

17
20

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

FACTORES DE RIESGO QUE PRESENTAN LAS MUJERES
QUE ASISTEN PARA SU ATENCIÓN AL HOSPITAL MATERNO
INFANTIL TLAHUAC Y SU REPERCUSIÓN EN LA SALUD DEL
BINOMIO MADRE HIJO.

TESIS PROFESIONAL
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:
MARGARITA MARTINEZ MARTINEZ

ASESOR.
LIC. EZEQUIEL CANELA NUÑEZ

MEXICO D.F. 1999.

TESIS CON
ALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



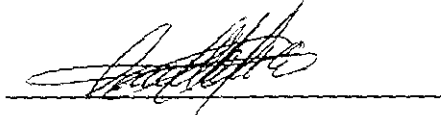
UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

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.

ASESOR ACADEMICO

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Ezequiel Canela Nuñez', is written over a solid horizontal line.

LIC. EZEQUIEL CANELA NUÑEZ

DEDICATORIAS

A ti Dios mío :
Por permitirme vivir
y por que nada sucede sin tu voluntad

A mis padres:
Por que me dieron la vida; sobre todo a mi mamá, aunque ya no
esta entre nosotros, por ser uno de los motivos para la
realización de este trabajo.

A la Universidad Nacional Autónoma de México:
en especial a la escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia.
En cuyas aulas recibí valiosa formación profesional.

A mis profesores:
Por cada una de las aportaciones recibidas durante mi formación.

Al Lic. Ezequiel Canela Nuñez:
Con respeto y admiración, ya que con paciencia y profesionalismo me guió
durante la elaboración de este trabajo.

A mi esposo:
Por su amor reflejado en confianza y apoyo, sobretodo en los
momentos más difíciles. Gracias por ese aliento que me diste para
ver realizada una más de mis metas.

Con cariño a mi bebé y sobrinos:

Por ser un motivo en mi superación, ya que ellos son las futuras generaciones

A mis hermanos:

Por su estímulo y cariño que siempre me han brindado, a quienes deseo logren todas sus metas.

A mis suegros y demás familiares:

Por su valioso apoyo brindado y por que nunca se rompan los lazos de respeto y cariño que nos han unido.

A todas las personas que colaboraron desinteresadamente en la realización de este trabajo

GRACIAS

INDICE

	Pag.
1. Introducción	1
2. Justificación	3
3. Planteamiento del problema	4
4. Objetivos	5
5. Metodología	6
6. Mortalidad Materna en México	8
7. Mortalidad perinatal	11
8. El enfoque de riesgo.	12
8.1. Factores de riesgo y daños a la salud	13
8.2. Combinación de los factores de riesgo	13
9. Riesgo relativo	15
10. Riesgo atribuible.	16
11. Aplicación del análisis de los factores de riesgo	18
12. El enfoque de riesgo en la reproducción	19
12.1. Salud reproductiva.	19
12.2. Riesgo reproductivo.	20
12.3. Riesgo reproductivo preconcepcional.	20
12.4. Riesgo reproductivo Obstétrico.	21
12.5. Riesgo reproductivo perinatal.	22
13. Factores de riesgo para el recién nacido.	23
14. Metodología para medir el riesgo reproductivo	23
14.1. Sistema de clasificación en Perú.	25
14.2. Sistema de clasificación en Bolivia.	26
15. Anatomía y fisiología del aparato reproductor femenino.	27
15.1. Genitales externos	27
15.2. Genitales internos.	28
16. Efectos del embarazo sobre el organismo materno.	31
16.1. Modificaciones grávidas generales	31
16.2. Modificaciones grávidas en aparatos y sistemas.	32
16.3. Modificaciones grávidas locales.	38
17. Características biológicas que generan riesgo reproductivo	40
17.1. Características personales.	40
17.2. Antecedentes heredofamiliares.	41
17.3. Antecedentes materno patológicos.	41
17.4. Antecedentes obstétricos.	50

18. Características socioeconómicas que generan riesgo reproductivo.	64
18.1. Nivel socioeconómico.	64
18.2. Educación.	65
18.3. Estado civil.	66
18.4. Ocupación.	67
19. El neonato normal	69
19.1. Anatomía y fisiología del neonato normal.	69
19.2. Valoración Apgar.	76
19.3. Valoración Silverman.	78
19.4. Valoración Capurro.	80
19.5. Valoración Usher.	82
20. Morbi-mortalidad materno infantil en el hospital Tlahuac.	83
21. Ejemplo en la aplicación el riesgo relativo y atribuible.	84
22. Resultados.	86
23. Conclusiones.	119
24. Sugerencias.	123
25. Bibliografía.	126
26. Anexos.	131

INDICE DE CUADROS.

No. de cuadro	pag.
1. Nivel de escolaridad y el riesgo de ser multigestas.	86
2. Nivel de escolaridad y el riesgo de no asistir al control prenatal.	87
3. Nivel de escolaridad y el riesgo de tener recién nacido hipotrófico.	88
4. Nivel de escolaridad y el riesgo de ruptura prematura de membranas	89
5. Nivel de escolaridad y el riesgo de cesárea	90
6. Nivel de escolaridad y el riesgo de productos prematuros	91
7. Nivel de escolaridad y el riesgo de presentar aborto	92
8. Nivel de escolaridad y el riesgo de intervalo intergenésico menor a 2 años.	93
9. Nivel de escolaridad y el riesgo de iniciar vida sexual activa antes de los veinte años	94
10. Edad y el riesgo de ser multigestas	95
11. Edad y el riesgo de tener productos hipotróficos	96
12. Edad y el riesgo de ruptura prematura de membranas	97
13. Edad y el riesgo de cesárea.	98
14. Edad y el riesgo de productos prematuros	99
15. Edad y el riesgo de aborto	100
16. Edad y el riesgo de intervalo intergenésico menor a 2 años	101
17. Edad y el riesgo de hemorragia	102
18. Edad y el riesgo de hemorragia.	103
19. Edad y el riesgo de desproporción cefalopélica	104
20. Edad y el riesgo de presentación pélvica	105
21. Estado civil y el riesgo de productos hipotróficos	106
22. Estado civil y el riesgo de ruptura prematura de membranas	107
23. Estado civil y el riesgo de prductos prematuros	108
24. Estado civil y el riesgo de aborto	109
25. Estado civil y el riesgo de no asistir al control prenatal	110
26. Ocupación y el riesgo de aborto y ruptura prematura me membranas	111
27. Riesgo de Apgar menor a 6	113
28. Nivel económico y el nesgo de ciertos daños a la salud	114
29. Bebidas alcohólica y el riesgo de ciertos daños a la salud	115
30. Hábito de fumar y el nesgo de ciertos daños a la salud	116

INTRODUCCIÓN

El Hospital Materno Infantil Tlahuac pertenece al segundo nivel de atención al cual acude población abierta, se encuentra en una zona urbano marginada y aunque cuenta con los servicios necesarios, todavía hay quienes se dedican a las labores del campo. La población carece de los recursos para satisfacer sus necesidades mínimas como nutrición adecuada y condiciones higiénicas y de saneamiento. Lo anterior refleja las condiciones socioeconómicas en que se encuentra la población que asiste a ese hospital.

Entre las patologías más observadas en el grupo materno infantil se destacan las siguientes:

preeclampsia , ruptura prematura de membranas, productos hipotróficos, prematuridad, aborto, desproporción cefalopelvica.

Por lo anterior surgió la inquietud de realizar la presente investigación para identificar los factores que intervienen en el desencadenamiento de problemas en el grupo Materno- infantil, para esto se utilizó la metodología del enfoque de riesgo que se emplea para medir la necesidad de atención por parte de grupos específicos, y al mismo tiempo determina prioridades de salud ya que es un enfoque no igualitario; discrimina a favor de quienes tienen mayor necesidad de atención.

Para saber el grado de asociación que tiene el factor de riesgo en la presentación de un daño se utilizó el riesgo relativo y riesgo atribuible, el primero mide el exceso de riesgo en personas expuestas a ese factor y lo compara con los que no estaban expuestos, el segundo mide la diferencia entre la probabilidad de padecer el daño de los que estaban expuestos al factor y la probabilidad de los que no lo estaban.

Con este concepto se puso énfasis en aquellos factores cuya presencia determinan a favor o en contra de la salud de la madre o el producto y al mismo tiempo se observó el grado de participación que tiene el factor de riesgo en la presentación del daño

Los principales factores de riesgo fueron los siguientes:

Escolaridad, paridad, estado civil, ocupación, nivel económico, toxicomanías, intervalo intergenésico menor a 2 años.

Los daños encontrados fueron los siguientes:

Multiparidad, nulo control prenatal, productos hipotróficos, ruptura prematura de membranas, cesárea, prematuridad, aborto, inicio de vida sexual activa antes de los 16 años, preeclampsia, eclampsia, desproporción cefalopélvica.

Dado que en la investigación se retoman factores socioeconómicos y culturales se hace necesario mencionar la participación de enfermería ya que sin competir con el médico puede participar en las necesidades básicas de la población, como lo es brindar educación para la salud en la comunidad al promover la salud reproductiva y la prevención del daño reproductivo, así como en las necesidades básicas del recién nacido y de esta manera la población identifique signos de alarma que requieran atención médica.

Al mismo tiempo se propone dirigir acciones en la población en general para que participe activamente en la promoción y utilización adecuada de los recursos con que cuenta, de esa manera lograr que la salud sea un patrimonio de la comunidad

JUSTIFICACION

El riesgo en la reproducción humana no es un problema aislado que afecta a unas cuantas personas de un área específica, sino que con frecuencia puede observarse en áreas marginadas, de escasos recursos económicos, tal es el caso de las mujeres embarazadas o en edad fértil que acuden al hospital Materno Infantil Tlahuac a solicitar servicios de salud en donde el problema no solo repercute en la mujer, ya que también afecta a sus futuros hijos o al recién nacido. Se dice que más de la mitad de la población del país, está compuesta por el grupo materno infantil y es en ellos donde ocurre con mayor frecuencia factores adversos que ponen en riesgo su salud y por ello se les clasifica como grupo en riesgo.

Es por esta razón que surge la inquietud por realizar la presente investigación, en donde se identificaron aquellos factores de riesgo que dañan la salud del binomio madre-hijo, la frecuencia con que se presentan y sobre todo buscando alternativas de solución que permitan prevenir y disminuir el daño, mediante la participación del Licenciado en enfermería y obstetricia en la búsqueda intencionada de esos factores en el grupo de mujeres en edad reproductiva, así como a embarazadas y al mismo tiempo disminuir la morbi-mortalidad; en la etapa perinatal a través de educación para la salud al brindar atención de calidad y calidez.

VARIABLES

- Edad, peso, talla, escolaridad, ocupación, estado civil.

- Antecedentes Hereditarios

.Diabetes, hipertensión, cardiopatías, enfermedad renal, retraso mental, epilepsia, anemia.

- Antecedentes ginecoobstétricos.

Gesta, partos, cesárea, edad en que inicio su vida sexual, aborto, edad en la tuvo su primer hijo, productos prematuros, hijos con malformaciones congénitas, muerte neonatal, hijo de bajo peso, intervalo intergenésico, características de los partos anteriores.

- Características del último embarazo

Control prenatal, fecha de última regla, semanas de gestación, frecuencia cardíaca fetal, presentación del producto, tipo de pelvis, aborto, parto normal, fórceps, cesárea, membranas ovulares, líquido amniótico, alumbramiento, hemorragia.

- Recién nacido

Peso, talla, Apgar, edad gestacional.

- Alimentación

- Higiene
baño, cambio de ropa, lavado de manos, cepillado de dientes.

Nivel socioeconómico, vivienda, toxicómanas.

METODOLOGÍA

1. TIPO DE ESTUDIO

Observacional Descriptivo.

2. UNIVERSO

180 mujeres mujeres que ingresaron al servicio de hospitalización del hospital materno infantil Tlahuac durante el mes de agosto de 1996, en todo el turno. Se excluyen aquellas pacientes que hayan ingresado para oclusión tubaria bilateral o laparatomía exploratoria y aquellas que ingresaron fuera del periodo establecido.

3. ESTRATEGIAS PARA EL TRABAJO

A) Se consultó la libreta de ingresos en los servicios de hospitalización 1 y 2 de la cual se tomaron todos los nombres de las pacientes que fueron hospitalizadas del 1ro. al 31 de agosto de 1996.

B) Posteriormente se conformó el marco teórico para la investigación por lo que se revisó libros y revistas. se utilizó como instrumento de trabajo, las fichas de trabajo.

C) Para captar la información de esas pacientes se solicitó ayuda a la coordinadora de enseñanza del hospital para que facilitará al investigador el acceso a los expedientes clínicos, de esa manera obtuvo información , misma que se captó en un cuestionario previamente elaborado que consta de 20 preguntas cerradas, 12 abiertas, 7 semiabiertas.

D) El procesamiento de los datos se realizó en una hoja de tabulación que permitió registrar los valores observados en las variables de las personas estudiadas.

E) Posteriormente se elaboraron cuadros y para presentar la información con la finalidad de que estos datos permitan sintetizar los datos obtenidos, en donde se utilizó el enfoque de riesgo a través del riesgo relativo y riesgo atribuible.

F) El análisis de los datos

Se tomó en cuenta la información de la investigación así como la del marco teórico para facilitar el análisis de los datos obtenidos.

HISTORIA DE LA MORTALIDAD MATERNA EN MÉXICO

La atención de la embarazada entre los Aztecas, así como en otras culturas de nuestro país estaba a cargo únicamente de mujeres. La mujer además de dedicarse al cuidado de la embarazada, asistía los partos y cuando ya tenía mucha práctica y ejercía formalmente su "profesión" se convertía en una persona respetada y estimada en la sociedad, a esta mujer se le llamaba Tlalmatquicitl.

La Ticitl no solamente se encargaba de aconsejar durante la preñez y asistir el parto y el puerperio, sus importantes funciones empezaban desde antes que comenzara el embarazo. ella se encargaba de la novia para entregarla a su prometido. Cuando sobrevenia el embarazo dictaba las normas de higiene, la embarazada era protegida y vigilada además exigía para ella una vida tranquila, si durante el parto se presentaba una complicación ella lo resolvía. La partera o Ticitl por todo lo expresado ejercía un verdadero matriarcado obstétrico.

Existe bibliografía que describe la esmerada atención y cuidados que la Ticitl daba a la mujer durante el estado grávido y puerperal, por lo que es de suponerse que la mortalidad materna no debió ser elevada, además debemos considerar que el aborto estaba prohibido. la mujer que se lo practicaba era severamente castigada.

" Nuestra civilización indígena se adelantó a muchas épocas de nuestro país en los cuidados pre y postnatales y en el alto concepto que tenían de la mujer, en cuanto a la maternidad se refiere, para garantizar los rasgos esenciales de la estirpe y el fortalecimiento de la raza para cuidar de la madre considerada como elemento importantes en la organización familiar.¹

Con la llegada de los españoles y consumada la conquista en 1521 surgieron muchos cambios sin embargo, la Ticitl seguía llevando sus actividades pero ya no recibía el apoyo socio-religioso de su pueblo además era combatida, este fue el principio de la desaparición de la partera.

A pesar de no tener datos fidedignos debemos suponer que la mortalidad materna aumentó por el descuido, negligencia e ignorancia para atender a la mujer en el embarazo, parto y puerperio; ya que los médicos de la colonia, veían casi con horror la asistencia del parto; la Ticitl no había sido substituida por profesional mejor ni siquiera igual.

En 1768 a 42 años del inicio de la guerra de independencia surge el cirujano y para la obstetricia tiene importancia este acontecimiento ya que los cirujanos hicieron un monopolio de ésta práctica pero aún no existen estudios sobre la materia.

Consumada la independencia en 1821 los médicos ganaron más terreno prestigio y capacidad para la atención obstétrica, por lo que surge la inquietud por la vigilancia de la mujer embarazada y la atención del parto con el objeto de evitar las muertes maternas. En varios estados de la república se fundan maternidades que se dedican a la atención obstétrica.

Al estallar la Revolución de 1910 y el tiempo que duró, desaparecieron algunas de esas instituciones y en el año de 1912 la tasa de mortalidad materna era de 11.4 x 10 000 nacidos vivos. y en 1922 se señalaron 90 muertes por 10 000 nacidos vivos.

Entre los años de 1922-1930 se establecieron los cimientos para una mejor atención materno - infantil, se elaboraron normas y procedimientos para la atención de la madre durante el estado grávido y puerperal y se dio a conocer que las muertes maternas en un alto porcentaje eran previsible.

El análisis de la tendencia de la mortalidad materna realizada desde 1931-1985 se observó una importante disminución de casi el 40%, pero aun así esto refleja los bajos niveles generales de vida como son: Desnutrición, malas condiciones higiénicas, de saneamiento básico, así como la falta de vigilancia prenatal, y la deficiente atención obstétrica. Esto propició elevados casos de toxemia en el embarazo, los hemorragias del embarazo y parto, las complicaciones en el puerperio, dificultades en el momento del parto y las causas relacionadas con el aborto espontáneo.

Es importante mencionar que desde que se cuenta con los reportes de muertes maternas, el orden en que se reportan fue de infección hemorragia, enfermedad hipertensiva aguda del embarazo; en la actualidad se encuentra el siguiente orden:

1. Enfermedad hipertensiva del embarazo.
2. Hemorragia
3. infección

Los deficientes e insuficientes registros de estadísticas vitales y la calidad de la información impiden reflejar con precisión la magnitud del problema lo que nos sugiere que el panorama es todavía más desolador. hasta 1985 se tenía que el 19.4% de las defunciones ocurrieron en mujeres de 15 - 24 años y aún sin tener datos precisos se sabe que la población en riesgo de morir en este grupo es más alta.

En 1989 a 1992, las estadísticas vitales mencionan que hay una reducción de la mortalidad materna en el país. Aunque sobresale una notable diferencia en las entidades federativas: ya que en los estados de la frontera se encuentran niveles más bajos de mortalidad y en las entidades con más carencias sociales como son las del sur donde muestran los niveles más altos de mortalidad.²

MORTALIDAD PERINATAL

En la declaración de Cocoyoc Morelos, México se comprometió a reducir la mortalidad materna e infantil en un 50% para el año 2000. Dentro del grupo infantil se observó que el universo de trabajo era enorme, por lo tanto difícil de estudiar, además no se contaba con una estructura capaz de captar y analizar todos los casos de muerte en menores de 5 años por lo que el estudio se enfocó a la mortalidad perinatal en la semana 28 de gestación a la primera semana de vida y de esta forma se estudio un tercio de la mortalidad infantil de México aproximadamente.

Las primeras tasas de mortalidad perinatal se obtuvieron en 1991 incluyeron sólo los hospitales del D.F. y fueron de 21.35 por mil nacimientos; en 1992 y 1993 se tienen datos de las instituciones del sector salud que tienen tasas de 19.20 y 11.93 por mil nacimientos respectivamente.

En relación a la responsabilidad de la muerte para 1992 y 1993 la responsabilidad profesional fue de 11.85% y 9.73% respectivamente, la hospitalaria de 14.12% y 10.62% y no llegando a determinar una responsabilidad en el 31.15% y el 25.94% para cada uno de los años.

De aquí se retoma la importancia de capacitar a la población especialmente a los que se encuentran en edad reproductiva por los resultados obtenidos en cuanto a la responsabilidad de la muerte del neonato.

El comité de estudio de la mortalidad perinatal en México analizó la causa de este problema de lo cual concluyó con las siguientes causas.

1. Feto o recién nacido afectado por complicaciones de la placenta, cordón umbilical o de las membranas.
2. Síndrome de dificultad respiratoria
3. Hipoxia intrauterina o asfixia al nacer
4. Trastornos relacionados con la corta duración de la gestación y otra forma de bajo peso al nacer.³

EL ENFOQUE DE RIESGO

El enfoque de riesgo es un método epidemiológico para la atención de las personas, las familias y las comunidades sustentado en el concepto de riesgo y se basa en que no todas las personas tienen la misma probabilidad de enfermar o morir sino que en algunos casos la probabilidad es mayor que en otros. De esta manera se determinan las necesidades de cuidado que van a ser desde un mínimo para individuos de bajo riesgo o baja probabilidad de presentar un daño hasta un máximo para aquellos que presentan mayor probabilidad de sufrir en el futuro complicaciones de salud.

RIESGO

Riesgo se define como la probabilidad de sufrir un daño. Es decir constituye la probabilidad de que las personas expuestas a ciertos factores sean susceptibles a sufrir un daño. El riesgo es una técnica de análisis epidemiológico aplicado al estudio de las formas y causas de enfermar y morir de algunos grupos humanos.

Una característica representa un factor de riesgo cuando está asociado estadísticamente a la ocurrencia de un daño, esta asociación puede o no ser de tipo causal pero es una condición suficiente para que la característica se considere como factor de riesgo.

Daño: Es el estado temporal o definitivo no deseado (enfermedad o muerte), y de acuerdo a este se mide el riesgo.

Factor de riesgo: Un factor de riesgo es un eslabón de una cadena de asociaciones que dan lugar a una enfermedad; por lo que este hecho permite actuar en los eslabones para interrumpir la secuencia de acontecimientos (dicho factor de riesgo debe estar asociado con el daño).

Es importante definir en que consiste un factor de riesgo y que es un daño a la salud ya que algunas características pueden aplicarse a ambos casos. Los factores de riesgo pueden ser tanto indicadores de riesgo, como causas de daños a la salud, la importancia del factor de riesgo radica en que son observables o identificables antes de la ocurrencia del hecho que presiden

Los factores de riesgo pueden ser

1. BIOLÓGICOS. Ciertos grupos de edad.
2. AMBIENTALES: Abastecimiento deficiente de agua, falta de adecuado sistema de disposición de efluentes
3. DE COMPORTAMIENTO: Fumar
4. RELACIONADOS CON LA ATENCIÓN A LA SALUD Baja calidad de la atención, cobertura insuficiente.
5. SOCIO-CULTURALES. Educación
6. ECONÓMICOS: Ingresos.

FACTORES DE RIESGO Y DAÑOS A LA SALUD

La diferencia entre daños a la salud y factores de riesgo no siempre es clara ya que es importante tener en cuenta que:

- En algunas ocasiones lo que se considera un factor de riesgo (ejemplo desnutrición) por parte de algunos autores puede ser considerado como un daño por otros, dependiendo de la hipótesis que se está explorando.
- Una característica puede ser tanto un daño como un factor de riesgo por ejemplo: el bajo peso al nacer es un daño a la salud de un embarazo patológico y al mismo tiempo constituye un factor de riesgo para la morbilidad y mortalidad infantil.

COMBINACION DE LOS FACTORES DE RIESGO.

Existen factores de riesgo con gran poder predictivo tales como la pobreza y su relación con el nacimiento de un niño de bajo peso, otros están menos asociados al daño pero pueden ser indicadores de riesgo útiles.

La baja calidad de una vivienda o el bajo nivel educativo (factores de riesgo fácilmente detectables) constituyen indicadores de un grupo de fuerzas interactuantes (quizá las más importante de ellas es la pobreza) que hacen que las madres con esas características se encuentren dentro de un rango de alto riesgo.

Los factores de riesgo constituyen, por tanto indicadores de lo que sucede dentro de un sistema biológico y social interactuante, la definición y la comprensión de las causas dentro del sistema es necesariamente limitada. Las causas precisas de los daños a la salud durante la gestación no son siempre claras, a pesar que, por ejemplo la talla materna o las características de la vivienda son factores de riesgo evidentes. Otro ejemplo común es la asociación entre la pobreza y las infecciones gastrointestinales. La pobreza aumenta el riesgo de infecciones gastrointestinales a través de mecanismos directos como el hacinamiento, la desnutrición y el destete precoz debido a una variedad de razones económicas, sociales y culturales.⁴

RIESGO RELATIVO

Hay diferentes maneras de medir la relación entre factores de riesgo y daños a la salud. El riesgo relativo compara la frecuencia con que ocurre el daño en los individuos que tienen el atributo o factor de riesgo y la frecuencia con que acontece en aquellos que no tienen el factor de riesgo

Como se mencionó en el concepto de riesgo, un factor de riesgo deberá asociarse con un aumento significativo de la probabilidad de padecer un daño: el **riesgo relativo** es muy útil para este objetivo, ya que mide el exceso de riesgo para un daño dado en las personas expuestas al factor de riesgo comparado con las que no estaban expuestas

Para calcular el riesgo relativo se utilizan los valores de la tabla modelo, también llamada de 2 x 2 o de doble entrada, en la primera fila se anota el total de las individuos expuestas al factor del riesgo y en la segunda los no expuestos; en la primera columna se ubican los que padecieron el daño y en la segunda los que no padecieron.

DAÑO

FACTOR DE RIESGO

	SI	NO	
SI	a	b	a+b
NO	c	d	c+d
	Total de daño	Total sin d daño	total

Total de
expuestos
Total de no
expuestos

- a: Corresponde a presencia del factor y del daño
- b: corresponde a presencia del factor y ausencia del daño
- c: corresponde a ausencia del factor y presencia de daño
- d: corresponde a ausencia del factor y ausencia del daño

El riesgo relativo mide la diferencia por cociente entre la probabilidad de padecer el daño que tienen los expuestos al factor del riesgo (P1) y los no expuestos (P2). Lo cual se expresa de la siguiente manera.

$$P1 = a/a+b \qquad P2 = c/c+d$$

$$RR: \frac{\text{incidencia del daño entre los que tienen el factor}}{\text{incidencia del daño entre los que no tienen el factor}}$$

$$RR = P1/P2$$

- Un riesgo relativo igual a 1 indica que el numerador es igual al denominador, que la incidencia o mortalidad de los expuestos es igual a la de los no expuestos.
- Un riesgo relativo mayor de 1 indica que los expuestos tienen un riesgo mayor de desarrollar la enfermedad comparados con los no expuestos.
- Un riesgo relativo menor de 1 indica que los individuos expuestos tienen un riesgo menor de desarrollar la enfermedad comparados con los no expuestos.

RIESGO ATRIBUIBLE

El riesgo atribuible es una medida útil para mostrar la proporción en que el daño podría ser reducido si los factores de riesgo causales desaparecieran de la población.

En la formulación de programas de cuidados de la salud, es preciso identificar en qué medida un factor de riesgo contribuye a problema o daño a la comunidad. Además de conocer el riesgo relativo, es decir su grado de asociación con el daño, es preciso conocer cuánto el riesgo representa ese factor por sí solo comparado con el riesgo atribuible. Este último mide el porcentaje de riesgo que puede atribuirse al factor de riesgo expuesto. El riesgo atribuible se calcula restando el riesgo de los no expuestos al riesgo total. Este riesgo atribuible puede expresarse en términos de riesgo absoluto, es decir, como la diferencia entre las incidencias de los expuestos y los no expuestos.

RA=	tasa de incidencia en el grupo con el factor de riesgo.	menos	tasa de incidencia en el grupo sin el factor de riesgo.
	P1		P2

Por lo tanto esta medida es útil para mostrar la proporción en que el daño podría ser reducida si los factores de riesgo causales desaparecieran.

Estos dos tipos de riesgo (relativo y absoluto) orientan las acciones que deben realizarse pues estas dos dirigen a aquellos factores de riesgo íntimamente ligados estadísticamente con el padecimiento que si se controlan, pueden producir una reducción considerable en la incidencia de un padecimiento.⁵

APLICACIÓN DEL ANÁLISIS DE LOS FACTORES DE RIESGO

- Los factores de riesgo pueden ser utilizados para predecir la incidencia de una futura enfermedad. lo adecuado de tal predicción, depende de que tan parecida es la población en la que se estimó el riesgo, con respecto a la población sobre la cual se hará la inferencia.
- Para el diagnóstico cuando existe un factor de riesgo se incrementa la probabilidad de que una enfermedad se presente.
- Para de establecer la etiología de una epidemia, un solo factor riesgo no – significa que sea la causa de la enfermedad; puede haber una asociación indirecta.
- Para referencia de los pacientes a un nivel de mayor complejidad.
- Para la prevención de un padecimiento cuando el factor de riesgo es causa directa de la enfermedad ya que al eliminar al primero la enfermedad puede prevenirse, independientemente de que se conozca o no el mecanismo fisiopatológico del agente

EL ENFOQUE DE RIESGO EN LA REPRODUCCIÓN

Antes de describir el riesgo reproductivo es importante describir la salud reproductiva para que posteriormente se analicen las diferentes etapas del riesgo reproductivo.

SALUD REPRODUCTIVA

La salud reproductiva fue definida por la organización mundial de la salud como: “ El estado completo de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad durante el proceso de reproducción.”

Por tal motivo se ha señalado que en los últimos años el cuidado debe empezar en la etapa preconcepcional (antes de que la mujer se embarace principalmente para hacer labor preventiva.)

No sería lo mismo detectar a una paciente el tercer mes de embarazo con problemas de anemia u otra enfermedad agregada a encontrar a otra paciente antes del embarazo a la cual se le pueda tratar la anemia o cualquier otra enfermedad para que ella pudiera gestar con un embarazo de bajo riesgo obstétrico. En el primer caso solo se limitaría el daño en el segundo se previene. De ahí la importancia de actuar en la etapa preconcepcional, la prenatal, parto y puerperio.

Por lo anterior se deduce que la salud reproductiva comprende la atención preconcepcional donde los cuidados deben dirigirse tanto a la futura madre como al futuro padre, la atención prenatal, del parto, del recién nacido y la atención prenatal precoz; que abarca desde el nacimiento hasta el séptimo día del recién nacido. Cualquier daño que ocurra en cualquiera de las etapas mencionadas de la salud reproductiva repercutirá en el futuro del recién nacido, de su familia y en la sociedad.

“ En términos más amplios, la salud reproductiva contribuye a que en el futuro los individuos tengan una buena capacidad de aprendizaje y de trabajo, puedan ejercer sus derechos y participar en el desarrollo y disfruten de los beneficios sociales de la vida.”

RIESGO REPRODUCTIVO

La aplicación del enfoque de riesgo en el campo de la reproducción humana genera el concepto de riesgo reproductivo. Este se define como la probabilidad de sufrir un daño durante el proceso de la reproducción misma que afectará principalmente a la madre, al feto o al recién nacido. El riesgo reproductivo es un indicador de necesidades que identifica a aquellas mujeres, familias o poblaciones que tienen mayor probabilidad de sufrir un daño durante el proceso de la reproducción para lo cual utiliza la presencia de los factores de riesgo como guía para acciones futuras.

La vulnerabilidad al daño reproductivo se debe a ciertas características ya sean biológicas, Psíquicas y socioculturales que interactúan entre sí y estas características son conocidas como factores de riesgo reproductivo.

“ Acorde con el concepto de salud reproductiva, la aplicación del enfoque de riesgo reproductivo debe empezar antes de la concepción. En esta etapa se denomina riesgo preconcepcional, durante la gestación y el parto se denomina riesgo obstétrico; y desde la vigésimo octava semana de gestación hasta la primera semana de vida del neonato se denomina riesgo perinatal. El enfoque de riesgo reproductivo unifica tres conceptos ofreciendo un panorama más coherente e integrador.⁷

RIESGO REPRODUCTIVO PRECONCEPCIONAL

Este concepto se aplica a las mujeres en edad reproductiva en los periodos no gestantes; el objetivo primordial es clasificar a la mujer en edad fértil no gestante de acuerdo al riesgo que un futuro embarazo produciría en la salud de ella, el feto o en el recién nacido. Las mujeres que tienen alto riesgo preconcepcional posiblemente presentarán un alto riesgo obstétrico

Los factores de riesgo en ésta etapa son muchos, por ejemplo el analfabetismo, pobreza, mala nutrición, vivir en zonas urbano-marginales, rurales con servicios de salud insuficientes etc. estos factores varían entre los países, entre las regiones pero, sin embargo hay algunos que son universales y persisten independientemente de la condición social o el área geográfica en que habitan las mujeres

Los cuatro más conocidos son:

Edad, paridad, intervalo intergenésico, antecedentes de mala historia obstétrica.

Otros factores de riesgo preconcepcional con su sola presencia catalogan a la mujer como de alto riesgo preconcepcional algunos de ellos son los siguientes: Insuficiencia cardíaca crónica, enfermedad neurológica incapacitante, insuficiencia renal, cáncer, diabetes, insuficiencia pulmonar, tuberculosis, enfermedades congénitas, baja estatura de la mujer dos o más cesáreas 7 o más embarazos etc. Es importante mencionar que el riesgo indica solamente una probabilidad.

“ La relación que hay entre los factores preexistentes que afectan el riesgo y el éxito en la reproducción justifica la necesidad de una evaluación pronta y adecuada de salud familiar e individual antes del embarazo. del cuidado prenatal temprano , una esmerada historia clínica así como un examen físico de los futuros padres y familiares.”⁸

RIESGO REPRODUCTIVO OBSTÉTRICO

Este concepto se aplica durante el embarazo tanto en el periodo prenatal como en el parto. Lo factores de riesgo en esta etapa son prácticamente los mismos descritos en la etapa preconcepcional, con la diferencia de que si no se intervino en esa etapa aumenta el riesgo por la misma gestación. De ahí la importancia de actuar en la etapa preconcepcional, ya que significa realizar prevención primaria para evitar la morbi-mortalidad materno infantil. Este concepto es usado desde hace muchos años pero su utilización permite disminuir y no evita la morbi-mortalidad infantil ya que es un instrumento de prevención secundaria.

NOTA: Como los factores de riesgo obstétricos se superponen desde de la vigésima octava semana de gestación hasta el parto, estos factores se describen en la siguiente etapa.

Sin embargo hay que destacar que durante los primeros cinco meses de gestación existe un problema que es significativo y trascendente para la salud reproductivo, este es el aborto

Se considera que las complicaciones de aborto ilegal son la principal causa de defunción para las mujeres latinoamericanas comprendidos entre los 15 y los 39 años.

RIESGO REPRODUCTIVO PERINATAL

Comprende desde la vigésima octava semana de gestación hasta la primera semana de vida del recién nacido, comprendiendo el periodo fetal tardío y el periodo neonatal precoz. Se dice que el concepto de riesgo perinatal, es más evolucionado que el concepto de riesgo obstétrico, por que es un instrumento de predicción que además de considerar los riesgos maternos incluye los riesgos para el feto o el recién nacido.

Los factores de riesgo en esta etapa son los siguientes:

Factores de riesgo durante el embarazo

-Anemia, diabetes, infecciones, insuficiente aumento de peso, enfermedades de transmisión sexual y SIDA; enfermedades hipertensivas del embarazo (toxemia) embarazo múltiple, hemorragias del tercer trimestre (placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta, ruptura uterina) exposición a radiaciones, riesgos ocupacionales y abuso de alcohol, drogas y tabaco.

Factores de riesgo durante el parto

-Hemorragias, también por las causas antes mencionadas. infecciones, partos obstruidos, Preeclampsia - eclampsia.

Factores de riesgo durante el puerperio

- Hemorragias e infecciones.⁹

Basta con examinar el costo (económico) de la vigilancia a largo plazo del niño con retraso mental y del impedido, la hospitalización prolongada de la madre con complicaciones, del recién nacido dañado; las elevadas pólizas del seguro para el cuidado con un mínimo o ninguna prima para asegurar las situaciones del riesgo en la reproducción.

“ La magnitud del riesgo en la reproducción es extensa; entre sus víctimas no se excluye a nadie desde el feto hasta la sociedad en su totalidad. ”¹¹

MÉTODOS PARA MEDIR EL RIESGO REPRODUCTIVO

La medición del riesgo es la base de la programación y atención, por que permite identificar en la población a aquellos individuos familias o comunidades que tengan un mayor probabilidad de sufrir un daño durante el proceso de reproducción y de esa manera determinar cual es la población que tiene mayor necesidad de atención la cual debe ser prioritaria.

Evaluar el riesgo no es una tArea sencilla. Los primeros sistemas de evaluación del riesgo fueron elaborados en base a la observación y a la experiencia de sus autores; la posibilidad de medir y cuantificar los riesgos que tiene el individuo o la población es relativamente reciente y permite a los trabajadores de salud concentrarse en el aspecto preventivo.

Para lograr el propósito de medir el riesgo reproductivo es necesario que se elaboren instrumentos que discriminen y clasifiquen a la mujer de acuerdo a su riesgo. Estos instrumentos pueden ser utilizados con adaptaciones necesanas en todos los niveles de atención y complejidad, incluyendo el comunitario, también pueden ser utilizados por la población para el autocuidado de la salud

Al contar con un sistema de referencia y contrareferencia basado en el riesgo reproductivo facilitara la toma de decisiones de personal de salud en toda la red de servicios para el mejor cumplimiento de las normas y procedimientos establecidos; la conducta que se seguirá en cada caso será diferente de acuerdo al grado de riesgo que presente la mujer

Así, aquellas que tengan alto riesgo serán atendidas en un nivel mayor de complejidad, deben ser objeto de búsqueda activa en la comunidad por promotores y responsables de la salud.

Las que tengan bajo riesgo serán atendidas en un nivel de menor complejidad que tengan la capacidad de resolver estos casos. Se trata de una atención de buena calidad sobre todo para el grado de riesgo que presente.

Cuando se diseña un instrumento para clasificar a la población de acuerdo al grado de riesgo es necesario tomar las siguientes consideraciones:

- Que el instrumento tenga la mayor sensibilidad y por lo tanto sea lo más específica posible, " por este motivo la línea de corte , aquella que teóricamente separa a los que tienen alto riesgo de los que tienen bajo riesgo debe ser cuidadosamente definida ".¹²

Se dice que no existe instrumento perfecto ya que siempre existirán falsos positivos y falsos negativos, es decir si exceden los falsos positivos se produciría congestión en los servicios de mayor complejidad provocando un gasto innecesario de los recursos. Si los falsos negativos exceden significa que el instrumento deja muchos individuos con alto riesgo sin detectar. Esto es peligroso en términos de salud.

- El instrumento debe ser sencillo, de ser complejo no es fácilmente utilizable por lo que el personal comunitario se evitara aplicarlo
- El instrumento debe facilitar la toma de decisiones al personal de salud de los diferentes niveles de atención, al personal comunitario y al de la población.

SISTEMA DE CLASIFICACION EN PERÚ

Los factores de riesgo de los cuales consta el instrumento que se aplico en Perú se diseñaron sobre un estudio que se realizo con los datos de 77 760 mujeres atendidas por parto en 1976, se identificaron 67 factores de riesgo con significancia estadística, los principales son los siguientes: Edad, paridad, intervalo intergenésico patología materna, bajo nivel socioeconómico

SISTEMA DE CLASIFICACIÓN EN BOLIVIA.

En Bolivia se cuenta con la historia clínica pennatal, esta historia tiene un sistema de alarma identificado con color amarillo que permite al prestador de servicios tener decisiones y manejar los casos de acuerdo a las normas y procedimientos nacionales.

Su sistema de identificación incluye solo 4 factores de riesgo, edad menor a 18 años o mayor de 35, paridad mayor a 3, intervalo intergenésico menor a 2 años y antecedentes de mala historia obstétrica; sobre esta base se define si la mujer tiene alto o bajo riesgo reproductivo preconcepcional o no.

Otra clasificación que califica directamente a la mujer como alto riesgo reproductivo preconcepcional, es la que identifica los factores de riesgo con color amarillo y el alto riesgo preconcepcional se identifica con rojo.¹³

ANATOMÍA Y FISIOLOGÍA DEL APARATO REPRODUCTOR FEMENINO.

GENITALES EXTERNOS

Comúnmente se les denomina genitales externos a la vulva que es la parte más visible desde el exterior y se compone de:

Monte de Venus: Es una elevación de tejido adiposo cubierta por piel y vello púbico rizado, se encuentra sobre la sínfisis del pubis.

Labios mayores: Desde el monte de Venus se extienden dos pliegues longitudinales de piel, hacia abajo y hacia atrás por lo que se forman los labios mayores que rodean la abertura vaginal. están formados por tejido adiposo y gran cantidad de glándulas sebáceas y sudoríparas, cubiertos de vello púbico.

Labios menores: Por dentro de los labios mayores se encuentran los labios menores, que se unen anterior y posteriormente, su unión anterior da lugar al frenillo del clitoris y al prepucio. A diferencia de los labios mayores estos no contienen vello púbico ni grasa. además muy pocas glándulas sudoríparas, sin embargo tienen gran cantidad de glándulas sebáceas.

El clitoris: Es un órgano homólogo al pene, es de forma cilíndrica, se sitúa en la parte superior del introito, por arriba del meato urinario, exactamente en la unión de los labios menores, en donde se forma una capa de piel que recibe el nombre de *prepucio* que cubre al cuerpo del clitoris

Vestíbulo. La endidura que se encuentra entre los labios menores recibe el nombre de *vestíbulo*, dentro de este se encuentre el himen (si está presente), el orificio vaginal, el orificio uretra, y glándulas vestibulares.

Himen: Es una membrana anular que recubre parcialmente la entrada a la vagina está formado por tejido escamoso y conjuntivo

Meato uniano: Es un orificio en forma de endidura por el cual desemboca la uretra hacia el exterior

Glándulas vestibulares mayores: (Bartholin) son dos y se encuentran a cada lado del orificio vaginal, abren sus conductos en un canal que se encuentre en el himen y los labios menores, con su mucosidad lubrican la vulva y la parte externa de la vagina. estas son homólogos a las glándulas bulbouretrales (de Cowper) en el hombre. Cuando se infectan obstruyen la luz del conducto y produce abscesos (Bartholinitis)

Glándulas parauretrales: (de Skene). En cada lado del orificio uretral se encuentran las aperturas de los conductos de las glándulas de Skene, éstas glándulas se encuentran en la pared de la uretra y secretan moco, que lubrica al vestíbulo. Son homólogos a la próstata masculina y se infectan con relativa frecuencia.

Horquilla vulvar Se llama así al lugar donde se unen los labios menores en la parte posterior.

Periné: Es una superficie en forma de diamante, se encuentre entre los muslos de hombre y mujeres. Una línea transversa sobre las tuberosidades isquiáticas dividen al periné en el triángulo urogenital anterior que contiene genitales externos, el triángulo anal posterior que contiene al ano.

Los músculos que aquí se encuentran son los siguientes: Transverso del periné, bulbocavernoso, elevador del ano, el periné se ve afectado por el traumatismo en el parto.

GENITALES INTERNOS

Vagina: musculo membranoso que se extiende desde la vulva hasta el cervix, Sirve como conducto excretor del útero (durante la menstruación) es el órgano de la cúpula y el conducto del parto. Está formada por epitelio escamoso estratificado y tejido conectivo, estos se disponen en una serie de pliegues transversos que se conocen con el nombre de rugosidades, su capa media es muscular se estira de forma considerable. Mide aproximadamente 8 a 10 cm. de longitud se inserta en el útero y forma los fondos de saco (anterior, posterior y laterales) está sostenido por los ligamentos cardinales o de Mackenrodt, y el músculo elevador del ano Su pH es ácido, en la época de reproducción es de (3.8 a 4.2).

Útero:

Es un órgano muscular hueco situado en la parte profunda de la pelvis se encuentra invertido y aplanado ligeramente en sentido anteroposterior, entre la vejiga urinaria y el recto. En la nulípara mide 7.5 cm. de longitud, 5 de ancho y 2.5 de grosor aproximadamente. Pesa entre 50 y 100 gramos, cambia de tamaño durante la vida reproductiva y se atrofia después de la menopausia.

Desde el punto de vista etiológico el útero esta compuesto por tres capas de tejido

A) Capa externa: (serosa o peritoneo)

Es la parte del peritoneo visceral que posteriormente se transforma en ligamento ancho

B) Capa media: (muscular ó miométrio)

Forma la mayor parte de la pared intrauterina, es gruesa y resistente; está formada por fibras musculares lisas dispuestas en capas entre mezcladas con tejido elástico constituido por fibras circulares, longitudinales y arciformes. Durante el nacimiento las contracciones coordinadas de estos músculos ayudan a expulsar al feto.

C) Capa interna (endometrio)

Esta capa está muy vascularizada, se divide en dos: el *estrato funcional*, que se encuentra más cerca de la cavidad uterina, se desprende en la menstruación. La segunda capa es la del *estrato basal*, esta es permanente y su función es producir una nueva capa funcional después de la menstruación.

La irrigación del útero está dada por ramas de la arteria iliaca interna, que se conocen como arterias uterinas.

Istmo: La zona donde se une el cuerpo del útero con el cervix se denomina Istmo y es menos visible a las influencias hormonales, diferenciándose y desempeñando un papel importante en el embarazo y parto.

Cervix: Forma la parte inferior del útero haciendo protusión en el interior de la vagina, tiene forma cilíndrica, su longitud es de 3 cm y posee un orificio interno como uno externo. El orificio cervical externo tiene una morfología diferente según la paridad siendo puntiforme en las nulíparas y con endidura transversal en las múltiparas, está compuesto por tejido fibroso y elástico con fibras de músculo liso

Trompas

Uterinas: Son dos, y la parte donde se conectan al útero se denomina cuernos del útero. Transportan al óvulo desde los ovarios hasta el útero, miden de 10 a 12 cm de longitud, 2 cm de diámetro externo y de 1 a 2 mm de diámetro interno. se encuentran entre los pliegues de los ligamentos anchos.

Están constituidos por tres capas: *serosa o peritoneal* que permite el deslizamiento sobre los órganos vecinos, su capa media o *muscular* es de fibras circulares y longitudinales, la capa interna o *mucosa endosalpinx* compuesta por epitelio revestido por células ciliares. que favorecen la progresión de los espermatozoides y el huevo fecundado.

Anatómicamente se divide entres partes: Intersticial o intramural es la parte más próxima al útero; Ístmica parte intermedia y ampular , parte más distal y se ensancha progresivamente.

Ovarios: Glándulas pares, homólogas de los testículos, en íntima relación con la parte distal de la trompa uterina mediante la fimbria. Los ovarios tienen una parte central, la médula y otra externa, la corteza que se encuentra desprovista de peritoneo; la médula está constituida por tejido conjuntivo laxo y gran cantidad de vasos; sin embargo la corteza es asiento del tejido germinativo. estos dos órganos son los que se encargan de la producción de células reproductoras y son la fuente principal de hormonas femeninas

EFECTOS DEL EMBARAZO SOBRE EL ORGANISMO MATERNO

Como consecuencia de la gestación el organismo materno sufre importantes cambios, estos suceden desde la concepción y continúan durante todo el embarazo: Todas estas alteraciones conservan un ambiente sano para el feto y no comprometen la salud de la madre; por lo tanto no se deben considerar como patológicos, si no como una reacción adaptativa al desarrollo fetal. " La Organización Mundial de la Salud (OMS), al definirlos insiste en éste carácter adaptativo y propone llamarlos mecanismos de ajustes maternos-fetales"¹⁴

Entre las causas que ocasionan estos cambios son:

a) Causas hormonales: Los cambios endocrinos del embarazo son los responsables de casi todas las variaciones fisiológicas, por lo tanto también los valores de laboratorio se alteran de manera importante.

b) Causas mecánicas: al aumentar el volumen del vientre, esto repercute sobre la estática del organismo materno, en la circulación y las vísceras maternas; este es también un factor importante.

Después de la expulsión de la placenta muchos de estos cambios se revierten en forma rápida, sin embargo la mayor parte de los sistemas recuperan el estado que tenían antes del embarazo, aproximadamente seis semanas post-parto.

MODIFICACIONES GRAVÍDICAS GENERALES:

a) Aspecto: como consecuencia de los vómitos y la mala alimentación, sobre todo en el primer trimestre es malo. Estos desaparecen al progresar el embarazo. En el 4o y 5o mes entra en la época floreciente y en los dos últimos meses es notorio su cambio de.

b) Actitud: Adopta la llamada "orgullo de la embarazada" por que el aumento de peso y tamaño del vientre translada su centro de gravedad, para caminar cómodamente debe echar sus hombros hacia atras exagerando la lordosis lumbrosacra.

c) Peso : Este es de gran importancia y la embarazada debe pesarse periódicamente; generalmente en el primer mes de gestación la mujer pierde 1 - 2 Kg. (vómitos y anorexia) en algunos casos puede aumentar esa misma cantidad (si no hay vómitos) el aumento de peso se atribuye al útero y su contenido a las mamas y el volumen de sangre circulante y al líquido extravascular celular. El aumento de peso total medio en el embarazo es de 11 Kg

d) La temperatura en una mujer embarazada muestra ligera hipertermia, a veces se acompaña de escalofríos.

SISTEMA TEGUMENTARIO

Es común encontrar pigmentación en la piel en áreas distintas en las mamas, por ejemplo: en el abdomen se observa la línea alba o morena, se extiende desde el púbis hasta la cicatriz umbilical, las estrias gravidicas también se observan en abdomen, muslos y raras en mamas, éstas pueden ocasionar la ruptura de fibras elásticas de la demis.

En la cara aparece una pigmentación que se distribuye en la frente. dorso de la nanz, mejillas y labio superior a la cual se le conoce como "mascara del embarazo" o cloasma, que puede persistir después del parto también los genitales externos se afectan en forma similar.

SISTEMA HEMATOLÓGICO

Volumen sanguíneo: quizá el aumento del volumen sanguíneo sea la alteración fisiológica más impresionante, este aumento varia segun el tamaño de la mujer. en promedio el volumen sanguíneo aumenta de 45-50%

La capacidad cardíaca aumenta al rededor de 75ml la causa puede ser la elevación del volumen o hipertrofia del músculo cardíaco. El corazón aumenta de tamaño aproximadamente en 12%. todos estos cambios pueden mostrar alteraciones electrocardiográficas

Gasto cardíaco: Se incrementa aproximadamente un 40%, llega a su máximo entre la 24 SDG, el gasto cardíaco es sensible a los cambios de posición corporal.

"El útero presiona la cava inferior además la presentación fetal presiona sobre las venas ilíacas primitivas, lo que disminuye el retorno sanguíneo hacia el corazón. Esto disminuye el gasto cardíaco, reduce la presión arterial y causa edema en las extremidades inferiores"¹⁶

la frecuencia cardíaca aumenta hasta 15 latidos por minuto comparada con la frecuencia previa al embarazo. La presión sanguínea sistólica no se altera, mientras que la diastólica se reduce en los dos primeros trimestres, se estabiliza al final del embarazo.

APARATO RESPIRATORIO

Al principio del embarazo ocurre dilatación capilar en todo el aparato respiratorio en las vías respiratorias altas se observa edema en la mucosa ronquera laríngea o congestión de la mucosa nasal que dura tanto como la gestación. Frecuentemente se observa infecciones de las vías respiratorias, más importantes son los cambios pulmonares conforme crece el útero, se eleva el diafragma, el tórax se ensancha de su base la respiración se hace tipo costal, la capacidad vital pulmonar permanece constante.

APARATO URINARIO

El embarazo influye sobre todo el aparato urinario, la longitud del riñón aumenta 1 a 1.5 cm. también su peso aumenta. La pelvícula renal se dilata alcanzando una capacidad de 60ml (en la mujer no embarazada es de 10ml)

Función renal

: Probablemente la función renal se ve afectada por las hormonas maternas y placentarias incluyendo la diurética (AH),, la aldosterona, somatomatotropina coriónica humana (hCS) y la hormona tiroidea, además se incrementa el volúmen plasmático. La tasa de filtración glomerular (TFG) aumenta en un 50% , esto sucede al principio de la gestación: el flujo plasmático renal también se incrementa, (FPR)

La glucosuria:

No necesariamente es anormal, durante el embarazo la glucosa se escruta por la orina; esto sucede en más del 50% de las mujeres, debido al incremento de la filtración glomerular con alteración de la capacidad de resorción tubular para la glucosa filtrada, aunque es común la glucosuria debe vigilarse estrechamente, ya que puede ser signo de diabetes sacarina.

La proteinuria cambia poco, durante el embarazo se pierden normalmente 20 a 300 mg/ 24 hrs de proteínas.

Vejiga: Por el aumento del tamaño del útero la vejiga es desplazada hacia arriba, la presión que esto produce aumenta la frecuencia de la micción, se incrementa la vascularidad vesical y disminuye el tono muscular de la vejiga, lo que incrementa su capacidad hasta 1500ml.

APARATO DIGESTIVO

Se incrementan las necesidades nutricionales incluyendo vitaminas y minerales, por lo que se producen alteraciones maternas para satisfacerlas

Cavidad bucal La saliva se incrementa y se vuelve más ácida, lo que a veces incrementa la destrucción dental. Las encías se vuelven hipertróficas e hiperémicas, se tornan esponjosas, sangran con facilidad lo anterior se atribuye a la concentración general de estroenos La deficiencia de la vitamina C también produce hipersensibilidad y hemorragia de las encías.

Tracto digestivo: La motilidad gástrica está reducida durante el embarazo; el vaciamiento gástrico disminuye de manera considerable y en etapas tempranas de la gestación causa náuseas y vómitos. Los alimentos permanecen más tiempo en las vías gastrointestinales por lo que se reabsorbe más agua y provoca estreñimiento. Se produce pirois por el reflujo del contenido gástrico al esófago debido a la relajación del cardias y el retardo. Ya a finales del embarazo el estómago y los intestinos son empujados hacia arriba.

Vesícula biliar: Aumenta el tiempo de vaciamiento de la vesícula biliar, generalmente es incompleto por lo que la bilis se vuelve densa y la estasis puede producir cálculos biliares

Hígado: No hay cambios fisiológicos pero si funcionales, aumenta la liberación e incremento de las reservas de hierro para cubrir las necesidades materno-fetales.

SISTEMA ENDOCRINO

Durante el embarazo existe un agrandamiento; de las glándulas que se aprecian a la palpación esto se debe a la hiperplasia y a la vascularización.

Tiroxina: Se eleva bruscamente en el plasma materno al iniciar el segundo mes de embarazo y se mantiene muchas veces después del parto, lo cual no debe considerarse como hipertiroidismo, los causantes de estos cambios son los estrógenos.

La captación de triyodotironina por resina se reduce. "por consiguiente un nivel elevado de tiroxina en el plasma y al mismo tiempo una disminución de la captación de triyodotironina por la resina, son indicadores de hiperestrogenemia incluyendo la inducción por el embarazo o por los anticonceptivos orales"¹⁷

Hipófisis: Aumenta en cierta medida en su tamaño, el lactógeno placentario aumenta, abundantemente en la sangre de la mujer embarazada

Prolactina: Aumenta hasta 10 veces más que en la mujer no gestante

Suprarrenal: se produce una ligera alteración morfológica

Cortisol: Probablemente la secreción de cortisol disminuye

Aldosterona. Aumenta más en la semana quinta.

Páncreas: Hay hiperplasia de las células beta en los islotes de Langeshans, lo que ocasiona incremento de la insulina

CAMBIOS METABÓLICOS

Metabolismos de las proteínas:

Los productos de la concepción son ricos en proteínas en relación con las grasas y carbohidratos. En el embarazo el consumo de proteínas debe ser por lo menos de 30g al día.

Metabolismos de los carbohidratos:

“ Se sabe hace largo tiempo que la diabetes sacarina puede agravarse a veces durante el embarazo y que la diabetes clínica aparece en algunos mujeres solamente durante el embarazo”¹⁸

Por lo tanto debe vigilarse el metabolismo de los carbohidratos y la insulina ya que durante el embarazo circula en la mujer mayor cantidad de insulina.

Metabolismo de las grasas:

Los lípidos aumentan de manera apreciable en la segunda mitad del embarazo pero la cantidad varia según el peso de la mujer. Aumentan los lípidos plasmáticos (colesterol aumenta 50% y puede triplicarse la concentración de triglicéridos plasmáticos)

Metabolismos de los minerales:

Las necesidades de hierro son consideradas durante el embarazo y muchas veces excede las cantidades disponibles. El calcio y el fósforo son elementos indispensables para la formación esquelética aumentan progresivamente hasta el término del embarazo.

SISTEMA MUSCULO-ESQUELETICO

Aumenta la acción de la relaxina en sangre y favorece mayor movilidad de la pelvis durante el parto. Hay hipertrofia e hiperplasia se los músculos del cuerpo, principalmente a nivel de dorso y abdomen.

ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS.

Vista: En el campo visual se presenta hemianopsia bitemporal amaurosis transitoria, trastornos de acomodación

Audición: Discreta disminución de la agudeza auditiva.

Olfato: hiposmia, disminución de la sensibilidad para oler.

Gusto: Disminuye la sensibilidad gustativa, se altera el gusto lo cual causa perturbaciones groseras de alimentación.

MODIFICACIONES GRAVÍDICAS LOCALES

Se observa edema y aumento de la vascularización de la vulva, la vagina se edematiza, su epitelio escamoso aumenta de espesor, se color ordinariamente rosa se hace más oscuro y al termino es casi púrpura.

Útero: aumenta de tamaño 5 a 6 veces de (7x5x3cm a 35x25x20cm); aproximadamente se peso aumenta 20 veces (50g a 1000g) su capacidad aumenta 100 veces (4 a 4000ml) esto se debe a la hiperplasia de sus células musculares, además del tejido conectivo elástico. Al principio las paredes del útero son gruesas y al avanzar la gestación se adelgazan gradualmente.

La posición del útero grávido cambia al avanzar el embarazo las primeras semanas conserva su perfil original piriforme, pero el cuerpo y el fondo pronto se forman mas globulares y su forma es casi esférica.

“El útero crece y se pone en contacto con la parte abdominal anterior desplazando a los intestinos hacia arriba y hacia los lados En los primeros meses éste crecimiento se debe al estímulo que produce la acción de los estrógenos, posteriormente dicho crecimiento se debe a factores mecánicos de estimulación”¹⁹

Desde el primer trimestre hay contracciones, aunque la embarazada no se percate de esto, ya en el segundo trimestre se detectan a la exploración bimanual, y posteriormente solo con la mano sobre el abdomen (a estas contracciones se les llama de Braxton Hicks), aumenta el flujo sanguíneo útero placentario).

Una adecuada perfusión del espacio intervilloso placentario permite el suministro de las sustancias esenciales para el crecimiento del feto y de la placenta, así como la eliminación de los residuos metabólicos.

Cervix:

Hay ablandamiento y cianosis, se detectan en el primer mes del embarazo, se debe a la vascularización y edema del cuello; se altera la mucosa cervical que da lugar a la producción del tapón mucoso.

En los ovarios cesa la ovulación y se suspende la maduración de nuevos folículos, el cuerpo luteo tiene su máxima función durante 6 a 7 semanas de embarazo (5-4 después de la ovulación) pero a partir de entonces contribuye poco a la producción de progesterona.

Las trompas de falopio presentan ligera hipertrofia de las células musculares, edema, mayor vascularización y disminuye su motilidad.

En las mamas ocurren cambios considerables, hay mayor sensibilidad, ya que en el segundo mes aumentan de tamaño, se vuelven nodulares como consecuencia de la hipertrofia de los alvéolos mamarios, hay congestión de las venas superficiales (red venosa de Haller), los pezones aumentan de tamaño, hay hiperpigmentación, se vuelven eréctiles y ocasionalmente se segrega un líquido amarillo y espeso (calostro), se forma una segunda areola la cual constituye los tubérculos de Montgomery que son glándulas sebáceas hipertróficas.

CARACTERÍSTICAS BIOLÓGICAS QUE GENERAN RIESGO PREPRODUCTIVO

La vulnerabilidad al daño reproductivo se debe a la presencia de ciertas características biológicas, psíquicas, genéticas, ambientales, sociales, culturales, económicas, políticas que interactúan entre sí, todas estas características determinan factores de riesgo reproductivo, la estructura familiar, el número de hijos así como las necesidades de atención a la salud.

En este apartado se describirán las características biológicas que generan riesgo reproductivo, posteriormente se describirán las características socioeconómicas.

CARACTERÍSTICAS PERSONALES

Edad: Una gestación tiene mayor riesgo cuando la mujer es menor de 18 años o mayor de 35 años. Las tasas más altas de mortalidad están asociadas a nacimientos de mujeres menores a 20 años.

En las adolescentes el embarazo se acompaña de tensión emocional, nutrición deficiente, Preeclampsia, eclampsia, hijos con bajo peso al nacer, parto prolongado, desproporción cefalopélvica, laceración de cuello uterino entre otros.

En el otro extremo de la edad reproductiva, (concepciones sobrevenidas después de los 30 y sobre todo después de 38 años) además de los riesgos de muerte en el niño, si este sobrevive, las probabilidades de malformaciones congénitas y de retraso mental aumentan.

“En la ciudad de México un estudio demostró que las madres menores de 19 años tienen tasas mayores de ruptura prematura de membranas, toxemia, uso de fórceps para dar a luz y lesiones vaginales comparadas con la población total.”

La edad de la mujer en que los riesgos reproductivos son mínimos, oscila entre 20 y 29 años, por consiguiente las tasas de mortalidad materna, perinatal e infantil son más bajas ²⁰

Peso: El insuficiente peso pregravídico, la baja talla de la madre, el escaso como exagerado peso durante el embarazo, han sido asociados como malos resultados perinatales

Las mujeres que pesan menos de 45kg cuando no están embarazadas tienen mayor probabilidad de dar a luz a un lactante pequeño (PEG).

La obesidad es un factor de macrosomía fetal probablemente como causa directa ya que este fenómeno no puede acompañarse de diabetes sacarina.

Talla: La talla de la madre se relaciona con su capacidad pélvica. Las mujeres que miden menos de 1.44cm. tienen mayor riesgo de presentar desproporción cefalopelvica. La estatura corta es una indicación para realizar una valoración cuidadosa de la pelvis.

ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES

Es importantes determinar los antecedentes heredofamiliares, por lo que se tratará de saber si los parientes cercanos (padres, hijos, hermanos, tíos, etc) de la embarazada o su pareja existe algún antecedentes como retraso mental, embarazo gemelar, enfermedades hereditarias como etc. que obliguen a adoptar medidas especiales del diagnóstico o tratamiento

ANTECEDENTES MATERNOS PATOLÓGICOS

DIABETES

Algunas enfermedades pregravídicas pueden repercutir desfavorablemente sobre el embarazo o viceversa, por ejemplo la diabetes mellitus empeora la gestación, aumenta el riesgo de complicaciones del embarazo. La diabetes es un trastorno del metabolismo intermedio de los hidratos de carbono que tienen en común una intolerancia a la glucosa.

Clasificación

Formas primarias

- Tipo 1: Diabetes insulino dependiente (DID)
- Tipo 2: Diabetes no insulino dependiente (DNID)

Formas secundarias

Se deben a enfermedades pancreáticas, producción excesiva de ciertas hormonas por alteración de los receptores de insulina, ciertos síndromes genéticos, disminución a la tolerancia de la glucosa, diabetes gestacional.

“El embarazo produce aumento de hormonas como lactógeno placentario, cortisol y prolactina producen afecto anti-insulinico y por tanto diabetogénico.”

Repercusiones en el binomio madre hijo.

La diabetes produce hipoglucemia materna ocasionando hiperinsulinismo fetal y un efecto anabólico que se manifiesta en macrosomía e hipoglucemia del recién nacido. El tamaño del feto puede crear dificultades del parto y lesionar el canal de parto existe mayor probabilidad de malformaciones congénitas, el embarazo puede terminar en aborto, parto prematuro, aumentando el riesgo de Preeclampsia - eclampsia, distosias , cesáreas y riesgo en la madre consecuente a la operación, es posible que el recién nacido herede la diabetes.

Tratamiento:

Es necesario detectar con exactitud la existencia de anomalías en el metabolismo de los carbohidratos.

Controlar la glucemia ya que pronostica una mejor salud del feto. La mujer embarazada diabética, el feto y el recién nacido, deben ser atendidos por personal especializado .²⁷

HIPERTENSIÓN.

Se define como la presión arterial de 140/90mmHg o más. La hipertensión crónica es la que se encuentra antes de la semana 20 del embarazo y que persiste más allá de 6 semanas después del parto.

La hipertensión puede agravarse con el embarazo con la aparición de la proteinuria y a menudo edema generalizado y en este caso se le determina como Preeclampsia superpuesta que puede evolucionar hacia la eclampsia ya que en este caso la paciente puede presentar convulsiones o coma.

Del 80-90% se desconoce la causa que origina la hipertensión y 10-20% tienen un factor conocido ya que es secundaria a una enfermedad renal endocrina y otras causas.

PRECLAMPSIA - ECLAMPSIA

"Es un padecimiento que se complica en el estado gravídico, hacia el final del embarazo y se caracteriza por hipertensión, edema y proteinuria, y en algunos casos convulsiones y coma"

Hipertensión arterial en el embarazo:

Es una presión sanguínea sistólica de 90mmHg o más por lo menos en dos registros con un mínimo de diferencia de 6 hrs entre una y otra , o bien una elevación de 30mm Hg o más en la presión sistólica y 15mmHg en la presión diastólica.

Proteinuria:

Se define como la presencia de 300mg de proteínas o más, en una colección de orina de 24 hrs ó 1g/lit en una muestra tomada durante el día Se requieren dos determinaciones o más al menos con 6hrs de diferencia entre uno y otra.

Edema:

Es una acumulación excesiva y generalizada de líquido en los tejidos (espacio intersticial) y debe ser investigada en las áreas pretibial, lumbosacra, abdominal y / o en cara y en manos, el edema es significativo solo si hay signo de Godete (presión con un dedo sobre el tercio inferior tibial por cerca de 30 seg.) , se le clasifica en cruces ²²

- + edema pretibial, maleolar o de pies
- ++ edema de pared abdominal o de región lumbosacra.
- +++ lo anterior y/o edema facial y e manos.
- ++++ anasarca o (ascitis)

Clasificación

Se han realizado varias clasificaciones, pero existe divergencias en cuanto a esto; el Comité Americano de Salud Materna dio a conocer una clasificación que intenta agrupar en cinco grupos importantes la variedad de los estados hipertensivos durante la gestación.

I) Toxemia aguda del embarazo (después de la semana 20 de gestación)

a) Preclampsia:

- leve
- moderada

b) Preeclampsia

II) Enfermedad vascular crónica hipertensiva con embarazo (hipertensión esencial)

a) sin toxemia aguda agrada (no hay exageración de la hipertensión ni la proteinuria.)

b) hipertensión comprobada antes del embarazo

c) hipertensión descubierta en el embarazo (antes de la semana 20)

d) con toxemia aguda sobreagregada.

III) Toxemia recurrente

IV) toxemia no clasificada datos insuficientes para hacer el diagnóstico preciso)

V) Nefropatías²³

“La Preeclampsia se ha clasificado tradicionalmente como:

A) Leve

- Presión arterial: mayor o igual a 30/15 mmHg; 140/90mmHg pero menor de 170/110mmHg, o presión arterial media de 105mmHg o un incremento de 20 mmHg

Proteinuria menor de 5g en 24 hrs.

- Gasto urinario mayor de 500 ml, sin incluir edema pulmonar o anasarca.

B) Severa

- Presión arterial mayor o igual a 60/30 mmHg; mayor o igual a 170/110mmHg o presión arterial media de 130 mmHg o aumento de 40mmHg
- Proteinuria mayor de 5g en 24 horas
- Gasto urinario menor de 500 ml en 24 horas.

Edema masivo generalizado, incluyendo edema pulmonar o anasarca²⁴

La etiología de la preeclampsia- eclampsia permanece desconocida: sus causas son multifactoriales, algunos factores que favorecen se aparición son los siguientes: Edad, paridad, nutrición, herencia, psicopatías, raza, clima. Factores inherentes al embarazo como: embarazo múltiple, polihidramnios, embarazo molar, productos macrosómicos y factores maternos como, hipertensión, obesidad, diabetes mellitus, nefropatías, disrritmias cerebral (epilepsia)

La principal complicación de la hipertensión crónica es la Preeclampsia, que es la principal causa de muerte materna en nuestro país: además de que existe mayor riesgo de desprendimiento prematuro de placenta, productos de bajo peso al nacer, prematuros u óbitos, retraso en el crecimiento intrauterino, sufrimiento fetal o durante el parto debido a DPP (desprendimiento prematuro de placenta) se ha observado que los recién nacidos que sobreviven presentan defectos neurológicos en el desarrollo

CARDIOPATIAS

Una de las complicaciones importantes en el embarazo son las cardiopatías en sus formas reumáticas, propias de la juventud, mas frecuentemente en mujeres que en el hombre. En estas condiciones la sobrecarga gravídica suele constituir un importante factor de agravamiento: lo que provoca que ésta sea la causa de muerte materna no obstétrica

Clasificación:

Grado I : Cardiopatas que son capaces de realizar actividades físicas ordinarias y no experimentan molestias como; disnea, cianosis, dolor precordial y fatiga

grado II: Cardiopatas capaces de ejecutar actividades físicas, pero presentan molestias, generalmente disnea, fatiga, taquipnea, cianosis y dolor anginoso.

Grado III: Cardiopatas capaces de llevar a cabo cualquier actividad física menos intensa que las ordinarias y con malestar. disnea, fatiga, taquipnea, cianosis dolor anginoso, (estos síntomas aparecen con los menores esfuerzos; atarse los zapatos, barrer etc.)

Grado IV Cardiopatas incapaces de efectuar cualquier actividad física sin malestar y aún en reposo aparece disnea, dolor anginoso, taquipnea, cianosis y fatiga.

Esta clasificación solo se basa en los síntomas ya que no refleja con precisión la gravedad de la enfermedad.

Repercusiones en el binomio madre-hijo

Existe mayor complicación durante el trabajo de parto ya que hay mayor tensión del corazón y esta patología coloca a la mujer en un riesgo considerable de muerte la enfermedad cardíaca por si sola no puede producir mortalidad perinatal pero puede presentarse muerte intraparto debido a la hipoxia por los cambios circulatorios, puede haber prematuros, bajo peso al nacer y retraso en el crecimiento fetal.

ENFERMEDAD RENAL

" Teniendo en cuenta que la gestación representa una importante sobrecarga para la función renal, el desarrollo de un embarazo en una nefropata se ensombrese el pronóstico materno fetal, esto se pone de manifiesto no solo durante la gestación si no después de ella por cuanto el embarazo puede desencadenar un agravamiento irreversible de la enfermedad renal como consecuencia de lo cual la supervivencia materna disminuye."²⁵

CLASIFICACIÓN

Las enfermedades renales que se asocian con el embarazo son:

1. Enfermedad previa al embarazo
2.
 - a) Glomerulonefritis
 - b) Lupus eritematoso
 - c) Infección urinaria
 - d) Enfermedad calculosa
 - e) Riñón poliquístico; otras anomalías congénitas
3. Enfermedades renales que aparecen durante el embarazo
4.
 - a) Infección urinaria
 - b) Proteinuria y síndrome nefrótico.
 - c) Insuficiencia renal aguda
 - d) Insuficiencia renal obstétrica
 - e) Glomerulonefritis aguda intensa

Repercusiones en el binomio madre hijo

El efecto del embarazo sobre la nefropatía, se relaciona con el grado de evolución de la enfermedad, la embarazada puede presentar grave riesgo obstétrico ya que puede complicarse con la hipertensión arterial, a medida que la enfermedad se agrava; en particular la insuficiencia renal, el embarazo favorece su descompensación lo que acorta la vida de la madre

La nefropatía puede provocar esterilidad en la mujer, aumentan los abortos, parto prematuros, muertes fetales, y neonatales, recién nacidos de bajo peso la toxemia hemorragias cerebrales, desprendimiento prematuro de placenta normalmente inserta.

La mayoría de las complicaciones obstétricas puede explicarse por alteraciones anatómicas y la insuficiencia funcional de la placenta. Las arterias deciduales presentan esclerosis, disminución de la luz se observa infartos y fibrosis por lo tanto disminución de la superficie de intercambio feto-materno, anoxia placentaria y fetal.

ENFERMEDAD MENTAL

En la mayoría de las enfermedades mentales que se asocian con la gestación no puede demostrarse ninguna lesión orgánica del cerebro. Una mujer psicópata puede quedar embarazada pero generalmente la psicosis se desarrolla después del parto.

CLASIFICACIÓN.

Psicosis: En la gravidez sobre todo aparece la melancolía y la depresión.

Neurosis: Se presenta la angustia , fobia y aveces cuadros histéricos,

“ Con el nacimiento del niño, generalmente aumenta el estado neurótico de la paciente ya que puede perder el contacto con la realidad, presentando manifestaciones agresivas, conducta hostil, destructiva dirigida hacia su hijo, amenaza con suicidarse, no come, etc. Una paciente psiconeurótica puede presentar múltiples enfermedades y comprometer su cuidado por una conducta quejumbrosa, exigente, irracional, autística puede rechazar o desplegar una abierta hostilidad hacia el niño o incluso asumir una actitud de sobre protección en el cuidado del neonato.”²⁶

EPILEPSIA

“Es un trastorno que se caracteriza por la presencia de convulsiones crónicas, recidivantes y paroxísticas en la función neurológica , secundarias a un trastorno en la actividad eléctrica del cerebro.”²⁷

CLASIFICACIÓN

1. Gran mal
2. Pequeño mal

Repercusiones en el binomio madre hijo

Cuando la paciente convulsiona, frecuentemente entre condiciones normales, es mucho más fácil que presente ataques convulsivos durante el embarazo, esto se atribuye a la disminución de la concentración de los medicamentos en el plasma.

En los hijos de madre epiléptica existe mayor riesgo de malformaciones, probablemente se debe a los fármacos anticonvulsionantes en los mas frecuentes son: anomalías craneoencefálicas, labio paladar endido, cardiopatías congénitas hipoplasia digital bajo peso al nacer prematuridad mortalidad perinatal incapacidad del neonato para desarrollarse.

ANEMIA

Trastorno caracterizado por la deficiencia en la cantidad de oxígeno que transportan los eritrocitos a los tejidos, generalmente al disminuir la formación de células rojas sanguíneas, aumento en su destrucción, o reducción en la síntesis de hemoglobina; en la anemia por deficiencia de hierro el número de eritrocitos es normal pero son más pequeños, pálidos debido también a pérdida crónica de la sangre. Esta deficiencia también ocurre cuando la demanda de hierro es mayor (infancia, adolescencia, embarazo)

CLASIFICACIÓN

- a) Anemia por deficiencia de hierro
- b) Anemia por deficiencia de ácido fólico
- c) anemia aplásica
- d) Anemia hemolítica inducida por fármacos

repercusiones en el binomio- madre hijo

Estas van a depender del tipo y grado de anemia se considera embarazo de alto riesgo cuando las concentraciones de hemoglobina son inferiores a 9 gramos y el hematocrito se halla por debajo del 30%, por lo que esto favorece la hipoxia fetal, retardo en el crecimiento (entre el 20% de los fetos a término pesan menos de 2500g) partos prematuros Una hemoglobina se de 6 gramos aumenta la mortalidad. Otras complicaciones son toxemia e infección urinaria, mayor riesgo de infección puerperal desprendimiento prematuro de placenta normo inserta

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS

Tiene vital importancia los antecedentes obstétricos de la paciente, sobre todo para saber a cerca de los embarazos previos, independientemente de los resultados de estos; por que los datos que se obtienen brindan indicios importantes sobre los problemas potenciales en el actual, por lo que se requiere la siguiente información: número de gestas y partos, abortos, cesareas. intervalo intergenésico, si la paciente tubo hijos de bajo peso al nacer, productos prematuros y/o malformaciones congénitas ya que existe una tendencia a que el riesgo se manifieste en forma similar.

GRAVIDEZ Y PARIDAD:

Gravidez es el número total de embarazos previos, normalmente o anormales, (gestaciones ectópicas, mola hidatiforme, abortos, embarazos intrauterinos normales etc.), Paridad es el estado de haber parido uno o más lactantes después de la semana 20 de gestación o de 500g o más de peso.

El embarazo en la paciente que ha tenido más de 7 partos se considera dentro de alto riesgo ya que muchos embarazos generan más problemas. Generalmente la paciente que tiene más de 7 hijos tiene una edad cronológica que se asocia con otras enfermedades como: cardiopatías, hipertensión, diabetes, anemia etc.

“ Al ocurrir deterioro de las paredes abdominales, tejidos pélvicos, y el útero en si, por la sobredistención constante de las embarazos y por el trauma obstétrico que condiciona el parto, la paciente tiene predisposición a presentar las siguientes complicaciones: Trabajo de parto rápido, desproporción cefalopelvica, disocia de contracción, situación anormal del producto, placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta, ruptura prematura de membranas, ruptura uterina, aumento de la mortalidad materna ”, ²³

ABORTO

Es la interrupción del embarazo antes de la semana 20 de gestación o antes o antes de que el feto pese 500 gramos

La mayor parte de los abortos espontáneos se deben a productos anormales de la concepción, el riesgo de la pérdida se debe a factores demográficos y de comportamiento como son:

Edad:

Ya que hay mayor predisposición en las edades extremas de la preproducción. Paridad; mientras más partos haya tenido la mujer se incrementa el riesgo, lo mismo sucede entre el intervalo de los embarazos o que la paciente haya tenido una pérdida fetal anterior.

Otros factores maternos son:

Enfermedades sistémicas como infecciones maternas, trastornos endocrinos (Hipo.- Hipertiroidismo, diabetes) hipertensión, enfermedad renal, hiponutrición, proteica y vitamínica, trastornos inmunológicos factores tóxicos, defectos uterinos, causas psíquicas y emocionales.

CESÁREA:

Es la interrupción quirúrgica que tiene por objeto extraer el producto de la concepción a través de las paredes abdominal y uterina.

Se emplea en pacientes donde el parto vaginal no es posible o pone en riesgo la vida de la madre o el lactante por ejemplo cuando hay placenta previa, desproporción cefalopélvica mala posición o mala presentación, Preeclampsia - eclampsia, sufrimiento fetal, prolapso de cordón, diabetes, eritroblastosis, otros estados peligrosos como: carcinoma de cervix, distocia cervical, incisión uterina previa o cesárea previa.

Cuando la paciente embarazada a tenido una cesárea anterior, existe mayor riesgo de que ocurra dehiscencia de la cicatriz uterina durante el embarazo, el trabajo de parto o el postparto inmediato.

INTERVALO INTERGENÉSICO

Es el periodo comprendido entre la finalización de último embarazo (parto o aborto) y el inicio del actual cuanto menor sea el intervalo intergenésico mayor es la incidencia de niños de bajo peso, niños con exámenes neurológicos anormales y de mayor mortalidad perinatal

Cuando los órganos implicados en el embarazo no se han recuperado totalmente las complicaciones durante el embarazo pueden ser desgarros, hemorragias, ocasionando graves daños en el organismo de la mujer. Lo ideal del intervalo intergenésico es de 2 a tres años de esta manera se garantiza mejor atención y cuidado al bebé y una óptima recuperación biológica y psicológica de la madre.

PRODUCTOS DE BAJO PESO AL NACER

Actualmente se emplea el concepto del recién nacido con bajo peso al nacer en lugar de prematuro, para designar a los productos con peso menor a 2500g y cuya edad gestacional es mayor a 37 SDG (semanas de gestación). Algunos autores consideran que un peso menor a 2500 gramos es uno de los factores determinantes en muertes infantiles que ocurren en el periodo neonatal

Además de los ya conocidos e importantes factores de riesgo ambientales, socioeconómicos y educacionales, existen causas que están fuertemente asociadas a estos tres grandes factores como son: la desnutrición, la infección, el embarazo múltiple, la ruptura prematura de membranas, la permutares iatrogénica, por inducción o cesares anticipada. el hidramnios, esfuerzo físico y el estrés psíquico, alteraciones utero-cervicales y algunos defectos congénitos, el hábito de fumar es otro factor de riesgo importante que se asocia con una mortalidad elevada.

Los niños con bajo peso al nacer tienen mayor riesgo de morir en el periodo neonatal y los que sobreviven, presentan mayores alteraciones del desarrollo neurosíquicas, con relación a los nacidos a término y peso adecuado.

Algunos estudios de seguimiento, realizados en otros países a revelado que los niños con bajo peso al nacer tienen posteriormente un riesgo de 3 veces mayor probabilidad de presentar alteraciones o secuelas en el desarrollo neurológico.

PRODUCTOS PREMATUROS

El lactante prematuro o pretérmino es el nacido después de la semana 20 y antes del final de la semana 27 de gestación

Las causas del nacimiento pretérmino están relacionadas con la nutrición, la pubertad, el consumo de drogas, la enfermedad crónica materna, los nacimientos múltiples y sobre todo las infecciones

Esta es otra causa importante de morbi-mortalidad perinatal. cuanto más inmaduro sea el lactante mayor será el riesgo de problemas por inmadurez de los sistemas corporales por lo que hay especialmente riesgo en las funciones respiratoria, metabólica, hematológica, inmunológica, neurológica y gastrointestinal.

Las mujeres que dan a luz a un producto prematuro presentan más a menudo infección del líquido amniótico y endometritis postparto.

MALFORMACIONES CONGÉNITAS

Las malformaciones congénitas son anomalías anatómicas estructurales, resultado de la interferencia de múltiples factores durante la vida embrionaria, fetal o postnatal, que pueden estar presentes a la hora del nacimiento o diagnosticarse después de este y que finalmente son el resultado de una embriogénesis defectuosa. La mayoría de las malformaciones congénitas se deben a la interacción entre la predisposición genética y ciertos factores ambientales intrauterinos.

EMBARAZO

Es el estado fisiológico materno que consiste en llevar un feto en desarrollo dentro del cuerpo, este acontecimiento comprende desde la implantación del huevo o cigoto hasta la expulsión del producto de la concepción.

Duración del embarazo 10 meses lunares, o 9 meses 1 semana de calendario o 40 semanas o 280 días a partir del primer día de la última menstruación, o 266 días a partir del día de la fecundación.

“ Para fines prácticos en el diagnóstico del embarazo se cuenta con los siguientes signos y síntomas que se agrupan de la siguiente manera

sospecha: son signos y síntomas vagos que en conjunto pueden orientar hacia la existencia del embarazo

probabilidad Son aquellas que a pesar de estar presentes en la mayoría de los embarazos nos orientan hacia el diagnóstico sin confirmar su existencia.

certeza: son signos y síntomas que denotan con seguridad la existencia del embarazo.²⁹

CONTROL PRENATAL

Se entiende por control prenatal a la serie de contactos o visitas programadas de la embarazada con integrantes de equipo de salud con el objetivo de vigilar la evolución del embarazo, identificar o tratar a la paciente que esté expuesta a un riesgo durante el mismo. La finalidad del control prenatal es garantizar en todo lo posible un embarazo no complicado y el nacimiento de un lactante vivo y sano.

“ La posibilidad de que las mujeres reciben atención oportuna y eficaz durante la etapa reproductiva depende en parte de los recursos humanos y materiales disponibles y su distribución. En el país se cuenta con un sistema nacional de salud para satisfacer las demandas de la población, pero los recursos actuales son insuficientes, sobre todo para atender a la población abierta ya que es precisamente la que presenta mayores problemas de salud.”³⁰

Para que el control prenatal sea eficiente debe cumplir con cuatro requisitos básicos:

1. *Precoz*
2. *Periódico*
3. *Completo y*
4. *de Amplia cobertura*

El control prenatal es un claro ejemplo de medicina preventiva por que contribuye a evitar muertes, lesiones maternas y perinatales,

“ Alejar las dudas de las gestantes despejar los miedos y tabúes, lograr mayor acercamiento y confianza hacia el sistema de salud, una actitud más positiva hacia la enfermedad, hacia el esparcimiento de los hijos, el mejoramiento de los hábitos de vida familiar mayor disposición para el control y crecimiento del desarrollo ulterior del niño fomentar la actividad hacia la lactancia natural dar a conocer el plan de vacunación etc. son ejemplos de beneficios colaterales.”³¹

29 CAVANOVA A. OBSTETRICIA. 2004

30 SECRETARÍA DE SALUD. LA LEY DE LA MEDICINA. MEXICO. 2000

31 BOGVAROZ EL AL. ATENCIÓN PRENATAL Y EL PARTO PRECOZ. 2002

CONSULTAS PRENATALES

En cada consulta prenatal debe realizarse la mayor cantidad de actividades para reducir al mínimo el número de consultas. A continuación se propone el número de consultas que permiten realizar las actividades necesarias, siempre y cuando las características del embarazo sigan siendo de bajo riesgo.

Amenorrea recomendada para cada consulta

<i>1ra</i>	<i>2ra</i>	<i>3ra</i>	<i>4ta</i>	<i>5ta</i>
<i>antes de</i>	<i>entre</i>	<i>entre</i>	<i>entre</i>	<i>entre</i>
20 SDG	22-24 SDG	27 29 SDG	33-35 SDG	38-40 SDG.

Si se descubre alguna anomalía las subsiguientes consultas serán con la frecuencia que sea pertinente.

EDAD DE EMBARAZO

En la primera consulta prenatal se interroga a la paciente a cerca del primer día y mes de la última menstruación y si estos datos son confiables a partir de ellos se calcula la edad del embarazo y la fecha probable de parto.

La regla de Mc DONALD nos dice que se toma de referencia la altura del fondo uterino, el cual se multiplica por 8 y se divide entre 7, el resultado es la edad del embarazo en semanas.

$$\text{Edad de embarazo} = \frac{\text{altura del FU} \times 8}{7} = \text{SDG}$$

Otra manera de realizarlo es sumando los días desde el primer día de la fecha de la última menstruación hasta la fecha de la consulta y dividirlos entre 7.

También se utiliza la siguiente fórmula ideada por ALFEHL

$$\frac{\text{altura de FU mas 4}}{4} = \text{Numero de meses del embarazo}$$

Se basa en que el útero es un órgano intrapélvico y crece 4 cm por cada mes de embarazo, al sumar 4 se compensa el crecimiento correspondiente al primer mes al dividirlo entre 4 se sabe cuantos meses ha crecido el producto.

Al convertir los meses en semanas del embarazo se considera que cada 2 meses equivalen a 9 semanas.

FECHA PROBABLE DE PARTO

La fecha probable de parto se calcula por medio de la regla de Naegele y dice que al primer día de última menstruación se le suman 7 días, se le restan 3 meses y se le suman 1 año.

$$\text{FPP} = \text{FUR} + 7 \text{ días} - 3 \text{ meses} + 1 \text{ año.}^{32}$$

MANIOBRAS DE LEOPOLD

Para realizar la exploración física del abdomen se utilizan las siguientes maniobras conocidas como maniobras de Leopold donde podemos determinar si el útero corresponde con las semanas de amenorrea; así como el tamaño de feto, situación, presentación, y actitud, además se pueden determinar trastornos como exceso de líquido amniótico, embarazo gemelar o tumores abdominales.

Durante las tres primeras maniobras el explorador se coloca al lado de la cama de modo más conveniente vuelto hacia la cabeza de la paciente y en la última invierte su posición y se sitúa de cara a los pies de la paciente.

1ra. Maniobra:

Aquí se determina el nivel del fondo uterino y permite determinar que polo fetal se encuentre en él. Se determina usando el borde cubital de las manos y el dedo meñique que se van desplazando hacia abajo a partir del xifoesternón

2a. Maniobra: Las manos se colocan a cada lado del abdomen, se ejerce presión suave pero profunda sobre un lado, al realizarlo se determinan el dorso del producto; es aquí donde se precisa la posición del producto y se corrobora la situación del mismo.

3ra. Maniobra: La maniobra se realiza con el pulgar y los dedos restantes y nos permite localizar el polo inferior del producto situada inmediatamente por encima de la sínfisis púbica,

4ta. Maniobra: El explorador coloca las manos en el polo inferior del producto: es decir la presentación, lo que va a permitir identificar el grado de descenso de la parte presentada en el pelvis.

PELVIS ÓSEA

La pelvis ósea está conformada por cuatro huescos, 2 ilíacos, el sacro y coxis. El trabajo de parto es un procedimiento de acomodamiento del feto al conducto óseo, para esto el producto tiene que atravesar el tamaño de la forma de la pelvis por lo tanto esta última tiene mucha importancia obstétrica.

La valoración de la pelvis se realiza previamente al parto por medio del tacto vaginal, para el estudio de la pelvis, esta se divide en tres estrechos que son los siguientes;

- *Estrecho superior:*
- Se trata de un verdadero anillo óseo en donde se encuentran los siguientes diámetros

Anteroposterior

Que va de la cara anterior de la sínfisis del pubis al promontorio del sacro, mide 11cm

Transverso:

Se encuentra entre dos eminencias ileopectíneas y construye el diámetro mayor del estrecho superior, mide 13cm-

Oblicuo: Parte de la articulación sacro ileaca al borde superior de la porción distal de la rama horizontal del pubis, mide 12 cm

- *Estrecho medio*: Tiene como referencia anatómica las espinas ciáticas, está formado por un plano que pasando por la parte anterior de la sínfisis coincide también con las espinas ciáticas y cuando estas son muy prominentes puede ocasionar distocia. sus diámetros son:

Anteroposterior: Que va del margen inferior de la sínfisis de púbis hasta la punta del sacro.

Transverso: Es la distancia que hay entre las espinas ciáticas: Los dos miden aproximadamente 11 cm.

- *Estrecho inferior* :Después del estrecho superior el estrecho inferior es el de mas importancia y sus diámetros son:

Anteroposterior: se haya desde la parte inferior de la sínfisis al coxis. mide 9cm.

Transverso: Se encuentra en la superficie interna de las tuberosidades isquiáticas medie 11cm Este estrecho tiene mayor elasticidad, no es un anillo óseo rígido como el estrecho superior.

PLANOS DE HODGE

Para estudiar el descenso en el canal de parto, o sea el “grado de encajamiento” Hodge describió cuatro planos paralelos.

El primer plano: Va del borde superior de la sínfisis púbica y llega al promontorio (es en realidad el plano del estrecho superior)

El segundo plano: Pasa el borde inferior de la sínfisis del púbis y llega a la segunda vértebra sacra.

El tercer plano Se encuentra a nivel de las espinas ciáticas,

El cuarto plano Pasa por la punta del cóccix.

TRABAJO DE PARTO

El trabajo de parto es un conjunto de fenómenos fisiológicos que tienen por objeto la salida de un feto viable de los genitales maternos

El trabajo de parto se divide en tres periodos

Primer periodo:

Se conoce como de borramiento cervical y dilatación; comienza cuando las contracciones uterinas alcanzan la frecuencia, intensidad y duración suficientes para iniciar el borramiento y la dilatación del cuello uterino, termina cuando el cuello se ha dilatado completamente y es suficiente para permitir el paso de la cabeza.

Segundo periodo:

Se inicia con la dilatación completa del cuello y termina con el nacimiento del niño. Cuando el cuello a dilatado totalmente las contracciones uterinas completan el descenso y causan el parto del feto con la ayuda de los esfuerzos del pujo. en este periodo la frecuencia de las contracciones aumentan hasta un promedio de 5 por 10 minutos.

Tercer periodo:

De desprendimiento y expulsión de la placenta. Empieza tras el nacimiento de niño, finaliza con la expulsión de la placenta y las membranas fetales.

MECANISMO DEL TRABAJO DE PARTO.

La presentación de vértice o de occipucio ocurre aproximadamente en el 95% de todos los fetos

Se llama mecanismo del parto al conjunto de movimiento o desplazamientos que realiza la presentación en el curso del parto. Este mecanismo implica tres tiempos que son

Encajamiento	Flexión Orientación Asinclitismo
Descenso	Rotación interna
Desprendimiento	Extensión Restitución Rotación Externa

Encajamiento:

La cabeza se encuentra libre en un grado discreto de flexión. para poder encajarse realiza una flexión con el objeto de reducir los diámetros anteroposteriores (diámetro suboccipitobregmatico es menor que el occipito frontal).

El movimiento de orientación, aquí la cabeza rota sobre su eje vertical para hacer coincidir su diámetro anteroposterior con uno de las diámetros oblicuos de la pelvis materna. Se dice que la cabeza se encaja en asinclitismo cuando esta adopta una posición más anterior o posterior de la pelvis.

Descenso:

el primer requisito para el parto es el descenso; se efectúa sin modificaciones sin desplazamientos de la cabeza de esta manera desciende y llega al piso perineal.

La rotación interna es un movimiento de consiste en la rotación de la cabeza deforma que le occipucio se mueve de manera gradual desde su posición original y se dirige anteriormente hacia la sínfisis pubiana.

Desprendimiento:

Se efectúa simplemente por un movimiento de extensión, que lleva la base del occipucio a un contacto directo con el margen inferior de la sínfisis pubiana. "El retorno de la cabeza a la posición oblicua (restitución) es seguida de una rotación externa hacia la posición transversa movimiento que corresponde a la rotación del cuerpo fetal, sirve para disponer el diámetro biacromial en relación con el diámetro anteroposterior del orificio de la salida de la pelvis " Después de la rotación externa aparece por debajo de la sínfisis pubiana el hombro anterior y poca después el hombro posterior distiende el perineo inmediatamente es expulsado el resto del cuerpo.³³

ALUMBRAMIENTO.

Inmediatamente después del nacimiento el útero continua contrayéndose rítmicamente sin interrupciones con la misma intensidad y frecuencia que durante el trabajo de parto con la finalidad de expulsar la placenta hacia el canal de parto con un promedio de tiempo de seis minutos después de haber nacido el bebé.

Se habla de retención de la placenta cuando después de treinta minutos de haber nacido el niño, las contracciones del cuerpo uterino no han podido desprender o expulsar la placenta hacia el canal del parto; en estos casos está indicada la extracción manual de la placenta. Después del alumbramiento el útero continúa contrayéndose rítmicamente para expulsar los coágulos o loquios.

Los intentos por expulsar la placenta antes de su separación son inútiles y posiblemente peligrosos (útero invertido) por lo que se sugiere reconocer los siguientes signos.

- El útero se vuelve globoso y más firme
- Suele presentar una fuga repentina de sangre.
- Sale más cordón umbilical de la vagina lo que indica que la placenta ha descendido.

Mecanismos de expulsión placentaria.

En el mecanismo de Schultze fluye sangre desde el área de implantación placentaria dentro del saco invertido, sangre que no se escapa hacia afuera hasta que se expulsa la placenta.

El otro mecanismo se conoce como mecanismo Duncan, el desprendimiento se realiza primero en la periferia de manera que la sangre es acumulada en las membranas y la pared uterina y se escapa por la vagina.

HEMORRAGIA POSTPARTO.

Durante el curso del alumbramiento se produce siempre una pérdida de sangre que puede calcularse como expresión normal de 300 a 500ml. se dice que es más cuantiosa en multíparas que en las primíparas. cuando encontramos cifras más elevadas a las antes mencionadas aumenta el peligro de una hemorragia ya que esta es una de las principales causas de morbi-mortalidad materna durante el puerperio y se considera que las mujeres que tienen mayor riesgo son aquellas que tuvieron una implantación anormal de la placenta o desarrollo anormal de la misma, traumatismo innecesarios fórceps) cesarea, ruptura uterina, atonía uterina, volumen sanguíneo insuficiente. (anemia), defectos de la coagulación.

Entre los factores más comunes que aumentan el riesgo de la hemorragia son: Una historia de hemorragias previas, hipertensión o preeclampsia, disminución de plaquetas, anemias e infecciones; aumenta el riesgo en mujeres con trabajo de parto prolongado.

MEMBRANAS OVULARES Y LIQUIDO AMNIOTICO

Por medio del tacto vaginal también se valora la integridad de las membranas al rechazar suavemente la presentación para valorar también las características del líquido amniótico en caso de que haya ruptura prematura de membranas.

Estas membranas son dúas y forman la cavidad en que se hayan ubicados el feto, placenta y cordón umbilical bañados por el líquido amniótico " Las membranas fetales participan activamente en el inicio del trabajo de parto al liberar fosfolípidos que se consideran como precursores de prostaglandinas, E2 y F2."

El líquido amniótico ocupa la cavidad formada por las membranas ovulares, mantiene un constante intercambio con los fluidos de los compartimentos maternos-fetales y representa para el feto una circulación extracorporea. Aumenta progresivamente durante el embarazo, alcanza su máxima cantidad de 1000cc aproximadamente y comienza a descender a 600 o 700cc, su exceso constituye el polihidramnios y su reducción el oligohidramnios.

Características : Es claro y transparente, luego se torna blanco, grisáceo o amarillo, olor a esperma su reacción es alcalina su pH de 6.6 a 7.1 su aspecto puede variar de acuerdo a lo siguiente:

- | | |
|------------------------------|---|
| - blanco, grisáceo, amarillo | Normal. |
| - Verde, negruzco y espeso: | Meconio, casi puro presentación pélvica. |
| - Verdoso líquido: | Teñido con meconio a existido o existe sufrimiento fetal |
| - Verdoso y espeso: | Sufrimiento fetal grave. |
| - Rojizo mezclado | Mezclado con elementos de maceración fetal. ³⁴ |

FUNCIONES DEL LIQUIDO AMNIÓTICO

Función mecánica: Favorece la libertad de movimientos necesarios ayudando al desarrollo del producto de la concepción

Función protectora: Protege de traumatismos y sensaciones dolorosas.

Función metabólica y funcional: Primero interviene en la nutrición fetal, después de la formación de la placenta colabora en la formación de proteínas y aminoácidos indispensables.

actúa como prensa hidráulica sobre el segmento inferior del útero ayudándole a dilatar el canal cervical.³⁵

CARACTERISTICAS SOCIOECONOMICAS QUE GENERAN RIESGO REPRODUCTIVO

NIVEL SOCIOECONÓMICO.

Los factores que determinan un alto o bajo nivel económico son los bienes y servicios a los que tiene acceso una sociedad, es decir las condiciones reales en que vive un grupo humano, lo cual se relaciona con la satisfacción de sus necesidades y aspiraciones de índole muy diversos desde las puramente materiales (bienestar físico y consumo) hasta otros inmateriales (educación, derechos políticos.)

De ahí que se distinguen diversos grupos con diferente nivel económico que se miden y distinguen según su modo de vida (hábitos y costumbres sociales; y se han clasificado en tres niveles: nivel económico alto, medio bajo -pobreza-).

" Hasta que el desarrollo socioeconómico no haya alcanzado cierto nivel, no es posible disminuir la fertilidad y una vez que se haya logrado ese nivel la fertilidad disminuirá por sí misma".³⁶

por lo tanto podemos afirmar que es mejor actuar sobre la fertilidad por que sera más difícil satisfacer el desarrollo económico y social.

Cuando se combina la pobreza, familia muy extensa, embarazos con intervalos intergenésicos cortos se ve afectado el desarrollo e la niñez un sus capacidades cognoscitivas, verbales y desarrollo físico

" El tamaño de la familia es mayor entre los pobres y generalmente depender de un sola persona que trabajo esto hace que los recursos se vuelvan escasos y no para " inversiones" más allá de la supervivencia como: es la educación que podria ayudar a estas familias a salir de la pobreza "³⁷

La mala alimentación conduce a una nutrición pobre a cuerpos débiles y vulnerables a la enfermedad, sobre todo para la mujer, ya que al desarrollarse en una clase social baja, aumenta su riesgo ya que este nivel no alcanza a cubrir sus necesidades prioritarias para alcanzar la culminación de una gestación. y si a esto se le auna que vive en un habitación deficiente, promiscuidad y además no lleva un control prenatal, podremos encontrar mayor insalubridad ambiental: por lo que estará más propensa a tener hijos prematuros, sufrir de preeclampsia . eclampsia fertilidad prematura, muerte neonatal, cesáreas, abortos escasa educación, sus hijos tendrán mayor probabilidad de mortalidad causada por infecciones como sarampión, neumonías, diarreas. todas ellas por el resultado insalubre y la ignorancia de las madres., No están acostumbradas a solicitar atención médica en casos no urgentes, el embarazo para ellas es un acontecimiento normal, no comprenden la necesidad de esos cuidados a menos que se presente alguna urgencia.

EDUCACIÓN

* La educación propiamente dicha es un proceso serio que hunde profundamente sus raíces en el ser que abarca el conjunto de actividades, de conductas, de reacciones frente a la vida, de sus tareas de sus responsabilidades de sus sombras y sus luces³⁸

* En la medida que un pueblo es educado para utilizar con mayor eficacia los recursos a su alcance, no solo podrá alimentarse mejor al estar informado sobre los recursos alternativos para hacerlo, sino que también podrá aspirar a un nivel más alto de vida³⁹

Por tal razón la educación es un factor determinante para preservar la salud pues al desconocer la historia natural de las enfermedades por parte de la población impide que se practiquen medidas preventivas se protección específica hacia las enfermedades como son: las inmunizaciones, el saneamiento del medio ambiente, el cuidado prenatal, la higiene y la alimentación adecuada.

Entre mayor educación se tenga menos hijos se traen al mundo. * La fertilidad declina con el aumento del tiempo de escolaridad por dos causas. en primer lugar. la mujer educada se casa más tarde y en segundo lugar es más probable que las mejor educadas usen anticonceptivos y así reduzcan su nivel de embarazos después de casadas ⁴⁰

Las adolescentes al embarazarse corren el riesgo de interrumpir sus estudios ya que además tendrán más responsabilidades a una edad en la cual podría iniciar una carrera, por lo que se ve afectada en sus oportunidades de obtener empleo.

* Así, en las escuelas de capacitación para el trabajo profesional medio y normal la matrícula de la mujer es predominante caso contrario al de los planteles del bachillerato y enseñanza superior; este comportamiento puede estar determinado por el temprano ingreso de la mujer a las actividades domésticas o bien al mercado de trabajo así como por la tradición de que tarde o temprano será ama de casa debe estudiar cuando mucho una carrera corta ⁴¹

* Los niños nacidos de madres sin escolaridad formal tienen una tasa de mortalidad en el primer año de vida de 3.5 veces mayor que las de los nacidos de mujeres que han tenido enseñanza secundaria, además los hijos de madres analfabetas que sobreviven en el primer año de vida tienen una esperanza de vida menor de 10 años al promedio nacional que es de 65 años ⁴²

ESTADO CIVIL

Las mujeres mexicanas inician a temprana edad su vida sexual, algunas de ellas lo hacen antes de las 15 años; en una encuesta aplicada en 1988 se encontró que el 8% de las mujeres se unió por primera vez antes de las 15 años y el 56.4% se unió entre 15 y 19 años, las restantes se unieron antes de los 25 años.

* Si bien es cierto que la incorporación de la mujer ha sido un adelanto importante, aun subsiste el patrón cultural muy arraigado según al cual el matrimonio es la principal si no la única posibilidad de realización personal y logro de un status social para la mujer ⁴³

* MOHAMMAD, OP CIT, P. 70

* SECRETARIA DE SALUD, OP CIT, P. 17

* PARQUIM, OP CIT, P. 512

* SECRETARIA DE SALUD, OP CIT, P. 15

Es importante mencionar que la incidencia de uniones libres en zonas rurales y urbanas se debe a razones de carácter económico, geográfico, culturales y sociales; por lo tanto una mujer que viva permanentemente y honestamente con un hombre en unión libre tiene la misma consideración social que si estuviera casada.

Cuando una mujer se embaraza y no se encuentra unida a su pareja (madre soltera) el apoyo tradicional del matrimonio no existe tales casos, el apoyo de la sociedad es menor que el se otorga a los nacidos de matrimonios o en unión libre ya que el embarazo no es aceptado fuera de este, la actitud de los familiares varía desde al apoyo, falta del mismo o incluso hostilidad abierta.

“ El embarazo fuera del matrimonio forma parte de un ciclo de interrupciones prematuras, muchas veces de la educación y del bienestar económico además de presentar el inicio de una ilegitimidad”⁴⁴

OCUPACION

Respecto a la salud ocupacional de la mujer en 1988 se encontró que solo una tercera parte de la población femenina de 12 años y más correspondía a la población económicamente activa.

La información de la encuesta nacional de empleo urbano muestra que parte de la población económicamente activa esta compuesta por quienes se dedican a los quehaceres del hogar y estudiantes, conformada ambos grupos principalmente por mujeres.

Muchas veces las cifras que se obtienen en las encuestas sobre el empleo subestiman la participación de la mujer al no tomar en cuenta los trabajos no remunerados realizados en épocas de siembra y cosecha.

En las áreas rurales muchas veces las mujeres entienden las tareas que desempeñan en estas actividades como una extensión de su rutina doméstica sobretodo al no percibir ella alguna retribución, por los productos que lleva al mercado”

La mujer ocupada fuera del hogar es la que tiene menos hijos, es la que ha reflexionado más sobre cuantos hijos convendría tener: esta actitud de las mujeres sobre la fecundidad es más significativa en cuanto su actitud sobre la fecundidad se sus hijas. “ El 80% de las mujeres trabajadoras consideran en promedio que sus hijas deberán tener de menos de tres hijos, las que no laboran económicamente creen que mejor sería que tuviesen más de tres hijos” Las mujeres que trabajan están más informadas sobre planificación familiar, por parte del personal médico, de sus mismas compañeras de trabajo o inclusive en conferencias

EL NEONATO NORMAL

Se llama feto al producto de la concepción hasta su nacimiento, recién nacido o neonato hasta el primer mes de vida y durante este periodo experimenta cambios extraordinarios.

Los bebés son individuos, cada uno es diferente hay una gran variedad de formas, tamaños y patrones de comportamiento que deben ser calificados como "normales" a pesar de sus variaciones. Aunque con frecuencia se habla del neonato típico, se debe tener presente que en realidad no existe tal, sabiendo que el recién nacido es un individuo a continuación se describirá la apariencia anatómica y fisiología generales del neonato representativo.

El recién nacido termina o permanecido en el útero materno de 37 a 40 semanas, en su aspecto predomina la cabeza, y el abdomen; sus piernas son un poco arqueadas los pies son planos a causa de la presencia de una almohadilla adiposa que normalmente desaparece cuando comienza a utilizar los pies, sus caderas son pequeñas en comparación con las del resto del cuerpo.

Las cifras promedio de sus medidas corporales son las siguientes:

Circunferencia cefálica:	30-35 cm
Circunferencia a torácica:	27.5- 30.5
Talla.	45-55
Peso:	2900-4000

Debemos recordar que el tamaño corporal no es el único factor del que depende la madurez.

PIEL

Al nacer su piel es delicada y tiene un color rosado, a veces está cubierta por vernix caseosa; es una especie de crema que protege al bebé de su medio acuoso, se encuentra especialmente en dorso, cuello, ingles y axilas, la capa externa de la piel puede comenzar a despegarse fenómeno llamado de "descamación"

Milio: Son finisimas glándulas sebáceas, (puntos blancos o amarillos) comúnmente se encuentran en la frente nariz, mejillas y barbillas del recién nacido, pueden estar llenas de secreción; durante las primeras horas se encuentran tapadas porque todavía no han empezado a funcionar normalmente.

A veces aparecen manchas azulosas pigmentadas en dorso y glúteos, conocidos como: *manchas mongólicas* que disminuyen de intensidad con el tiempo.

Petequias: son pequeños puntos de color azul rojizos en el cuerpo ocasionadas por la ruptura de capilares diminutos.

Lanugo: Son vellosidades largas que se encuentran en los hombros espalda y frente del recién nacido, mientras más inmaduro sea serán más visibles, desaparecen en la vida postnatal.

En el tercer día puede mostrar la llamada ictericia fisiológica del recién nacido, la que por ser normal afecta al 60.5 de todos los recién nacidos.

" Esta ictericia usualmente no se considera de origen patológico sino que se cree asociada con la destrucción de eritrocitos que ya no se necesitan en número tan grande como cuando la respiración externa por medio de pulmones era imposible en el útero."⁴⁵

CABEZA:

Durante el nacimiento la cabeza sufre un fenómeno de amoldamiento al adaptarse a las dimensiones del conducto del parto. Las fontanelas se palcan fácilmente, la fontanela anterior (bregma) se osifica y cierra aproximadamente hasta los 18 meses, la fontanela posterior (lamda) cierra en el segundo mes aproximadamente. La cabeza representa una cuarta parte de su talla (en el adulto equivale a una octava parte de su estatura.)

la cabeza puede estar cubierta con cabello espeso o largo o bien puede estar totalmente calva, sus pestañas y cejas pueden ser finisimas. a veces las orejas pueden estar dobladas y con rugosidades, pueden parecer deformadas porque tienen poco cartilago endurecido, (reacciona al sonido desde el nacimiento, sus pupilas reaccionan a la luz, se dice que el recién nacido puede enfocar objetos) el llanto ocasionalmente es sin lagrimas

su cuello es casi corto con rugosidades, su tórax es relativamente pequeño y abdomen prominente.

ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS:

Sus ojos pueden ser azul grisáceos. color definitivo aparece después de tres meses, sus pupilas reaccionan a la luz, se dice que el recién nacido puede enfocar objetos.

Olfato: puede estar presente en el neonato pero se desconoce su extensión real, la nariz puede estar aplanada y en unos días su cartílago adquiere su posición normal.

Audición: Reacciona al sonido desde el nacimiento.

Gusto: La capacidad de succión y el sentido del gusto están desarrollados al nacer. su sabor favorito es el dulce, cuando esta hambriento succiona prácticamente todo lo que se le da.

El tacto está bastante desarrollado en la piel y en la boca, responde al dolor y al frío con llanto.

REFLEJOS

Son respuestas a estímulos que dependen del control cerebral a nivel consciente, tienen un número de reflejos destinados a preservar o proteger su vida. Los más notables son:

Moro: Se desencadena por cualquier estímulo repentino tal como el color, el ruido o la pérdida del punto de apoyo. los brazos se elevan con un intento de proteger el tórax y al cara; luego el producto se extiende para relajarse poco a poco.

Tonicidad cervical: Reflejo postural en el cual el producto voltea la cabeza hacia un lado y extiende luego el brazo y la pierna hacia el mismo lado en ángulo recto con el cuerpo, flexiona la otra pierna en una posición intermedia. desaparece al rededor de la vigésima semana de vida.

Parpadeo. Reflejo de protección que permanece toda la vida al igual que las lágrimas que eliminan sustancias nocivas al ojo

Presión : Se explora en pies y manos del neonato , este sujeta cualquier objeto que se le coloque (decrece posteriormente y aparece el de presión intencional).

Puntos cardinales: (búsqueda) Hace que el neonato voltee hacia cualquier objeto que haya tocado su mejilla, ayuda a localizar el pezón con la boca cuando la mama hace contacto con la mejilla.

Succión : Esta desde el nacimiento y es muy débil en el prematuro. es un recurso vital de alimentación, fuente de satisfacción psicológica.

Deglución: Cierra el paso hacia los pulmones para abrir el paso a la vía del estómago, es uno de los reflejos esenciales que dura toda la vida.

Nauceoso: Íntimamente relacionado con el de deglución. es un movimiento repentino, opuesto a la deglución.

Respiración : movimiento involuntario cuyo control depende del centro respiratorio del cerebro, los movimientos se inician en etapa temprana de la vida fetal se desarrollan principalmente después del nacimiento.

Estornudo y tos: Sirven para expulsar violentamente las sustancias extrañas de la garganta, nariz y pulmones.

SIGNOS VITALES:

Temperatura: Al nacer esta es igual al de la madre inmediatamente después esta disminuye de 1,6 C. a 2 grados centígrados, debido a la humedad del cuerpo. sus órganos no tiene en buen aislamiento y su piel es muy delgada, para controlar la temperatura se vale de su tejido (grasa parda) que solamente ellos tienen. se localiza entre los homoplatos en la región del cuello, detrás del esternón, cerca de las suprarrenales.

Pulso: Para el recién nacido debe tomarse con un estetoscopio sobre el corazón, región precordial o a través del tórax o posiblemente en la espalda (pulso apical) varía de 120-160.

Respiración: La respiración en el recién nacido es irregular de carácter abdominal o diafragmático y estas van de 38-48 x' Las retracciones costales o externas son una indicación de dificultad respiratoria

Presión Arterial : en el nacimiento oscila en 80/ 40 mmHg se emplea un manguito de 2.5 cm de ancho. A medida que avanza la edad de las personas, la frecuencia cardiaca y respiratoria disminuye mientras que la presión arterial aumenta.

CARACTERÍSTICAS FUNCIONALES

Es apropiado realizar una historia clínica más completa después de un periodo de transición de una a seis horas durante la cual se observa la estabilidad de la temperatura y los signos vitales del lactante, somatometría, lo cual ayudará a clasificar al neonato como, grande para la edad gestacional (GEG) apropiado para la edad gestacional (AEG) o pequeño para la edad gestacional (PEG).

APARATO DIGESTIVO:

Sus labios son rosados y su lengua lisa y simétrica, no debe extenderse o sobresalir de los labios, las encías suelen mostrar surcos dentarios a veces puede haber nacido un diente, el paladar estará cerrado y la bulba presente. su capacidad gástrica es de 1-2 onzas(1 onza= 30ml.) aumenta después rápidamente.

“ La primera evacuación del niño se llama meconio es de color negro, verdoso. que consiste de líquido amniótico, vermis. secreciones del aparato digestivo. bilis lanugo, y productos de desecho de los tejidos corporales. Esta secreción aparece en un máximo de 24 horas y si no es así. se debe sospechar firmemente de alguna malformación del tracto digestivo ”⁴⁵

Cuando el pequeño comienza a ingerir leche cambia el aspecto de las heces: primero se toman de un color café. luego amarillo verdusco con una consistencia más líquida, las cuales se conocen como heces de transición

SISTEMA CIRCULATORIO

En la vida fetal el sistema circulatorio, sirve también como sistema respiratorio modificado, el oxígeno no es obtenido a través de la respiración de aire a los pulmones del bebé, y sí a través de las sucesivas pulsaciones de la vena umbilical que sale de la placenta adherida a la pared uterina, el bióxido de carbono se elimina por vía de las dos arterias uterinas umbilicales.

En el nacimiento esta circulación no continúa. Por el pinzamiento del cordón, se cierran las derivaciones fetales en el conducto arterioso, orificio oval y conducto venoso y se incrementa el flujo sanguíneo pulmonar al expandirse los pulmones y disminuir la resistencia vascular pulmonar. * como las presiones del lado derecho del corazón son en esencia iguales a las de lado izquierdo en el neonato normal no ocurre flujo o través de los septales durante el periodo neonatal inmediato *.⁶

Sangre: Durante la vida intrauterina e inmediatamente después del parto, hay un número relativamente alto de eritrocitos y un alto nivel de hemoglobina, al ser destruidos estos eritrocitos, los niveles de bilirrubina en sangre del recién nacido se encuentran altos en el momento de nacer y pueden elevarse todavía más hasta alcanzar las cifras de 18 a 20 mg por 100 ml de suero. La llamada ictericia fisiológica del recién nacido puede ocasionar color amarillo de la piel cuando el hígado a alcanzado la madurez suficiente para causar el desdoblamiento de bilirrubina las cifras bajan a 1 mg. x 100ml. que es el nivel normal. La persistencia de altos niveles de bilirrubina más allá de las primeras dos semanas es indicio de algún trastorno.

SISTEMA RESPIRATORIO

Ocasionalmente el feto puede presentar movimientos respiratorios ligeros en el útero, pero los pulmones no tienen ninguna función respiratoria aún. hasta que se efectúa la primera respiración de aire, los sacos aéreos se encuentran en un estado casi total de atelectasia; lo que es normal por que los pulmones no pueden llenarse de líquido amniótico.

La cianosis que no sea de manos y pies, las retracciones costales respiratorias que se escuchan con o sin estetoscopio son posibles signos de dificultad respiratoria,

Al auscultar los pulmones nos permitirá determinar la igualdad de los ruidos respiratorios bronquiales, la entrada igual de aire y la presencia de estertores finos. Durante las primeras horas de vida los estertores indican la expansión pulmonar normal.

SISTEMA URINARIO

En el neonato el sistema urinario no tiene capacidad de concentrar la orina en el grado de un niño mayor o de un adulto. el agua no es reabsorbida tan libremente por las nefronas por lo que el recién nacido se puede deshidratar con mucha frecuencia. se debe observar el hecho de que el neonato orine normalmente.

SISTEMA ENDOCRINO Y ÁREA GENITAL.

El sistema endocrino es complementado por las hormonas maternas que han cruzado la barrera placentaria, cuando estas son retiradas se producen en el bebé ciertos efectos.

Las hormonas maternas que llegan hasta el feto. pueden afectar las mamas tanto de las varones como de las niñas, lo que ocasiona inflamación, algunas veces pueden tener secreciones llamadas leche de bruja.

En la niña los labios menores cubren por completo a los menores y el clitoris es visible, así como el anillo himeneal bien desarrollado.

Las hormonas que actúan sobre el pequeño útero de la niñas pueden causar la llamada menstruación infantil, se engrosa el diminuto recubrimiento endometrial y cuando las hormonas se retiran ya no mantienen este recubrimiento, por lo que a veces se observa un pequeño flujo menstrual.

En el varón a término los testículos han descendido hacia el escroto pèndulo el saco escrotal está totalmente arrugado, e prepucio se encuentra adherido al glande y no se puede retraer, se debe observar la forma completa del pene y el orificio uretral.⁴⁸

VALORACIÓN APGAR

La Dra Virginia Apgar ideó un método que proporciona la valoración rápida del recién nacido, ya que a través de este se expresa la adaptación cardiorrespiratoria y función neurológica del lactante; consiste en la suma de puntos asignados (0,1,2.) a cinco signos objetivos (frecuencia cardíaca, esfuerzo respiratorio, tono, irritabilidad refleja y color) del neonato. se realiza al primer y quinto minuto de vida.

La valoración que se realiza al primer minuto y el resultado que se obtenga sirve para establecer un criterio de reanimación el resultado que se obtiene a los cinco minutos se utiliza para establecer un criterio pronóstico del recién nacido.

Algunos elementos de este puntaje de Apgar, como color, irritabilidad refleja son principalmente dependientes de la edad gestacional del recién nacido. por esta causa es frecuente que el prematuro normal reciba puntajes de Apgar bajos a pesar de no existir evidencia de depresión neurológica.

La sedación y la analgesia materna reducen el tono y las respuestas reflejas del recién nacido interfieren con la capacidad predictiva de Apgar lo que produce un sobrediagnóstico de estados asfícticos. no obstante estas limitaciones, el puntaje Apgar proporciona un método clínico para cuantificar el estado de vitalidad del recién nacido en el primer minuto y el riesgo de daño neurológico futuro a través de los puntajes sucesivos.

VALORACION APGAR

Signo	puntaje	
	0	1 2
Latidos cardiacos por minuto	Ausente	Menos de 100 100 o más
Respiración	Ausente	Irregular Regular llanto
Tono muscular	Flácido	Flexión moderada de extremidades Movimientos de activos.
irritabilidad	Sin respuesta	Muecas Llanto vigoroso
Color de las mucosas	Palidez o cianosis generalizada	Cianosis distal Rosado

FUENTE: Atención inmediata al recién nacido , Publicación científica CLAP 1253 CLAP/OPS/OMS.

VALORACIÓN SILVERMAN

La frecuencia respiratoria varía normalmente en relación a la actividad del recién nacido (llanto, sueño o reposo) esta frecuencia oscila normalmente entre 20 y 100 respiraciones por minuto , se dice que en reposo esta va de 25 a 40 respiraciones por minuto .La respiración habitualmente es superficial y predominantemente abdominal, el ritmo puede ser ligeramente irregular sin que ello tenga significancia clínica.

La exploración de la función respiratoria se completará evaluando la presencia de signos utilizados por el método de puntuación de Silverman, el cual junto a la frecuencia respiratoria a la presencia y ausencia de cianosis proporciona una estimación adecuada de la magnitud de la dificultad respiratoria del recién nacido mediante esta valoración observamos si hay signos de insuficiencia respiratoria que son: Movimientos toraco abdominales, quejido espontáneo, retracción xifoidea, aleteo nasal , tiros intercostales todos ellos constituyen la valoración de Silverman Anderson.

Se califica con 0 si están ausentes 1 si son moderados. 2 si son intensos la calificación ideal es la de cero y la mas grave es la de 10 que es la suma total de la calificación de los cinco parámetros

METODO DE SILVERMAN

	0	1	2
Retracción xifoidea	Ausente	Apenas visible	Marcado
Tiraje intercostal	Ausente	Apenas visible	Marcado
Aleteo nasal	Ausente	Minimo	Marcado
Quejido respiratorio	No existe	Solo audible con el estetoscopio	Audible con el estetoscopio
Asincronismo de los movimientos respiratorios del torax y del abdomen	El torax y abdomen se levantan juntos durante la respiración.	El torax se unde un poco mientras el abdomen se eleva algo durante inspiración	El torax se unde mucho y el abdomen se eleva durante la inspiración.

ESTA TESIS NO DEBE SALIR DE LA BIBLIOTECA

FUENTE: Martínez, pag, 266. Calificación Silverman- Anderson Calificación ideal 0 puntos.









VALORACION DE CAPURRO

En 1973, en Monte Video Uruguay el Dr. Capurro propuso el método que ayuda a determinar la edad gestacional del producto sobre todo cuando se desconoce la fecha de la última regla; en este método se retoman solo 6 parámetros de los de Dubowitz por lo que también se le conoce como el método de Dubowitz modificado, las características que se evalúan son las siguientes

Signo de bufanda, sostén cefálica, pliegues plantares, forma de la oreja, tejido mamario, formación del pezón, textura de la piel. este método desde el punto de vista práctico da seguridad y ofrece muchas posibilidades.

Para recoger las observaciones de la valoración de la edad gestacional se marca el cuadro gráfico que presenta más cerca la característica

METODO DE CAPURRO

SOMATICO Y NEUROLOGICO	A	FORMA DEL PEZON	Pezon apenas visible. No se visualiza Areola.	Pezon bien definido Areola 0.75 cm	Areola bien definida. No sobresaliente 0.75 cm	Areola sobresaliente 0.75 cm	
	0	5	10	15			
	B	TEXTURA DE LA PIEL	Muy fina Gelatinosa	Fina y Lisa	Lisa y moderada. No demasiado gruesa. Descamacion superficial.	Grasa, rigida surcos superficiales. Descamacion superficial	Grasa y aspergumosa
	0	5	10	18	22		
	C	FORMA DE LA OREJA	Plana y sin forma	Inicio engrasamiento del borde	Engrasamiento incompleto sobre mitad anterior.	Engrasado e incurvado totalmente	
	0	5	10	24			
	K# 204	TAMAÑO DEL TELAJIDO MAMARIO	No palpable	Diámetro 0.5 cm.	Diámetro 0.5-1.0 cm	Diámetro >1.0 cm	
	0	5	10	15			
	D	PLIÉGUES PLANTARES	Ausentes	Pequeños surcos rojos en mitad anterior	Surcos rojos definidos en mitad ant Surcos 1/3 anterior	Surcos sobre mitad anterior	Surcos profundos que sobre pasan 1/2 anterior.
	0	5	10	15	22		
E	SIGNO "DE LA BUFANDA"						
0	6	12	18				
K# 200	SIGNO "CABEZA EN GOTA"						
0	4	8	12				

FUENTE: Norma oficial Mexicana para la atención de la mujer durante el embarazo, parto, puerperio y el recién nacido

MÉTODO DE USHER

	36 SDG	38 SDG	40 SDG
Pelo	Apariencia de algodón	Intermedio	Cabellos gruesos bien definidos, aspecto sedoso
Nódulos mamarios	Ligeramente perceptibles	Areola levantada 4 mm. a 1° 2 mm del pezón	
Cartilago de las orejas	Delgado en la periferia. Suave al tacto, fácilmente pegable, Helix poco profunda	Intermedio	Gruesa en la periferia, denso en toda su extensión, surcos bien marcados y no deformables.
Testículos	Escroto poco pigmentado, rígido rugosidades escasas, testículos en la parte alta.	Escroto pigmentado rugosidades escasas testículos descendidos	Testículos ocupando la bolsa con flacidez el escroto mas pigmentado.
Planta del pie	Surcos en tercio anterior de la planta	Más numerosas y ocupan toda la extensión de la planta	Profundas gruesas y reticulares

FUENTE :Dr. Manuel Gómez Gómez pág. 19 Temas selectos sobre el recién nacido.

MORBI- MORTALIDAD MATERNA EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL TLAHUAC DURANTE 1996.

Miomatosis uterina :	31
Quiste de ovario:	2
Abortos	362
Amenaza de aborto	93
Amenaza de parto prematuro	14*
Parto normal	1459
Cesárea	655
Paridad satisfecha	66
Defunción por hipertención complicada con el embarazo	1

MORBI- MORTALIDAD INFANTIL

Asfixia severa	11
Desprendimiento de la placenta y otras	
Anormalidades de la placenta	8
Prematuros	7
Anencefalia	3
Inmadurez extrema	4
Doble circular de cordón	4
Anomalías congénitas	3
Muerte instantánea	2
Insuficiencia utero placentaria	7
Prolapso de cordón	5
Oligohidramnios	2

Fuente: Departamento de estadística del Hospital Materno Infantil Tlahuac

APLICACIÓN DEL RIESGO RELATIVO Y ATRIBUIBLE.

Ejemplo:

Riesgo relativo y atribuible con los valores correspondientes a un estudio realizado en la provincia de Neuquen, Argentina el cual presenta como factor de riesgo "SOLTERA" y el daño como MUERTE PERINATAL.

		MUERTE PERINATAL	TOTAL	
		SI	NO	
SOLTERA	SI	48	1124	1172
	NO	163	6479	6642
		211	7603	7814

Probabilidad: 1 $a / a+b$

$$P1 = \frac{48}{1172} = 0.041$$

significa que las embarazadas solteras tuvieron en la provincia de Neuquen una probabilidad de 41 en 1000 de mortalidad perinatal

Probabilidad 2 $c / c+d$

$$P2 = \frac{163}{6642} = 0.024$$

Por el contrario las embarazadas no solteras tuvieron una probabilidad de 24 en 1000 de mortalidad perinatal

A su vez el calculo del riesgo reproductivo de mortalidad perinatal fue:

$$RR = p1 / P2$$

$$RR = 0.041 / 0.024 = 1.7$$

Un riesgo relativo igual a 1.7 indica que la probabilidad de que un individuo expuesto al factor de riesgo (soltera) de padecer el daño (muerte perinatal), es 1.7 veces mayor comparado con el no expuesto (no soltera)

Siguiendo con el mismo ejemplo el riesgo atribuible indica lo siguiente:

$$RA = p1 - p2$$

$$RA = 0.041 - 0.024 = 0.017$$

Esto significa que 1.7 de cada 1000 muertes perinatales en madres solteras se evitarían si ellas fueran casadas.⁴⁹

ES-

⁴⁹ DIAZ, OP CIT , P. 44- 47

CUADRO NO. 2

Nivel de escolaridad y el riesgo relativo y atribuible de no asistir al control prenatal en embarazadas del Hospital Materno Infantil Tlahuac.

ESCOLARIDAD	NO ASISTEN A CONTROL PRENATAL	
	R.R	R.A
Analfabetas	1.9	.28
Primaria incompleta	1.0	0
Primaria completa	.94	-.02
Secundaria incompleta	1.5	.18
Secundaria completa	.70	-.01

FUENTE:

Datos obtenidos en el archivo del Hospital Materno Infantil Tlahuac. en el mes de agosto de 1996.

La escolaridad y el riesgo relativo de no asistir al control prenatal fue mayor en analfabetas con una probabilidad de 1.9 veces mayor y con secundaria incompleta con 1.5 veces mayor.

El riesgo atribuible indica que 28 de cada 100 analfabetas y 18 de cada 100 mujeres con secundaria incompleta, que no asisten al control prenatal, asistirían si su escolaridad fuera mayor a esta.

El nivel de escolaridad también es un factor importante para preservar la salud. pues mientras menor educación se tenga, mayor probabilidad habrá de que la mujer no asista al médico para que este vigile el proceso del embarazo y no solo asista cuando surja alguna urgencia o éste en peligro su vida y la de su hijo. cuando lo ideal sería que la mujer asistiera al control prenatal. no para tratar un problema sino para prevenirlo

Como se puede observar las mujeres que asisten al hospital de Tlahuac. independientemente del nivel de escolaridad no llevan un control prenatal adecuado.

CUADRO No. 3

Nivel de escolaridad y el riesgo relativo y atribuible de tener recién nacido hipotrófico en mujeres que asisten al Hospital Materno Infantil Tlahuac.

ESCOLARIDAD	RECIEN NACIDO HIPOTROFICO	
	R.R	R.A
Primaria incompleta	2.3	.11
primaria completa	1.2	.02
Secundaria incompleta	2.7	.14
Secundaria completa	.14	- .12

FUENTE:

Datos obtenidos en el archivo del Hospital Materno Infantil Tlahuac, en el mes de agosto de 1966.

De acuerdo al riesgo relativo de tener hijos con bajo peso al nacer, las mujeres con *primaria incompleta* y con *secundaria incompleta* tuvieron mayor probabilidad de presentar dicho riesgo, en las primeras fue de 2.3 y en las segundas fue de 2.7 veces mayor sobre la población total.

Según el riesgo atribuible 11 de cada 100 mujeres con *primaria incompleta* y 14 de cada 100 mujeres con *secundaria incompleta* que tienen niños con bajo peso al nacer, se evitarían si su escolaridad fuera mayor.

El grado de escolaridad también influye determinantemente ya que una mujer educada puede utilizar con mayor eficacia los recursos a su alcance, logrando una alimentación equilibrada que le favorezca tanto a ella como a su hijo para que este alcance el peso adecuado al momento de nacer.

El mayor riesgo de productos hipotrofos se encontró en mujeres con *secundaria incompleta* (en el cuadro No. 11 se observa mayor probabilidad en adolescentes) quienes además de procrear niños de bajo peso al nacer y los consecuentes riesgos a los que se expone el recién nacido en la vida extrauterina; la mujer tiene que interrumpir sus estudios, esto a su vez le dificultará encontrar trabajo, lo que hará más difícil que pueda sostenerse a sí misma y a su hijo, sobre todo si es madre soltera y no recibe apoyo de su pareja o de su familia

CUADRO No. 4

Nivel de escolaridad y el riesgo relativo y atribuible de presentar ruptura prematura de membranas en mujeres que asisten para su atención al Hospital Materno Infantil Tlahuac.

ESCOLARIDAD	RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS	
	R.R	R.A
Analfabetas	1.6	.12
Primaria incompleta	1.2	.05
Primaria completa	.36	-.14
Secundaria incompleta	2.7	.28
Secundaria completa.	.71	-.06

FUENTE:

Datos obtenidos en el archivo del Hospital Materno Infantil Tlahuac en el mes de agosto de 1996

Con el mismo factor se encontró que el riesgo relativo de presentar ruptura prematura de membranas, fue mayor en mujeres con secundaria incompleta con 2.7 y en las analfabetas con 1.6 veces mayor probabilidad, sobre la población total.

Por lo tanto el riesgo atribuible indica que 28 de cada 100 mujeres con secundaria incompleta y 12 de cada 100 analfabetas, que presentan Ruptura prematura de membranas (RPM) se evitarían si la mujer tuviera escolaridad mayor

Cuando la población tiene un alto nivel de escolaridad, no solo aprovechara con eficacia los recursos a su alcance sino que también podrá aspirar a un nivel mas alto de vida, practicando medidas preventivas, que no solo evitarían la ruptura prematura de membranas si no otro tipo de riesgos a los que se esta expuesto durante el periodo de la reproducción.

Como se observa el nivel de escolaridad es determinante en la presentación de riesgos y los cuales aumentan si la mujer es adolescente, por la etapa de transición en la que se encuentra de la niñez a edad adulta, quien apenas es capaz de satisfacer sus propias necesidades

CUADRO No. 5

Nivel de escolaridad y el riesgo relativo y atribuible de que se realice cesárea en mujeres que asisten para su atención al Hospital Materno Infantil Tlahuac.

ESCOLARIDAD	CESAREA	
	R.R	R.A
analfabetas	.90	-.02
Primaria incompleta	1.2	.05
primaria completa	1.9	.17
Secundaria incompleta	1.6	.13
Secundaria completa	.42	-.16

FUENTE:

Datos obtenidos en el archivo del Hospital Materno infantil Tlahuac. en el mes de agosto de 1996

El riesgo relativo de que el embarazo en las mujeres termine en cesárea fue mayor con escolaridad de primaria completa con una probabilidad de 1.9 veces mayor, sobre la población total.

En tanto que el riesgo atribuible indica que 17 década 100 cesáreas en mujeres con primaria completa se evitarían si ellas tuvieran escolaridad mayor.

Al comparar este cuadro con el No. 13, se observa un riesgo mas a los que se expone la adolescente para que su embarazo termine en cesárea, es la desproporción cefalopélvica (DCP), Ruptura prematura de membranas RPM) etc., que de alguna manera influirán para que el embarazo no termine en parto fisiológico.

CUADRO No. 6

Nivel de escolaridad y el riesgo relativo y atribuible de tener productos prematuros en mujeres que asisten para su atención al Hospital Materno Infantil Tlahuac

ESCOLARIDAD	RECIEEN NACIDO PREMATURO	
	R.R	R.A
Primaria incompleta	1.0	0
Primaria completa	1.8	.05
Secundaria incompleta	2.6	.1
Secundaria completa	1.0	0

FUENTE:

Datos obtenidos en el archivo del Hospital Materno Infantil Tlahuac, en el mes de agosto de 1966.

El riesgo relativo de tener productos prematuros fue mayor en las mujeres con secundaria incompleta, con una probabilidad de 2.6 veces mayor sobre la población total.

El riesgo atribuible indica que 1 de cada 10 productos prematuros de madres con secundaria incompleta se evitarían si su escolaridad fuera mayor.

De acuerdo al grado de escolaridad las mujeres que no concluyeron la secundaria tuvieron mayor probabilidad de prematuros; sin embargo la población en general presentó probabilidad elevada. La escolaridad es determinante para la presentación de este riesgo, a la que se le agregan otros factores como es la edad (ver cuadro No. 14) nivel económico, la nutrición, toxicomanías, infecciones, etc., que propician el parto prematuro con los consecuentes riesgos para el recién nacido, como es la alta incidencia de muerte neonatal, o el peligro de enfermedades a que se exponen los niños que sobreviven.

CUADRO No. 7

Nivel de escolaridad y el riesgo relativo y atribuible de presentar aborto en mujeres que asisten para su atención al Hospital Materno Infantil Tlahuac.

ESCOLARIDAD	ABORTO	
	R.R	R.A
Primaria incompleta	.27	-.08
Primaria completa	1.6	.05
Secundaria incompleta	3.3	.19
secundaria completa	.63	-.04

FUENTE:

Datos obtenidos en el archivo del Hospital Materno Infantil Tlahuac, en el mes de agosto de 1996.

Con este mismo factor se encontró que el riesgo relativo de presentar aborto fue mayor en mujeres con secundaria incompleta con una probabilidad de 3.3 veces mayor sobre la población total.

En cuanto al riesgo atribuible tenemos que 19 de cada 100 abortos en mujeres con secundaria incompleta se evitarían si ellas tuvieran escolaridad mayor a ésta.

Es importante destacar que no hubo abortos en adolescentes, todos los casos que se presentaron fueron en mujeres mayores de 30 años (ver cuadro No 15) quienes generalmente son multigestas que iniciaron su vida sexual activa cuando aún no concluían la secundaria (ver cuadros No.1 y 9) y por lo tanto al ser multigestas se incrementa en ellas el riesgo de presentar aborto.

CUADRO No. 8

Nivel de escolaridad y el riesgo relativo y atribuible de tener intervalo intergenesico menor a dos años en mujeres que asisten al Hospital Materno Infantil Tlahuac.

ESCOLARIDAD	INTERVALO INTERGENESICO MENOR A DOS AÑOS	
	R.R	R.R
Analfabetas	2.0	.03
Primaria incompleta	.57	-.08
Primaria completa	1.2	.06
Secundaria incompleta	1.6	.14
Secundaria completa	.68	-.09

FUENTE:

Datos obtenidos en el archivo del Hospital Materno Infantil Tlahuac, en el mes de agosto de 1996

El riesgo relativo de que el intervalo intergénésico sea menor a dos años fue mayor en las mujeres analfabetas, con una probabilidad de 2.0 veces mayor, sobre la población total.

El riesgo atribuible indica que 3 de cada 100 analfabetas con intervalo intergénésico menor a dos años se evitarían si su escolaridad fuera mayor a esta, aunque es importante destacar que se evitarían 14 de cada 100 mujeres con secundaria incompleta.

Uno de los factores que mayor influencia ejerce en la decisión de las mujeres *apara aceptar la regulación de la fecundidad, a travez de cualquier método, es su nivel de escolaridad, sobre todo por el desconocimiento de la importancia de esparcir las gestaciones.*

Si bien se encontró mayor riesgo en analfabetas, también hubo probabilidad alta en mujeres con primaria y secundaria incompleta, quienes general mente se encuentran en edad fértil (ver cuadro No. 16). Por lo que podría pensarse que intervienen factores socioculturales que de alguna manera influyen para que la mujer acepte o no algún método que permita regular la fertilidad

CUADRO No. 9

Nivel de escolaridad y el riesgo relativo y atribuible de iniciar vida sexual entre 13 y 16 años y 16 y 20 años en mujeres que asisten al Hospital Materno Infantil Tlahuac.

ESCOLARIDAD	INICIO DE VIDA		SEXUAL ACTIVA	
	13-16 AÑOS		17-20 AÑOS	
	R.R	R.A	R.R	R.A
Analfabetas	1.6	.16	.25	-.24
Primaria incompleta	.76	-.06	1.1	.05
Primaria completa	.98	-.01	.92	-.03
Secundaria incompleta	2.7	.35	2.1	.39
Secundaria completa	.70	-.08	.41	-.27

FUENTE:

Datos obtenidos en el archivo del Hospital Materno Infantil Tlahuac, en el mes de agosto de 1996.

El riesgo relativo de que la mujer inicie su vida sexual entre 13 y 16 años fue mayor en las mujeres con secundaria incompleta y analfabetas, con una probabilidad de 2.7 en las primeras y 1.6 en las segundas.

Por lo tanto el riesgo atribuible indica que 35 de cada 100 mujeres con secundaria incompleta y 16 de cada 100 analfabetas que inician su vida sexual a estas edades se evitarían si ellas tuvieran escolaridad mayor.

El riesgo relativo de que las mujeres inicien su vida sexual entre 17 y 20 años fue mayor en las de secundaria incompleta con una probabilidad de 2.1 y en las de primaria incompleta con 1.1 veces mayor probabilidad.

El riesgo atribuible indica que 39 de cada 100 mujeres con secundaria incompleta y 5 de cada 100 con primaria incompleta se evitarían si ellas tuvieran una escolaridad mayor.

Retomando las cuadros anteriores se puede notar que los grupos que presentan mayor riesgo reproductivo son las analfabetas y las mujeres con secundaria incompleta y precisamente son quienes inician su vida sexual a edades muy jóvenes favoreciendo gestaciones continuas. Por lo tanto al llegar a la edad ideal para la reproducción humana estas mujeres ya son multigestas, expuestas a presentar otro tipo de riesgos, que no solo afectan a la madre sino que también al producto de la concepción.

CUADRO. No. 10

Edad y riesgo relativo y atribuible de ser multigestas, en mujeres que asisten al Hospital Materno Infantil tlahuac.

EDAD	MULTIGESTAS	
	R.R	R.A
15-19 años	.16	-.57
20-30 años	1.1	.8
31-35 años	2.2	.48
36 años o más.	2.0	.5

FUENTE

Datos obtenidos en el archivo del Hospital Materno infantil Tlahuac, en el mes de agosto de 1996.

Al analizar la edad y riesgo relativo de ser multigestas se encontró que las mujeres entre 31 -35 años tuvieron una probabilidad de 2.2 veces mayor sobre la población total.

Por lo tanto el riesgo atribuible indica que 48 de cada 100 multigestas en edades entre 31 - 35 años se evitarían si ellas supieran las edades ideales para embarazarse y la importancia de la planificación familiar

Al analizar el factor de riesgo edad, observamos que las mujeres en general tienen una probabilidad alta de ser multigestas, si bien fueron las edades entre 31 y 35 años, quienes presentaron mayor probabilidad importante destacar que las adolescentes tienen 1 o 2 gestas y además le quedan muchos años de edad fértil por o tanto no sería difícil pensar que pronto serán multigestas.

CUADRO. No. 11

Edad y el riesgo relativo y atribuible de tener productos hipotroficos en las mujeres que asisten para su atención al Hospital Materno Infantil Tlahuac.

EDAD	RECIEN NACIDO HIOTROFICO	
	R.R	R.A
15-19 años	1.6	.05
20-30 años	.66	-.04
31-35 años	1.2	.02
más de 36 años	1.2	.02

FUENTE:

Datos obtenidos en el archivo del Hospital Materno Infantil Tlahuac , en el mes de agosto de 1996.

Respecto al riesgo relativo de tener productos de bajo peso al nacer se encontró que las mujeres entre 15 y 19 años tuvieron una probabilidad de 1.6 veces mayor.

Esto significa que 5 de cada 100 productos de bajo peso al nacer de madres con edades entre 15 y 19 años se evitarían si la mujer conociera las edades ideales para embarazarse.

Si bien es cierto que las adolescentes presentaron mayor riesgo de productos con bajo peso al nacer, en el otro extremo de las edades también se encontró un riesgo alto. Mientras que la adolescente no alcance su completo desarrollo físico y mental no será posible brindarle a su hijo los nutrimentos que este requiere durante el embarazo, la mujer adulta que generalmente ya es multigesta se encuentra con alimentación deficiente sobre todo porque pertenece a un nivel económico bajo (ver cuadro No. 28) lo cual repercute en el peso del producto y los consecuentes riesgos a los que se expone en la vida extrauterina

CUADRO No. 12

Edad y el riesgo relativo y atribuible de presentar ruptura prematura de membranas en mujeres que asisten para su atención al Hospital Materno Infantil Tlahuac.

EDAD	RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS.	
	R.R	R.A
15-19 años	1.3	.07
20-30 años	.81	-.04
31-35 años	1.1	.03
más de 36 años	1.1	.02

FUENTE:

Datos obtenidos en el archivo del Hospital Materno Infantil Tlahuac, en el mes de agosto de 1995

Las mujeres entre 15 y 19 años tuvieron un riesgo relativo de 1.3 veces mayor probabilidad de presentar ruptura prematura de membranas al compararlas con la población total.

El riesgo relativo indica que 7 de cada 100 mujeres entre 15 y 19 años que presentan Ruptura prematura de membranas (RPM) se evitarían si ellas conocieran las edades ideales para embarazarse.

Al analizar este factor de riesgo vemos que las edades extremas de la reproducción tuvieron mayor probabilidad de Ruptura prematura de membranas (RPM) aunque el riesgo se elevó un poco más en adolescentes, quienes además por su edad muestran alteraciones psicológicas (ansiedad, angustia, depresión), también influyen otros factores, como es la condición económica en que se encuentran (ver cuadro No 28) sus hábitos higiénicos su alimentación, la asistencia o no al control prenatal que de alguna manera son determinantes en la presentación de este riesgo que puede ser prevenido

CUADRO No. 13

Edad y el riesgo relativo y atribuible de que el embarazo termine en cesárea en mujeres que asisten para su atención al Hospital Materno Infantil Tlahuac.

EDAD	CESAREA	
	R.R	R.A
Menos de 14 años	2.2	.28
15-19 años	1.0	.01
20-30 años	.84	-.04
31-35 años	.95	-.01

FUENTE:

Datos obtenidos en el archivo del Hospital Materno Infantil Tlahuac. en el mes de agosto de 1996.

Las adolescentes con edad igual o menor a 14 años, tuvieron un riesgo relativo de 2.2 veces mayor probabilidad de que su embarazo terminara en cesárea.

En el riesgo relativo tenemos que 28 de cada 100 cesáreas en adolescentes de 14 años o menos se evitarían si ellas conocieron las edad ideal para embarazarse.

La edad también es significativa para que el embarazo no culmine de forma fisiológica por que es más frecuente que la mujer se enfrente a partos complicados como es la desproporción cefalopélvica (DCP) Ruptura prematura de membranas (RPM) trabajo de parto prolongado o prematuro, preeclampsia, eclampsia, etc. Que ponen en peligro al binomio por lo que abecés es necesario recurrir a la cesárea para evitar daños mayores en el recién nacido o en la madre

CUADRO No. 14

Edad y el riesgo relativo y atribuible de tener productos prematuros en mujeres que asisten para su atención al Hospital Materno Infantil Tlahuac.

EDAD	RISGO NACIDO PREMATURO	
	R.R	R.A
15-19 AÑOS	2.2	.06
20-30 AÑOS	1.1	.01

FUENTE

Datos obtenidos en el archivo del hospital materno infantil tlahuac en el mes de agosto de 1996.

El riesgo relativo de tener productos prematuros fue mayor en adolescentes entre 15- 19 años de edad, con una probabilidad de 2.2 veces mayor sobre la población total.

El riesgo atribuible indica que 6 de cada 100 productos prematuros en adolescentes se evitarían si la mujer conociera las edades ideales para embarazarse, además, los riesgos que lleva un embarazo a su edad.

Quiénes tuvieron mayor probabilidad de productos prematuros fueron las adolescentes, sobre todo por los diferentes riesgos a los que esta expuesta durante la gestación propiciando que el embarazo no llegue a término y como consecuencia su producto sea prematuro y es que además el nivel socioeconómico y cultural en que se encuentra la adolescente y los cambios que por su edad presenta, impiden que lleve a término una gestación. Aparte de la pérdida de estos niños, la morbilidad es elevada por la inmadurez de los diversos sistemas del organismo.

CUADRO No 15

Edad y el riesgo relativo y atribuible de presentar aborto en mujeres que asisten para su atención al Hospital Materno Infantil Tlahuac.

EDAD	ABORTO	
	R.R	R.A
20-30 años	.90	-.01
31-35 años	1.1	.01
mas de 36 años	7.8	.48

FUENTE:

Datos obtenidos en el archivo del Hospital Materno Infantil Tlahuac, en el mes de agosto de 1996

Las mujeres mayores de 26 años tuvieron un riesgo relativo de 7.8 veces mayor probabilidad de presentar aborto, al compararlas con la población total.

El riesgo atribuible indica que 48 de cada 100 abortos en mujeres con estas edades se evitarían si ellas conocieron las edades ideales para embarazarse.

Al ser joven le falta preparación para el embarazo, el útero añoso ha perdido la preparación que fisiológicamente poseía, esta es quizá una de las causas por las que se observa el riesgo tan elevado de abortos en las mujeres mayores de 36 años y si a esto le agregamos que la mujer es multigesta, con periodos intergenésicos cortos, el daño aumenta más muchas veces los productos llegan a término pero son hipotrofos, prematuros con grave riesgo de morir, o con secuelas que le imposibilitan, llevar una vida normal

CUADRO No. 16

Edad y riesgo relativo y atribuible de tener intervalos intergenesicos menores a 2 años en mujeres que asisten al hospital Materno Infantil Tlahuac.

EDAD	INTERVALO INTERGENESICO MENOR A 2 AÑOS	
	R.R	R.A
15-19 años	.92	-.02
20-30 años	1.1	-.02
31-35 años	.59	-.11
36 años o más	1.7	.19

FUENTE:

Datos obtenidos en el archivo del Hospital materno infantil Tlahuac, en el mes de agosto de 1996

Las mujeres mayores de 36 años tuvieron un riesgo relativo de 1.7 veces mayor probabilidad de que el tiempo entre un embarazo y otro sea menor a 2 años.

Por lo tanto el riesgo atribuible indica que 19 de cada 100 mujeres mayores de 26 años con intervalo intergenesico corto se evitarían si ellas supieran la edad ideal para procrear así como el tiempo que debe haber entre un embarazo y otro.

De acuerdo a la edad las mujeres mayores de 36 años presentaron mayor riesgo de periodos intergenesicos cortos pero además, en las mujeres en edad fértil el riesgo también fue alto; lo cual indica que independientemente de la edad o la escolaridad las mujeres que son atendidas en el hospital en general no regulan el tiempo entre un embarazo y otro pero sobre todo desconocen los daños que esto puede ocasionarle tanto a ellas como a sus futuros hijos.

CUADRO No. 17

Edad y el riesgo relativo y atribuible de presentar hemorragia en mujeres que asisten para su atención al Hospital Materno Infantil Tlahuac.

EDAD	HEMORRAGIAS	
	R.R	RA
menos de 14 años	2.0	.25
15-19 años	.92	-.02
20-30 años	.67	-.1
31-35 años	1.3	.09
mas de 36 años	2.3	.32

Datos obtenidos en el archivo del Hospital Materno Infantil Tlahuac, en el mes de agosto de 1996

El riesgo relativo de que las mujeres presenten hemorragia fue mayor en las edades extremas de la reproducción; las adolescentes de 14 años o menos tuvieron una probabilidad de 2 veces mayor las mujeres de 36 años o más tuvieron una probabilidad de 2.3 veces mayor.

Por lo tanto el riesgo atribuible indica que 25 de cada 100 adolescentes y 32 de cada 100 mujeres mayores de 36 años que presentan hemorragias se evitarían si ellas se embarazaran en las edades ideales de la reproducción

Nuevamente se comprueba que las edades extremas de la reproducción tienen mayor probabilidad de presentar daños durante el embarazo, parto o puerperio como es el caso de las hemorragias originadas por diferentes causas ya sean abortos, traumatismos obstétricos o complicaciones en el puerperio. Las adolescentes tienen mayor probabilidad de desgarros durante el parto, en la mujer adulta por los periodos intergenesicos cortos tiene mayor riesgos de hemorragia también en el parto (ver cuadro No 15)

CUADRO No. 18

Edad y el riesgo relativo y atribuible de presentar preeclampsia en mujeres que asisten par su atención al Hospital Materno Infantil Tlahuac.

EDAD	PREECLAMPSIA	
	R.R	R.A
15-19 años	1.0	0
20-30 años	3.0	.02

FUENTE:

Datos obtenidos en el archivo del Hospital Materno Infantil Tlahuac, en el mes de agosto de 1996.

El riesgo relativo de presentar preeclampsia en las mujeres según la edad, fue mayor en las que tuvieron entre 20 y 30 años con una probabilidad de 3 veces mayor.

Respecto al riesgo atribuible se tiene que 2 de cada 100 casos de preeclampsia en mujeres entre 20 y 30 años de edad se evitarían si se tomaran las medidas preventivas para este padecimiento.

Según los datos anteriores el riesgo de presentar preeclampsia en las mujeres que asisten para su atención al hospital de Tlahuac es alta, si bien se observa mayor probabilidad en las edades ideales para la reproducción es importante destacar que además de la edad existen otros factores como el nivel económico, la escolaridad, el estado civil, o madres multigestas que también originan este daño si se conjuntan todos estos factores el riesgo aumenta aun más.

CUADRO No. 19

Edad y el riesgo relativo y atribuible de presentar desproporción cefalopelvica en mujeres que asisten para su atención al Hospital Materno Infantil Tlahuac.

EDAD	DESPROPORCION CEFALO- PELVICA.	
	R.R	R.A
Menos de 14 años	12.5	.5
15-19 años	3.6	.08
20-30 años	.42	-.10

FUENTE.

Datos obtenidos en el archivo del Hospital Materno Infantil Tlahuac, en el mes de agosto de 1996

El riesgo relativo de desproporción cefalo-pelvica fue mayor en las adolescentes de 14 años o menos con una probabilidad de 12.5 veces mayor, sobre a población total.

Por lo que el riesgo atribuible indica que 5 de cada 10 casos de desproporción cefalopélvica (DCP) en adolescentes se evitarían si ellas conocieran los riesgos que ocasiona un embarazo a esa edad.

Generalmente las mujeres con desproporción cefalopélvica (DCP) son de talla baja, a la que se le asocian factores como malnutrición, por la poca educación de tipo preventivo ocasionándole alteraciones en el crecimiento (ver cuadro No. 13) como se observa los caso de (DCP) fueron en adolescentes pero sobre todo en menores de 14 años quienes no han alcanzado el crecimiento adecuado de su pelvis como para permitir el paso del producto de la concepción por lo que generalmente están propensas a que les realice cesárea.

CUADRO No. 20

Edad y el riesgo relativo y atribuible de presentación pélvica en los productos de mujeres que asisten para su atención al Hospital Materno Infantil Tlahuac.

EDAD	PRESENTACION PELVICA	
	R.R	R.A
15-19 años	1.8	.06
20-30 años	.63	-.04
31-35 años	1.3	.03
mas de 36 años	1.3	.03

FUENTE:

Datos obtenidos en el archivo del Hospital Materno Infantil Tlahuac en el mes de agosto de 1996

El riesgo relativo indica que las mujeres en edades extremas de la reproducción, tuvieron mayor probabilidad de presentar presentación pélvica. las adolescentes con 1.8 y las mujeres mayores de 31 años con 1.3 veces mayor

Por lo tanto el riesgo atribuible indica que 6 de cada 100 productos con presentación pélvica en adolescentes y 3 de cada 100 en mujeres mayores de 31 años se evitarían si ellas conocieran la edad ideal para embarazarse.

Aunque el riesgo de presentación pélvica es mayor en adolescentes, se observa que el riesgo se incrementa en las edades extremas de la reproducción independientemente de que se asocie a otros factores de riesgo

CUADRO No. 21

Estado civil y el riesgo relativo y atribuible de tener productos hipotrofos en las mujeres que asisten para su atención al Hospital Materno Infantil Tlahuac.

ESTADO CIVIL	RECIENTE NACIDO HIPOTROFICO	
	R.R	R.A
Unión libre	3.2	.09
Casada	.54	- 05

FUENTE

Datos obtenidos en el archivo del Hospital Materno Infantil Tlahuac, en el mes de agosto de 1996

El riesgo relativo de tener productos de bajo peso al nacer fue mayor en las mujeres que viven en unión libre con una probabilidad de 3.2 veces mayor sobre la población total.

Por lo tanto el riesgo atribuible indica que 9 de cada 100 productos de bajo peso en mujeres que viven en unión libre se evitarían si ellas fueran casadas.

A pesar de que el embarazo es una función meramente biológica, se ha tenido que estudiar desde el punto de vista social y cultural ya que estos factores también son determinantes para establecer riesgos a los que se expone la embarazada durante este periodo. Se ha observado que las madres solteras tienen mayor probabilidad de daños ya que el grado de tensión o (estrés) y las condiciones económicas adversas son mayores

En el caso de las mujeres atendidas en el Hospital de Tlahuac quienes viven en unión libre fueron las que tuvieron mayor probabilidad de productos con bajo peso al nacer, los cuadros 3 y 11 muestran, escolaridad y edad de estas pacientes y de acuerdo a estos datos se deduce que al no tener otra alternativa y por cuestiones económicas y socioculturales la mujer adolescente se une libremente a su pareja ya que esto es mejor a ser madre soltera

CUADRO NO. 22

Estado civil y el riesgo relativo y atribuible de presentar ruptura prematura de membranas en mujeres que asisten para su atención al Hospital Materno Infantil Tlahuac.

ESTADO CIVIL	RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS	
	R.R	R.A
Madre soltera	.94	-.01
Unión libre	1.6	.09
Casada	.59	-.09

FUENTE.

Datos obtenidos en el archivo del Hospital Materno Infantil Tlahuac, en el mes de agosto de 1995.

Al analizar el riesgo relativo con la probabilidad de ruptura prematura de membranas; las mujeres en unión libre tuvieron 1.6 veces mayor probabilidad de presentar el daño.

El riesgo atribuible indica que 9 de cada 100 casos de Ruptura prematura de membranas (RPM) en mujeres que viven en unión libre se evitarían si ellas fueran casadas.

Cuando la mujer adolescente se embarazara, generalmente sin haberlo deseado, comienza una serie de decisiones que no desea como el caso de unirse a su pareja cuando aun no esperaba formar una familia, sin duda durante la gestación tendrá etapas de depresión o stress sobretodo por que vera frustradas las posibilidades de seguir estudiando y tendrá que enfrentares a responsabilidades a las cuales no estaba preparada y si ademas pertenece a un nivel económico bajo (cuadro No. 28) estará más propensa a sufrir (PRM) y otras complicaciones durante su embarazo.

CUADRO No. 23

Estado civil y el riesgo relativo y atribuible de tener productos prematuros en mujeres que asisten para su atención al Hospital Materno Infantil Tlahuac.

ESTADO CIVIL	RECIÉN NACIDO PREMATURO	
	R.R	R.A
Madre soltera	1.1	0
Unión libre	1.0	0.1
Casada.	1.1	0

FUENTE:
 Datos obtenidos en el archivo del Hospital Materno Infantil Tlahuac, en el mes de agosto de 1996.

Como se puede observar en el cuadro, las mujeres que asisten para su atención al hospital materno infantil Tlahuac tienen la misma probabilidad de tener productos prematuros.

Por lo tanto independientemente del estado civil en que se encuentra la mujer, así, como su escolaridad o edad la probabilidad de presentar productos prematuros es alta; además también la mala nutrición de la mujer debido a la ignorancia o precaria situación económica (ver cuadro No. 28) durante el periodo del embarazo, determinan que el producto no alcance el peso deseado al final de la gestación, favoreciendo el aumento de la mortalidad infantil.

CUADRO No. 24

Estado civil y el riesgo relativo y atribuible de presentar aborto en mujeres que asisten para su atención al Hospital Materno Infantil Tlahuac.

ESTADO CIVIL	ABORTO	
	R.R	R.A
Madre soltera	.6	-.04
Unión Libre	.9	-.01
Casada	1.6	.05

FUENTE.
 Datos obtenidos en el archivo del hospital Materno Infantil Tlahuac, en el mes de agosto de 1996.

Según el estado civil, el riesgo relativo de que la mujer presente aborto fue mayor en las casadas con una probabilidad de 1.6 veces mayor.

Por lo que el riesgo atribuible indica que 5 de cada 100 abortos en las mujeres casadas se evitarían si se tomaran las medidas adecuadas para evitar ese daño.

Como se observa el aborto fue mayor en mujeres casadas, pero este factor no es determinante para la presentación de este daño ya que intervienen otros factores como multiparidad, edad (mujeres mayores de 36 años) nivel socioeconómico y los consecuentes riesgos que conlleva este factor (ver cuadro no 1,7,15)

CUADRO No. 25

Estado civil y el riesgo relativo y atribuible de no llevar control prenatal en mujeres que asisten al Hospital Materno Infantil Tlahuac.

ESTADO CIVIL	CONTROL PRENATAL	
	R.R	R.A
Madre Soltera	.33	-.17
Unión Libre	1.2	.08
Casada	1.0	.01

FUENTE:
 Datos obtenidos en el archivo del Hospital Materno Infantil Tlahuac, en el mes de agosto de 1996

De acuerdo al estado civil se encontró que el riesgo relativo de no asistir al control prenatal en las mujeres en unión libre fue de 1.2 veces mayor al compararlas con la población total,

El riesgo atribuible indica que 8 de cada 100 mujeres en unión libre que no asisten al control prenatal, asistirían si ellas fueran casadas.

Aunque en las mujeres solteras se observa una probabilidad baja de no asistir al control prenatal, la mayoría de las mujeres, independientemente del estado civil, no asisten a estas consultas (cuadro No. 2), estas mujeres viven en un nivel socioeconómico bajo por lo tanto no buscan atención médica, apenas son capaces de satisfacer sus necesidades básicas, por lo tanto es lógico pensar que la atención médica la dejen en segundo término, y solo requieran de ella cuando el embarazo a finalizado o cuando consideran que esta en riesgo la salud de su hijo

CUADRO No. 26

Ocupación y el riesgo relativo y atribuible de presentar aborto y ruptura prematura de membranas en mujeres que asisten para su atención el Hospital Materno Infantil Tlahuac

OCUPACION	ABORTO	
	R.R	R.A
Hogar	.62	-.62
Otros	1.6	.06
	RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS	
	R.R	R.A
Hogar	.98	-.02
comerciantes	1.0	.02

FUENTE

Datos obtenidos en el archivo del Hospital Materno Infantil Tlahuac en el mes de agosto de 1996

El riesgo relativo de que la mujer presente aborto según su ocupación fue mayor en las que se dedican a otras actividades diferentes al hogar como: pepenadcras, comerciantes, etc., con una probabilidad de 1.6 veces mayor

El riesgo atribuible indica que 6 de cada 100 abortos en mujeres que se dedican a actividades diferentes al hogar se evitarían si su ocupación fuera el hogar.

El riesgo atribuible de presentar Ruptura Prematura de membranas (R.P.M) fue mayor en las mujeres que son comerciantes con una probabilidad de 1 vez mayor.

Por lo tanto el riesgo atribuible indica que 4 de cada 100 casos de (R.P.M) en mujeres comerciantes se evitarían si la mujer tuviera precaución durante el embarazo.

De acuerdo a la situación ocupacional de las mujeres atendidas dentro del hospital Tlahuac, se obtuvo que más del 90% de ellas se dedican al hogar, pero de acuerdo a las características de esta población, la mujer además de realizar todas esas actividades se ve en la necesidad de trabajar y muchas veces en trabajos pesados, pero solo de esa manera apoya en al economía familiar. la fuerza física si no esta bien alimentada la va debilitando poco a poco a tal grado que en el embarazo sufre riesgos ella y su hijo, si es que llega a termino o antes se produce un aborto.

CUADRO No. 27

Riesgo relativo y atribuible de Apgar menor a 6, en hijos de mujeres que asisten para su atención al Hospital Materno Infantil Tlahuac.

	APGAR (MENOR A 6 A)	
	R.R	R.A
Recién nacido hipotrofico	2.4	.07
Peso normal	.41	-.07
Prematuro	3.3	.19
A término	.29	-.079
Ruptura prematura de membranas	5.0	.12
No Ruptura prematura de membranas	.2	-.072
Se realizó cesárea	8.0	.14
No se realizó cesárea	.12	-.14
Presentación pélvica.	5.2	.17
Presentación cefálica	.19	.17

FUENTE

Datos obtenidos en el archivo del Hospital Materno Infantil Tlahuac, en el mes de agosto de 1996.

El riesgo relativo de que el recién nacido presentara Apgar menor a 6, fue de 8.0 cuando el embarazo terminó en cesárea, 5.2 en productos con presentación pélvica; 5.0 con Ruptura prematura de membranas (R.P.M) 3.3 en prematuros y 2.4 veces mayor en productos de bajo peso al nacer.

Por lo que el riesgo atribuible indica que en las cesáreas se evitarían 14 casos, de presentación pélvica 17 casos, con (RPM) se evitarían 12 en prematuros 19 y en productos de bajo peso al nacer se evitarían 7, si los productos tuvieran presentación cefálica, nacieran por parto normal, fueran a término con peso ideal y no hubiera (R.P.M.)

La valoración de Apgar presenta la adaptación cardiorrespiratoria y la función neurológica del R.N., este método clínico valora el estado de vitalidad del Recién nacido (R.N). y el riesgo de daño neurológico futuro.

Las mujeres añosas o adolescentes, las madres multigestas, de bajo nivel socioeconómico con intervalos intergenesicos menores a dos años sin control prenatal etc., presentaron daños como: (R.P.M.), cesárea o presentación pélvica y los hijos de estas a su vez tuvieron Apgar menor a 6 el cual no es ideal para considerar un buen estado de vitalidad del (R.N.) por lo tanto existe mayor probabilidad de presentar daño neurológico futuro.

Por lo tanto si se pudieran evitar las causas que originan estos daños el recién el recién nacido tendría mayor pronóstico de vida.

CUADRO No. 28

Nivel económico y el riesgo relativo a atribuible de presentar ciertos daños a la salud en las mujeres que asisten para su atención al H.M.I.T.

NIVEL ECONÓMICO	MULTIGESTAS		ABORTO		CONTROL PRENATAL		RPRODUCTOS HIPOTROFICOS	
	R.R	R.A	R.R	R.A	R.R	R.A	R.R	R.A
Muy bajo	1.3	.17	1.5	.05	1.6	.2	.77	-.02
Bajo	.75	-.17	.64	-.14	.60	-.2	1.2	.02
Muy bajo	RPM		CESAREA		PRESENTACIÓN PÉLVICA		SUFRIMIENTO FETAL	
	R.R	R.A	R.R	R.A	R.R	R.A	R.R	R.A
Bajo	1.2	0.02	2.8	.28	2.3	.08	1.5	.09
	.81	-.04	.36	-.28	.42	-.08	.65	-.09
Muy bajo	ANEMIA		PREMATUROS		INTERVALO INTERGENESICO			
	R.R	R.A	R.R	R.A	R.R	R.A		
Bajo	9.0	.16	1.8	.05	1.3	.09		
	11	16	54	05	72	-.00		

FUENTE: Datos obtenidos en el archivo del Hospital Materno Infantil (Tlahuac en el mes de agosto de 1996.

Según el riesgo relativo y la probabilidad de presentar estos daños fue de: 1.5 para e aborto, 1.6 para el control prenatal, para Ruptura prematura de membranas (R P M). 1.2, cesárea 2.8. presentación pélvica 2.3. sufrimiento fetal 1.5, anemia 9.0 prematuros 1.8 y 1.3 veces mayor para intervalo intergenesico menor a dos años. Solo en el nivel económico bajo se encontró mayor probabilidad de productos de bajo paso al nacer con 1.2 veces mayor.

Con la pobreza se originan otros factores de riesgo tanto para la mujer como para su futuro hijo, es más probable que su escolaridad sea baja, generalmente se unen a su pareja cuando aún son adolescentes, por lo tanto se embarazan a temprana edad, siendo estos embarazos muy frecuentes no llevan control prenatal, lo cual propicia mayor incidencia de niños prematuros con bajo peso al nacer, además aumenta la probabilidad de productos con presentación pélvica y de que el embarazo termine en cesárea.

CUADRO NO. 29

Riesgo relativo y atribuible de las mujeres que asisten al Hospital Materno Infantil Tlahuac, ingieren al algún tipo de bebidas alcohólicas.

TOXICÓMANIAS	R P M		ANEMIA		R.N. HIPOTROFICO	
	R.R	R.A	R.R	R.A	R.R	R.A
Ingieren alcohol	1.1	.05	4.4	.015	2.7	.08
No ingieren alcohol	.85	-.05	.22	-.17	.36	-.14

FUENTE Datos obtenidos en el archivo del Hospital Materno Infantil Tlahuac, en el mes de agosto de 1996.

El riesgo relativo de presentar Ruptura prematura de membranas (R P M), anemia, Recién nacido hipotrófico en las mujeres que ingieren bebidas alcohólicas fue de 1.1, 4.4, 2.7 respectivamente al ser comparadas con las mujeres que no ingieren alcohol.

Por lo tanto el riesgo atribuible indica que 5 de cada 100 casos de r.p.m.; 15 de cada 100 casos de anemia y 8 de cada 100 productos hipotróficos se evitarían si la mujer no ingiriera bebidas alcohólicas durante el embarazo.

Cuando la mujer ingiere algún tipo de alcohol durante el embarazo expone a su hijo a presentar riesgos como: alteraciones del sistema nervioso, retraso en el crecimiento entre otras complicaciones que también ponen en riesgo su vida y si a esto se le agregan otros factores socioculturales como es el nivel económico y nivel de escolaridad el riesgo aumenta aún más.

Riesgo relativo y atribuible de fumar durante el embarazo en mujeres que asisten para su atención al Hospital Materno Infantil Tlahuac.

TÓXICOMANIAS	ABORTO		R P M		R.N. HIPOTROFICO	
	R.R	R.A	R.R	R.A	R.R	R.A
Fuman	2.8	.26	2.2	.33	1.4	.6
No fuman	.35	-.26	.45	-.35	.7	-.6

FUENTE

Datos obtenidos en el archivo del Hospital Materno Infantil Tlahuac , en el mes de agosto de 1996

Las mujeres que fuman tienen un riesgo relativo de presentar aborto, R.P.M., y productos hipotrofosicos con 2.8, 2.2 y 1.4 veces mayor respectivamente comparado con las que no fuman

Por lo tanto el riesgo atribuible indica que 26 de cada 100 abortos, .33 de cada 100 casos de Ruptura prematura de membranas, 6 de cada 100 productos hipotróficos se evitarían si estas mujeres no fumaran durante su embarazo o antes de este

Cuando la mujer fuma se incrementa el riesgo reproductivo ya que se ve expuesta a tener abortos espontáneos, partos prematuros, niños hipotróficos sobre todo por el retraso en el crecimiento intrauterino las complicaciones durante el embarazo parto y puerperio, el tabaco multiplica el riesgo de muerte perinatal afectando a los grupos que presentan otras condiciones de riesgo como son las mujeres de 35 años o mas, grandes múltiparas, patologías previas escaso nivel socioeconómico y nulo control prenatal

CONCLUSIONES

Uno de los grupos que presentan mayores problemas de salud lo conforman la población materno infantil cuyas características de magnitud, transcendencia, vulnerabilidad lo clasifican como grupo en riesgo, por lo que es necesario dirigir acciones que identifiquen problemas de salud así como prevención y control de los mismos.

Por lo anterior y para contribuir a esas acciones, es que se realizó la presente investigación con la finalidad de conocer:

Factores de riesgo que presentan las mujeres que asisten para su atención al Hospital Materno Infantil Tlahuac y sus repercusiones en el binomio madre hijo.

Basado en los siguientes objetivos:

- Identificar factores de riesgo en el binomio madre hijo en el Hospital Materno Infantil Tlahuac.
- analizar la influencia de los factores de riesgo en la salud del recién nacido.
- Analizar la influencia de los factores de riesgo en la salud de la madre.
- Dar a conocer a las autoridades de ese hospital los principales factores de riesgo y su influencia sobre la población estudiada.

De los resultados se obtuvo:

El nivel de escolaridad mas elevado fue la secundaria y aún con esto predominó mas la primaria y un alto grado de analfabetismo por lo que el riesgo de ser multigestas es elevado, lo mismo sucede con el control prenatal ya que este muchas veces no se lleva a cabo o la serie de consultas que se requieren no son suficientes por lo que no es posible detectar daños oportunamente y con frecuencia se encontraron problemas como Ruptura prematura de membranas (RPM), abortos, productos hipotróficos, cesáreas, partos fortuitos en donde el producto además sufre daños que pueden ser de gran importancia para la vida futura.

El riesgo de productos hipotróficos y la probabilidad de que a la mujer se le realice cesárea fue mayor en mujeres con secundaria y primaria incompletas.

Todas excepto las analfabetas tienen probabilidad elevada de tener hijos prematuros incrementándose el daño en mujeres con secundaria incompleta.

El intervalo intergenésico menor a dos años fue más elevado en analfabetas.

Las mujeres con secundaria incompleta tuvieron mayor probabilidad de iniciar su vida sexual entre 13-16 y 17- 20 años las siguieron las analfabetas. y estos dos grupos fueron quienes presentaron mayor riesgo debido a gestaciones continuas y sus consecuentes daños sobre todo si su primer embarazo ocurrió a esas edades.

Independientemente de la edad, se encontró que la probabilidad de ser multigestas es elevada, excepto en adolescentes entre 15 y 19 años, pero de acuerdo a las características de la población se espera que también sean próximas a ser multigestas, ya que este era su primer embarazo.

La población en general desconoce el tiempo ideal que debe haber entre la finalización de un embarazo y el inicio del otro así como la importancia de dejar recuperar el organismo para evitar complicaciones posteriores, por lo anterior también en las primigenias se espera que su próximo embarazo sea menor a dos años.

La probabilidad de productos hipotróficos. Ruptura prematura de membranas(R.P.M), hemorragias, de acuerdo a la edad fue mayor en adolescentes y en mujeres mayores de 30 años; lo más importante de destacar aquí es que las hemorragias ocupan el segundo lugar de muerte materna en nuestro país.

El riesgo de productos prematuros, Desproporción cefalopélvica (DCP), y la probabilidad de que a la mujer se le realice cesárea fue mayor en las adolescentes, frecuentemente se observa que en ellas es imposible la culminación fisiológica del embarazo por lo que se recurre a la cesárea.

Los casos de abortos fueron mayores en mujeres jóvenes, quienes además refirieron ser multigestas, con intervalo intergenésico menor a dos años, factores potenciales para la presentación de este daño.

La inmadurez física y mental de la mujer impide el desarrollo óptimo de su producto muchas veces impidiéndole que llegue a su término. en el otro extremo de la reproducción la mujer por su desgaste físico a consecuencia de varios embarazos, no le es posible brindar a su hijo las condiciones óptimas para su buen desarrollo.

El riesgo de presentar preeclampsia, es elevado en la población en general. el mayor riesgo se encontró en mujeres con edad ideal para la reproducción . le siguieron las adolescentes y de acuerdo a estos datos se puede afirmar que en las mujeres añosas el riesgo no se elevó debido a que su embarazo generalmente terminó en aborto.

De acuerdo al estado civil, las mujeres que viven en unión libre tuvieron mayor probabilidad de no asistir al control prenatal y respecto a su edad se encontró que son adolescentes, en donde por cuestiones económicas y al no recibir apoyo de su familia no les queda otra alternativa mas que unirse a su pareja, ya que esto es preferible a ser madre soltera.

Independientemente del estado civil todas las mujeres presentaron un riesgo elevado de tener productos prematuros.

Los casos de aborto fueron mayores en mujeres casadas a las cuales se las agrega el riesgo de ser multigestas de nivel socioeconómico bajo y estos factores son determinantes para la presentación del daño.

Respecto a la ocupación de la mujer no se obtuvieron datos precisos ya que generalmente las mujeres mencionaron que se dedicaban al hogar, pero sabiendo que esta población pertenece a un área urbana marginada la mujer busca algún tipo ingreso que le permita sustentar el gasto familiar; así en recomendado reposo médico no es posible aun cuando la mujer lo desee, lo cual de alguna manera aumenta su tensión física o mental sobre todo si ella tiene embarazos seguidos

El riesgo de Apgar menor a 6 se encontró con mayor probabilidad cuando a la mujer se le realizo cesárea, hubo RPM o presentación pélvica, les siguieron los niños prematuros y los productos con bajo peso al nacer. lo más importante de destacar es que estos niños eran de mujeres adolescentes o añosas. multigestas con periodos integenesicos cortos y no hubo control prenatal

La población que asiste al Hospital Materno Infantil Tlahuac (H.M.I.T.) pertenece a un nivel económico bajo y muy bajo, es decir de pobreza extrema, quienes pertenecen al nivel económico muy bajo tuvieron mayor probabilidad de riesgo como: madres anémicas, cesárea, presentación pélvica, prematuridad, no asistencia al control prenatal, abortos, sufrimiento fetal multigestas etc., esto confirma que entre menor es el nivel económico aumenta la probabilidad de presentar riesgos sobre todo por el medio insalubre en que vive la mujer y la ignorancia de ellas, lo que le impide solicitar atención medica cuando es posible detectar algún riesgo y no solo recurran a este cuando se presenta alguna urgencia.

En cuanto al consumo de alcohol o cigarrros durante el embarazo en la población, se encontró que aunque no fue muy elevada, si fue determinante para que se presentaran daños como, anemia en la madre, abortos, productos hipotróficos y Ruptura prematura de membranas (R.P.M), los cuales a su vez originan otro tipo de riesgos en el binomio.

La ansiedad como factor de riesgo no se desarrollo en la investigación, ya que los autores en la bibliografía consultada no lo mencionan como factor de riesgo universal, como es el caso de la edad de la mujer, o la paridad. Sin embargo la ansiedad si se considera factor de riesgo, sobre todo si es asociada a otros factores puede desencadenar daños mayores en la salud del binomio. Madre-hijo.

SUGERENCIAS

La promoción de la salud reproductiva y la prevención del daño reproductivo a través de la detección y manejo de riesgo reproductivo son acciones complementarias; sin embargo los esfuerzos por promover la salud deberán ser en mayor grado, de esta manera las acciones dirigidas a la mujer no se harán solo cuando este gestando, el derecho a la salud no es únicamente cuando va a ser madre, por lo tanto las acciones de salud antes de la gestación son imprescindibles.

Los aspectos antes señalados permiten afirmar una vez más la importancia de aumentar las acciones de salud, ya que los factores que determinan algún riesgo materno o en el recién nacido son factibles de disminuir ampliando la cobertura de atención materna infantil.

Por lo anterior se propone

- Brindar información orientada hacia la atención integral de la mujer en edad fértil no gestante (incluyendo a las adolescentes ya que se consideran uno de los grupos con mayor riesgo reproductivo). La información estaría basada en la salud reproductiva y educación sexual
- Brindar información sobre salud reproductiva, haciendo énfasis en que la mujer tiene derecho a la salud no solo cuando va a ser madre.
- Uso de métodos anticonceptivos haciendo énfasis en indicaciones y contraindicaciones así como reacciones secundarias.
- Favorecer las campañas de atención integral de salud a la mujer gestante, que al mismo tiempo brindan consejos antes, durante y después de la gestación que ofrezcan mayores expectativas de vida para el binomio para esto se sugiere lo siguiente:
- Promover la lactancia materna exclusiva atendiendo condiciones sociales, culturales y laborales, haciendo énfasis en las ventajas, así como en la técnica de amamantamiento.
- Brindar orientación alimentaria y nutricional de acuerdo a los recursos y necesidades de la población.

- Promover un adecuado control prenatal que permita la evaluación periódica del embarazo, para detectar oportunamente patologías obstétricas además de valorar el adecuado crecimiento del feto.
- Brindar información sobre salud reproductiva, haciendo énfasis en la planificación familiar, incluyendo la regulación de la fecundación, ejercicio de una sexualidad segura y responsable, libre de contraer una enfermedad de transmisión sexual y libre de engendrar hijos no deseados que de alguna manera predispone a problemas psíquicos y sociales de los padres, al aborto provocado y al aumento de niños abandonados o maltratados.
- Promover los cuidados del recién nacido e identificación de signos de alarma que requieran atención médica urgente
- Promover el ejercicio de una paternidad responsable que considere los siguientes aspectos.
 1. Que las gestaciones sean planificadas para que ocurran en el momento deseado por la pareja.
 2. Que los padres tengan conciencia que procrear un ser humano implica no solo un compromiso y deber recíproco entre la pareja, si no que también ante el hijo la familia y la sociedad.
 3. Que los padres no solo deban procurar brindar adecuada vivienda, alimentación, educación, salud y vestimenta a sus hijos, si no que además también la responsabilidad de brindar amor, tiempo, amistad y protección.

Acciones dirigidas a la población en general:

Orientar a los individuos para que participen activamente en la promoción y utilización de los recursos existentes y lograr que la salud sea un patrimonio de la comunidad.

En cuanto a la educación sexual y reproductiva esta debe empezar desde el nacimiento primeramente son los padres quienes sientan las bases del futuro comportamiento general del niño.

En la escuela esta educación debe dirigirse a que los niños y adolescentes aprendan a tomar decisiones acertadas trabajen en conjunto y eviten conflictos.

La población debe conocer la importancia de la salud reproductiva ya que es fundamental para orientarse en aspectos de promoción y prevención: así mismo debe saber donde brindan los servicios, horarios de atención y otras características. De esta manera podrá participar activamente en el desarrollo de la salud reproductiva. .

Ampliar campañas de educación para la salud sobre alcoholismo y drogadicción.

Capacitar periódicamente al personal de la institución para que brinde información adecuada y veras sobre todos los temas antes mencionados

BIBLIOGRAFIA

1. ALTIRRIBIA, J Esteban. Licenciatura ginecología Edit, Sarvat, México 1990, 350.pp.
2. IMSS, No 3. Ginecología y obstetricia. Edit. Méndez editores. ed. 3ª. México D.F. 1985.
3. BARQUIN Calderón M. Sociomedicina. Edit. Méndez editores. Ed. 3ra, México D.F. 1992,. 826 pp.
4. BENSON C. Ralph. Diagnóstico y tratamiento ginecoobstetrico Edit. Manual moderno. México 1995. 1190 pp
5. BENSON C. Ralph. Manual de obstetricia y ginecología. Edit. Interamericana, Ed. 9ª, México 1985. 836.pp.
6. BOTELLA L. José Fisiología materna tomo I. Edit. Científica medica, México 1980, 576.pp.
7. BUTNARESCU Glenda fregia. Enfermería perinatal vol. II. Edit. Limusa, México, 983.pp.
8. CAMPARATO Marro R. Ginecología en esquemas Edit. El ateneo. Ed. 2ª, México 1994,.307.pp.
9. COPLAN Ronald M Fundamentos de obstetricia Edit., Limusa México 1987, 400 pp.
10. CASANOVA A. Nicolas Obstetricia. Edit. Francisco Mendoza Cervantes, México 1983, , 397.pp

21. MOORE, Mary Lou, El recién nacido y la enfermera, Edit. Interamericana, Ed. 19ª, 1995.
22. MORENO, Altamirano Laura et al Factores de riesgo en la comunidad vol. I Y II. Edit. Facultad de Medicina. UNAM, México D.F. 1990. 306 y 235 pp.
23. PERNOLL, Diagnóstico y tratamiento ginecoobstétrico. Edit. Manual moderno. Ed. 6ª, México D.F. 1995., 1444 pp.
24. SECRETARIA DE SALUD. La salud de la mujer en México. Dirección general de la salud materna e infantil. Programa nacional "mujer, salud y desarrollo" México 1990, 202 pp.
25. SISTEMA NACIONAL DE SALUD. Comité Nacional para el estudio de la mortalidad materna y perinatal, Citas y hechos 1989-1994, Mexico D.F. mayo de 1994.
26. SCHWARCZ, R. Leopoldo. et al, Atención prenatal y del parto de bajo riesgo. CLAP/OPS/ OMS. 224 pp.
27. SCHWARCZ, R. Leopoldo. Obstetricia Edit. El Ateneo, Ed. 4ª México 1986., 602 pp.
28. TORTOR Gerard J. Principios de anatomía y fisiología Edit. Harla, ed 6ª México 1995, 1206 pp.
29. UNESCO. El deber de la educación tomo II, Biblioteca SEP México 1984 157 pp.
30. WILLSON J. Roberto Fundamentos de obstetricia. Edit. Manual moderno México D.F. 1991., 798 pp.
31. WILLIAMS. Obstetricia, Edit. Savall. Ed. 3ª. México 1986. 900 pp

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

Cuestionario para recabar información de la investigación sobre factores de riesgo en el binomio madre-hijo del hospital materno infantil Tlahuac

OBJETIVO: Obtener información necesaria para identificar los factores de riesgo en el binomio madre-hijo del Hospital Materno Infantil Tlahuac.

1.- Nombre: _____ No. de Exp. _____

- 2.- Edad:
- a) - de 14 años
 - b) 15 - 19 años
 - c) 20 - 30 años
 - d) 31 - 35 años
 - e) 36 años o más

3.- Escolaridad _____

4.- Ocupación _____

- 5.- Peso:
- a) -40 kg.
 - b) 41 - 50kg
 - c) 51 - 64 kg.
 - d) 65 - 75 kg.
 - e) 76 Kg ó mas

- 6.- Talla:
- a) - 144 cm
 - b) 145 - 149 cm
 - c) más de 150cm

- 7.- Estado civil:
- a) Madre soltera
 - b) casada
 - c) Unión libre
 - d) Viuda
 - e) Otros especifique _____

8.- Antecedentes hereditarios patológicos.

9.- antecedentes maternos patológicos

- a) Diabetes
- b) Hipertensión
- c) Enfermedad renal
- d) Epilepsia
- e) Enfermedad mental
- f) Anemia

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS

10. Gestas _____ Paras _____ Cesáreas _____ Abortos _____

11. Edad en que inicio su vida sexual:

- a) 13-16 años
- b) 17-20 años
- c) 21-24 años
- d) 25 años ó mas

12. Intervalo intergenésico:

- a) Menos de 1 año
- b) 1 a 2 años
- c) 3 a 4 años
- d) más de 4 años

13. Edad en la que tuvo su primer hijo _____

14. Características de los partos anteriores:

- a) Normal
- b) Difícil
- c) Otros especifique

15 Características de los hijos anteriores

- a) Hijos con bajo peso al nacer Si _____ No _____
- b) Productos prematuros Si _____ No _____
- c) Hijos con malformaciones Si _____ No _____
- d) Muerte pennatal Si _____ No _____

CARACTERISTICAS DEL ULTIMO EMBARAZO

16. Asistió a su control prenatal Si ____ No ____

17. FUR _____ SDG _____ FCF _____

18. Presentación del producto a) cefálico
b) Otras

especificar. _____

19. Pelvis a) Útil
b) En su limite o dudoso
c) Desproporción

20. El embarazo terminó en: a) Aborto
b) Parto normal
c) Aplicación de fórceps
d) Cesaría
e) Otros

especificar _____

21. Características del Líquido amniótico.

I) Cantidad.	a) Normal	II) Color	a) Claro
	b) Regular		b) Verde
	c) Polidramnios		c) Obscur
	d) Oligohidramnios		

22. Membranas ovulares: a) Integras
b) Rotas 12 horas ó menos
c) Rotas 12 horas o mas.

23. Alumbramiento a) Espontáneo
b) Dirigido
c) Manual

24. Hemorragia a) Normal
b) Moderado
c) Excesiva

RECIÉN NACIDO

25. Peso:
- a) 2000g ó menos
 - b) 2001g - 2500g
 - c) 2501g - 3000g
 - d) 3001g - 3500g
 - e) 3501g - 4000g
 - e) 4000g ó más
26. Talla:
- a) 40-45cm
 - b) 46-50cm
 - c) 51-55cm
 - d) 56 ó mas
27. Apgar:
- a) 01 - 03
 - b) 04 - 06
 - c) 07 - 10
28. Edad gestacional :
- a) 32 ó menos SDG
 - b) 33 a 36 SDG
 - c) 37 a 41 SDG
 - d) 41 ó más SDG

NUTRICIÓN

29 Nivel nutricional de acuerdo al peso y talla

- a) Peso ideal
- b) Desnutrición de 1er grado
- c) desnutrición de 2do grado
- d) Desnutrición de 3er grado
- e) Sobrepeso
- f) Obesidad

HIGIENE

30. Cada cuando se baña _____
31. El tipo d baño es: parcial _____ Total _____
32. Con que frecuencia se cambia la ropa _____
33. Frecuencia del lavado de manos _____
34. Frecuencia del cepillado de dientes _____

NIVEL SOCIOECONÓMICO

35. a) Muy bajo
b) Bajo
c) Medio
d) Alto

36. Vivienda: a) precedero
b) no precedero

37. Toxicómanias:

Tabaquismo. Si _____ No _____ Frecuencia _____

Alcoholismo Si _____ No _____ Frecuencia _____

38. Nivel de hemoglobina

- a) 11 ó más
- b) 8g a 10.9g.
- c) 8g ó menos

39. Otros estudios realizados

40.- observaciones _____

