

11226

53

2ej.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE

POSTGRADO E INVESTIGACIÓN

Departamento de Medicina Familiar

INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL  
AL SERVICIO DE LOS TRABAJADORES  
DEL ESTADO

Hospital General "Dr. Daniel Gurría Urgell"  
Villahermosa, Tabasco.

UNIDAD ACADÉMICA

Detección de Embarazo de Alto  
Riesgo en la Consulta Externa

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN QUE PARA  
OBTENER EL DIPLOMA DE:

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. ESTILITA FÓCIL ARIAS



ISSSTE  
CLÍNICA HOSPITAL  
DR. DANIEL GURRÍA URGELL"  
VILLAHERMOSA, TABASCO

ENERO 1998

DIRECCION

AV. 27 DE FEBRERO #1803 COL. ATASTA  
VILLAHERMOSA, TABASCO

TESTIS COM  
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.

# *Dedicatoria*

## *A mis Padres:*

*Por el apoyo, dedicación y  
amor que me han dado y han sido  
un impulso para seguir adelante.*

*En especial a mi padre  
Aunque ya no estás aquí, tu  
presencia vive en cada momento  
de mi vida.*

## *A mis Sobrinos:*

*Fito y Yeyo  
Mi amor por siempre*

## *A mis Amigos*

*Generosa, María Jesús y Sonia  
por su ayuda incondicional  
que me brindaron y lograr así  
la terminación de esta tesis.*

264931


***DETECCIÓN DE EMBARAZO DE ALTO RIESGO EN LA CONSULTA EXTERNA***

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

**PRESENTA :**

**DRA. ESTILITA FÓCIL ARIAS**


**AUTORIZACIONES**



**DR. MIGUEL ÁNGEL FERNÁNDEZ ORTEGA**  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
U. N. A. M.



**DR. ARNULFO IRIGOYEN CORIA**  
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN  
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA  
U. N. A. M.



**DR. MARÍA DEL ROCÍO NORIEGA GARIBAY**  
COORDINADORA DE DOCENCIA  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA  
U. N. A. M.

*DETECCIÓN DE EMBARAZO DE ALTO RIESGO EN LA CONSULTA EXTERNA*

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

PRESENTA :

**DRA. ESTILITA FÓCIL ARIAS**



---

**DR. ALFREDO ENRIQUE CARBALLO**

*PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR  
PARA MEDICOS GENERALES DEL I. S. S. S. T. E. EN EL:  
HOSPITAL GENERAL "DR. DANIEL GURRIA URGELL"  
VILLAHERMOSA, TABASCO*



---

**DR. EDUARDO PEÑAFLORES RODRIGUEZ**

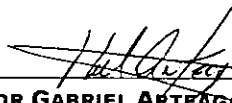
*ASESOR DE TESIS*



---

**DR. JOSÉ VILCHIS CASTRO**

*ASESOR DE TESIS  
U. N. A. M.*



---

**DR. HÉCTOR GABRIEL ARTEAGA ACEVES**

*JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
JEFATURA DE SERVICIOS DE ENSEÑANZA DEL I. S. S. S. T. E.*

## INDICE

<b>Marco Teórico</b> .....	1
<b>Planteamiento del problema</b> .....	5
<b>Justificación</b> .....	6
<b>Objetivo General</b> .....	7
<b>Metodología</b> .....	8
• Tipo de estudio .....	9
• Población, lugar y tiempo .....	10
• Tipo y tamaño de la muestra .....	11
• Criterios de inclusión .....	12
• Criterios de exclusión .....	12
• Criterios de eliminación .....	12
• Información a recolectar .....	13
( Variables de medición )	
• Métodos o procedimiento para capturar .....	14
la información	
• Consideraciones Éticas .....	15
<b>Resultados</b> .....	
• Descripción de resultados .....	16
• Tablas ( cuadros ) y gráficas	
1. Grupos Etéreos .....	18
2. Escolaridad Materna .....	20
3. Vida sexual activa .....	22
4. Número de gestaciones .....	24
5. Antecedentes Gineco-obstétricos .....	26
6. Peso .....	28
7. Antecedentes Patológicos .....	30
8. Antecedentes de alcoholismo .....	32
9. Talla .....	34
10. Embarazo de término .....	36

<i>11. Planificación Familiar</i> .....	38
<i>12. Prácticas de control prenatal</i> .....	40
<i>13. Aplicación de Toxoide Tetánico</i> .....	42
<i>14. Calificación de factor de riesgo</i> .....	44
<b>Discusión</b> .....	46
<b>Conclusión</b> .....	49
<b>Referencias Bibliográficas</b> .....	50
<b>Anexos</b> .....	53
( Formato MF - 7 IMSS - Modificado )	

## *Marco Teórico.*

### *Antecedentes.*

El concepto de Embarazo de Alto Riesgo se define como aquél, en el que existen factores o características que aumenten la probabilidad de que produzca un daño a la madre, al feto y/o al recién nacido.<sup>1</sup>

Por lo que una de las actividades más importantes de los servicios médicos ha sido proteger a la población materno infantil, es decir, a las mujeres de 15 - 49 años de edad y a los niños menores de 5 años. Por ello se ha establecido programas de Salud, que busca el ordenamiento y sistematización de las actividades relacionadas con la atención del embarazo, parto y puerperio y con el cuidado del crecimiento y desarrollo del niño.

En el proceso de atención médico materno - infantil, se enfatiza la atención prenatal, como se manifiesta en el Manual de Normas y Procedimientos en Obstetricia. El objetivo del programa de control prenatal es asegurar que cada embarazo deseado culmine con el parto de un producto sano, sin afectar la salud de la madre.<sup>2</sup>

La frecuencia de embarazos con altas probabilidades de complicación varía de un 25% a un 60% .<sup>17</sup> El riesgo en una gestación se eleva cuando coexisten una condición patológica, un intervalo intergenésico corto, una alta paridad o una edad reproductiva temprana o tardía. Por otra parte, el rechazo hacia un embarazo puede llevar a solicitar la práctica de un aborto inseguro, o bien a la negligencia en la recepción y adherencia a la atención prenatal.

En la literatura médica sobre el tema, no hay consenso sobre el número y contenido mínimo o ideal de consultas prenatales y se ha cuestionado que la asociación entre el número de consultas prenatales y el bajo peso al nacer sea causal.<sup>3-22</sup> En vista de que la mayor parte de las investigaciones no controlan el proceso de auto selección, debido tanto a las características favorables para la reproducción, como a la mayor accesibilidad a los servicios de salud, las asociaciones informadas se refieren más a las condiciones de búsqueda de atención que a la atención misma.<sup>4-22</sup>

En la utilización de servicios de atención prenatal, se ha documentado ampliamente la influencia de la edad, la escolaridad, el trabajo, el estrato social,



el lugar de residencia, el estado civil y la derechohabencia a la seguridad social, entre otros factores.<sup>2</sup> Se calcula que es un grupo minoritario y que son derechohabientes a alguna Institución de Salud, y que terminaron su embarazo en parto, recibieron al menos una vez atención prenatal con personal institucional.

Desafortunadamente no se tienen datos precisos sobre el impacto de la atención prenatal sobre la morbilidad perinatal, pero existen indicios de que la pobre vigilancia del embarazo se asocia con daños a la salud.<sup>4-5</sup>

En numerosas publicaciones desde hace más de dos décadas diversos autores han puesto de manifiesto la existencia de una intensa relación entre morbilidad perinatal con factores socio - culturales. Sin embargo, a pesar del avance alcanzado en el conocimiento de una serie de aspectos reproductivos hasta hace poco insospechados, los registros hospitalarios continúan mostrando en los primeros lugares, entidades nosológicas como la Hipertensión, que complica el embarazo y el puerperio, la amenaza de parto pretérmino, la ruptura de membranas y la infección de vías urinarias, que al parecer no han sido modificadas por las acciones aplicadas de parte de los organismos sanitarios, ya que en registros similares de hace una década, tanto en América Latina como en México, ocupaban ya sitios importantes.

Además de la edad, se ha considerado como una condición de alto riesgo por la incidencia de complicaciones obstétricas que presenta en comparación con la población adulta. Se ha descrito en este grupo, una mayor frecuencia de Desproporción Cefalopélvica, anemia materna, pre - eclampsia y bajo peso del recién nacido, siendo desfavorables para el producto en el grupo de adolescentes que hay un incremento en la mortalidad perinatal asociándose a Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial.<sup>6-16</sup>

Se ha estimado que la tasa de mortalidad materna tendría una reducción del 55.5 % si se evitaran los embarazos en mujeres menores de 20 años o mayores de 39 años y en aquellas con paridades mayores a cinco.

En 1991, la tasa mexicana de fecundidad correspondió a 3.2 nacimientos por mujer en edad reproductiva y la tasa bruta de natalidad a 28 nacimientos por mil habitantes, mientras que en este año la tasa estadounidense de fecundidad fue de 2.1 nacimientos por mujer en edad reproductiva y la tasa bruta de natalidad de 16 nacimientos por mil habitantes.<sup>17</sup>

En cuanto a la Hipertensión, es muy variable en el embarazo relacionado a la paridad. La enfermedad tiene una frecuencia bimodal, porque es más común en las primigrávidas jóvenes y en las multiparas añosas.

No cabe duda de que la incidencia de la enfermedad depende de los criterios que se empleen para hacer el diagnóstico. El comienzo de la Hipertensión puede deberse al embarazo mismo o sólo significar que a muchas mujeres se les toma la presión sanguínea por primera vez durante el embarazo.<sup>7</sup>

La Diabetes Mellitus cuando se asocia al embarazo constituye un riesgo tanto para la madre como para el hijo lo cual, se refleja en una mayor morbilidad y mortalidad perinatales en los hijos de madres con diabetes Mellitus.

Respecto a la morbilidad materna ésta representa un alto porcentaje dependiendo del tipo de patología obstétrica como lo demuestra diversos estudios. La mortalidad ha descendido en forma considerable hasta ubicarse entre el 0.11 y 0.5%. La morbilidad perinatal en la diabetes ligada a embarazo está dada principalmente por macrosomía, hipoglucemia, hipocalcemia, hiperbilirrubinemia y malformaciones congénitas. Las causas más frecuentes de morbilidad materna son preeclampsia, polihidramnios, ruptura prematura de membranas e infección de vías urinarias que ocasionan todas ellas, una mayor incidencia de abortos espontáneos, partos prematuros y cesáreas.<sup>21</sup>

Tales factores generan embarazos de alto riesgo por la producción de complicaciones de la gestación, tales como la eclampsia, hemorragias, sepsis y aborto, que constituyen las cuatro principales causas de mortalidad materna en la mayoría de los países latinoamericanos.<sup>8</sup>

Aunado a las condiciones sanitarias, por el conocimiento del riesgo obstétrico, que condiciona cuidados adicionales, intensivos y especiales por el pronóstico reservado, que muchas veces favorece la prematurez de su producto.<sup>10</sup>

Esta situación plantea la posibilidad de que varios de sus determinantes tengan origen fuera del contexto biológico tradicional, es decir, en otro de los componentes de la relación paciente - institución.<sup>11</sup> Este proceso al parecer se inicia en el hogar, se continúa en la escuela en el trabajo y en la colectividad y posiblemente corresponde a la actitud de la población hacia su propia salud.

La Educación para la salud en México y especialmente sobre la etapa reproductiva, tiene antecedentes que se remontan a la época precolombina.<sup>12-13</sup>

Donde se ponen se manifiesto la importancia otorgada a cuestiones educativas y preventivas sobre la sexualidad y reproducción en las que, la familia como cédula social y económica básica, participaba intensamente.

De lo anterior se deduce, que el equipo médico que proporciona asistencia a la embarazada y recién nacido, suele tener que trabajar con un amplio porcentaje, cada vez mayor, de embarazos en los que se presenta un riesgo aumentado de resultados desfavorables, a menos que establezca un programa adecuado para la supervivencia y en ocasiones, la intervención activa.

Por tal motivo, hay una idea que permanece vigente dentro del Sector Salud al aseverar que :

“ Un pueblo es capaz de velar por su salud con acierto cuando está adecuado para ello. Resalta de lo anterior la trascendencia de la educación para la salud y la responsabilidad ineludible del gobierno de llevar a efecto esta labor ”.<sup>14</sup>

Tomando en cuenta tal situación y con el deseo de contribuir al logro de esa meta, se decidió llevar a cabo en el Departamento de Educación para la Reproducción ( DEPR ) la exploración acerca del conocimiento existentes entre las usuarias sobre los signos de alarma del embarazo como primer paso para el diseño de un programa educativo.<sup>15</sup>

El objetivo de este estudio es conocer cuáles son los signos de alarma que esta población identifica con mayor frecuencia y lo que pasa por alto, así como tratar de establecer cuáles factores se relacionan con ello.

## *Planteamiento del Problema*

La atención de una mujer en embarazo de alto riesgo, debe ser prioritaria en todas las instituciones del sector Salud, enfocarse a la detección y control de los factores de riesgo obstétrico, a la prevención y tratamiento de las complicaciones a través de la vigilancia prenatal.

Por lo tanto, es necesario unificar criterios médicos para la prevención de los embarazos de alto riesgo, mediante el empleo de la metodología basado en el enfoque de riesgo, con clara fundamentación médica de protección a la salud.

Dentro de nuestra Universidad de Medicina Familiar, no se cuenta hasta la fecha con un método efectivo, que nos ayude a identificar y controlar el embarazo de alto riesgo, en forma oportuna como en otras instituciones de Salud, es por ello que se inició este estudio, con el fin de contar con instrumentos adecuados de valoración, para el manejo de éstas.

Por lo que es importante conocer :

*¿ Cuáles son los factores de riesgo detectados en mujeres embarazadas de la Clínica Hospital Dr. Daniel Gurría Urgell ?*

## *Justificación*

La magnitud y vulnerabilidad del grupo materno - infantil constituye un hecho crítico en el panorama epidemiológico de los países en vías de desarrollo. El primer aspecto se confirma a la luz de que este grupo representa dos terceras partes de la totalidad de la población y presiona sobre la demanda asistencial y preventiva en forma semejante.

El problema de la vulnerabilidad a la enfermedad y la muerte nace de la extrema susceptibilidad que propician los fenómenos relacionados con el embarazo, donde pueden incidir desfavorablemente múltiples factores, principalmente biológicos y del medio ambiente.

La mortalidad materna se refiere a las muertes obstétricas, es decir, a aquellas debidas a complicaciones propias del embarazo, parto y puerperio.

De todas las causas de muerte obstétrica, las mas frecuentes como la infección puerperial, la eclampsia y la hemorragia ; el 90 % de las muertes se produce por éstas tres causas.

En el estado de Tabasco, en 1992 el total de defunciones por causas obstétricas, fue de 16 con una tasa de 0.28 ; en 1993 se registraron 26 defunciones con una tasa de 0.27 y en 1994 el total de defunciones fue de 24 con una tasa de 0.33, lo que demuestra una tendencia general de las tasas de mortalidad materna en ascenso. \*

Son precisamente éstos puntos, los que explican la prioridad que se le otorga a su atención en los sistemas de salud, utilizando para ello estrategias de abordaje, siendo una de las más utilizadas, la aplicación de enfoque de riesgo, en la protección a la salud del grupo mencionado con la finalidad de detectar, clasificar y manejar el embarazo de alto riesgo y mejorar la calidad de la atención a la mujer gestante.

### *Objetivo General*

Identificar a las embarazadas de alto riesgo ( edad, talla, peso, hipertensión arterial, diabetes Mellitus, etc. ) para proporcionar una atención prenatal temprana, sistemática y eficiente que permita la prevención oportuna de complicaciones y en consecuencia, una disminución en la morbilidad y mortalidad materna y perinatal que generalmente acompaña a éste tipo de embarazo.

### *Objetivos Especificos*

- Conocer la edad promedio de las mujeres embarazadas.
- Identificar la talla promedio de una embarazada.
- Conocer el peso frecuente de la mujer embarazada.
- Determinar la frecuencia de la multiparidad relacionada con un embarazo de alto riesgo.
- Determinar la frecuencia de hipertensión en un embarazo de alto riesgo.
- Determinar la frecuencia de diabetes Mellitus en un embarazo de alto riesgo.
- Conocer en que porcentaje se presenta el alcoholismo en una embarazada.
- Determinar si llevó planificación familiar previo a su embarazo.
- Conocer los antecedentes gineco-obstétricos de una embarazada.
- Determinar la frecuencia del tabaquismo en una embarazada.
- Identificar antecedentes personales patológicos en una embarazada.
- Determinar si recibieron pláticas prenatales en la consulta externa.
- Conocer la frecuencia de la aplicación del toxoide tetánico en una embarazada.

## *Metodología*

Se estudiaron en la consulta externa turno matutino del hospital “ Dr. Daniel Gurriá Urgell ” de Villahermosa, Tabasco, en los meses de julio, agosto y septiembre de 1995, a cincuenta embarazadas que acudieron para su control prenatal. A todas ellas se les realizó una historia clínica prenatal completa apoyándonos en el formato MF - 7 IMSS modificado el cual calificaba a una embarazada de alto riesgo si excedía el puntaje máximo de cuatro.

En este formato se investigó los antecedentes de mayor importancia en una embarazada y así considerarla de alto riesgo, como es :

*Edad, escolaridad materna, fecha de la última menstruación, vida social activa, gestaciones, partos, abortos, cesáreas, antecedentes gineco-obstétricos, intervalo del último parto, peso, antecedentes personales patológicos, tabaquismo, alcoholismo, talla, planificación familiar, pláticas prenatales, toxoide tetánico, resultado del factor de riesgo.*

Éste formato MF - 7 IMSS modificado fue nuestra hoja de recolección de datos y posteriormente se realizó un análisis de los resultados obtenidos, los cuales se reportaron mediante tablas y gráficas, con la finalidad de conocer cuáles son los factores que con frecuencia se presentan en una embarazada para considerarla de alto riesgo.

*Tipo de estudios*

⇒ Prospectivo.

⇒ Transversal.

⇒ Descriptivo.

⇒ Observacional.

⇒ Abierto.



*Población, lugar y tiempo*

En el hospital general “ Dr. Daniel Gurría Urgell ” de Villahermosa, Tabasco, en los meses de julio, agosto y septiembre de 1995 se les realizó una encuesta a pacientes embarazadas que acudieron a la consulta externa para llevar su control prenatal.

*Tipo y tamaño de la muestra*

No probabilística por cuota.

### *Criterios de inclusión*

- Embarazada que acudió al Servicio de Medicina Familiar y para control prenatal en los meses de Julio, Agosto, Septiembre de 1995.
- Embarazadas que acudieron por patología agregada.
- Embarazadas que aceptaron participar en el estudio.

### *Criterio de exclusión*

- Embarazadas que no se les identificó factores de riesgo.

### *Criterios de eliminación*

- a) Embarazadas con factores de riesgo que no aceptaron participar en el estudio.
- b) Cambio de adscripción.
- c) Defunción.

*Información a recolectar*

*Variables de medición.*

Edad, escolaridad materna, fecha de la última menstruación, vida sexual activa, gestaciones, partos abortos, cesárea, antecedentes gineco - obstétricos intervalo del último parto, peso, antecedentes personales patológicos, tabaquismo, alcoholismo, talla, planificación familiar, pláticas, toxoide tetánico, resultado del factor de riesgo.

*Método o procedimiento para captar la información*

Formato MF - 7 IMSS modificado, en el cual se encuentran anotados los factores de riesgo, que se han elegido en razón de su prevalencia y magnitud en la población, se le atribuyó un puntaje de acuerdo a su importancia por la asociación de daños a la salud.

### *Consideraciones Éticas*

Como el estudio se realizó a través de un formato clínico, no afectó a las pacientes participantes. Sin embargo, se le informó cual era el propósito de la aplicación del mismo.

### *Análisis de Datos*

Los resultados del análisis de la información se procesaron, obteniéndose porcentajes, medias y promedios.

# ***RESULTADOS***

### *Descripción de resultados*

Se realizó un estudio observacional, longitudinal, descriptivo abierto y transversal en la clínica hospital Dr. Daniel Gurría Urgell del ISSSTE en la ciudad de Villahermosa, Tabasco, del primero de julio al 0 de noviembre de 1995, con la finalidad de evaluar la utilización de un formato modificado para la institución con el objetivo de poder detectar de un manera más sencilla, eficaz y a bajo costo los embarazos de alto riesgo.

Se estudiaron un total de 50 pacientes, la edad osciló de 15 a 38 años, el grupo más alto de pacientes fue entre los 20 a 29 años, es decir un 66% del total. (*tabla y gráfica 1, pág. 18 - 19*)

La escolaridad materna en su mayoría han cursado con estudios superiores a la educación secundaria siendo 44 pacientes un 88 % , 6 pacientes con estudios básicos, no reportándose analfabetismo. (*tabla y gráfica 2, pág. 20 - 21*)

La fecha de la última menstruación fue confiable en 47 pacientes y dudosa en 3. Durante su embarazo, 48 pacientes mantenían relaciones sexuales y dos con abstinencia sexual. (*tabla y gráfica 3, pág. 22 - 23*)

El número de gestaciones, en promedio de una a más de cinco gestas, 18 pacientes primigestas en un 36 % , siendo la mayoría de dos a cinco embarazos en 31 pacientes en un 62 % , y una con más de 5 embarazos en un 2 % . (*tabla y gráfica 4, pág. 24 - 25*)

En cuanto a su paridad con menos de 5 embarazos englobó a 23 embarazadas en un 46 % y 9 pacientes contaron con el antecedente de cesárea anterior y 18 primigestas. (*tabla y gráfica 5, pág. 26 - 27*)

El último evento obstétrico varió de 13 a 60 meses en la mayor parte del grupo de 27 pacientes, el resto, 5 pacientes fluctuaban entre menos de 13 meses.

El peso en la mayoría de las pacientes fue de más de 60 kilos en 34 pacientes en un 68 % , 6 pacientes en un 12 % con menos de 50 kilos y 10 pacientes en un 20 % entre 50 y 60 kilos. (*tabla y gráfica 6, pág. 28 - 29*)



La mayor parte de las pacientes, 43 de ellas en un 86 % , no contaban con antecedentes patológicos de importancia, 2 pacientes en un 4 % con diabetes Mellitus, un 2 % con Hipertensión Arterial y 4 pacientes siendo un 8 % con antecedente de Toxoplasmosis (*tabla y gráfica 7, pág. 30 - 31*).

Ninguna paciente tenía antecedentes de tabaquismo, en cuanto alcoholismo, solo dos ingieren bebidas alcohólicas en forma social (*tabla y gráfica 8, pág. 32 - 33*).

La talla fue menor de 1.50 mts. en 17 pacientes siendo un 34 % y más de 1.50 mts. en 33 pacientes siendo un 66 % (*tabla y gráfica 9, pág. 34 - 35*).

La mayoría de las pacientes en un 62 % tuvieron antecedente de parto de término, habiendo solo un parto pretérmino siendo un 2 % (*tabla y gráfica 10, pág. 36 - 37*).

Se reportaron 23 pacientes que usaron métodos anticonceptivos previos al embarazo siendo un 46 % y en 27 pacientes un 54 % no usó ningún método (*tabla y gráfica 11, pág. 38 - 39*).

Hubieron 36 pacientes siendo un 72 % que llevaron pláticas de control prenatal y 14 pacientes un 28 % no llevaron ninguna (*tabla y gráfica 12, pág. 40 - 41*).

El toxoide tetánico en 41 pacientes siendo un 82 % se les había aplicado y en 9 pacientes siendo un 18 % no lo tenían (*tabla y gráfica 13, pág. 42 - 43*).

De las 38 pacientes siendo un 76 % que se captaron, fluctuaron entre 0 a 4 como puntaje de riesgo obstétrico (*tabla y gráfica 14, pág. 44 - 45*).

Las 12 pacientes restantes con más de 4 puntos que correspondieron a un 24 %, de este total de alto riesgo, 5 pacientes se detectaron gracias a la utilización del formato implementado, con resultados finales maternos y fetales adecuados. No hubo morbilidad hasta el momento en 5 pacientes seguidas hasta su parto, las otras 7 aún se encuentran con gestación, pero en buen estado materno fetal.

**DETECCION DE EMBARAZOS DE ALTO RIESGO  
GRUPOS ETAREOS EN MUJERES EMBARAZADAS**

**TABLA No. 1**

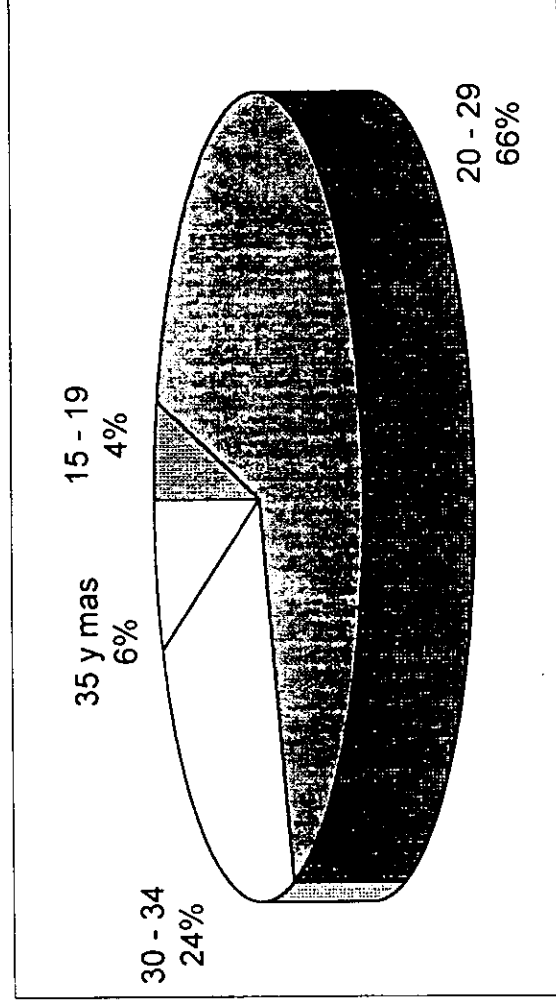
EDAD		%
Menos de 15	0	0
15 - 19	2	4
20 - 29	33	66
30 - 34	12	24
35 y mas	3	6
<b>TOTAL</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

FUENTE: ENCUESTA EN FORMATO MF - 7 IMSS MODIFICADO

# DETECCIÓN DE EMBARAZOS DE ALTO RIESGO

## GRUPOS ETAREOS EN EMBARAZADAS

GRAFICA No 1



FUENTE: ENCUESTA EN FORMATO MF - 7 IMSS MODIFICADO

**DETECCIÓN DE EMBARAZOS DE ALTO RIESGO  
ESCOLARIDAD MATERNA**

**TABLA No. 2**

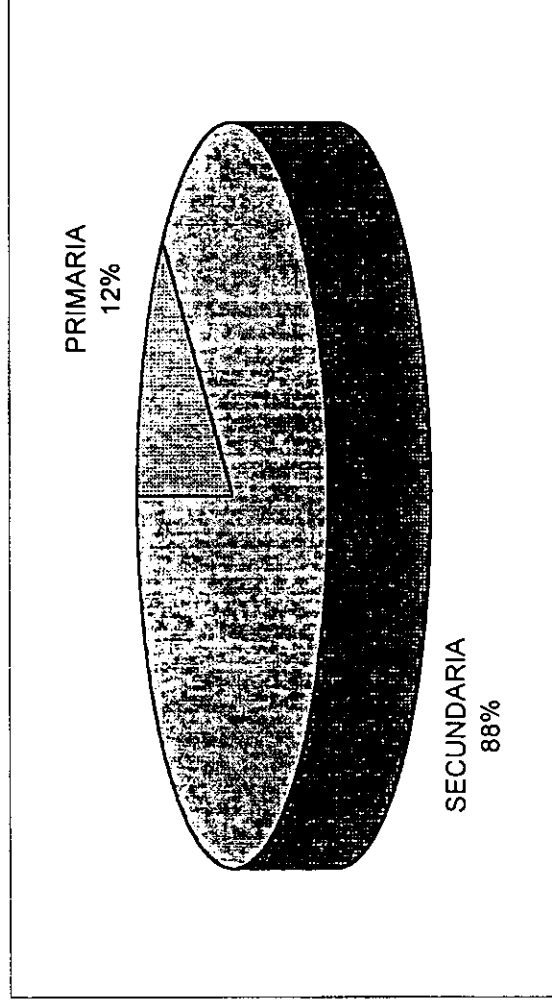
ESCOLARIDAD		%
PRIMARIA	6	12
SECUNDARIA	44	88
<b>TOTAL</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

FUENTE: ENCUESTA EN FORMATO MF - 7 IMSS MODIFICADO

# DETECCIÓN DE EMBARAZOS DE ALTO RIESGO

## ESCOLARIDAD MATERNA

GRÁFICA No. 2



FUENTE: ENCUESTA EN FORMATO MF - 7 IMSS MODIFICADO

**DETECCIÓN DE EMBARAZOS DE ALTO RIESGO  
VIDA SEXUAL ACTIVA**

**TABLA No. 3**

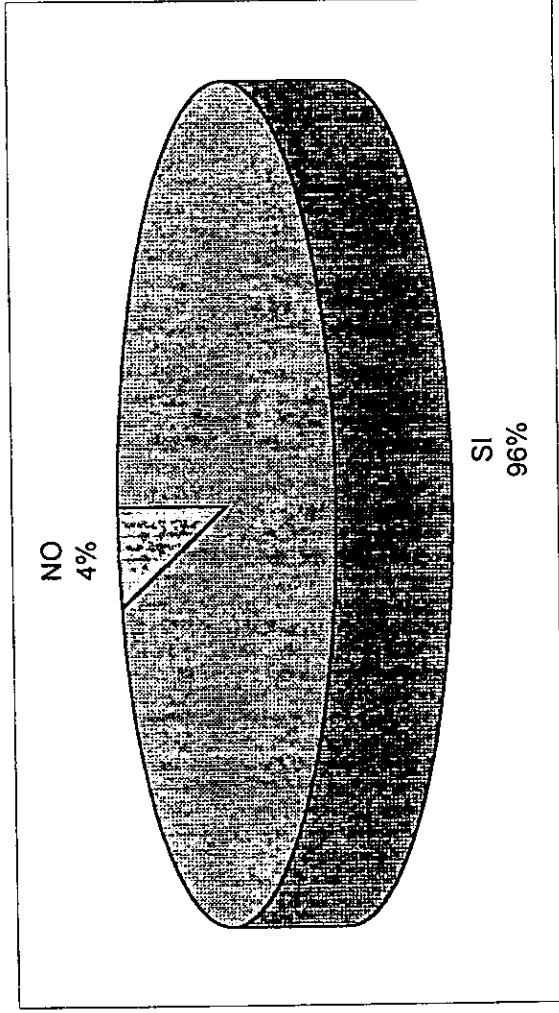
	SI	%	NO	%	TOTAL	%
Con vida sexual activa	48	96	2	4	50	100

**FUENTE: ENCUESTA EN FORMATO MF - 7 IMSS MODIFICADO**

# DETECCIÓN DE EMBARAZOS DE ALTO RIESGO

## VIDA SEXUAL ACTIVA

**GRAFICA No. 3**



FUENTE: ENCUESTA EN FORMATO MF - 7 IMSS MODIFICADO

**DETECCIÓN DE EMBARAZOS DE ALTO RIESGO  
NÚMERO DE GESTACIONES**

**TABLA No. 4**

<b>GESTAS</b>		<b>%</b>
Primigestas	18	36
De 2 a 5	31	62
5 y mas	1	2
<b>TOTAL</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

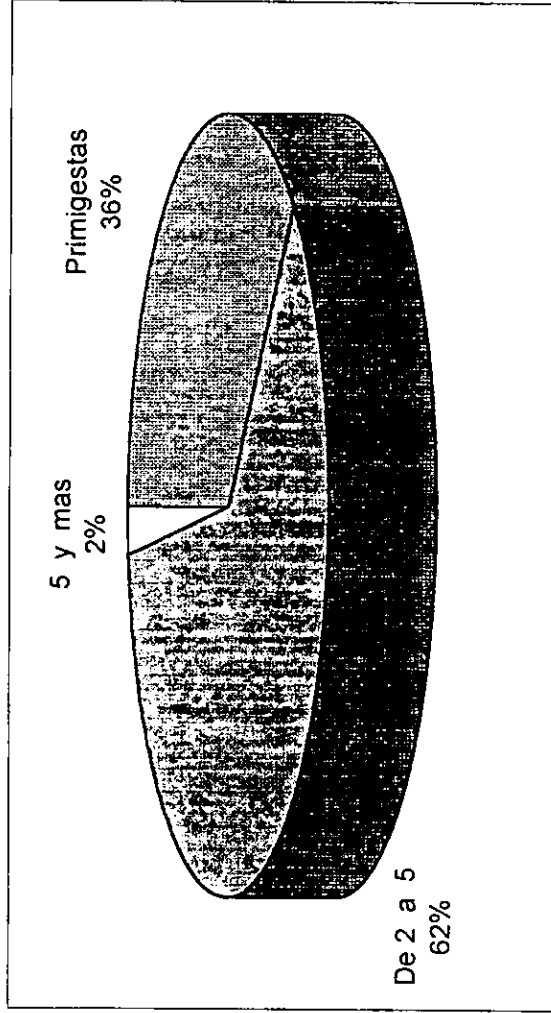
**FUENTE: ENCUESTA EN FORMATO MF - 7 IMSS MODIFICADO**



# DETECCIÓN DE EMBARAZOS DE ALTO RIESGO

## NÚMERO DE GESTACIONES

**GRAFICA No. 4**



FUENTE: ENCUESTA EN FORMATO MF - 7 IMSS MODIFICADO

**DETECCIÓN DE EMBARAZOS DE ALTO RIESGO  
ANTECEDENTES GINECO - OBSTÉTRICOS**

**TABLA No. 5**

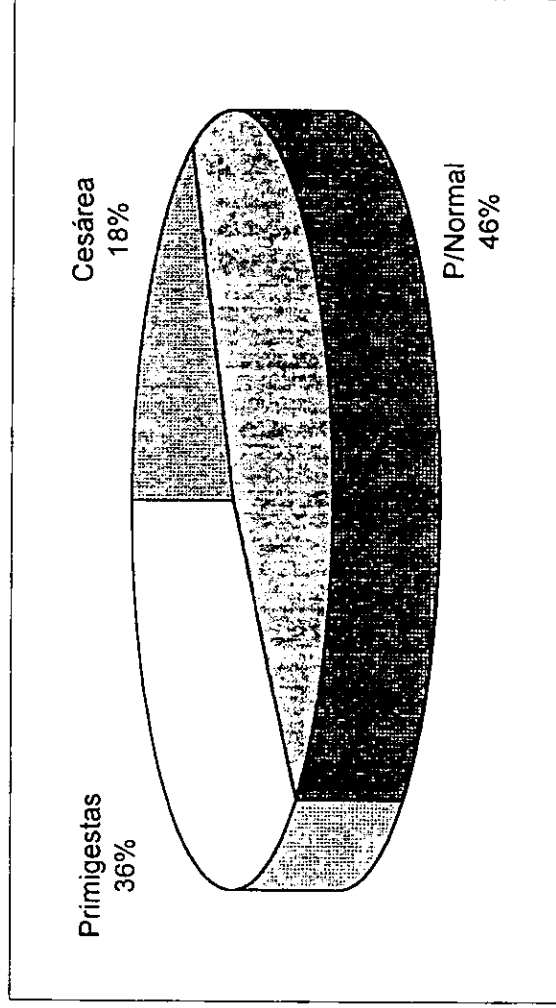
Cesárea	%	P/Normal	%	Primigestas	%	TOTAL	%
9	18	23	46	18	36	50	100

**FUENTE: ENCUESTA EN FORMATO MF - 7 IMSS MODIFICADO**

# DETECCIÓN DE EMBARAZOS DE ALTO RIESGO

## ANTECEDENTES GINECO - OBSTÉTRICOS

GRAFICA No. 5



FUENTE: ENCUESTA EN FORMATO MF - 7 IMSS MODIFICADO

**DETECCIÓN DE EMBARAZOS DE ALTO RIESGO  
PESO EN LAS EMBARAZADAS  
TABLA No. 6**

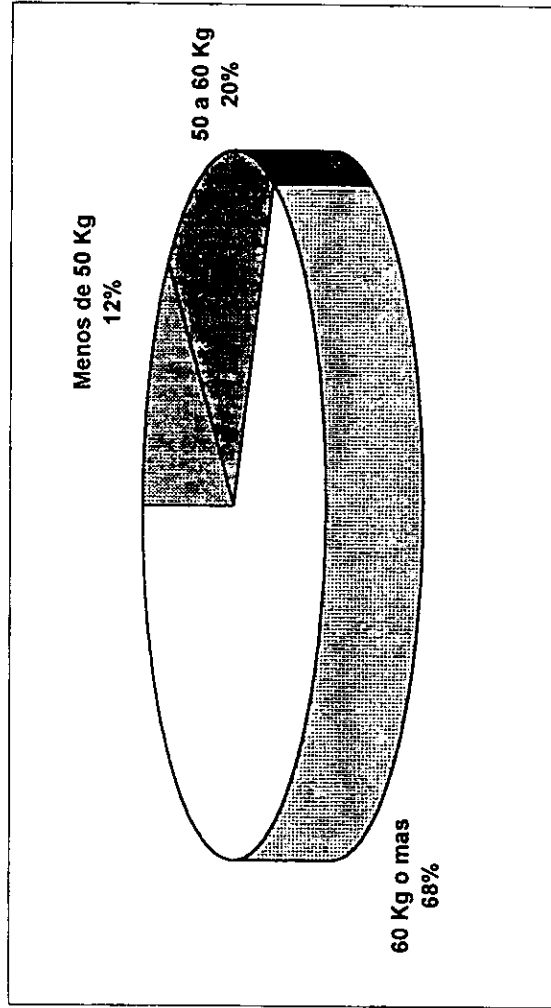
<b>PESO</b>		<b>%</b>
Menos de 50 Kg	6	12
50 a 60 Kg	10	20
60 Kg o mas	34	68
<b>TOTAL</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

**FUENTE: ENCUESTA EN FORMATO MF - 7 IMSS MODIFICADO**

# DETECCIÓN DE EMBARAZOS DE ALTO RIESGO

## PESO EN LAS EMBARAZADAS

GRAFICA No. 6



FUENTE: ENCUESTA EN FORMATO MF - 7 IMSS MODIFICADO

**DETECCIÓN DE EMBARAZOS DE ALTO RIESGO  
ANTECEDENTES PATOLÓGICOS**

**TABLA No. 7**

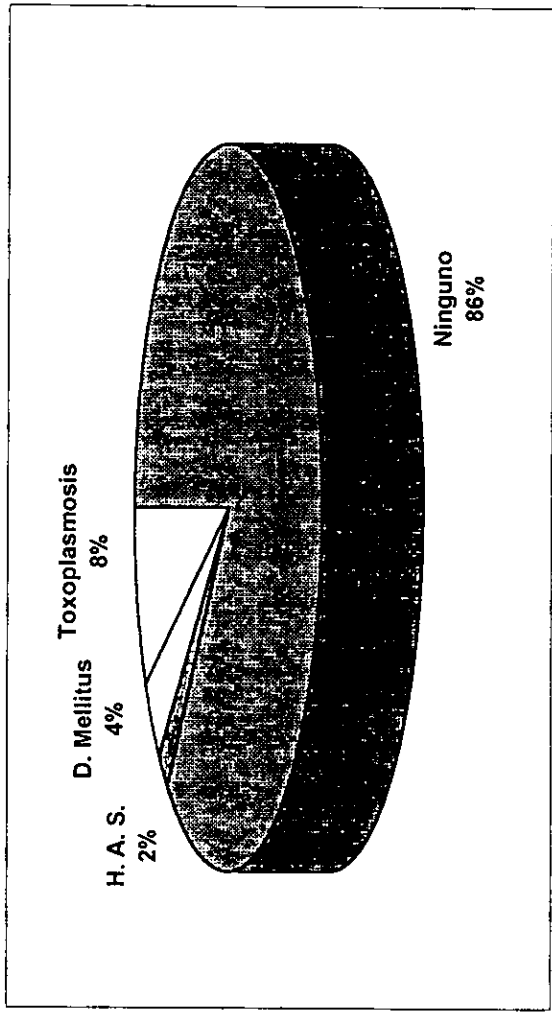
ANTECEDENTES	EVENTOS	%
Ninguno	43	86
H. A. S.	1	2
D. Mellitus	2	4
Toxoplasmosis	4	8
<b>TOTAL</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

FUENTE: ENCUESTA EN FORMATO MF - 7 IMSS MODIFICADO

# DETECCIÓN DE EMBARAZOS DE ALTO RIESGO

## ANTECEDENTES PATOLÓGICOS

GRAFICA No. 7



FUENTE: ENCUESTA EN FORMATO MF - 7 IMSS MODIFICADO

**DETECCIÓN DE EMBARAZOS DE ALTO RIESGO  
ANTECEDENTES DE ALCOHOLISMO**

**TABLA No. 8**

ALCOHOLISMO		%
NO	48	96
SI	2	4
<b>TOTAL</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

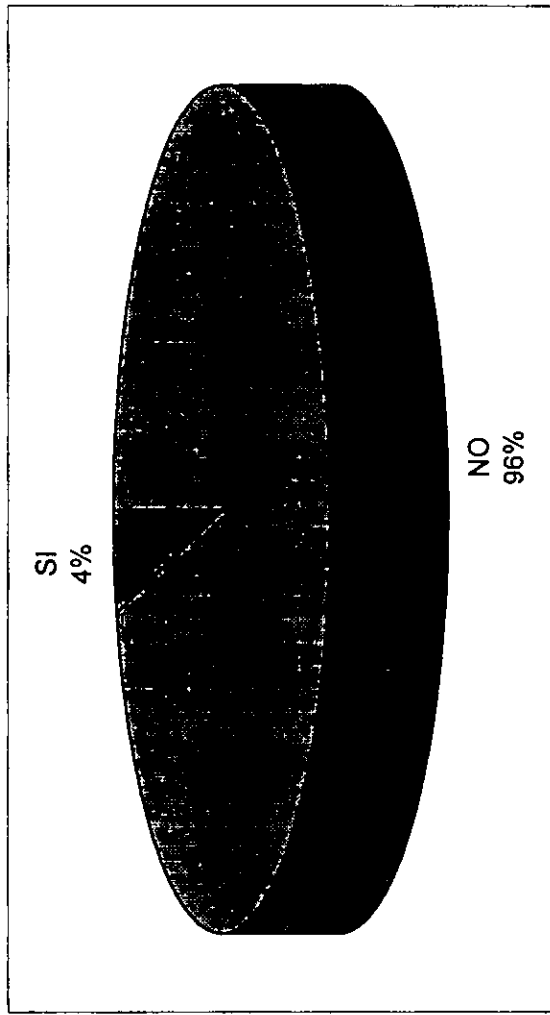
FUENTE: ENCUESTA EN FORMATO MF - 7 IMSS MODIFICADO



# DETECCIÓN DE EMBARAZOS DE ALTO RIESGO

## ANTECEDENTES DEL ALCOHOLISMO

**GRAFICA No. 8**



FUENTE: ENCUESTA EN FORMATO MF - 7 IMSS MODIFICADO

**DETECCIÓN DE EMBARAZOS DE ALTO RIESGO  
TALLA DE EMBARAZADAS  
TABLA No. 9**

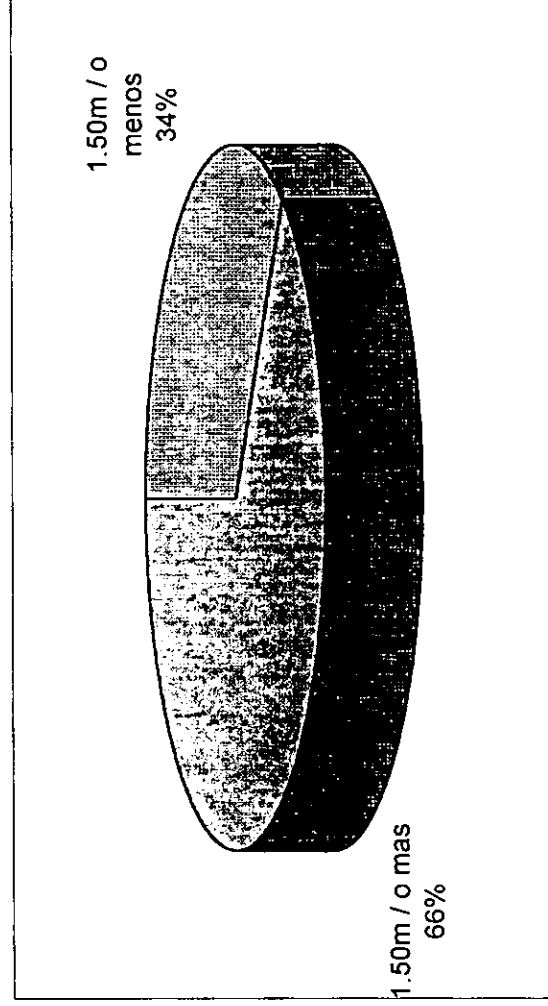
TALLA		%
1.50m / o menos	17	34
1.50m / o mas	33	66
<b>TOTAL</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

FUENTE: ENCUESTA EN FORMATO MF - 7 IMSS MODIFICADO

# DETECCIÓN DE EMBARAZOS DE ALTO RIESGO

## TALLA EN LAS EMBARAZADAS

GRAFICA No. 9



FUENTE: ENCUESTA EN FORMATO MF - 7 IMSS MODIFICADO

**DETECCIÓN DE EMBARAZOS DE ALTO RIESGO  
EMBARAZO DE TERMINO**

**TABLA No. 10**

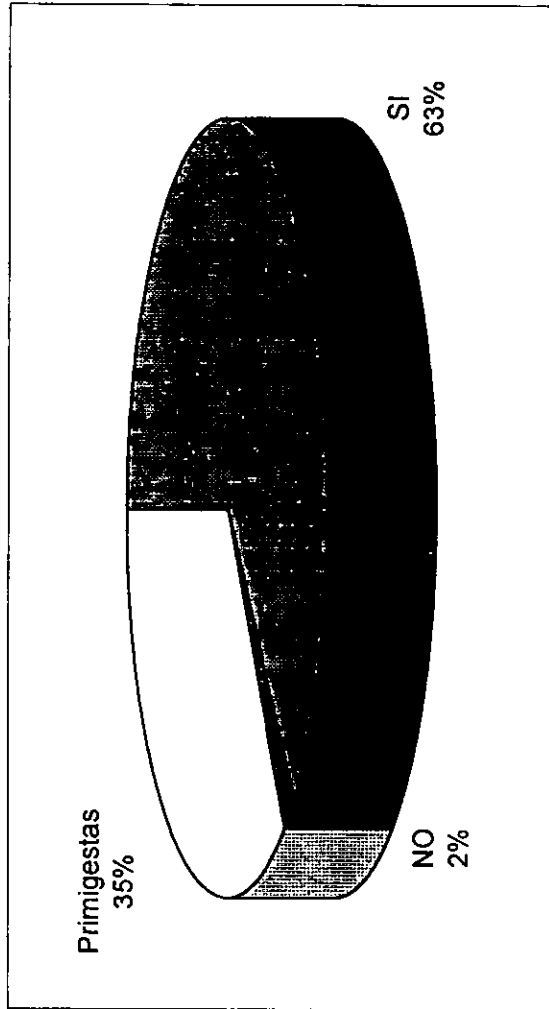
	SI	%	NO	%	Primigestas	%	TOTAL	%
De termino	31	62	1	2	18	34	50	100

**FUENTE: ENCUESTA EN FORMATO MF - 7 IMSS MODIFICADO**

# DETECCIÓN DE EMBARAZOS DE ALTO RIESGO

## EMBARAZO DE TERMINO

GRAFICA No. 10



FUENTE: ENCUESTA EN FORMATO MF - 7 IMSS MODIFICADO

**DETECCIÓN DE EMBARAZOS DE ALTO RIESGO  
PLANIFICACIÓN FAMILIAR**

**TABLA No. 11**

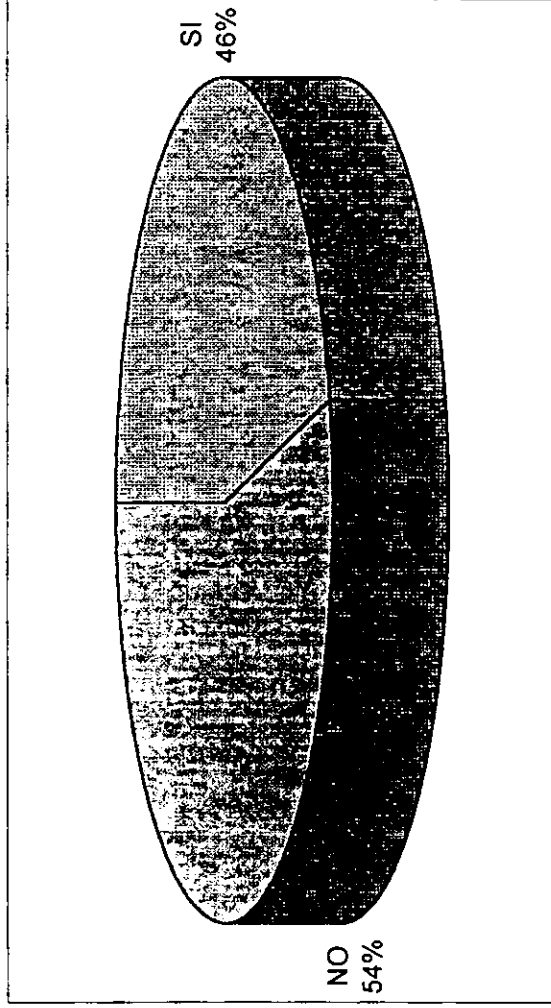
	SI	%	NO	%	TOTAL	%
Planifica	23	46	27	54	50	100

FUENTE: ENCUESTA EN FORMATO MF - 7 IMSS MODIFICADO

# DETECCIÓN DE EMBARAZOS DE ALTO RIESGO

## PLANIFICACIÓN FAMILIAR

GRAFICA No. 11



FUENTE: ENCUESTA EN FORMATO MF - 7 IMSS MODIFICADO

**DETECCIÓN DE EMBARAZOS DE ALTO RIESGO  
PLÁTICAS DE CONTROL PRENATAL  
TABLA No. 12**

	SI	%	NO	%	TOTAL	%
Recibieron Pláticas	36	72	14	28	50	100

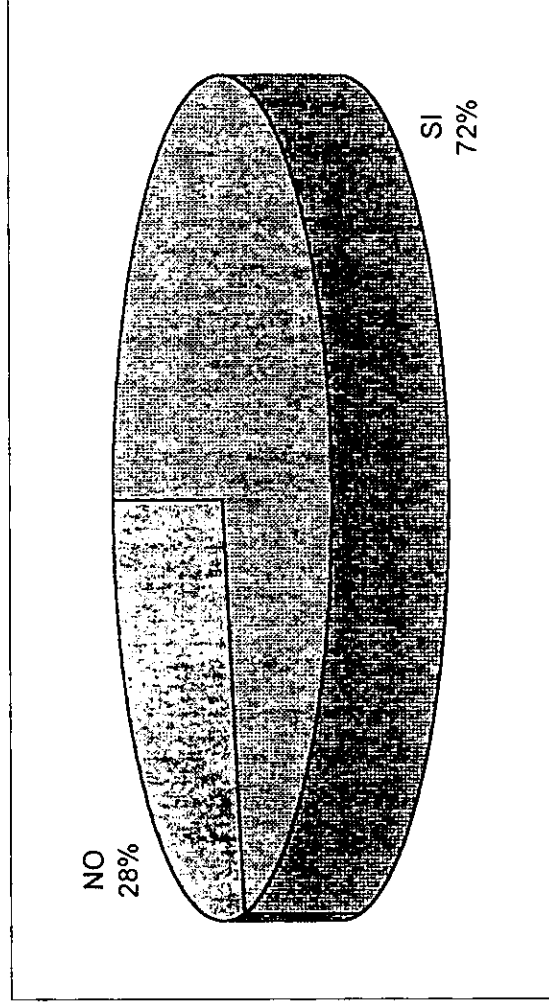
**FUENTE: ENCUESTA EN FORMATO MF - 7 IMSS MODIFICADO**



# DETECCIÓN DE EMBARAZOS DE ALTO RIESGO

## PLÁTICAS DE CONTROL PRENATAL

GRAFICA No. 12



FUENTE: ENCUESTA EN FORMATO MF - 7 IMSS MODIFICADO

**DETECCIÓN DE EMBARAZOS DE ALTO RIESGO  
 APLICACIÓN DE TOXOIDE TETÁNICO**

**TABLA No. 13**

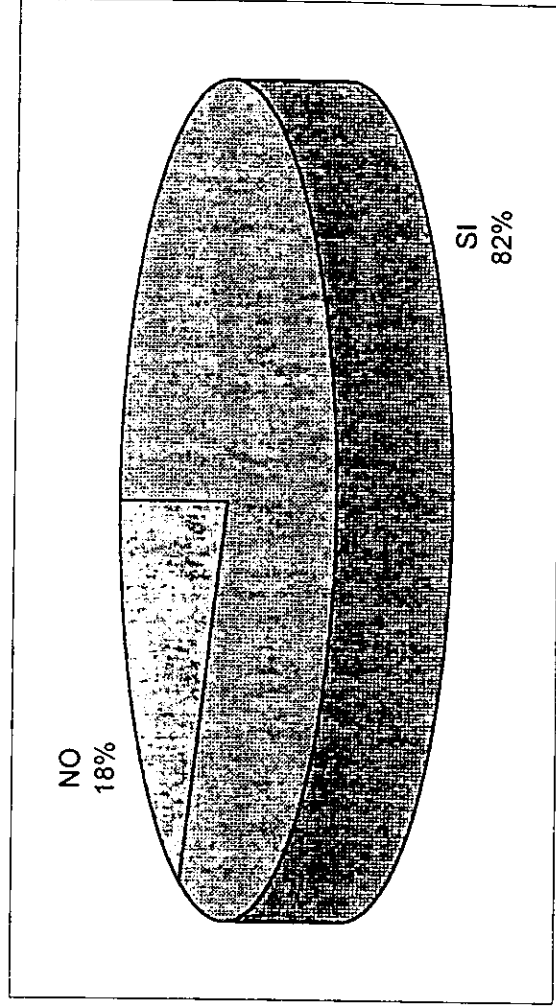
	SI	%	NO	%	TOTAL	%
Vacunadas	41	82	9	18	50	100

**FUENTE: ENCUESTA EN FORMATO MF - 7 IMSS MODIFICADO**

# DETECCIÓN DE EMBARAZOS DE ALTO RIESGO

## APLICACIÓN DE TOXOIDE TETÁNICO

GRAFICA No. 13



FUENTE: ENCUESTA EN FORMATO MF - 7 IMSS MODIFICADO

**DETECCIÓN DE EMBARAZOS DE ALTO RIESGO  
CALIFICACIÓN DE FACTOR DE RIESGO**

**TABLA No. 14**

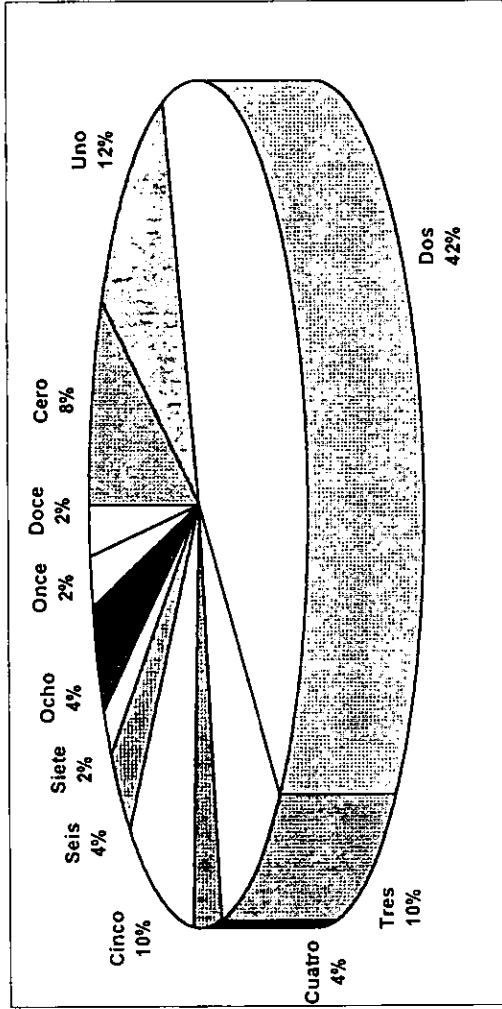
<b>CALIFICACIÓN</b>	<b>EVENTOS</b>	<b>%</b>
Cero	4	8
Uno	6	12
Dos	21	42
Tres	5	10
Cuatro	2	4
Cinco	5	10
Seis	2	4
Siete	1	2
Ocho	2	4
Once	1	2
Doce	1	2
<b>TOTAL</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

FUENTE: ENCUESTA EN FORMATO MF - 7 IMSS MODIFICADO

# DETECCIÓN DE EMBARAZOS DE ALTO RIESGO

## CALIFICACIÓN DEL FACTOR DE RIESGO

GRAFICA No. 14



FUENTE: ENCUESTA EN FORMATO MF - 7 IMSS MODIFICADO

## *Discusión*

La población usuaria del servicio de Medicina Familiar del ISSSTE en la ciudad de Villahermosa, Tabasco tiene características, muy peculiares. Entre los resultados llama la atención lo siguiente :

Los aspectos explorados que denotan situaciones de alarma evidente, es decir, representan a una necesidad sentida como es la Edad en donde se reporta entre 15 - 19 años un 4% y mayores de 35 en un 6%, comparándolo con investigaciones realizadas anteriormente en México, menos de 30% de las mujeres inician su vida sexual activa antes de los 18 años.<sup>14</sup> Por lo que trae consigo repercusiones tanto en su embarazo como en el producto, por que casi el 50% de las mujeres acuden a nuestro hospital a recibir atención prenatal y su primer contacto con la institución ocurre cuando se encuentran en trabajo de parto.

Además, es bien sabido que las adolescentes embarazadas suelen solicitar atención médica para padecimientos que se presentan durante el embarazo, con menor frecuencia que las adultas.

En nuestra investigación, las adolescentes solicitaron atención médica por padecimientos que ocurrieron durante el embarazo. Es evidente que la población de mujeres embarazadas, sin importar su edad, no recibe la atención médica adecuada durante el embarazo, esto obedece en nuestra opinión a varios factores, principalmente de tipo económico, que limitan su acceso a los servicios de salud.

Es interesante que a diferencia de la literatura nacional<sup>19</sup>, no informa un mayor índice de complicaciones obstétricas en la adolescente. Nuestra investigación no demostró tampoco una mayor prevalencia de complicaciones en este grupo, de hecho, tal y como se informa en la literatura nacional, las adultas tuvieron partos distócicos y una resolución quirúrgica del embarazo significativamente más frecuente que el grupo de adolescentes.

Otras complicaciones descritas en la literatura, tales como Toxemia, desproporción cefalopélvica, anemia materna, malformaciones fetales, etc. no se presentaron en nuestro estudio de investigación.

En cuanto a la Hipertensión, en nuestro estudio se reportó un caso, comparando con literatura previa en donde realizaron estudios en un grupo de embarazadas que cursaron con hipertensión en un 4.9% y que además, estuvieron ligada a diabetes Mellitus, embarazo múltiple, dando origen a mas hospitalización, retardo en el crecimiento intrauterino y partos quirúrgicos que en los controles normotensos. El resultado obstétrico y neonatal son aun significativamente peores en los primeros.

Este estudio por eso justifica más investigación dentro de la prevención incluyendo cuidado neonatal, de los trastornos hipertensivos del embarazo.<sup>20</sup>

La talla, en nuestra investigación no tuvo mayor significado siendo de un 66% mayores de 1.50 cm. No reportándose en la literatura patología por la talla de la paciente embarazada.

El peso osciló en más de 60 kilos, no habiendo estudios comparativos, aunque es bien sabido que el sobrepeso ó la ganancia de peso durante el embarazo contribuyen a desarrollar patologías como la Hipertensión Arterial.

En cuanto a la Diabetes Mellitus y embarazo se reportaron 2 casos siendo el 4% de la población estudiada que cursaron con una evolución tórpida que afortunadamente tuvieron una resolución de su embarazo favorable tanto para la madre como para el producto. En investigaciones la morbilidad perinatal en los países industrializados es alrededor del 25% mientras que en México se reporta hasta de un 40%. Por otra parte, la mortalidad perinatal en esos mismos países constituye el 2 - 6% y en México varía entre el 5 - 10%.<sup>21</sup> La cesárea se realiza en el 62% de las pacientes con diabetes Mellitus debido principalmente a sufrimiento fetal agudo, desproporción cefalopélvica y preeclampsia.

Recibieron pláticas educativas prenatales en un 72%, no habiendo información prenatal en un 28% de la población estudiada en nuestra investigación.

Referente a la resolución de su embarazo, tuvieron puerperio fisiológico 23 pacientes que corresponden al 46% de las embarazadas estudiadas, 9 pacientes se les sometió a cesárea, siendo la causa hipertensión arterial, diabetes Mellitus, toxoplasmosis o cesárea iterativa. Comparando con otras investigaciones, la principal causa de egreso hospitalario en México y Latinoamérica es el puerperio fisiológico, lo que indica que la mayoría de los

embarazos atendidos corresponden a pacientes con edad reproductiva adecuada y sin patología agregada, es decir, un grupo que podría considerarse normal.<sup>22</sup>

Con base en ello podemos asegurar por el momento que la población tiene conocimientos preventivos sobre salud deficientes, pero lo que si podemos decir, es que esos temas deben ser foco de atención dentro de la consulta médica y de programas educativos para la población obstétrica.

Ello implica que el sector educativo debe responsabilizarse, participar y tomar papel más activo dentro de la formación integral que necesita y demanda actualmente la población mexicana.<sup>23</sup>



## *Conclusión*

En el momento actual, la filosofía es aplicar una asistencia prenatal potencialmente óptima a todos los embarazos de alto riesgo. No se debe abandonar la evaluación del riesgo perinatal, pero en nuestra opinión el embarazo de bajo riesgo no es definible, excepto retrospectivamente, ya que en última instancia depende del resultado final de cada embarazo.

El factor mas importante para prevenir el resultado perinatal y materno deficiente es la asistencia prenatal precoz y de calidad. Se debe prestar una atención escrupulosa a los antecedentes reproductivos y a la situación médica. La nutrición adecuada y un reposo razonable son siempre beneficiosos.

Para concluir, queremos decir que existe todo un campo de investigación pendiente de explorar y que se refiere a la relación pedagógica médico - paciente, donde con estudios más extensos de tipo comparativo entre diferentes instituciones y niveles de atención, podría ser factible diseñar programas para mejorar la situación actual de la educación en salud y reevaluar el papel del médico en ella.

## *Bibliografía*

- 1.- Norma Técnica para la vigilancia Materno - Infantil. I. M. S. S. *Página 9*.
- 2.- Prenatal Care in Williams J. A. Obstetrics 1985. 17a. *Página 245 - 251*.
- 3.- Infante - Castañeda c. Utilización de servicios de atención prenatal. Influencia de la morbilidad percibida y de las redes sociales de ayuda. Salud Pública. México 1990. *Página 419 - 429*.
- 4.- Buekens P. Hernández P. Infante C. La atención prenatal en América Latina. Salud Pública. México. 1990. *Página 673 - 684*.
- 5.- Karchmer S. Estudios de Mortalidad Materna en México. Consideraciones Médico - sociales. México. 1975. *Página 63 -83*.
- 6.- Naaye RL. Peters EC. Working during. Pregnancy. Efects. On the fetus Pediatrics 1982. *Página 724*.
- 7.- Burrow - Ferris. Complicaciones Médicas durante el embarazo. 2da Edición. *Página 20 - 50*.
- 8.- Fuente Primaria Certificación de Defunción. S. S. A. Estado de Tabasco.
- 9.- San Martín H. Problema Médico Social de la Mortalidad Materno - Infantil. *Página 441 - 444*.
- 10.- Mc. Cain - GC. Deatrick. JA. Experience of high - risk pregnancy. English. Junio 1994. *Página 421 - 427*.
- 11.- Valdez OC. Planeación del sistema nacional de Salud. Coordinación de estudios y proyectos. Secretaría de Salubridad y Asistencia. México 1984. *Página 91 - 93*.
- 12.- Uesca TC. Historia General de la Medicina en México. Prevención y terapéutica médicas. UNAM. 1984. *Página 215*.

- 13.- Fernández del Castillo F. Fray Bernardino de Sahagún. Los Clásicos mexicanos de la historia de la medicina. 1499 - 1590. Acta Médica 19662. 125 - 8.
- 14.- Secretaria de Salubridad y Asistencia. Manual de normas educativas para la salud. Dirección General de Educación Higiénica. México. 1976. 4.
- 15.- Rojas FG. Quzada CR. El aprendiz : polo olvidado en el proceso enseñanza aprendizaje. CISE - UNAM. Editores. Perfiles Educativos. México 1992. *Página 54 - 67.*
- 16.- Dr. Fernández Valdez - Banda. Dr. Oscar Valle Virgen. Prevalencia y factores de riesgo para complicaciones obstétricas en la adolescente. Comparación con la población adulta. Ginecología o Obstetricia de México. Volumen 64. Mayo 1996. *Página 209- 213.*
- 17.- Ana María Salinas - Martínez, M. C. MSP., Percepción de riesgo y actitud hacia la anticoncepción en mujeres con embarazo de alto riesgo. Volumen 36. No 5. Septiembre - Octubre de 1994. *Página 513 - 516.*
- 18.- Wulf. D. Singh S. Sexual activity, unión and childbearing among adolescent women in the Americas. Intern Family Planing 1991. 17. *Página 137 - 143.*
- 19.- Toro - Calzada R. J. Embarazo en adolescentes. Comparación de complicaciones, peso, Ginecología y Obstetricia. México. 1982. *Página 291 - 295.*
- 20.- Omu - AE. Al Othman - S. Al - Qattan - F ; Al - Falah - FZ ; Sharma - P. Comparative study of obstetric outcome of patients with pregnancy induced hipertension. Department of Obstetrics and Ginecology. Mayo 1996. 75( 5 ) 443 - 8.
- 21.- Dra. T. Sandoval, Dr. G. Jiménez, Dr. S. Uribe. Morbimortalidad perinatal en mujeres con Diabetes Mellitus y Embarazo. Ginecología y Obstetricia de México. Volumen 63. Mayo 1995. *Página 181 - 189.*

22.- Enf. Tayde Rivera López. Dra. Maribel Salas Ramírez. Dr. José Dante Amato Martínez. Influencia del control prenatal sobre la morbimortalidad materna y perinatal en un centro hospitalario de 2do nivel de atención. Ginecología y Obstetricia de México. Volumen 62. Julio 1994. *Página 185 - 188.*

23.- Dr. Eduardo Ortigosa - Corona. Dr. Samuel Karchmer - Krivitzky. Factores relacionados con el reconocimiento de signos de alarma durante el embarazo. Ginecología y Obstetricia de México. Volumen 64. Febrero 1996. *Página 91 - 95.*

# ***A N E X O S***

NUMERO EXPEDIENTE CLINICA HOSPITAL DR. DANIEL GURRIA URSELL  
 DETECCION DE EMBARAZO DE ALTO RIESGO EN LA CONSULTA EXTERNA (1er. NIVEL)

1.-EDAD (EN AÑOS) 6.-GESTA 10.-ANTECEDENTES GINE. OBST. 12.-PESO HABITUAL 6.FALLA(CA.)  
 MENOS DE 15 PRIMIGESTAS 11.-RIZQUINA PATOLOGIA 13.-ANTECEDENT.PERS. PATOLOGICOS 150 o menos  
 15-19 2-5 12.-ECLAMPSIA 14.-PUL.INTERDANADOS 150 o mas  
 20-29 5 Y MAS 16.-SANGRADO DE 3er TRIMSTR 17.-EL ULTIMO EMBARAZO  
 30-34 7.-PARA 18.-BAJO PESO AL NACER mas de 2,500 gr. fue de término  
 35 Y MAS -de 5 19.-MURTI FETAL TARDIA mas de 20 semanas el parto fue normal  
 2.-ESCOLARIDAD MATERNA 5 o mas 20.-MACROSONIA (mas de 4 kg.) 21.-CIANGIA PELVICO UTERINA 22.-MORTALIDAD PERINATAL  
 ANAFARETA 8.-ABORTO 23.-CIANGIA PELVICO UTERINA 24.-MORTALIDAD PERINATAL  
 PRIMARIA o menos 0-1 24.-CIANGIA PELVICO UTERINA 25.-MORTALIDAD PERINATAL  
 SECUNDARIA o mas 2 25.-CIANGIA PELVICO UTERINA 26.-MORTALIDAD PERINATAL  
 3-F.U.N. 3 o mas 26.-CIANGIA PELVICO UTERINA 27.-MORTALIDAD PERINATAL  
 CONFIRMADO 9.-CESAREA 27.-CIANGIA PELVICO UTERINA 28.-MORTALIDAD PERINATAL  
 DUDA NO 28.-CIANGIA PELVICO UTERINA 29.-MORTALIDAD PERINATAL  
 4-F.P.P. 1 29.-CIANGIA PELVICO UTERINA 30.-MORTALIDAD PERINATAL  
 5.-VIDA SEXUAL ACTIVA 2 o mas 30.-CIANGIA PELVICO UTERINA 31.-MORTALIDAD PERINATAL  
 11.-INTERVALO DEL ULTIMO PARTO Y EL ACTUAL (meses) 13 a 60  
 - de 13  
 + de 60

CONSULTA PRENATAL	SEMANAS DE MENORREAS	PESO	HED. TRATANTE	F.U. SALIDA LIG. AMNIOTICO	LEUCO FOCO FETAL	NOV FETAL	I.A.	SANGRADO	EMENA
Fecha	AMENORREA KILOS	CB.	(+) (-)	AREA	+	si no	DIASTOLICA	BENITAL	
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									
20									
21									
22									
23									
24									
25									
26									
27									
28									
29									
30									
31									
32									
33									
34									
35									
36									
37									
38									
39									
40									
41									
42									
43									
44									
45									
46									
47									
48									
49									
50									
51									
52									
53									
54									
55									
56									
57									
58									
59									
60									

