HOSPITAL GENERAL "VASCO DE QUIROGA"

DISTRIBUCION POR GRUPO ETAREO Y PORCENTAJES

T A B L A N U M E R O 4

EMBARAZADAS

GRUPO ETAREO	EMBARAZADAS	PORCENTAJE	NO GRAVIDAS	PORCENTAJE
15 A 19	2	1.3	16	11.9
20 A 24	6	3.9	22	14.5
25 A 29	11	7.2	26	17.1
30 A 34	7	4.6	17	11.2
35 A 39	5	3.3	16	11.6
40 A 44	1	0.7	12	7.9
45 A 49	0	0	7	4.6
TOTAL	32	21.0	120	79.0

FUENTE. FORMATO DE ATENCION MEDICA PRENATAL Y RIESGO REPRODUCTIVO

I S S S T E

HOSPITAL GENERAL "VASCO DE QUIROGA"

DISTRIBUCION POR GRUPO ETAREO Y PORCENTAJES

T A B L A N U M E R O 5

A N T E C E D E N T E S D E G E S T A C I O N E S

GESTACIONES	NUM DE PACIENTES	PORCENTAJE
0	43	26.3
1	28	18.4
2 A 5	71	46.7
MAS DE 5	10	46.7
TOTAL	152	100.0

FUENTE. FORMATO DE ATENCION MEDICA PRENATAL Y RIESGO REPRODUCTIVO

I S S S T E

HOSPITAL GENERAL "VASCO DE QUIROGA"

DISTRIBUCION POR GRUPO ETAREO Y PORCENTAJES

T A B L A N U M E R O 6

ANTECEDENTES DE PARTOS

ANTECEDENTES DE PARTOS

PARTOS	NUM. DE PACIENTES	PORCENTAJES
0	77	50.7
1 A 5	69	45.4
MAS DE 5	6	3.9
TOTAL	152	100.0

FUENTE. FORMATO DE ATENCION MEDICA PRENATAL Y RIESGO REPRODUCTIVO

I S S S T E

HOSPITAL GENERAL "VASCO DE QUIROGA"

DISTRIBUCION POR GRUPO ETAREO Y PORCENTAJES

T A B L A N U M E R O 7

ANTECEDENTES DE ABORTOS

ABORTOS	NUM. DE PACIENTES	PORCENTAJE
0	126	82.9
1	18	11.6
2	5	3.3
3	1	0.7
5	2	1.3
TOTAL 152	152	100

FUENTE. FORMATO DE ATENCION MEDICA PRENATAL Y RIESGO REPRODUCTIVO

I S S S T E

HOSPITAL GENERAL "VASCO DE QUIROGA"

DISTRIBUCION POR GRUPO ETAREO Y PORCENTAJES

T A B L A N U M E R O 6

A N T E C E D E N T E S D E C E S A R E A S

CESAREAS	NUM. DE PACIENTES	PORCENTAJE
1	28	75.7
2	9	24.3
3	0	0
TOTAL	37	100.0

FUENTE. FORMATO DE ATENCION MEDICA PRENATAL Y RIESGO REPRODUCTIVO

I S S S T E

HOSPITAL GENERAL "VASCO DE QUIROGA"

DISTRIBUCION POR GRUPO ETAREO Y PORCENTAJES

T A B L A N U M E R O 9

I N T E R V A L O I N T E R G E N E S I C O

I N T E R V A L O I N T E R G .	N U M . D E P A C I E N T E S	P O R C E N T A J E
M E N O S D E 1 3 M E S E S	7	3 1 . 8
D E 1 3 A 6 0 M E S E S	7	3 1 . 8
M A S D E 6 0 M E S E S	8	3 6 . 4
T O T A L	2 2	1 0 0 . 0

FUENTE. FORMATO DE ATENCION MEDICA PRENATAL Y RIESGO REPRODUCTIVO

I S S S T E

HOSPITAL GENERAL "VASCO DE QUIROGA"

DISTRIBUCION POR GRUPO ETAREO Y PORCENTAJES

T A B L A N U M E R O 10

ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS PATOLOGICOS

ANTECEDENTES	NUM. DE PACIENTES	PORCENTAJE
SI	37	24.4
NO	115	76.7
TOTAL	152	100.0

FUENTE. FORMATO DE ATENCION MEDICA PRENATAL Y RIESGO REPRODUCTIVO

I S S S T E

HOSPITAL GENERAL "VASCO DE QUIROGA"

DISTRIBUCION POR GRUPO ETAREO Y PORCENTAJES

T A B L A N U M E R O 11

DATOS DEL ULTIMO EMBARAZO

ULTIMO EMB.	CANTIDAD	PORCENTAJE
TERMINO	93	93
PRETERMINO	7	7
TOTAL	100	100

ULTIMO EMB.	CANTIDAD	PORCENTAJE
PARTO NORMAL	65	65
DISTOCICO	35	35
TOTAL	100	100

MORTALIDAD	CANTIDAD	PORCENTAJE
PERINATAL	8	8

FUENTE. FORMATO DE ATENCION MEDICA PRENATAL Y RIESGO REPRODUCTIVO

I S S S T E

HOSPITAL GENERAL "VASCO DE QUIROGA"

DISTRIBUCION POR GRUPO ETAREO Y PORCENTAJES

T A B L A N U M E R O 12

TIPO DE ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS ENCONTRADOS

TIPO DE AGO	NUM. DE PACIENTES	EDAD
TOXEMIA	4	25,29,31,32
STV	1	26
MENOS DE 36 SDG	3	33,43,46
MENOS DE 2500 KG. AL NACER	2	31,40
ALTERACIONES CONG.	2	36,49
MUERTE FETAL	5	24,26,32,33,46
MACROSOMIA	6	20,27,33,39,46,46
CIRUGIA PELVICO UTER.	2	36,39
* OTROS	12	DE 28 A 36

FUENTE. FORMATO DE ATENCION MEDICA PRENATAL Y RIESGO REPRODUCTIVO

***Tabla siguiente.**

I S S S T E

HOSPITAL GENERAL "VASCO DE QUIROGA"

DISTRIBUCION POR GRUPO ETAREO Y PORCENTAJES

T A B L A N U M E R O 13

• OTROS ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS ENCONTRADOS

TIPO DE AGO	CANTIDAD	EDAD
UTERO BICORNE	1	34
SUFRIMIENTO FETAL	1	35
RH NEGATIVO	1	35
MOLA HIDATIFORME	1	32
MIOMATOSIS UTERINA	2	29,36
LITIASIS	1	28
GEMELOS	3	26,32,36
ANEMBRIONICO	1	26
TOTAL	12	

FUENTE. FORMATO DE ATENCION MEDICA PRENATAL Y RIESGO REPRODUCTIVO

I S S S T E

HOSPITAL GENERAL "VASCO DE QUIROGA"

DISTRIBUCION POR GRUPO ETAREO Y PORCENTAJES

T A B L A N U M E R O 14

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS

A.P.P	NUM. DE PACIENTES	PORCENTAJE
SI	12	79
NO	140	92.1
TOTAL	152	100.0

FUENTE. FORMATO DE ATENCION MEDICA PRENATAL Y RIESGO REPRODUCTIVO

I S S S T E

HOSPITAL GENERAL "VASCO DE QUIROGA"

DISTRIBUCION POR GRUPO ETAREO Y PORCENTAJES

T A B L A N U M E R O 15

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS ENCONTRADOS

TIPO DE APP	NUM. PTES.	%	EDAD EN AÑOS
HTS	1	0.6	48
DM	1	0.6	42
OTROS	10	6.6	DE 17 A 36
TOTAL	12	7.6	

FUENTE. FORMATO DE ATENCION MEDICA PRENATAL Y RIESGO REPRODUCTIVO

I S S S T E

HOSPITAL GENERAL "VASCO DE QUIROGA"

DISTRIBUCION POR GRUPO ETAREO Y PORCENTAJES

T A B L A N U M E R O 16

DE LOS OTROS ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS

TIPO DE APP	CANTIDA DE PACIENTES	EDAD DE PTES
HIPERTIROIDISMO	1	35
SX. DOWN	1	18
OBESIDAD	2	38,33
DONO UN RINON	1	31
CRISIS C.	1	17
ASMA	1	19
ALT. PSIQUIATRICA	2	18,30
TOTAL	9	

FUENTE. FORMATO DE ATENCION MEDICA PRENATAL Y RIESGO REPRODUCTIVO

I S S S T E

HOSPITAL GENERAL "VASCO DE QUIROGA"

DISTRIBUCION POR GRUPO ETAREO Y PORCENTAJES

T A B L A N U M E R O 17

PACIENTES DE ACUERDO CON EL NUMERO DE HIJOS

NUM. DE HIJOS	CANTIDAD DE PTES	PORCENTAJE
0	52	34.2
1	40	26.3
2	37	24.3
3	5	3.3
4	8	5.3
5	5	3.3
MAS DE 6	5	3.3
TOTAL	152	100

FUENTE. FORMATO DE ATENCION MEDICA PRENATAL Y RIESGO REPRODUCTIVO

I S S S T E

HOSPITAL GENERAL "VASCO DE QUIROGA"

DISTRIBUCION POR GRUPO ETAREO Y PORCENTAJES

T A B L A N U M E R O 16

FACTOR DE RIESGO REPRODUCTIVO

FACTOR DE RIESGO	CANT. DE PACIENTES	PORCENTAJE
0	32	21.0
1	26	17.0
2	6	4.0
3	1	0.6
4	31	20.4
MAS DE 5	56	37.0
TOTAL	152	100

FUENTE. FORMATO DE ATENCION MEDICA PRENATAL Y RIESGO REPRODUCTIVO

I S S S T E

HOSPITAL GENERAL "VASCO DE QUIROGA"

DISTRIBUCION POR GRUPO ETAREO Y PORCENTAJES

T A B L A N U M E R O 1 9

METODO ANTICONCEPTIVO UTILIZADO

METODO USADO	CANTIDAD DE PACIENTES	PORCENTAJE
SALPINGOCLASIA 65		
SIN NINGUN METODO	46	30.4
EMBARAZADAS	32	21.0
ABST. SEXUAL	26	17.1
DIU	21	14.0
VASECTOMIA	7	4.6
PRESERVATIVO	7	4.6
HORMONALES ORALES	5	3.3
METODO NATURAL	4	2.6
COITUS INTERRUPTUS	3	2.0
HORMONALES INYEC.	1	0.6
TOTAL	152	100.0

FUENTE. FORMATO DE ATENCION MEDICA PRENATAL Y RIESGO REPRODUCTIVO

NO SE AGREGAN 65 PACIENTES PACIENTES A LAS CUALES NO SE LES REALIZO VALORACION DE RIESGO REPRODUCTIVO POR TENER SALPINGOCLASIA Y QUE SON 65 PACIENTES.

En relación con riesgo reproductivo mayor de 4 se encontraron 16 pacientes susceptibles de usar método anticonceptivo.

I S S S T E

HOSPITAL GENERAL "VASCO DE QUIROGA"

**DISTRIBUCION POR GRUPO ETAREO Y PORCENTAJES
PIRAMIDE POBLACIONAL DEL CONSULTORIO No. 8**

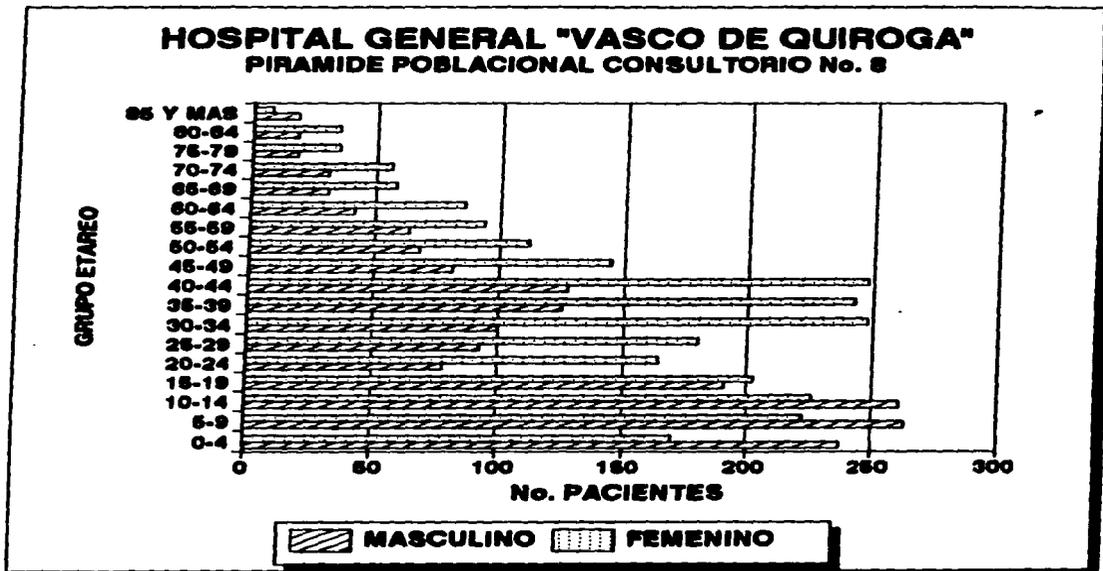
T A B L A N U M E R O 20

GRUPO ETAREO	MASC.	%	FEM.	%	TOTAL	%
0 A 4	242	56	175	42	417	9
5 A 9	269	54	226	46	495	11
10 A 14	267	54	230	46	496	11
15 A 19	195	48	209	52	403	9
20 A 24	79	32	189	66	268	6
25 A 29	94	34	185	66	279	6
30 A 34	102	29	224	71	326	8
35 A 39	130	34	224	66	354	8.5
40 A 44	132	34	224	66	356	8.5
45 A 49	83	36	149	64	232	5
50 A 54	71	38	116	62	187	4
55 A 59	67	41	96	59	163	4
60 A 64	43	33	69	67	112	3
65 A 69	31	34	61	66	92	2
70 A 74	31	35	59	65	90	2
75 A 79	20	36	35	64	55	1
80 A 84	20	36	35	64	55	1
85 Y MAS	20	71	8	29	28	0.5
TOTAL	1896	42	2604	58	4500	

I S S S T E

HOSPITAL GENERAL "VASCO DE QUIROGA"

GRAFICA NUM. 1

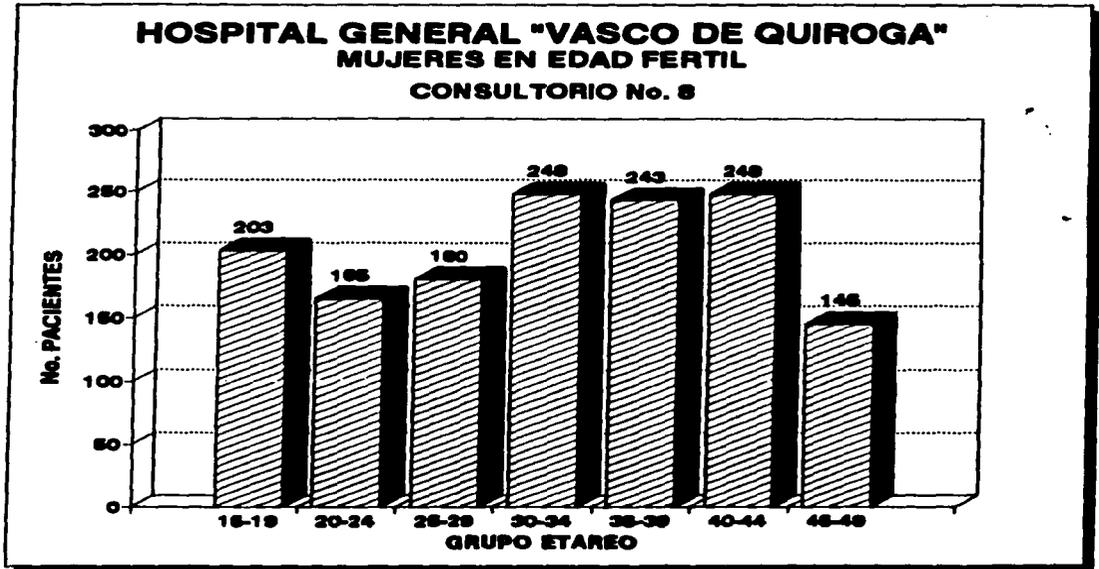


FUENTE. FORMATO DE ATENCION MEDICA PRENATAL Y RIESGO REPRODUCTIVO

I S S S T E

HOSPITAL GENERAL "VASCO DE QUIROGA"

GRAFICA NUM. 2

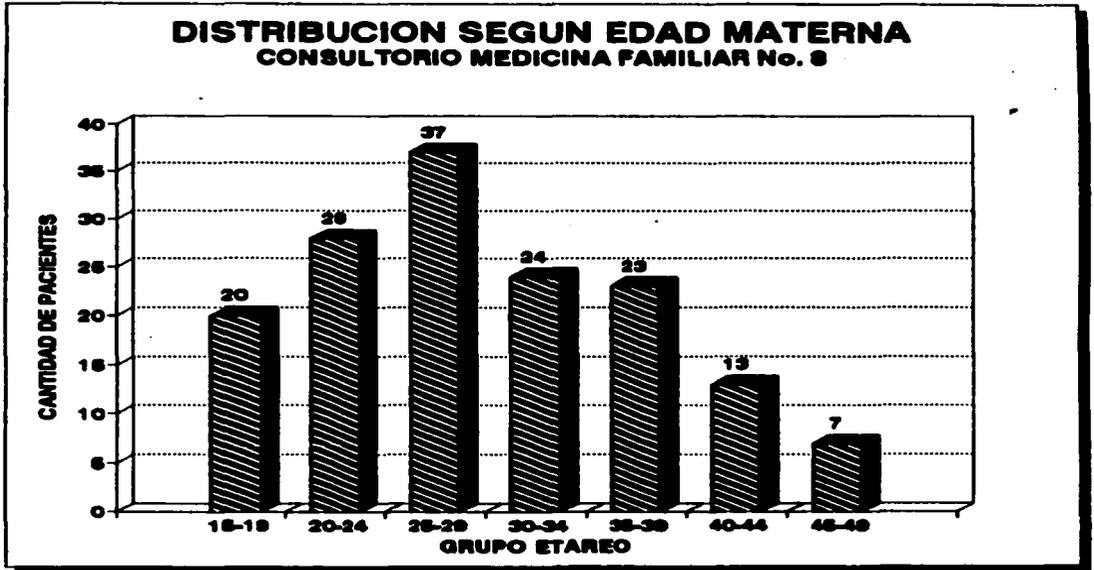


FUENTE. FORMATO DE ATENCION MEDICA PRENATAL Y RIESGO REPRODUCTIVO

I S S S T E

HOSPITAL GENERAL "VASCO DE QUIROGA"

GRAFICA NUM. 3

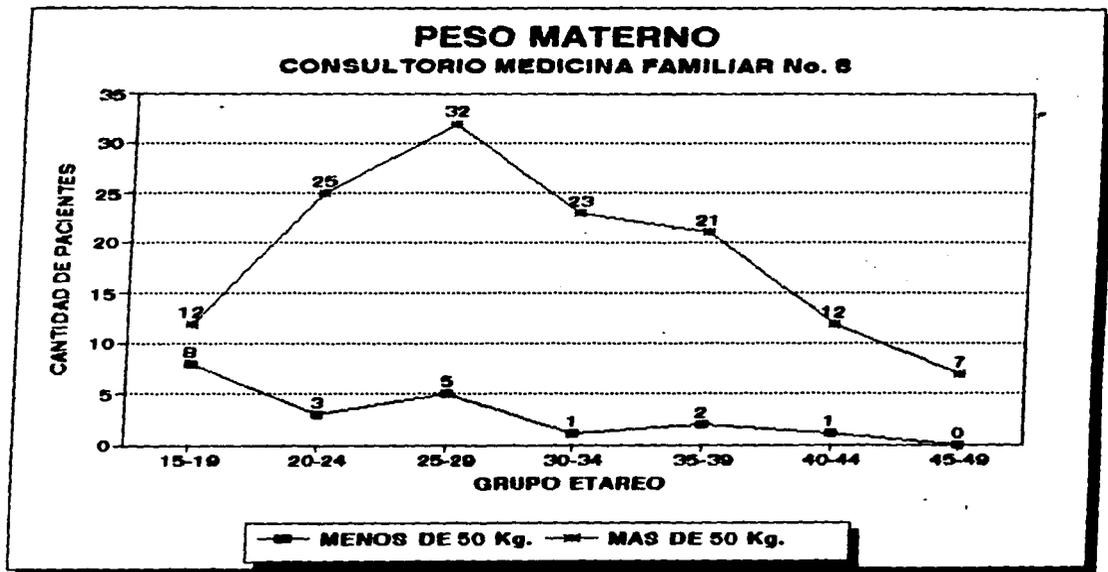


FUENTE. FORMATO DE ATENCION MEDICA PRENATAL Y RIESGO REPRODUCTIVO

I S S S T E

HOSPITAL GENERAL "VASCO DE QUIROGA"

GRAFICA NUM. 4

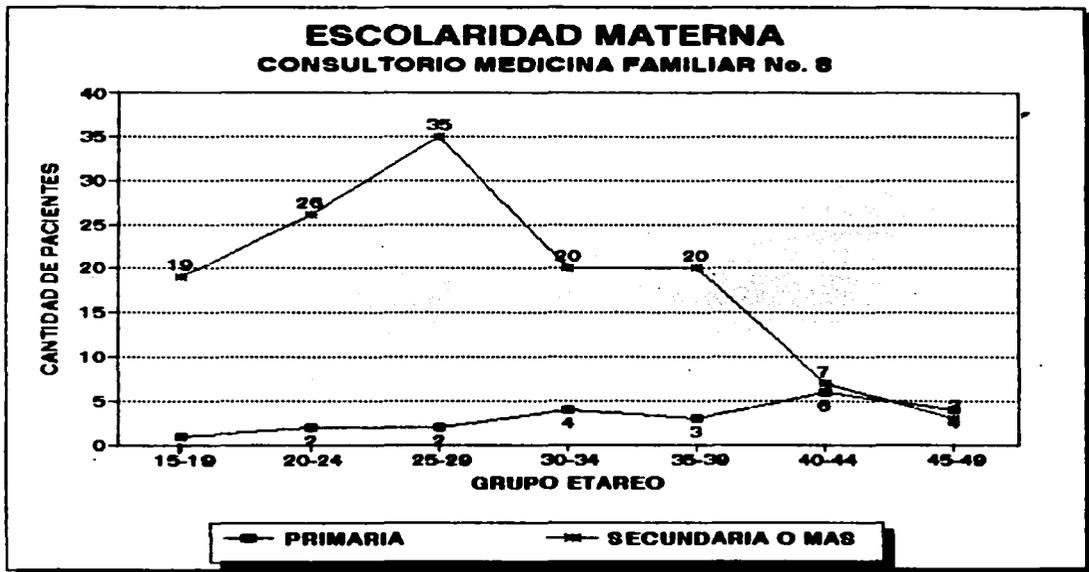


FUENTE. FORMATO DE ATENCION MEDICA PRENATAL Y RIESGO REPRODUCTIVO

I S S S T E

HOSPITAL GENERAL "VASCO DE QUIROGA"

GRAFICA NUM. 5

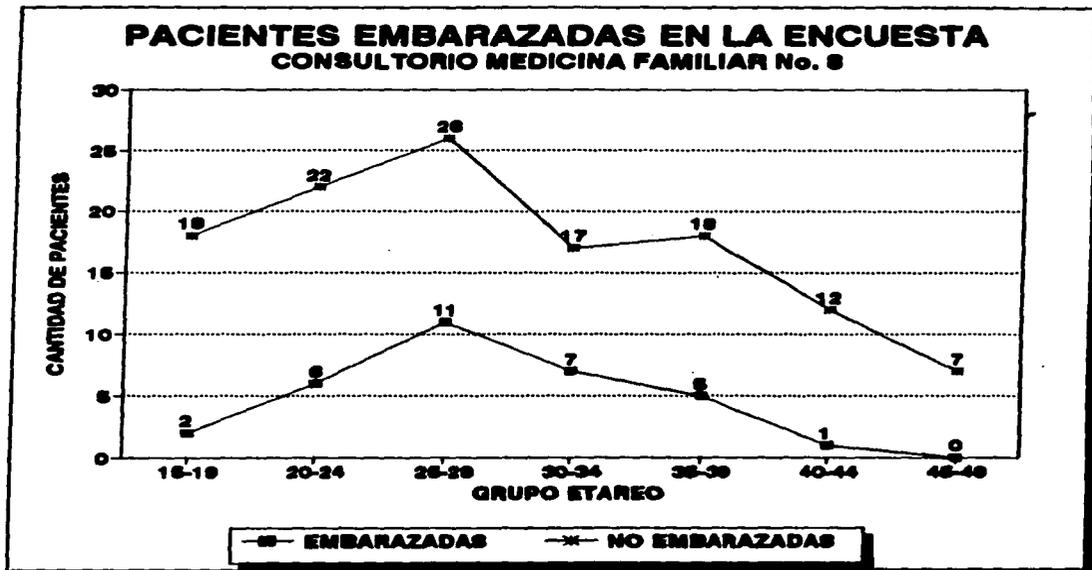


FUENTE. FORMATO DE ATENCION MEDICA PRENATAL Y RIESGO REPRODUCTIVO

I S S S T E

HOSPITAL GENERAL "VASCO DE QUIROGA"

GRAFICA NUM. 6



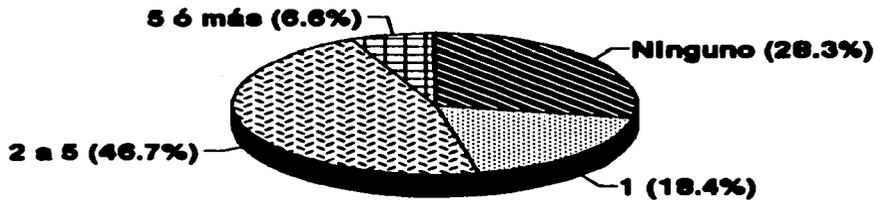
FUENTE. FORMATO DE ATENCION MEDICA PRENATAL Y RIESGO REPRODUCTIVO

I S S S T E

HOSPITAL GENERAL "VASCO DE QUIROGA"

GRAFICA NUM. 7

ANTECEDENTES DE GESTACIONES CONSULTORIO MEDICINA FAMILIAR No. 8



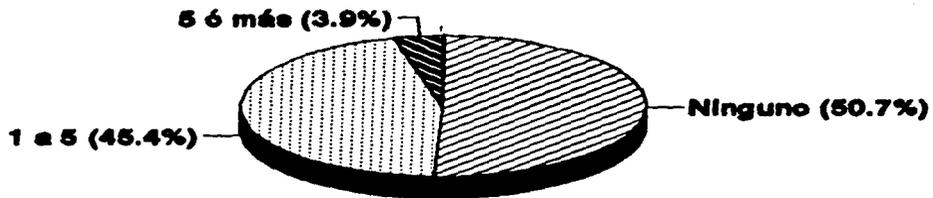
FUENTE. FORMATO DE ATENCION MEDICA PRENATAL Y RIESGO REPRODUCTIVO

I S S S T E

HOSPITAL GENERAL "VASCO DE QUIROGA"

GRAFICA NUM. 8

ANTECEDENTES DE PARTOS CONSULTORIO MEDICINA FAMILIAR No. 8



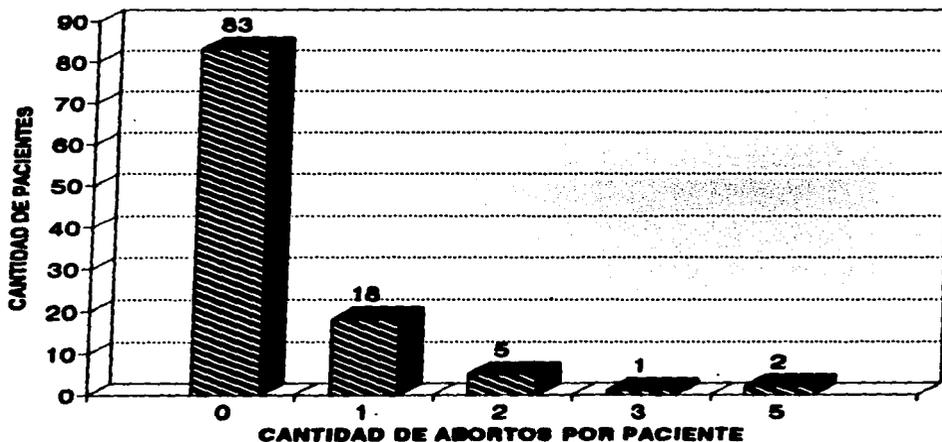
FUENTE. FORMATO DE ATENCION MEDICA PRENATAL Y RIESGO REPRODUCTIVO

I S S S T E

HOSPITAL GENERAL "VASCO DE QUIROGA"

GRAFICA NUM. 9

**DISTRIBUCION SEGUN ABORTOS EN MUJERES CON GESTACIONES
CONSULTORIO MEDICINA FAMILIAR No. 8**



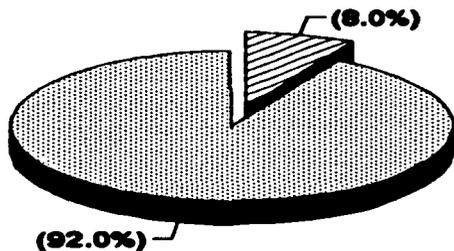
FUENTE. FORMATO DE ATENCION MEDICA PRENATAL Y RIESGO REPRODUCTIVO

I S S S T E

HOSPITAL GENERAL "VASCO DE QUIROGA"

GRAFICA NUM. 10

DISTRIBUCION DE MORTALIDAD PERINATAL SEGUN DATOS DEL ULTIMO PARTO CONSULTORIO MEDICINA FAMILIAR No. 8

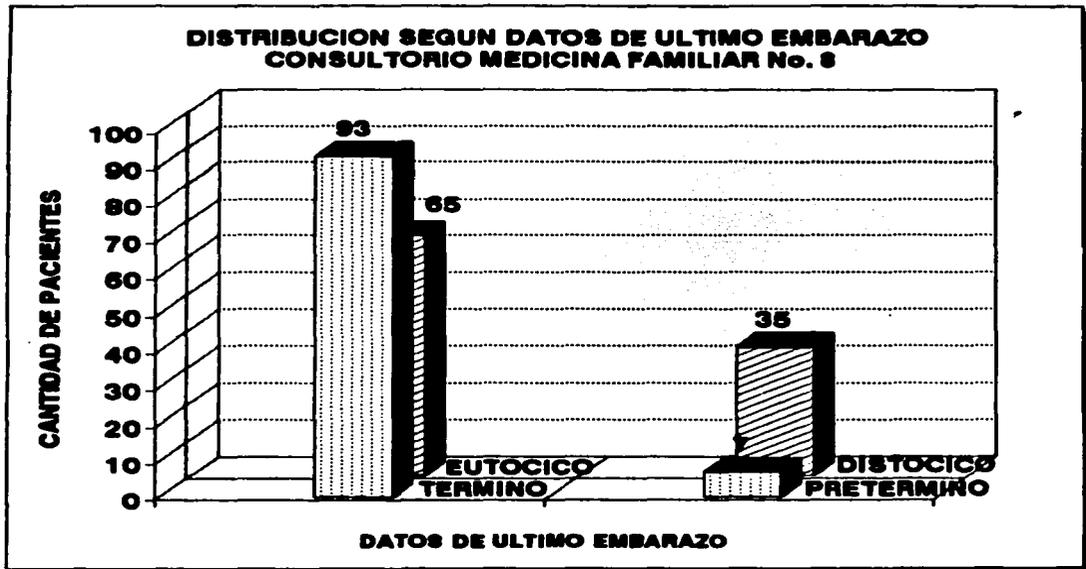


FUENTE. FORMATO DE ATENCION MEDICA PRENATAL Y RIESGO REPRODUCTIVO

I S S S T E

HOSPITAL GENERAL "VASCO DE QUIROGA"

GRAFICA NUM. 11

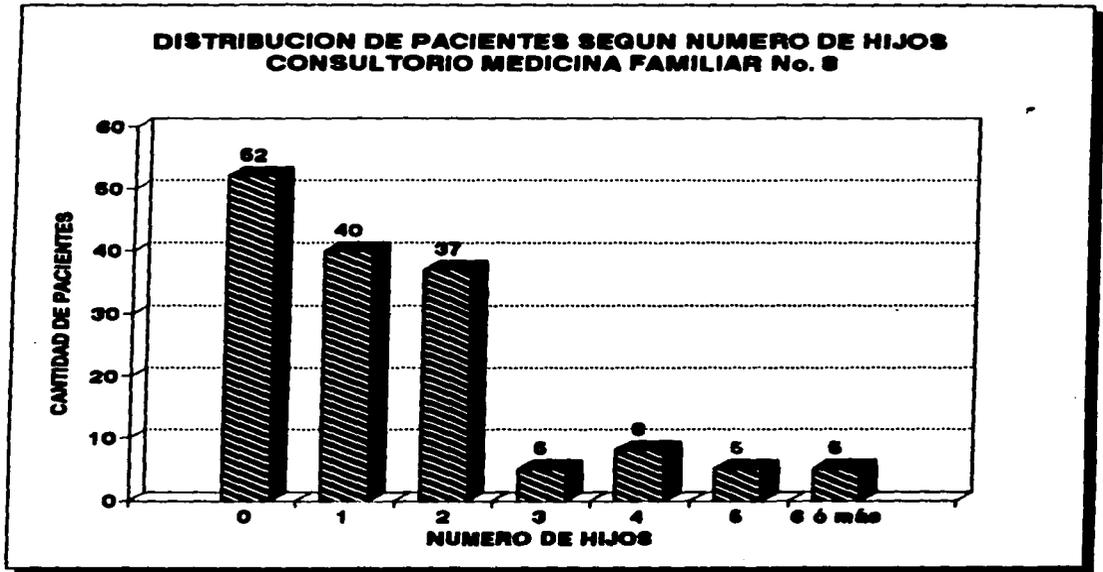


FUENTE. FORMATO DE ATENCION MEDICA PRENATAL Y RIESGO REPRODUCTIVO

I S S S T E

HOSPITAL GENERAL "VASCO DE QUIROGA"

GRAFICA NUM. 12

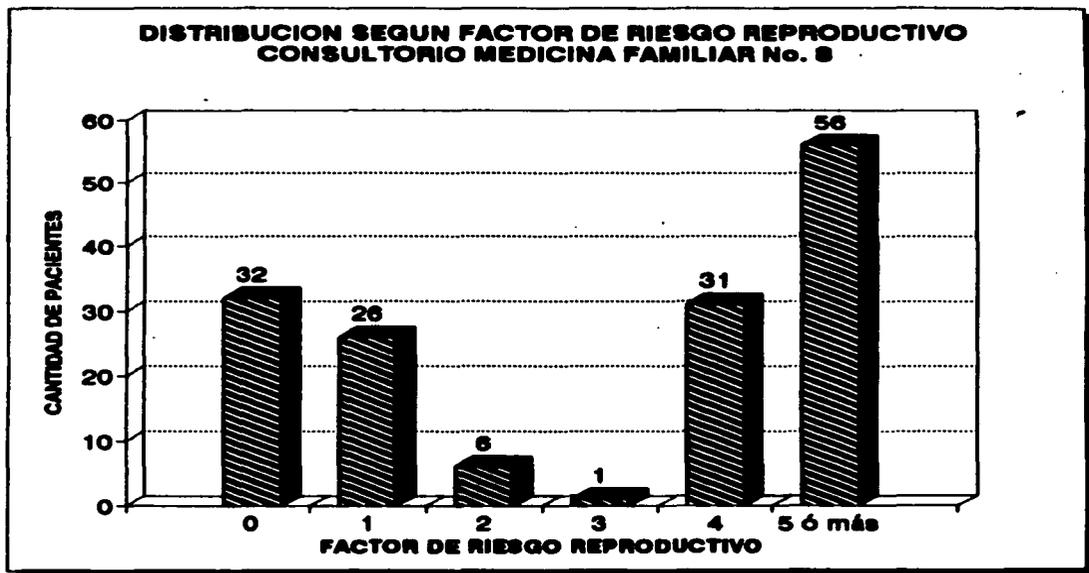


FUENTE. FORMATO DE ATENCION MEDICA PRENATAL Y RIESGO REPRODUCTIVO

I S S S T E

HOSPITAL GENERAL "VASCO DE QUIROGA"

GRAFICA NUM. 13

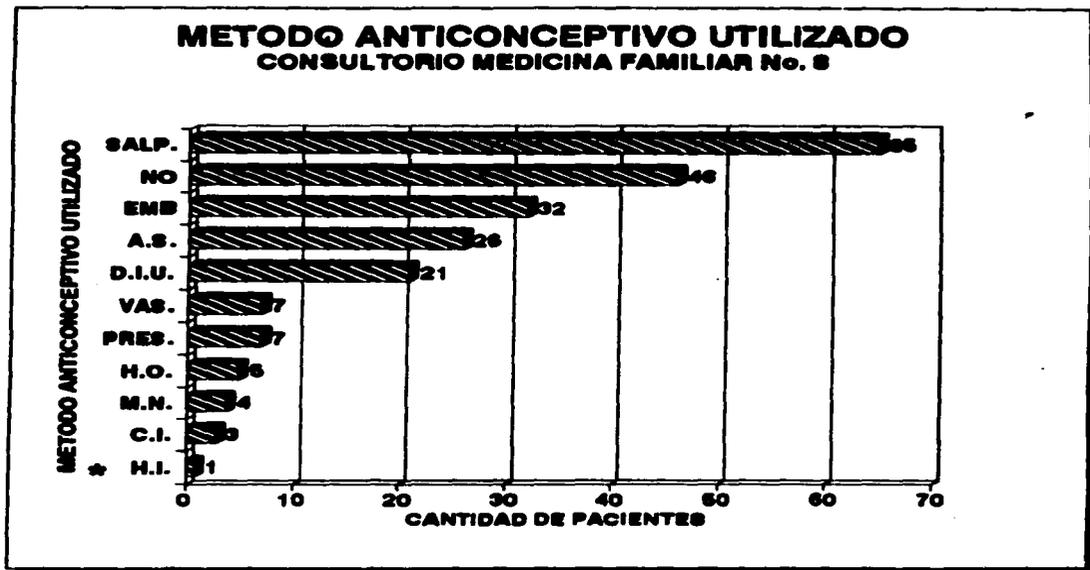


FUENTE. FORMATO DE ATENCION MEDICA PRENATAL Y RIESGO REPRODUCTIVO

I S S S T E

HOSPITAL GENERAL "VASCO DE QUIROGA"

GRAFICA NUM. 14



FUENTE. FORMATO DE ATENCION MEDICA PRENATAL Y RIESGO REPRODUCTIVO



Instituto de Seguridad
y Servicios Sociales
de los Trabajadores
del Estado

SUBDIRECCION GENERAL MEDICA

ATENCION MEDICA PRENATAL
Y RIESGO REPRODUCTIVO

CIRCUIT DONDE HAYA CUADROS

MEDICINA FAMILIAR

ENVIO H.V. DE Q.

ANTECEDENTES

1. EDAD (EN AÑOS) 20 A 29 <input type="checkbox"/> 0 15 A 19 <input type="checkbox"/> 1 10 A 14 <input type="checkbox"/> 1 DE 15 6 + 30 <input type="checkbox"/> 4		7. GESTA 2 A 5 <input type="checkbox"/> 0 PRIMÍSTA <input type="checkbox"/> 1 + DE 5 <input type="checkbox"/> 3		12. ANTECEDENTES OBSTETRICOS NINGUNO PATOLOGICO <input type="checkbox"/> 0 TOXEMIA <input type="checkbox"/> 4 POLIHDRAMNIO <input type="checkbox"/> 4 SANGRADO 3er. TRIMESTRE <input type="checkbox"/> 4 PRE - TERMINO - 30 SEMANAS <input type="checkbox"/> 4 BAJO PESO AL NACER - 2.500 g <input type="checkbox"/> 4 MALFORMACION CONGENITA <input type="checkbox"/> 4 MUERTE FETAL TARDIA - 28 SEMANAS <input type="checkbox"/> 4 MACHUSUMIA + 4.000 g <input type="checkbox"/> 4 CIRCUNJA PELVICO ULTERINA <input type="checkbox"/> 4 OTROS <input type="checkbox"/> 4	
2. PESO HABITUAL KILOSI <input type="checkbox"/> 0 NO A + <input type="checkbox"/> 1 - DE 50 <input type="checkbox"/> 1		8. PARA - DE 5 <input type="checkbox"/> 0 5 6 + <input type="checkbox"/> 4		13. ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS NINGUNO <input type="checkbox"/> 0 HIPERTENSION ARTERIAL <input type="checkbox"/> 4 DIABETES MELITUS <input type="checkbox"/> 4 INFECCION SISTEMICA CARDIOPATIA <input type="checkbox"/> 4 OTROS <input type="checkbox"/> 4	
3. TALLA (CENTIMETROS) + DE 150 <input type="checkbox"/> 0 150 6 + <input type="checkbox"/> 1		9. ABORTOS 0 A 1 <input type="checkbox"/> 0 2 <input type="checkbox"/> 2 3 6 + <input type="checkbox"/> 4		14. TABAQUISMO NO 6 - 10 CIGARRILLOS AL DIA <input type="checkbox"/> 0 10 6 + CIGARRILLOS AL DIA <input type="checkbox"/> 1	
4. ESCOLARIDAD MATERNA SECUNDARIA 6 + <input type="checkbox"/> 0 PRIMARIA 6 - <input type="checkbox"/> 1		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 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1		11. INTERVALO ENTRE EL ULTIMO PARTO Y EL ACTUAL (MESES) 13 A 60 <input type="checkbox"/> 0 - DE 13 <input type="checkbox"/> 5 + DE 60 <input type="checkbox"/> 5		EL ULTIMO EMBARAZO FUE DE TERMINO? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ABORTO EL PARTO FUE NORMAL? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> CESAREA HUBO MORTALIDAD PERINATAL? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
6. F.P.P. DIA MES AÑO <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1		VIDA SEXUAL ACTIVA SI <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 0		NUMERO DE HIJOS VIVOS <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10	

NOMBRE

No. DE EXPEDIENTE

CONTROL DE LA FERTILIDAD

SI HAY EMBARAZO: EDAD DEL EMBARAZO

SI PUE CANALIZADA A RIESGO REPRODUCTIVO

DISCUSION Y ANALISIS.

Respecto a los 152 pacientes estudiados se encontró en cuanto a edad una mayoría de pacientes 87, con un 57%, que presentan riesgo por edad, lo cual coincide con los autores que se revisaron para este trabajo, ya que están en los extremos de la vida reproductiva o sea fuera de los 20 a 30 años que es la edad más adecuada para tener hijos, porque fuera de esta edad las pacientes que se embarazan si están abajo de los 20 años pueden presentar problemas como desproporción cefalopelvica porque todavía no ha terminado de desarrollarse su organismo, así como inmadurez psicológica para ser madre y tener una familia, también puede asociarse a que no se tenga una pareja para poder brindarle a su hijo una familia, y que de ser así alteraría en forma importante el núcleo familiar del cual forma parte causando daños personales maternos, del hijo, de la familia a la cual pertenece y por ende también afectación social. Además en la mujer de mayor de edad tiene muchas posibilidades de complicaciones que pueden ocasionar morbimortalidad materno-infantil, con la afectación de la familia en forma importante, sobre todo si la que fallece es la mujer ya que normalmente esto implicará la desintegración de la familia con todos los efectos nocivos en los integrantes de la misma. (1,2,4,9,10,11,13,17,18,19,20)

Con respecto al peso materno encontramos que la minoría se encuentra con un peso menor de 50 kilos, con un 13%, siendo más frecuente en los extremos de la vida, sobre todo en el grupo etáreo de 15 a 19 años, lo que propicia que la paciente no cuenta con los requerimientos necesarios para la formación de un nuevo ser ya sea porque presente desnutrición o bien porque tenga una mala nutrición a base de alimento chatarra, lo cual implica que el hijo presente sobre todo de bajo peso al nacer, que es muy frecuente en las pacientes de los grupos menores de 20 años y que obviamente produce problemas en el producto como alteraciones en el crecimiento y desarrollo, además de la alta posibilidad de muerte fetal por el bajo peso al nacer y la posibilidad de que este resultado se vuelva a presentar en un siguiente embarazo. No concuerda con estudios realizados por muchos autores, por lo que considero que es debido a que la mayoría de nuestros derechohabientes tienen una cultura media, como por ejemplo, profesores de primaria y secundaria, etc., lo que modifica su alimentación. (1,2,3,9,38)

Referente a la escolaridad se encontraron 22 pacientes que tienen primaria o menos, con un 14.4%, siendo la mayor cantidad en mayores de 30 años lo cual implica que la madre no entiende y menos acepta la educación sanitaria, es menos probable que asuma las medidas de control, prevención y manejo de las enfermedades, también tendrá menos capacidad de administrar el presupuesto familiar, con la consecuente mala alimentación familiar así como hábitos higiénicos deficientes y los hijos de estas mujeres tienen un riesgo de morir de 3.5 a 5 veces más grande que los de las mujeres que tienen 10 años de estudios o más. (1,4,5,6,39)

Por lo anterior es un factor de riesgo muy importante. También en este estudio encontramos que una minoría de pacientes está con este riesgo y también considero que es debido a que las derechohabientes del ISSSTE tienen un nivel cultural más alto ya que la mayoría son maestras. (1,2,3,4,5,6,10,12).

Respecto a las pacientes embarazadas se encontraron 32 pacientes un 21%, debido a que las pacientes actualmente ya cuentan con un mejor acceso a educación así como a métodos anticonceptivos. De estas pacientes 10 están en los extremos de la vida y estas son las que tienen riesgo reproductivo por gestación, siendo importante la posibilidad que en menores de 20 años presenten desproporción cefalopélvica, cesárea, etc. y en las mayores de 30 años complicaciones como sangrados transvaginales, miomatosis uterina y enfermedades crónicas degenerativas que tienden a presentarse después de los 30 años de edad y que complican el embarazo. (1,4,5,6,7,9)

En cuanto a los antecedentes de gestaciones la mayoría, 71 pacientes que representan el 46.7% tienen el antecedente de 2 a 5 gestaciones siendo sensiblemente igual a los partos que han presentado, lo cual es semejante a lo ya estudiado por muchos autores. Como ya es sabido este antecedente favorece complicaciones, como sangrados transvaginales, por atonía uterina, y con el consecuente riesgo de perder la salud o la vida en cada gestación y/o parto, con la segura afectación familiar y socioeconómica.

10 pacientes con el antecedente de haber tenido más de 5 gestaciones y partos, lo que implica mayor posibilidad de estas complicaciones, y obviamente mayor morbimortalidad. (1,5,6,7,9,11,39)

Los antecedentes de abortos en 18 pacientes que tuvieron solamente uno, representando un 69%, presentando el resto de 2 o más abortos, este antecedente es importante puesto que es muy frecuente y sobre todo porque se llega a utilizar como método anticonceptivo que en muchas ocasiones se realiza con medidas antihigiénicas en forma clandestina causando morbimortalidad materna en forma importante, lo que coincide con los autores consultados. (1,5,7,9,11)

En antecedentes de cesáreas tenemos que de las 37 pacientes con 75.7% presentan este antecedente con una cesárea y el resto con 2 cesáreas, siendo éste un factor de riesgo reproductivo muy importante ya que implica la posibilidad de que se vuelva a presentar en un subsecuente embarazo, y la posibilidad de que se presente ruptura uterina en caso de un siguiente embarazo y sobre todo si tienen antecedentes intergenésico corto que en caso de cesáreas es todavía mucho más importante. La cual se encuentra que ha ido en aumento con respecto a al información consultada. (1,5,11,39)

Tienen antecedentes ginecoobstétricos patológicos un 20% de la población como la edad materna, en especial mayores de 30 años, con la posibilidad de que puedan presentarse ya las enfermedades crónico degenerativas que inician su aparición después de los 30 años, que además son muy frecuentes en nuestra sociedad, que coincide con los autores consultados. (1,4,5,6,7,9)

Antecedentes personales patológicos se presentaron en 37 pacientes, un 24.3%, siendo los más frecuentes: la hipertensión arterial, diabetes mellitus, hipertiroidismo, síndrome de Down, obesidad, crisis convulsivas, asma, alteraciones psiquiátricas, presentándose estas complicaciones en mayores de 30 años. (1,2,3,4,7,9,11)

Respecto al último embarazo la mayoría fueron eutócicos y de término, y se presentaron en menores de 20 o mayores de 30, y debido a ello la posibilidad de complicaciones como: prematuridad, que causa alta mortalidad neonatal en las menores de 20; en las mayores de 30, enfermedades crónico degenerativas; complicaciones agudas del embarazo; intervalos intergenésicos cortos, etc. lo cual coincide con los autores consultados. (1,5,7,9,11)

La mayor cantidad de hijos se encontraron en mujeres de mayor edad, lo que significa que el número excesivo de hijos es un factor de riesgo para la salud materna y perinatal, ya que a partir de la quinta gestación se encuentra un aumento de morbimortalidad importante, por complicaciones. concordante con los autores consultados. (1,5,7,9,11,39)

El riesgo reproductivo encontrado fue mayor en los extremos de la vida reproductiva en forma marcada, por lo que las mujeres no deben embarazarse fuera de los 20 a 30 años, que es la edad recomendada para reproducirse, debido a que los embarazos fuera de este rango suelen presentar complicaciones como: prematuridad, alteraciones congénitas del producto, mayor frecuencia de alteraciones congénitas como el síndrome de down, etc. Concordante con lo reportado por los autores consultados. (1,5,6,7,11)

La mayoría de pacientes estudiada no presenta un método anticonceptivo seguro (no se tomaron pacientes con salpingoclasia), lo cual implica que por excelentes que sean los recursos que se utilicen para atender un embarazo de alto riesgo, de todas maneras se tendrá una alta morbimortalidad. En cambio, la prevención con metodología anticonceptiva, de embarazos de alto riesgo, es la mejor forma de prevenir morbimortalidad materno-infantil. Coincidiendo con todos los autores consultados. (4,5,12,39)

La minoría de pacientes con riesgo reproductivo mayor de 4 se encuentran protegidas con metodología anticonceptiva. Sólo 16 pacientes con riesgo reproductivo mayor de cuatro se encuentran sin anticoncepción, pero es precisamente en este grupo donde se debe lograr el empleo de metodología anticonceptiva, ya que son estas pacientes en las que se puede prevenir morbimortalidad materno-infantil. (4,5,12,39)

En cuanto al número de hijos por paciente, encontramos que 50.6% tienen entre 1 y 2 hijos, un 15.2% tienen más de 3 hijos; respecto a las primeras que tienen 1 a 2 hijos, se considera que son los adecuados para formar una familia, debido a que son los que pueden cuidar, mantener y educar. Las pacientes que tienen más de 3 hijos tienen dificultad para lograr cubrir las necesidades de sus hijos y las propias. (4,10,39)

En cuanto al factor de riesgo encontrado tenemos que 87 pacientes (57.4%), presentan un riesgo reproductivo de 4 o mayor, lo que nos indica que es necesario reforzar los conocimientos en los médicos y conscientizarlos de la importancia de valorar el riesgo reproductivo en sus pacientes y de que ellas lo conozcan y se protejan con métodos anticonceptivos; sobre todo cuando éste sea mayor de cuatro, y que se puedan prevenir los embarazos de alto riesgo y en consecuencia los efectos familiares y sociales que provoca. (4,5,12,39)

Los métodos anticonceptivos encontrados en las pacientes estudiadas fueron: 104 pacientes sin método anticonceptivo que representan un 51.4%; entre las que se encuentran las embarazadas y las que tienen abstinencia sexual. Con método anticonceptivo no seguro 14 pacientes (9.2%) y el resto con un método anticonceptivo seguro. Las pacientes con salpingoclasia fueron 65 (30%), a las cuales no se les realizó encuesta de riesgo reproductivo, solo se tomaron para comparación. (4,10,39)

El enfoque de riesgo reproductivo aplicado a las embarazadas que tienen un riesgo alto, por muchas posibilidades que se tengan para manejarlo siempre representará alta morbilidad materna infantil, en cambio si se previene un embarazo de alto riesgo se protegerá la salud materna y se evitara morbilidad infantil, protegiéndose con ello la integridad familiar y su economía. Información concordante con los autores revisados. (1,4,5,6,7,9,10,12,39)

Así la planificación familiar sirve para amortizar el crecimiento de la población, con la posibilidad de desarrollo personal, familiar, económico, social y sobre todo la posibilidad de gozar de salud. (5,12,39)

CONCLUSIONES.

Que la mayoría de pacientes presentan un peso materno adecuado para la gestación, con peso bajo en los extremos de la vida, por lo cual son estas las que deben utilizar anticoncepción hasta están en condiciones óptimas para un embarazo.

Que la mayoría de las pacientes cuentan con estudios de secundaria o más, con la consecuente posibilidad de tener salud reproductiva, y que la minoría que son las que tienen este factor de riesgo que es de los más importantes deben tener más atención por parte del médico ya que será en ellas en las que se deba de dar mayor educación y conocimientos de salud reproductiva.

La mayoría presenta antecedentes de gestas de 2 a 5, con la probabilidad de presentar complicaciones durante la reproducción, y debe el médico familiar promover en especial concejería en planificación para evitar morbilidad.

Que aproximadamente la mitad de la población presenta de 1 a 5 partos, siendo esta una cifra muy alta, por lo que en estas pacientes se debe de conscientizar respecto a como afecta la salud reproductiva, familiar y social para que la paciente pueda optar por un método anticonceptivo acorde a sus necesidades.

Que una tercera parte de las pacientes han presentado abortos lo que es un riesgo materno importante de mortalidad y la posibilidad de que se vuelva a presentar independientemente de la causa que lo provoque, y siendo más importante si este está usándose como un método anticonceptivo y si se realiza en forma clandestina y sin las reglas de higiene requeridas.

En antecedentes de cesáreas se encuentra en 32% siendo más frecuente el antecedente de una, las de 2 no son tan significativas y de tres o más no encontramos, ya que la mayoría que tienen 3 o más ya tienen salpingoclasia por la alta posibilidad de ruptura uterina.

El intervalo intergenésico en los antecedentes se encontró igual en menos de 13 meses y de 13 a 60 y sensiblemente mayor en el grupo de más de 60, y de acuerdo al conocimiento de que el ideal debe de ser de 13 a 60 meses, nos indica que debemos reforzar el conocimiento a nivel médico, paramédico y de las pacientes para que sea el adecuado, es decir de 13 a 60 meses, para así evitar desnutrición materna, descuido del lactante menor, destete temprano y la consecuente morbilidad materno-infantil.

La mayoría de pacientes con antecedentes ginecoobstétricos patológicos se encontraron en pacientes en los extremos de la vida reproductiva, sobre todo en la mayores de 30 años, por lo cual el médico familiar debe enfocar más su atención en este grupo y más si ya cuenta con antecedentes crónico degenerativos propios de esta edad.

Que la mayoría de pacientes presentan el antecedente en el último parto de término y eutócico, con alta mortalidad perinatal. Pero que debemos de tener muy en cuenta esa minoría restante que es la generadora de embarazos de alto riesgo y que es la que más requiere la atención médica para prevenir morbilidad materno-infantil.

Que el número de hijos por paciente es muy alto en aproximadamente una tercera parte de las pacientes, las cuales son susceptibles de que se les conscientice sobre la importancia de la cantidad de hijos, los intervalos intergenésicos, la edad de tenerlos, y las condiciones que deben tener para que tengan salud reproductiva, una familia sana y por ende una sociedad mejor.

Aproximadamente la mitad de las pacientes presentan riesgo reproductivo mayor de 4, que se considera alto y que deben tener un método anticonceptivo seguro que les evite la posibilidad de ser generadoras de embarazos de alto riesgo que pongan el peligro su vida y la del futuro hijo.

Que la mitad de las pacientes estudiadas no cuentan con un método anticonceptivo y que son susceptibles de utilizar alguno seguro, sobre todo con enfoque a su riesgo reproductivo para favorecer así una salud reproductiva.

Que las pacientes con salpingoclasia representan un 30% si se agregan a las pacientes que se les realizó valoración de riesgo lo que significa que los programas de planificación tienen buenos resultados, siendo susceptibles de mejorar.

Que se debe conscientizar a las pacientes con riesgo reproductivo sobre el peligro que presentan un embarazo que transforma a este en riesgo en obstétrico con la consecuente morbilidad materno-infantil, para que así se pueda prevenir.

Que el enfoque de riesgo reproductivo es la mejor forma de favorecer la salud materno infantil y de lograr proteger a la población de embarazos de alto riesgo.

Las limitaciones que tiene el trabajo es el hecho de que no se haya realizado a todas las pacientes del hospital "Vasco de Quiroga", en lugar de haberse realizado solamente a las adscritas al consultorio número 8, ya que es menos representativo.

Los objetivos se lograron ya que conocemos los principales factores de riesgo reproductivos en las pacientes del consultorio número ocho que son:

Riesgo por edad en 87 pacientes = a 57%. tabla 1

Riesgo por peso 12 pacientes = 13.3%. tabla 2, gráfica 4

Por escolaridad de primaria o menos 22 pacientes = a 14.4%. tabla 3, gráfica 5.

Por antecedentes de gestaciones: de 2 a 5 con 71 pacientes = 46.7% y con más de 5 gestaciones 10 pacientes = 46.7%, tabla 5, gráfica 7.

Por antecedente de abortos:

con 1 fueron 18 pacientes que representa 11.8%

con 2 abortos fueron 5 pacientes = 3.3

con 3 abortos 1 paciente = 0.7%

con 5 abortos 2 pacientes = 1.3% , tabla 7, gráfica 9

Por antecedentes de partos:

de 1 a 5 partos son 69 pacientes que representan el 45.4%

más de 5 partos son 6 pacientes que representan el 3.9%, tabla 6, gráfica 8.

Riesgo por antecedentes de cesárea:

con 1 cesárea 28 pacientes que representan el 75.7%

con 2 cesáreas 9 pacientes = a 24.3%, tabla 6.

Con intervalo intergestacional menor de 13 meses 7 pacientes = a 31.8%; con intervalo de 13 a 60 meses 7 pacientes = al 31.6%, tabla 9.

AGO patológicos 37 pacientes que representan el 24.4%, tabla 10

Con APP en 12 pacientes representando el, 79% tabla 14., entre estos los más encontrados fueron hipertensión arterial, diabetes mellitus y otros. tabla 16

El factor de riesgo encontrado fue de 1 en 26 pacientes, 2 en 6 pacientes, 3 en 1 paciente, 4 en 31 pacientes, más de 5 en 56 pacientes estos últimos 2 con un 20% y 37% respectivamente, representando el riesgo más alto en la mayoría de pacientes. tabla 18, gráfica 13.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- Espinoza Legorreta I. Embarazo de alto riesgo En: Sánchez Navarro CMG, Velasco Ariza J. Campuzano Loza D, Editorial UNAM, Unidad 5, México, D.F. 1982; 159-183.
- 2.- Martínez Navarro R. En: La Salud del niño y el Adolescente. México: Editorial Salvat 1981.
- 3.- Hernández B. Romero M Chirinos J. Factores asociados a la muerte materna hospitalaria en el Estado de Morelos, México. Salud Pública Mex 1994; 36:521-528.
- 4.- Kumate Rodríguez J. Wolpert Barraza E. Juan López M. y Col. En La Salud de la Mujer en México. Editorial Sector Salud 1990.
- 5.- A. Pritchard Jack. C Macdonald Paul. En: Obstetricia, 3a. edición, México, D. F., Editorial Salvat 1980.
- 6.- Valle Gay AA. Vigilancia Prenatal, En: Sánchez Navarro CMG. Velasco Ariza J. Campuzano Loza D. Editorial UNAM, Unidad 3, cilos IX y X. México, D.F., Editorial Salvat, 1980; 324-328.
- 7.- Martínez Manautou J. Giner Velasquez J. En: Planificación Familiar y demografía médica, Un enfoque multidisciplinario. segunda edición, México: editorial del IMSS, 1985.
- 8.- Vaughan CV. James Mckay R. Nelson EW. En: Tratado de Pediatría séptima edición; México, D.F.: editorial Salvat, 1980; 324-328.
- 9.- Berkow R. Andrew J. Fletcher. y Col. En: Ginecología y Obstetricia. En: Bekow R. Andrew J. Fletcher. editor Mosby/Doyma libros. El Manual Merck 1994, México, D.F.
- 10.- Vilchis Galindo E. Pérez Hernández M. Esteban Vaz J. En: Embarazo de alto riesgo y monitorización fetal. En Velasco Ariza J. Campuzano Loza D. editor UNAM, Unidad 5, México, D.F., 1982; 145-158.
- 11.- L Perroll M., En: Diagnóstico y tratamiento ginecoobstétricos, séptima edición; México 1993.
- 12.- Sobrevilla Alcázar LA. Métodos de planificación familiar. En: Sánchez Navarro C. Velasco Ariza J. Campuzano Loza D. Editorial UNAM. Unidad 7, México, D.F., 1982; 119-123.
- 13.- Salinas Martínez AM. Martínez Sánchez C. Pérez Segura J. Percepción de factores de riesgo reproductivo. Ginecol-Obstet-Mex. 1993, 61: 8-14.

- 14.- García Barrios C. Castañeda Camey X. Romero Guerrero X. González Hernández D. Langer Glas A. Percepción de las parteras sobre factores de riesgo reproductivo .
Salud Publica Mex 1993; 35: 74 - 84.
- 15.- García Cardona M. Avila Rosas H. Lopez Reyes P. Tiburcio T. Disponibilidad y uso de servicios de atención a la madre: Influencia de la ocupación del jefe de familia. Perinatol Reprod Hum 1995, 9: 29-36.
- 16.- García C. Flores M. Tovar V. Comportamiento reproductivo y marginación social 1970 -1990. Elementos para un diagnóstico geográfico en salud reproductiva. Salud Publica de México 1995; 37: 279 -287.
- 17.- Tiburcio T. Avila Rosas H. Quintos Cardoso Rc. García Cardona M. Embarazos en la adolescencia; Influencia de algunos atributos sociales. Perinatal Reprod Hum. 1995; 9: 37-45.
- 18.- Sánchez Bravo Cl. Morales Carmona F. González Campiño GA García Hubard A. Embarazo en adolescente por violación y sus repercusiones psicológicas. Estudio comparativo. Bol Med Hosp Infantal Mex 1995; 52: 455 - 459.
- 19.- Rainey DY. Steven-Simon C. Kaplan DW. Adolescentes que reportaron abuso sexual y alto riesgo de embarazo. Child Abuse Negl 1995; 19: 1283-8.
- 20.- Saver MU. Paulson RJ. Lobo RA. Embarazo en mujeres de 50 años o más, resultados de 22 embarazos establecidos consecutivamente de donación de oocitos. Fertil Steril 1995; 64:111-5.
- 21.- Fraser AM. Brockert JE. Ward RH. Asociación de embarazo en jóvenes con consecuencias adversas. N. Engl J Med. 1995 ; 332: 1113-7.
- 22.- Pick de Weiss S. Andrade Palos P. Townsend J. Givaudan M. Evaluación de un programa de educación sexual sobre conocimientos, conducta sexual y anticoncepción en adolescentes. Salud Mental 1994; 17: 280-7.
- 23.- Kelly F. La patofisiología de la ruptura prematura de membranas. Curr Opin Obst Gynecol 1995, 1995; 7: 140-5.
- 24.- Pastrana Huanaco E. Gutierrez Ortiz C.H. Espinal Rayo VH. Rodríguez Martínez MG. Incidencia de defectos congénitos y su asociación con la edad materna. Rev. Med. IMSS 1995; 6: 587 - 590.

- 25.- Canfield MA. Annegers JF. Brender JD. Cooper SP. Greenberg F. Origen hispano y defectos del tubo neural en el condado de Houston/Harris, Texas. Factores de riesgo.
- 26.- Mariani L. Ventresca GP. Acerboni F. Toxicology of reproduction and development. Pregnancy and periods of risks from drugs. Clin 1995; 146: 99-116
- 27.- Whyatt RM. Perera FP. Aplicación de marcadores biológicos a a estudios de riesgo ambiental en niños y desarrollo del feto. Environ Salud Perspect 1995; 6: 105-10.
- 28.- Greene MF. Allred EN. Leviton A. Maternal metabolic control and risk of microcephaly among infants of diabetic mothers. Diabetes care 1995; 18: 166-9.
- 29.- Gaxiola Castro R. Gamboa R. Fajardo Dueñas S. Castellanos González JA. Gaona Flores R. Polihidramnios y su relación con malformaciones congénitas: Diganóstico ultrasonográfico. Ginecol Obstet Mex. 1995; 63: 505-508.
- 30.- Orozco Quiyono M. Grether P. Zavaleta MJ. Manzanaro J. Estudio citogenético en los trastornos de la reproducción humana. Ginecol Obstet Mex 1994; 62: 110-117.
- 31.- Roberto JM. Preeclampsia: no simple hipertensión inducida por el embarazo. Hosp Pract 1995; 12: 25-8, 31-6.
- 32.- Ansari MZ- Mueller BA. Krohn MA. Epidemiología de la eclampsia. Eur J. Epidemiol 1995; 4: 447-51.
- 33.- Salinas Martínez AM. Percepción de riesgo y actitud hacia la anticoncepción en mujeres con embarazo de alto riesgo. Salud Publica Mex 1994; 36: 513-520.
- 34.- Greenberg LR. Moore TR. Murphy H. Diabetes mellitus gestacional: variables prenatales como predictores de intolerancia a la glucosa post parto. Obstet Gynecol 1995; 86: 97-101.
- 35.- Briese V. Myller H. Diabetes Mellitus, un estudio epidemiológico de fertilidad, anticoncepción y esterilidad. Geburtshilfe Frauenheilkd 1995; 55: 270-4.
- 36.- Kilpatric SJ. Jackson R. Croughan Minihane MS. Perinatal mortality in twins and singletons matched for gestational age at delivery at > or = 30 weeks. J Obstet Gynecol, 1996; 174: 66-71.
- 37.- Ehrenfeld Lenkiewicz N. Educación para la salud reproductiva y sexual de la adolescente embarazada. Salud Publica Mex 1994; 36: 154-160.

- 38.- Schwartz WJ. Thurnau GR. Anemia por deficiencia de hierro en el embarazo. Clin Obstet Gynecol 1995; 38: 443-54.
- 39.- Castro Morales O. La mujer adolescente, adulta y anciana y su salud. México, D.F., Editorial sector salud, 1992.