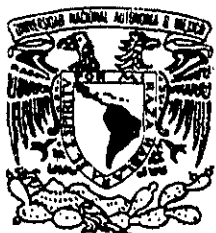


1

11226

133
2ej



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

FACULTAD DE MEDICINA



DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACION
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES
PARA LOS TRABAJADORES DEL ESTADO
CLINICA HOSPITAL ESTATAL DEL ISSSTE, TLAXCALA

I. S. S. S. T. E.
CLINICA HOSPITAL ESTATAL TLAXCALA

**CARACTERISTICAS SOCIALES Y OBSTETRICAS,
SU INFLUENCIA EN LA RESOLUCION DEL
EMBARAZO**

**I.S.S.S.T.E.
SUBDIRECCION MEDICA
UNIDAD MEDICA
29.1
TLAXCALA, TLAX.**

JEFATURA DE ENSEÑANZA

T R A B A J O

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE:

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A :

DR. JUVENTINO VAZQUEZ DIAZ

TLAXCALA

1999.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

281092



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

CARACTERÍSTICAS SOCIALES Y OBSTÉTRICAS, SU INFLUENCIA EN LA RESOLUCIÓN DEL EMBARAZO.

Trabajo que para obtener el diploma de especialista en Medicina Familiar presenta:

JUVENTINO VÁZQUEZ DÍAZ

AUTORIZACIONES

**DR. CARLOS MARTINEZ SAN JUAN
PROFESOR TITULAR
DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR
PARAMÉDICOS GENERALES EN CLÍNICA HOSPITAL ISSSTE TLAXCALA**

**DR. CARLOS MARTINEZ SAN JUAN
ASESOR DE TESIS ISSSTE**

**DR. PEDRO DORANTES B.
ASESOR DE TESIS U.N.A.M.
PROFESOR DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR**

Leticia Esnaurrizar Jurado
**DRA. LETICIA ESNAURRIZAR JURADO
JEFE DEL DE EDUCACIÓN MÉDICA CONTINUA Y MEDICINA FAMILIAR
JEFATURA DE SERVICIOS DE ENSEÑANZA DEL ISSSTE**

I. S. S. S. T. E.
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
19 MAR. 1999
V o. B o.

**CARACTERISTICAS SOCIALES Y OBSTETRICAS , SU INFLUENCIA EN LA
RESOLUCIÓN DEL EMBARAZO.**

Trabajo para obtener el diploma de especialista en Medicina Familiar ,
presente:

JUVENTINO VÁZQUEZ DÍAZ

AUTORIZACIONES:



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



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



**DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.**

ÍNDICE

Contenido:	Pág.
1. Introducción.....	5
2. Marco teórico.....	6
3. Planteamiento del problema.....	14
4. Justificación.....	15
5. Objetivos.....	17
6. Metodología.....	18
7. Resultados.....	21
8. Discusión.....	50
9. Conclusión.....	56
10. Bibliografía	59
11. Anexo 1.....	62

1.-INTRODUCCIÓN

El presente estudio consiste en investigar la influencia de las características sociales y obstétricas de la mujer embarazada en la resolución de embarazo con la finalidad de proporcionar una atención más eficiente en la consulta de medicina familiar a estas pacientes.

A través de un estudio retrospectivo, descriptivo transversal y observacional, se recopiló la información en una cédula de recolección de datos, de los expedientes clínicos de 127 pacientes embarazadas del consultorio 3 de la CHET del periodo enero - diciembre 1997 que cumplieron con los criterios de selección.

Los aspectos que se investigaron fueron :

- ⇒ Las características sociales de las pacientes, que comprendieron su edad, escolaridad, estado civil, ocupación y nivel socioeconómico.
- ⇒ Las características obstétricas donde se investigó: número de gestaciones, antecedentes de partos, cesáreas y abortos, edad gestacional al momento del parto y resolución del embarazo..
- ⇒ Enfermedades intercurrentes que se presentaron en la embarazada.
- ⇒ Complicaciones obstétricas que se presentaron a lo largo de la gestación y en la resolución del embarazo.

Los resultados obtenidos se presentan en cuadros y gráficas y a partir de éstos se realiza el análisis en relación a lo publicado por otros autores.

El principal obstáculo de la investigación fue la obtención de la información por el extravío de expedientes y la falta de calidad en las notas médicas en los mismos expedientes.

Se concluye que las características sociales y obstétricas de las embarazadas influyen en la resolución del embarazo, para que ésta sea a través del parto , operación cesárea y en algunas ocasiones por aborto.

Su conocimiento nos permitirá orientar más adecuadamente a las pacientes, realizando una medicina familiar más preventiva que curativa a favor de más partos eutócicos, menos abortos y desaparición de las cesáreas no necesarias.

2.-MARCO TEÓRICO

Actualmente la atención de la mujer embarazada ocupa una de los principales programas de la salud, en donde el médico tiene como meta el lograr las condiciones óptimas del binomio madre-hijo, esta atención se inicia desde el momento mismo de la concepción y termina con el nacimiento del producto a término y en cuya evolución se presentan factores que afectan la salud de la madre o del producto.¹

Antiguamente el papel del médico se limitaba únicamente a la atención de la mujer en el trabajo de parto y en el parto mismo.

A veces se solía llamar al médico cuando surgían complicaciones durante el embarazo, pero un estudio de rutina tal como hoy lo realizamos no se acostumbraba.²

Del conocimiento de las características sociales y obstétricas de la paciente gestante y con frecuencia de las exploraciones a lo largo de la gestación, las patologías adyacentes y/o anomalías pueden detectarse y ser tratadas antes de que las dificultades aumenten y que aparezcan consecuencias irreversibles .

Los efectos beneficiosos de una atención prenatal bien planificada y conducida, a través del conocimiento del perfil social y obstétrico de las pacientes, están avalados por la gran disminución de complicaciones en poblaciones que utilizan estos programas, en contraste con las poblaciones que a nivel mundial, la atención prenatal o bien no se lleva a cabo o se lleva de forma mínima.²

Los servicios de atención prenatal son ofrecidos por las instituciones del sector salud principalmente y en menor proporción por el sector privado. En el I.M.S.S la atención médica prenatal ha alcanzado un 75% de cobertura de mujeres embarazadas de las que solo un 23% terminan una atención prenatal adecuada, por lo que Martínez-González concluyen que la cobertura de los cuidados prenatales aun es bajo en esa Institución.³

México ha registrado en este siglo cambios sustanciales en su estructura y dinámica poblacional que lo han llevado a una transición demográfica. Entre los cambios más importantes destacan la reducción progresiva y continua de la mortalidad, particularmente infantil, el abatimiento de la fecundidad y el incremento de las esperanzas de vida al nacimiento.⁴

Las implicaciones de la transición demográfica, con un crecimiento poblacional aún elevado en número absolutos, muestran que además de las necesidades y demandas no satisfechas en salud reproductiva, emergen nuevos desafíos como la atención a la salud sexual y reproductiva de la población en general. Así mismo subsiste, el reto de eliminar el rezago en las enfermedades de la pobreza como afecciones maternas y perinatales y las derivadas de la desnutrición, factores importantes que se analizan dentro de el control prenatal de la consulta externa de medicina familiar.⁴

Las mujeres mexicanas suman actualmente 46.5 millones y representan poco más del 50% de los 92 millones de habitantes del país. En los últimos 25 años, como consecuencia del rápido descenso de la fecundidad y la transformación de los patrones reproductivos, se han producido cambios notables en las estructuras por edades de la población.⁵

Se prevé que al inicio del nuevo milenio las mujeres sumaran alrededor de 50.1 millones y para el año 2010 ascenderán a 56.6 millones. Los cambios en la edad de la población femenina tiene importantes consecuencias en la conformación de un amplio espectro de demandas sociales específicamente de la atención médica.⁵

Para los fines de una investigación epidemiológica, la paciente puede identificarse a través de ciertas características personales, como edad, la raza, el estado socioeconómico, las pérdidas previas del embarazo, el intervalo desde el último parto y el embarazo puede identificarse por factores tales como la presentación pélvica, la rotura de membranas, la cesárea repetida o a través del parto que dura más de 18 horas.

Nuestro país no es ajeno a las nuevas tendencias sociales y reproductivas, se encuentra ya con una tasa cada vez mayor de embarazadas con una edad materna avanzada, y por otra parte, en las dos últimas décadas se incrementó el interés en el embarazo y parto en las adolescentes al reconocer a éste como un problema multifacético y no de fácil solución. Lo que puede ocurrir en todo los grupos sociales, económicos, raciales y étnicos.^{6,7}

La mayoría de los autores concuerdan en que las mujeres con edad materna avanzada, se encuentran en mayor riesgo de anomalías cromosómicas, abortos espontáneos, diabetes gestacional, hipertensión del embarazo y nacimientos vía cesárea. La nueva cultura de madres maduras, es producto de la confluencia de factores tanto sociales, obstétricos y demográficos. La mujer posterga la maternidad en pro de mejores expectativas ya sea en el ámbito académico, profesional o económico.

La fertilidad se encuentra incrementada en la década que sigue a la menarca, declina en forma gradual entre la 3ra. y la 4ta. y luego disminuye rápidamente en la que precede a la menopausia. Entre las causas de infertilidad relacionadas con la edad se incluyen la endometriosis la anovulación, los miomas, las enfermedades clínicas y los factores psicológicos.

La probabilidad de abortos espontáneos aumenta con la edad materna, en especial después de los 35 años. Además, en los fetos abortados en forma espontánea crece la proporción de cariotipos anormales (trisomías), en especial después de los 32 a 33 años.⁸

Muchas afecciones clínicas y quirúrgicas aumentan su frecuencia a medida que avanza la edad materna. En términos generales se acepta que hay un incremento de la preeclampsia y la eclampsia con el aumento de la edad, sobre todo en las primíparas.

Los trabajos publicados muestran un aumento de la frecuencia de placenta previa con la edad.

Existe acuerdo, en lo que atañe al aumento de la frecuencia de intervención cesárea en directa relación con la edad materna, aunque no ha sido posible obtener una explicación satisfactoria de ello. La mortalidad materna se acrecienta con la edad y la paridad.⁸

Por otro lado los avances de la medicina de la reproducción plantearán nuevas perspectivas donde la tasa de fertilidad de las mujeres mayores de 30 años no difiere mucho de la de las mujeres de 20.⁶

En relación al adolescente, hay mayores riesgos de tipo biológico, psicológico y social. Se informa en éste mayor frecuencia de desproporción cefalopélvica, anemia, preeclampsia y bajo peso del recién nacido.⁷ Lo que muestra la importancia del estudio de la edad de la embarazada.

En relación a la educación, los avances en el acceso de la mujer a todos los niveles y modalidades del sistema educativo nacional han sido notables, a pesar de ello, persisten elevados niveles de analfabetismo. Este es un fenómeno que se presenta con mayor frecuencia en las mujeres que en los hombres (15.2 y 9.8 % de la población femenina y masculina de 15 años y más respectivamente), de hecho, casi dos de cada tres personas adultas que no saben leer ni escribir son mujeres.

El ingreso a la primaria hoy en día es casi universal y no se observan diferencias significativas entre niñas y niños en el ámbito nacional sin embargo debe reconocerse que la magnitud del rezago educativo continúa siendo mayor entre las mujeres. Más aún la mayoría de ellas solo cursa los primeros grados mientras que en contraste, una proporción importante de la población masculina logra aprobar la primaria.

Debe destacarse que a nivel nacional 3 de 4 mujeres que recibieron atención prenatal durante 1989 a 1994 tuvieron 4 o más revisiones durante su embarazo, pero que entre la población de mujeres sin escolaridad o con primaria incompleta un porcentaje muy elevado no recibió ninguna atención.⁹

La asistencia de las mujeres a la secundaria continúa siendo inferior a la de los hombres, se muestran cambios importantes a favor de las primeras en el periodo 1991-1994.

La participación femenina en la educación media superior también se ha ampliado considerablemente en el periodo reciente, lo que ha contribuido a reducir las diferencias por sexo en este escalafón educativo. Siendo más su predominio en los estudios de normal básica, donde habitualmente la matrícula masculina, representa solo la mitad de la femenina.

La incorporación de las mujeres en la educación superior también ha presentado un incremento continuo en los últimos años logrando un incremento de un 19 a un 37 % de 1970 a 1990. Situaciones que han influido en las características sociales de las actuales embarazadas.⁴

Es preciso reconocer que la incorporación de las mujeres a la actividad económica no es una condición suficiente para mejorar su condición social. La tasa de participación femenina se incrementó de un nivel cercano a 17 % en 1970 a 35% en 1995.

La presencia cada vez mayor de la población femenina en el mercado de trabajo no solo ha respondido a los procesos de modernización y reestructuración que ha tenido lugar en la economía mexicana. Sino que también constituye un expresión de su creciente nivel educativo.

A pesar de esta favorable evolución de la participación económica femenina, la mujer sigue enfrentando múltiples obstáculos para insertarse en el mercado laboral. Así la eventual incompatibilidad entre la participación en la actividad económica y el ejercicio de la maternidad sigue influyendo, si bien cada vez en menor medida, en la apreciación que se tiene del trabajo remunerado de la mujer, predominando mujeres solteras o sin hijos. Sus tasas de actividad se incrementaron entre 1991 y 1993 de 25.8 y 22.8 % a 27.8 y 25.9% de las mujeres casadas y unidas respectivamente.

En el incremento de la participación laboral de la mujer están representadas las ocupaciones tradicionalmente consideradas como femeninas: empleadas domésticas, secretarías, mecanógrafas, empleadas del comercio y comerciantes, educadoras, profesoras, enfermeras, asistentes de servicios de salud entre otras

Las características de las embarazadas, a menudo las limitan, por la necesidad de que la jornada de trabajo fuera del hogar, sea compatible con los cuidados prenatales y el cuidado de los hijos lactantes. La eventual incompatibilidad entre el trabajo de la mujer y el ejercicio de la maternidad sigue influyendo, si bien cada vez en menor medida, en la apreciación que se tiene del trabajo remunerado de la mujer.

Colie refiere que no es válido comparar embarazadas sanas que trabajan fuera del hogar con amas de casa grávidas puesto que las tareas domésticas pueden demandar más esfuerzo físico y estrés psicológico que muchos de los empleos formales. En general considerando todo tipo de tareas, la autora hace notar que la dificultad física desarrollada por una mujer embarazada esta relacionada en forma inversa con la clase social a la que pertenece.¹⁰

El parto prematuro es causa principal de mortalidad y morbilidad infantil, por lo que el efecto del trabajo de la madre sobre el desarrollo del embarazo es un área de creciente interés. El empleo, en términos amplios no parece ser un factor que promueva la prematuridad del parto. La postura erecta ha sido identificada por la mayoría de los investigadores como un factor de riesgo (posiblemente asociado con una disminución de la irrigación placentaria), mientras que otros no encuentran que afecte en modo alguna la duración del embarazo. Por otra parte no existe evidencia de que algún factor del trabajo materno predisponga para el nacimiento de bebés de bajo peso.¹⁰

Otra característica de las embarazadas, se refiere al ambiente cotidiano donde se desenvuelve la vida familiar. En México el número de hogares, ha aumentado rápidamente. En poco más de 20 años su monto prácticamente se duplicó totalizando en 1992 poco más de 18 millones de hogares. Quizá uno de los cambios más importantes en la composición de las familias mexicanas, haya sido el descenso sostenido de su tamaño medio, el cual paso de 5.3 a 4.7 personas durante el periodo 1970-1992 hecho que esta asociado a la disminución de la fecundidad.

En la estructura de los hogares la gran mayoría son de tipo familiar (95%), y solo una reducida proporción de ellos (5%), corresponde a corresidentes sin vínculo de parentesco o a personas que viven solas. Los hogares de tipo nuclear son mayoritarios: en 1992 representaban alrededor del 69 % del total de hogares del país. Dentro de este conjunto destacaban los hogares conyugales (parejas con hijos solteros) y los monoparentales (hogares con solo uno de los progenitores e hijos solteros).

Es ampliamente reconocido el hecho de que las familias mexicanas se sustentan en su mayoría en el matrimonio y que, en general, las parejas viven una cierta estabilidad reflejada en la relativamente baja prevalencia de la disolución de uniones. Poco se sabe acerca de las implicaciones que tienen los cambios observados en el predominio de los distintos tipos de hogares, así como de los patrones de formación y disolución familiar, sobre la situación social de la mujeres y como estos factores influyen sobre el comportamiento del embarazo y de la resolución del mismo.⁴

El nivel socioeconómico de la embarazada constituye una de los grandes problemas de la mujer cuyas consecuencias afectan en forma diferenciada a las distintas poblaciones urbanas o rurales; el nivel socioeconómico es un factor de raíces profundas y se da como consecuencia del sistema productivo, con asimetrías de acceso a los servicios. Cuando el nivel socioeconómico es bajo éste tiene consecuencias altamente nocivas no solo para la descendencia de quienes la padecen sino también para el desarrollo biológico y social de la comunidad. Por una parte impide el desenvolvimiento de las capacidades humanas y limita el crecimiento económico, y se manifiesta también, en desnutrición, condiciones no adecuadas de vivienda, presencia de diversos problemas de salud y un mayor riesgo de morbilidad y mortalidad general y obstétricas, así como en un acceso limitado a la educación y otros servicios básicos.⁵

Entre los aspectos obstétricos que llaman la atención actualmente se encuentra que la tasa global de fecundidad alcanzó en 1970 la cifra de 6.6 hijos por mujer y descendió a 2.9 hijos en 1994. Por lo que nuestro país enfrenta un proceso de transición demográfica que se ha traducido en modificaciones importantes en la estructura de la pirámide poblacional, la cual muestra hacia fines de 1994 un angostamiento relativo en su base con mayor crecimiento de los grupos adolescentes y de las mujeres en la etapa posreproductiva. Esta transición continuará hasta alcanzar bajas tasas de mortalidad, baja fecundidad y disminución del crecimiento poblacional, con lo que se conformarán pirámides de población de base angosta.⁴

Un rasgo relevante de la mujer adolescente es que constituye una proporción creciente de la fecundidad total. Si bien la fecundidad de las mujeres menores de 20 años ha disminuido ésta contribuye con alrededor del 13.8 % de la tasa global de fecundidad, lo que en números absolutos representa 390.000 nacimientos cada año.

Diversos estudios han puesto de relieve el efecto que tiene el inicio temprano de la reproducción sobre la fecundidad a lo largo de la vida. De acuerdo con estos, las mujeres que tuvieron su primer hijo antes de los 18 años presentan, 10 años más tarde, una descendencia de 4.2 hijos, en comparación con las que tuvieron su primer hijo después de los 24 años, las cuales alcanzan 10 años después una descendencia de 3 hijos.⁵

También se sabe que nuestro país no es ajeno a las nuevas tendencias sociales y reproductivas, se encuentra ya con una tasa cada vez mayor de embarazadas con edad materna avanzada. Hay que recordar por otro lado que México sigue siendo tierra de grandes multiparas añosas.⁶

Del total de partos atendidos entre 1989 y 1994, el 76 % se resolvió por vía vaginal y el 24% restante por operación cesárea.⁹

En los últimos años en México se ha observado un incremento progresivo en la frecuencia de la operación cesárea en relación con el número total de partos. Mientras en la década de los sesenta, la cesárea representaba alrededor del 5% de todos los partos, actualmente en la mayoría de los hospitales del país, su frecuencia se ha incrementado por encima del 20%.

Según la Norma Oficial Mexicana para la Atención del Embarazo, Parto, Puerperio y del Recién Nacido (NOM.007), todas las unidades médicas que brindan atención obstétrica deberán contar con lineamientos para la indicación de la cesárea, cuyo índice recomendado es de 15% para los hospitales de segundo nivel y de 20 % para hospitales de tercer nivel.¹¹

Las indicaciones más frecuentes de la cesárea son: distocia de contracción, cesárea previa, sufrimiento fetal y presentación pélvica; algunas de éstas, pueden ser susceptibles de cambio a través de alternativas obstétricas de manejo.¹²

Batres, en el Hospital de la Mujer, reporta que en 1993 los nacimientos fueron 33.6% vía cesárea y 66.3 % por parto, en donde las indicaciones de cesárea fueron las siguientes: en primer lugar por cesárea previa con un 24.4%, en segundo lugar la desproporción cefalopélvica con un 22.3%.¹³

La evidencia de que en todo el mundo y especialmente en México la frecuencia de cesáreas se haya incrementado exponencialmente hasta niveles mayores del 60 % de todos los nacimientos, ha planteado en instituciones públicas y privadas la posibilidad de buscar estrategias para reducirlas.¹⁴

La interrupción del embarazo antes de la semana 20 de gestación es denominada aborto. El aborto espontáneo identifica aquellos embarazos que finalizan como resultado de un desarrollo fetal anormal o de otras causas con frecuencia no identificadas o desconocidas, derivadas de enfermedades uterinas, fetales o maternas. Shapiro y Cols, en un estudio de miembros de un grupo de seguros médicos, encontraron que el 11.5 % de embarazos conocidos terminaban antes de la semana 20 de gestación. La Organización Mundial de la Salud divide al aborto en precoz y en tardío dependiendo de que ocurra antes de la semana 12, o entre la 12 y la 20 semanas de gestación.²

Un niño nacido después de la semana 20 de gestación que no muestra signos de vida en el momento del nacimiento, se le denomina mortinato. El índice de mortinatos es el número de niños nacidos muertos por cada 1.000 nacidos vivos. Aunque existen excepciones notables, la definición de la Organización Mundial de la Salud de mortinato, es la que ha permitido en una gran medida la comparación de los índices internacionales.²

Se ha establecido que la muerte fetal intrauterina oscila ente 1-2% y que está relacionado con múltiples factores que involucra el binomio así como a su medio ambiente. Los factores de participan determinan valores relacionados a factores maternos 30%, fetales 15%, placentarias 40% e inespecíficas 15%. Estrada, reporta que se presentan con mayor frecuencia en primigesta 49.23 % secundigesta 27.69 %, múltiparas 16.93% y gran múltiparas 16.93%. En relación a enfermedad sistémica agregada; enfermedad hipertensiva aguda del embarazo 30.26%, HAS 23.00% diabetes mellitus 7.69% inespecíficas 41.54 %.¹⁵

Se estima que de un 6 a un 18% de los embarazos tienen un factor concomitante de riesgo que requiere, al igual que las emergencias obstétricas, detección oportuna y referencia a centros de capacidad resolutiva.⁹

Muchas enfermedades son consecuencia directa del embarazo. Algunas son específicas del embarazo, y otras resultado de deficiencias precipitadas específicamente por el embarazo. La preeclampsia es una de las más importantes, sobre todo por su frecuencia y su potencial letal, tanto para la madre como para el feto. Las otras enfermedades de este grupo, aunque no necesariamente menos importantes, reciben menos atención, ya sea por que son más raras o por que tengan complicaciones menos graves.²

Sin embargo, a pesar del avance alcanzado en el conocimiento de una serie de aspectos reproductivos hasta hace poco insospechados, los registros hospitalarios continúan mostrando en los primeros lugares, entidades nosológicas como la hipertensión arterial que complica el embarazo y el puerperio, la amenaza de parto prematuro, la ruptura prematura de membranas y la infección de vías urinarias, que al parecer no han sido modificadas por las acciones aplicadas de parte de los organismos sanitarios, ya que, en registros similares de hace una década, tanta en América Latina como en México, ocupan ya sitios importantes.¹⁶

Aunque se ha visto que las enfermedades sistémicas interfieren con el embarazo durante toda su evolución, normalmente tiene mayor efecto durante el tercer trimestre. Sin embargo ocasionalmente pueden ser la causa de un aborto espontáneo. Las infecciones maternas probablemente son las de mayor riesgo para el embrión o feto en desarrollo. Las infecciones agudas febriles, como neumonías, tifoidea, pielonefritis o gripe, a veces terminan en aborto.²

La anemia en especial es una condición muy común durante el embarazo. Esto es particularmente desarrollado en países donde el nivel del contenido de hierro en los alimentos es bajo, o cuando cursan con paludismo o parasitosis intestinal.¹⁷ En México, la desnutrición y las enfermedades intercurrentes de la pobreza son los factores más importantes en su presentación.

La anemia se produce frecuentemente en asociación con el embarazo. Rara vez es una complicación seria, pero su reconocimiento, identificación y tratamiento son esenciales en una práctica de medicina familiar adecuada. La causa puede ser un defecto de nutrición, pérdida hemática crónica, infección crónica, alteración metabólica, o desorden genético que actúa solo o en combinación. La incidencia de la anemia varía ampliamente dependiendo de los criterios que se emplean para su diagnóstico; es más frecuente entre los grupos de población malnutridos y que reciben una inadecuada atención médica.

La anemia más frecuente en el embarazo es la ferropénica. Si la hemoglobina no se consigue mantener por encima de 11 gr. con aporte complementario de hierro, deben tenerse en consideración otros tipos de anemia y se deben practicar los estudios pertinentes.²

Naturalmente la grávida esta sujeta a todas las enfermedades que afectan a las mujeres no gestantes; asimismo las alteraciones médicas pueden modificar el curso del embarazo, el pronóstico de ciertas enfermedades está influenciado por la superposición de la gestación.

El conocimiento de los efectos normales del embarazo sobre la función del tracto urinario es un requisito para la comprensión de las condiciones patológicas que afectan este sistema en la mujer embarazada. La bacteriuria en la gestación es, a menudo una indicación de pielonefritis crónica, lesiones obstructivas o anomalías congénitas del tracto urinario. La bacteriuria sintomática en el embarazo, representa, en alrededor de la mitad de los casos, una infección vesical; en la otra mitad, la bacteriuria proviene de la infección de uno o ambos ureteres además de la vejiga. Kass, encuentra que la bacteriuria significativa se presenta en el 4-7% de las gestaciones.

La bacteria que con más frecuencia se encontró fue la de *Escherichia Colli* en un 63.8 %. seguida en orden de frecuencia de *Klebsiella pneumoniae* con un 11.1% en pacientes que acudieron a control en el servicio de obstetricia del Nuevo Hospital Civil de Guadalajara, según lo reporta Gaxiola.¹⁸

El aumento encontrado en la incidencia de partos pretérmino entre estas mujeres puede deberse a patología crónica renal subyacente. Estas últimas lesiones también predisponen a preeclampsia y pérdidas fetales.²

La atención obstétrica completa atañe tanto a la prevención de las pérdidas fetales y neonatales como a la promoción de la salud materna. Los dos conceptos están muy interrelacionados, ya que un medio ambiente materno defectuoso, inducido por alguna de las múltiples enfermedades trascendentes, puede ser responsable de un amplio espectro de desgraciados sucesos perinatales.

Es evidente también, que ciertos problemas reproductivos son causados por alteraciones bioquímicas, moleculares y hormonales, mientras que otros están relacionados con influencias culturales, emocionales y ambientales.²

Los riesgos de la salud asociados a las complicaciones y enfermedades intercurrentes del embarazo han disminuido debido a los avances logrados en la atención prenatal y del parto. Entre 1987 y 1994, la proporción de mujeres que recibió atención médica durante el embarazo se elevó de 63.3 a 85.3%.⁵

Por lo anterior expuesto, es motivo del presente estudio mostrar la influencia que las características sociales y obstétricas tienen sobre la resolución del embarazo en las pacientes que acudieron a su control prenatal en el consultorio 3 de la CHET durante 1997, demostrando con ello lo que se ha encontrado en múltiples estudios publicados.

3.-PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

□

La atención a la paciente embarazada, durante su gestación, implica el conocimiento de las características maternas sociales y obstétricas, que pueden influir en la resolución del embarazo .

La edad en las embarazadas es una característica relevante que influye en el desarrollo de la gestación favoreciéndola cuando es la apropiada en la mujer y predisponiéndola a complicaciones obstétricas e incluso a enfermedades intercurrentes del embarazo cuando es en las adolescentes o en las madres añosas.

La escolaridad de las pacientes cuando es mínima, disminuye la búsqueda de atención para el control de embarazo, con el aumento de los riesgos, en ella misma o en su producto. En contraparte, la embarazada con estudios superiores cuenta con más posibilidades de obtener atención médica, con lo que los resultados del binomio madre-hijo deben ser mejores.

El estado civil de las embarazadas influye en la seguridad para enfrentar el embarazo, la mujer casada en general cuenta con el apoyo de su pareja, favoreciendo esto las condiciones en las que se desarrolla su embarazo; las madres solteras , son mujeres que se enfrentan en general a múltiples problemas , desde económicos hasta emocionales que pueden afectar la gestación.

La ocupación en la que actualmente están inmersas gran cantidad de embarazadas ha traído consigo un nuevo enfoque de la atención obstétrica, ya que no es lo mismo, la evolución de un embarazo en una ama de casa que en una mujer que tiene que laborar, con un horario rígido y con una carga de trabajo que varía ampliamente en el campo laboral actual.

El nivel socioeconómico determina el ambiente en que se desarrolla la paciente y por lo mismo influye favorable o desfavorablemente. Cuando es medio o alto, las posibilidades para el desarrollo de un mejor embarazo con la atención adecuada son más factibles. En cambio cuando el medio socioeconómico es bajo existen posibilidades de que el embarazo se complique por falta de recursos para una buena atención oportuna.

Los antecedentes obstétricos son importantes ya que determinan la conducta a seguir en las pacientes; el número de gestaciones, los antecedentes de partos, cesáreas y abortos, la edad gestacional del producto, las causas de cesáreas, las complicaciones obstétricas así como las enfermedades intercurrentes del embarazo, son factores que se presentan, determinando las características de cada gestación, en la paciente y que influyen en la resolución del embarazo.

En la práctica de la Medicina Familiar la valoración de la edad, escolaridad, estado civil, ocupación y nivel socioeconómico así como los antecedentes obstétricos, las complicaciones obstétricas y las patologías agregadas durante la gestación no siempre se realiza en forma adecuada, trayendo como consecuencia la falta de diagnósticos oportunos para lograr en forma eficaz la resolución del embarazo.

¿Influyen las características sociales y obstétricas de las pacientes en la resolución del embarazo ?

4 - JUSTIFICACIÓN

En el año de 1997 se otorgaron 516 consultas prenatales, en el consultorio 3 de la Clínica, Hospital Estatal Tlaxcala del ISSSTE, ocupando el 1er. lugar en la atención médica familiar como diagnóstico, superando a las colitis y gastroenteritis, resfriado común, control de diabetes e infección de vías urinarias que fueron las 5 patologías más frecuentes reportadas en este consultorio.

Lo anterior refleja que la población que más demanda atención en este consultorio es la de las embarazadas, como un reflejo de lo que puede estar pasando en la población, general, de ahí la importancia de conocer más a estas pacientes. El médico Familiar debe interpretar correctamente las características que presentan las embarazadas, teniendo en consideración que la edad es un factor que va a influir en gran medida en la presentación de un evento obstétrico con bajo riesgo o por el contrario estará predisponiendo a esa mujer a un alto riesgo, la mayoría de los autores concuerda en que las mujeres de edad avanzada se encuentran con mayores posibilidades de presentar productos con anomalías cromosómicas, mayor incidencia de abortos, nacimientos por vía cesárea, etc. y que en las madres adolescentes también tiene mas probabilidades de morbilidad gestacional.

En relación a la influencia de la preparación escolar de la mujer el embarazo, esta se debe tomar en cuenta ya que determina mucho de la conducta que la paciente sigue en el cuidado de la gestación y en la forma de la atención en la resolución del embarazo. A menor grado de escolaridad es frecuente que la atención de la gestación sea deficiente, en contraste con las mujeres que tiene preparación profesional en donde la atención obstétrica se busca que sea eficiente. Y dentro de estos dos extremos, existe una inmensa mayoría de situaciones sobre la preparación escolar de la mujer y el embarazo.

Aunado a lo anterior la mujer ha invadido los espacios laborales a donde ha lleva su embarazo como algo inherente a ella misma, lo que ha planteado nuevas situaciones en el campo de la obstetricia, en relación al cuidados de esta embarazadas, pues cada día aumentan más a pesar de la Planificación Familiar.

El estado civil de las pacientes embarazadas ya no es como antes, cada día son más las mujeres que deciden ser madres solteras con todas las responsabilidades que ello implica, ser casada también ya es sinónimo de sumisión por el contrario la mujer moderna de nuestro tiempo, decide sobre su vida e influye en las decisiones de la pareja en gran medida, y una de las grandes decisiones, es sobre los hijos desde su planeación, la mujer sea casada, o soltera, intenta decidir cuando y como quiere embarazarse y esto es algo que cada día esta creciendo más.

En la actualidad México enfrenta una gran crisis económica que afecta a todos los Mexicanos, pero se ha dicho que quienes más la resienten son los más pobres y los de nivel socioeconómico medio, por lo mismo las mujeres que se embarazan en nuestro tiempo no pueden dejar a un lado los problema económicos y de muchas maneras las va a afectar, modificando los resultados en su embarazo; mientras no superemos la crisis estos problemas económicos afectaran cada día más al campo de la salud.

Las características obstétricas de las pacientes dependen mucho de las características sociales que presentes las mismas, sin embargo en la práctica médica a veces se olvidan estas relaciones y se atiende a la paciente solo por que esta embarazada.

En el estudio de sus antecedentes obstétricos se pueden encontrar muchas de las razones de la evolución del embarazo actual, sin embargo a veces no se toman con la importancia que deberían tener.

La resolución del embarazo por operación cesárea se ha incrementado mucho en los últimos años en México y en el Mundo a pesar de las numerosas publicaciones en que se intenta persuadir a los Médicos para que las indicaciones sean las más indispensables. La cesárea previa sigue creciendo.

También hay que tomar en cuenta que hay patologías con las que cursan las embarazadas unas como complicaciones del propio embarazo otra como enfermedades intercurrentes, ambas son secundarias tal vez a todas las características que podemos encontrar en una mujer embarazada, su estudio es infinito, ya que cada día su diagnóstico oportuno es un reto para la práctica médica moderna.

La trascendencia de conocer las características sociales y obstétricas antes mencionadas, de las pacientes embarazadas, es la de valorar ampliamente su influencia en el embarazo y en la resolución del mismo, logrando con ello un conocimiento más amplio de cada paciente y el entorno que la rodea, para lograr una atención eficiente mediante una acción preventiva y un tratamiento oportuno de las complicaciones que suelen presentar las embarazadas. Acciones que deberán ser aplicadas en la atención médica familiar de todas las instituciones.

Es posible realizar un estudio sobre las características sociales y obstétricas y su influencia en la resolución del embarazo de las pacientes, cuando se cuenta con una población cautiva como la que acude al consultorio 3 de la CHET a través del expediente clínico donde se registran las características de cada paciente;

En el estudio sobre las características sociales y obstétricas de la paciente embarazada y su influencia en la resolución del embarazo se pueden determinar su edad, escolaridad, estado civil, ocupación y nivel económico así como, número de gestaciones, número de partos, número de cesáreas, número de aborto, la resolución del último embarazo y edad gestacional del último producto, las causas de cesáreas, complicaciones obstétricas que presentaron y que patologías principalmente son las que complican la evolución de su embarazo, que influyen en un momento dado en el evento obstétrico.

Aunque ya mucho se ha dicho sobre este tema, considero que al realizar un estudio sobre la influencia de las características sociales y obstétricas de las pacientes en la resolución del embarazo en las pacientes de la consulta externa de medicina familiar del consultorio 3 de la CHET, ayudará a proporcionar una atención obstétrica óptima.

5 -OBJETIVOS

Objetivo general:

- Identificar las características sociales y obstétricas que pueden influir en la resolución del embarazo en las pacientes que acudieron a su atención prenatal en la consulta externa del consultorio 3 de la Clínica Hospital Estatal Tlaxcala del ISSSTE..

Objetivos específicos :

- Conocer la edad de las embarazadas.
- Identificar la escolaridad de la pacientes embarazadas.
- Saber el estado civil de las pacientes.
- Investigar la ocupación de las embarazadas.
- Saber nivel socioeconómico de las pacientes.
- Conocer los antecedentes obstétricos de las mujeres embarazadas.
- Identificar las causas de las cesáreas de las pacientes del estudio.
- Detectar las complicaciones obstétricas que presentaron las pacientes.
- Enumerar las enfermedades intercurrentes que con más frecuencia se presentaron durante el embarazo.

6 -METODOLOGÍA

6.1-Tipo de estudio:

Estudio descriptivo, retrospectivo, transversal y observaciones.

6.2- Población, lugar y tiempo de estudio

6.2.1.-Población correspondiente, a 127 expedientes clínicos de pacientes embarazadas adscritas al consultorio 3 de la Clínica Hospital Estatal del ISSSTE en Tlaxcala.

6.2.2.- El lugar, el consultorio 3 de la Clínica Hospital Estatal del ISSSTE en Tlaxcala.

6.2.3.- En el período de tiempo, comprendido del 1 de enero al 31 de diciembre del año de 1997.

6.3-Criterios de Inclusión, Exclusión y Eliminación

6.3.1.-Criterios de inclusión:

6.3.1.1-Expedientes clínicos de las pacientes embarazadas, adscritas al consultorio 3 de la CHET del ISSSTE, Tlaxcala, que acudieron a su control prenatal en el período de enero a diciembre de 1997.

6.3.1.2.-Expedientes clínicos de las pacientes adscritas al consultorio 3 de la CHET del ISSSTE Tlaxcala, que tuvieron la resolución de su embarazo durante el período de enero a diciembre de 1997.

6.3.2Criterios de Exclusión:

6.3.2.1.- Se excluyeron los expedientes de las pacientes embarazadas que aunque acudieron a control prenatal en el consultorio No.3 durante 1997, no estaban adscritas a éste consultorio.

6.3.2.2 - Se excluyeron los expedientes de las pacientes, que acudieron a consulta prenatal durante 1997, pero la resolución de su embarazo fue durante 1998.

□

□

6.3.3.-Criterios de eliminación:

6.3.3.1.- Se eliminaron los expedientes de las pacientes en las que no se pudo determinar donde atendieron la su resolución de su embarazo

6.3.3.2.-Se eliminaron los expedientes donde no se pudo determinar cual fue el resultado de la resolución del embarazo.

6.3.3.3.- Se eliminaron los expedientes de las pacientes en donde no se encontraron notas médicas con las variables del estudio.

6.4- Información a Recolectar (variables).

Para el estudio se utilizaron dos tipos de variables.

6.4.1-VARIABLES INDEPENDIENTES :

- Edad
- Escolaridad
- Estado civil
- Ocupación
- Nivel socioeconómico.

6.4.2-VARIABLES DEPENDIENTES:

- Antecedentes de gestaciones
- Antecedentes de partos
- Antecedentes de cesáreas
- Antecedentes de abortos
- Resolución del último embarazo mediante parto, cesárea o aborto.
- La edad gestacional de los productos al momento de la resolución del último embarazo.
- Las causas de las cesáreas que se presentaron en las pacientes del estudio.
- Complicaciones gineco-obstétricas que se presentaron durante la gestación y la resolución del embarazo.
- Enfermedades intercurrentes durante el embarazo.

6.5- Procedimiento de captura de la información.

6.5.1—Se estudiaron los expedientes de las embarazadas en control prenatal durante el año de 1997, del consultorio Núm. 3. en cada expediente se revisaron las notas médicas de la consulta prenatal de las pacientes, llevada a cabo en el servicio de Medicina Familiar, buscando las variables de edad, escolaridad, estado civil, ocupación, nivel socioeconómico en primer lugar, al contar con lo anterior se investigó los antecedentes obstétricos, tomando en cuenta el número de gestaciones, los partos, los abortos y las cesáreas de cada paciente, también se investigó sobre las complicaciones obstétricas que presentaron durante su última gestación, y si cursaron con enfermedades intercurrentes del embarazo. Todos estos datos se asentaron en una cédula de revisión de expedientes de pacientes embarazadas. En donde también se tomó en cuenta cual había sido la resolución del embarazo, con las características que habían presentado dichos eventos.

6.5.2—Se procedió a la tabulación de los datos colectados y posteriormente se relacionaron las características sociales y obstétricas de las embarazadas, con los resultados obtenidos en la resolución del último embarazo.

6.5.3—Se presentan los resultados obtenidos mediante cuadros y gráficas, resaltando los porcentajes encontrados de las diferentes variables estudiadas.

6.5.4—Se realizó un análisis de los resultados obtenidos en el estudio en relación con lo que se ha publicado por otros autores.

6.5.5—De acuerdo al resultado de la resolución del embarazo se integraron los grupos en :pacientes con resolución por parto, pacientes con resolución por aborto y pacientes con resolución por operación cesárea.

7.RESULTADOS:

Después de la tabulación de los datos de las variables, recolectados de los expedientes de las 127 pacientes del consultorio 3 de la CHET, en el período de enero a diciembre de 1997, los resultados fueron los siguientes:

7.1-VARIABLES INDEPENDIENTES:

7.1.1-Edad

La edad que presentaron las pacientes fué solo de 2.6 % en las menores de 20 años, predominando las de 30 a 34 años con un 31.1 %, seguida por las de 25 a 29 años con un 28.6 % y las de 35 a 39 años con un 23.4 % siendo mínimo el porcentaje de las de más de 40 años con un 1.3 %. Cuadro Núm. 1.

7.1.2.-Escolaridad

Solo en una paciente se encontró que no tenía escolaridad, las de primaria solo fue un 2.4 %, las de secundaria fueron el 6.3% y las de preparatoria 3.1 %, El nivel técnico se presentó en el 15.0 %, predominando las de nivel normal con 44.9 %, el nivel profesional es mínimo con un 3.1 % y no se logró determinar la escolaridad en 24.4 %. Cuadro número 2

7.1.3.-Ocupación

El 22.0 % de las pacientes solo se dedican a su casa, predominando la ocupación de profesora con un 44.1%, seguida por las auxiliares de servicio con 11.8% y las que trabajan a nivel profesional con un 2.4%. Cuadro número 3

7.1.4.- Estado Civil

En el 49.6% del total de las pacientes se encontró que eran casadas; el 3.9% que eran madres solteras y el 3.1% vivían en Unión Libre destacando que en el 43.3% no se logró encontrar reportado su estado civil en el expediente. Cuadro número 4

7.1.5.-Nivel Socioeconómico

En nivel socioeconómico medio se encontró en el 80.3% de las pacientes, seguido por los de nivel socioeconómico bajo con el 17.3% y solo se reportó en el 2.4% un nivel socioeconómico alto. Cuadro número 5

7.2 Variables dependientes

7.2.1.- Gestaciones por paciente

En el 38.58% de las pacientes se determinó que en su vida obstétrica han tenido 2 gestaciones seguidas por las de una gestación en su vida con el 29.13% y en 3er. lugar por las que han tenido 3 gestaciones con el 24.41%. Las de 4 gestaciones solo se presentaron en el 4.72% y las de más gestaciones fueron mínimas. Cuadro número 6

7.2.2.- Edad gestacional del último producto al momento del evento obstétrico

Se encontró que en el 90.5% de los productos de las pacientes, su edad gestacional fue entre 37 y 42 semanas considerándose a término, seguidos por los que se consideraron como prematuros con 28 a 36 semanas de gestación con un 7.9% y la presentación de abortos con menos de 20 semanas fue solo en el 1.6%. Cuadro número 10

7.2.3.-Causas de cesáreas

La cesárea previa fue la principal causa de que se practicaran nuevamente operación cesárea en la resolución del último embarazo en el 38% de las pacientes. El trabajo de parto prolongado con distocia de partes blandas se presentó en 2do. lugar con un 19% como causa de cesárea seguida por el sufrimiento fetal agudo con un 13% y la situación transversa con un 8%. La desproporción cefalopélvica con un 6 % y la ruptura prematura de membranas se presentaron en menor proporción. Cuadro número 11

7.2.4.- Complicaciones obstétricas

La principal complicación obstétrica fue la de la amenaza de parto prematuro con 16% y la de preeclampsia leve también con el 16% en las pacientes; seguida por la amenaza de aborto, óbitos y ruptura prematura de membranas con un 9 % cada una. Otras causas fueron menores. Cuadro número 12.

7.2.5.-Enfermedades intercurrentes del embarazo

Las infecciones de vías urinarias fueron las que más presentaron las pacientes con un 44.38%; seguida por la anemia ferropénica en el 37.43% de las mismas. La H.A.S., las vulvovaginitis y algunas otras se presentaron en menor proporción. Cuadro número 13. Con lo que encontramos que el 89.8% de las pacientes presentaron alguna enfermedad intercurrente y solo el 10.2% no presentaron ninguna complicación o enfermedad intercurrente. Cuadro número 14.

7.3 Resolución del embarazo

7.3.1.- Resolución por parto, cesárea o aborto

El total de las pacientes fue dividido en 3 grupos de acuerdo a los resultados de la resolución del embarazo, encontrando, que solo en 56.7.0% de las pacientes tuvieron parto, en cambio el 41.7% fueron sometidos a operación cesárea y solo el 1.6 % presento aborto. Cuadro número 15

7.3.2.- Grupos de pacientes con parto

En el 91.7% de las pacientes que tuvieron parto se consideró que este fue eutócico con productos a término, en el 4.2% de las pacientes se obtuvieron productos prematuros de menos de 36 semanas y también en el 4.2% los productos fueron óbitos. Cuadro número 16

7.3.3.- Grupos de pacientes con cesárea

El 92.5% de las pacientes en las que se les practicó operación cesárea su producto fue a término y solo en el 7.5% se obtuvieron productos prematuros Cuadro número 17

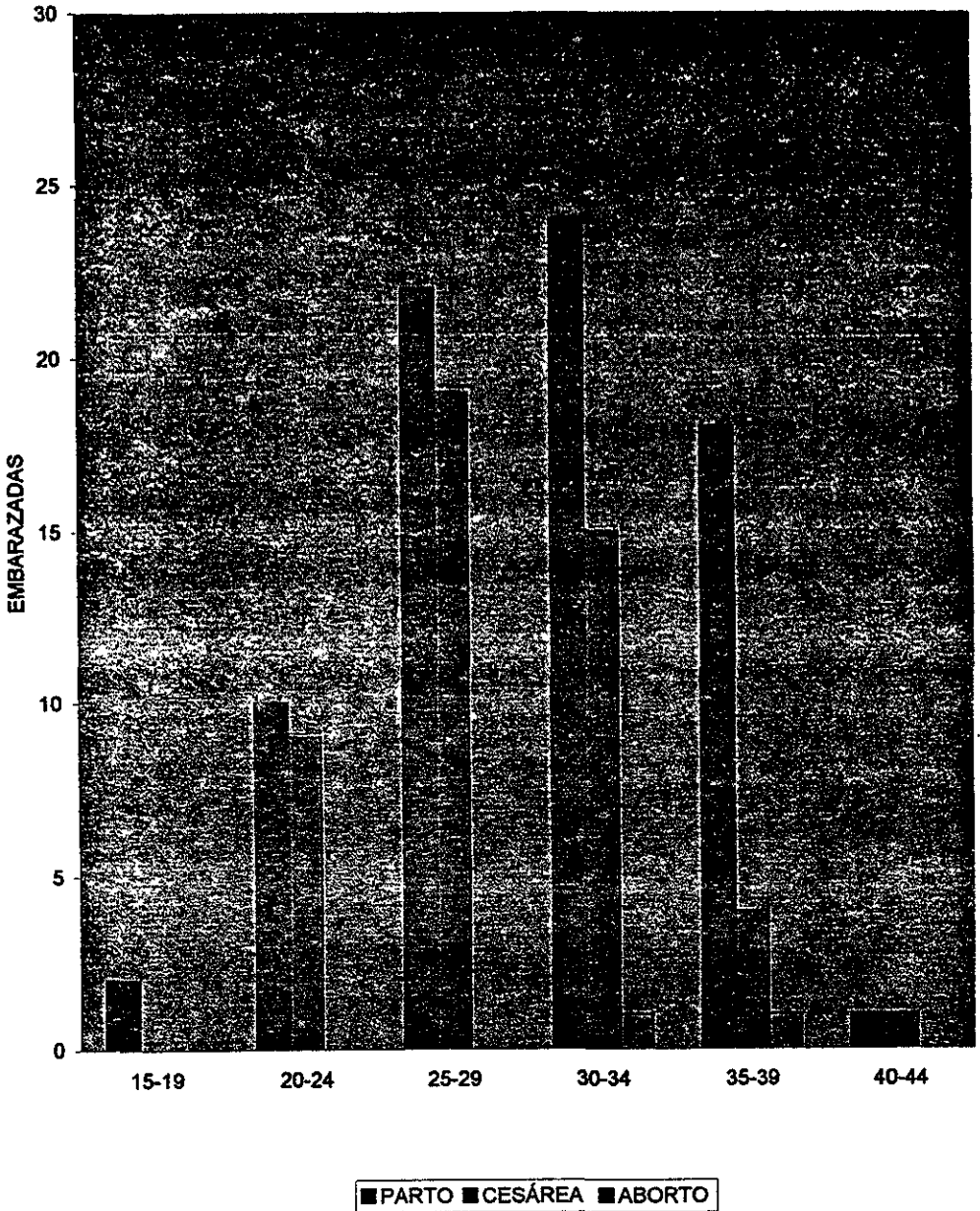
CUADRO NÚMERO 1

Edades encontradas en las 127 embarazadas del consultorio 3, durante el periodo enero - diciembre de 1997

Edad.	Parto	Cesárea	Aborto	Total	%
15-19	2	0	0	2	2.6
20-24	10	9	0	19	13.0
25-29	22	19	0	41	28.6
30-34	24	15	1	40	31.1
35-39	19	9	1	22	23.4
40-44	1	1	0	2	1.3
Totales:	72	53	2	127	100

Fuente Expediente clínico de las pacientes en la CHET.

GRAFICA NÚMERO 1
Edad de las 127 pacientes del estudio del
consultorio 3 durante el periodo enero - diciembre de 1997.



Fuente: Expediente Clínico de las pacientes en la CHET

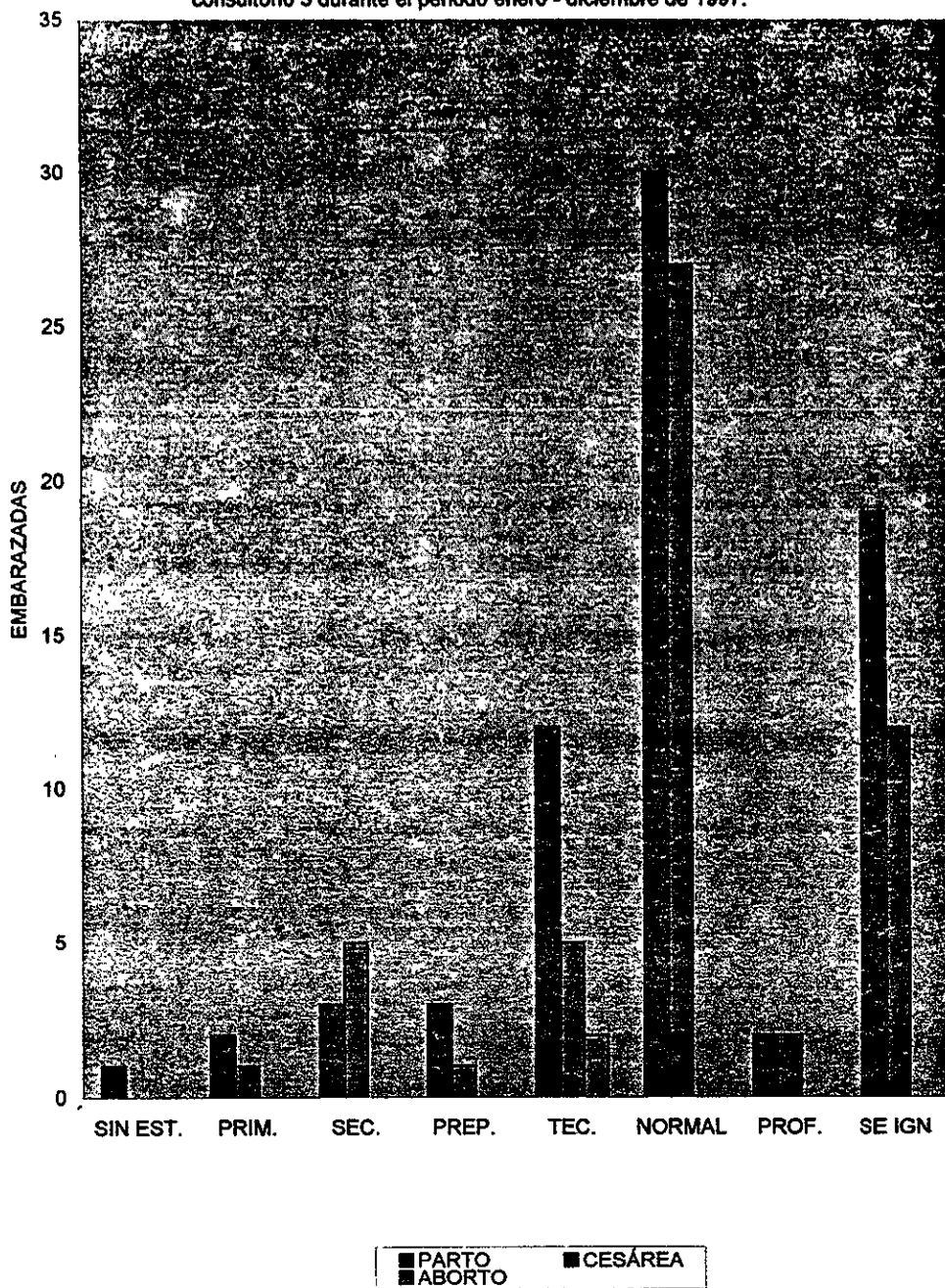
CUADRO NÚMERO 2

Escolaridad encontrada en las 127 pacientes del estudio del consultorio 3, durante el periodo enero - diciembre de 1997.

Estudios	Parto	Cesárea	Aborto	Total	%
Sin estudio	1	0	0	1	0.8
Primaria	2	1	0	3	2.4
Secundaria	3	5	0	8	6.3
Preparatoria	3	1	0	4	3.1
Técnica	12	5	2	19	15.0
Normal	30	27	0	57	44.9
Profesional	2	2	0	4	3.1
Se ignora	19	12	0	31	24.4
Totales.	72	53	2	127	100

Fuente Expediente clínico de las pacientes en la CHET.

GRAFICA NÚMERO 2
 Escolaridad de las 127 pacientes del estudio del
 consultorio 3 durante el periodo enero - diciembre de 1997.



Fuente: Expediente Clínico de las pacientes de la CHET

CUADRO NÚMERO 3

Ocupación de las 127 pacientes del estudio
del consultorio 3 durante el periodo enero- diciembre de 1997.

Ocupación	Parto	Cesárea	Aborto	Total	%
Ama de casa	16	12	0	28	22.0
Auxiliar de Servicios	9	5	1	15	11.8
Administrativos	9	5	1	15	11.8
Enfermera	3	1	0	4	3.1
Profesor	30	26	0	56	44.1
Profesional	1	2	0	3	2.4
Se ignora	4	2	0	6	4.7
Totales.	72	53	2	127	100

Fuente Expediente clínico de las pacientes en la CHET.

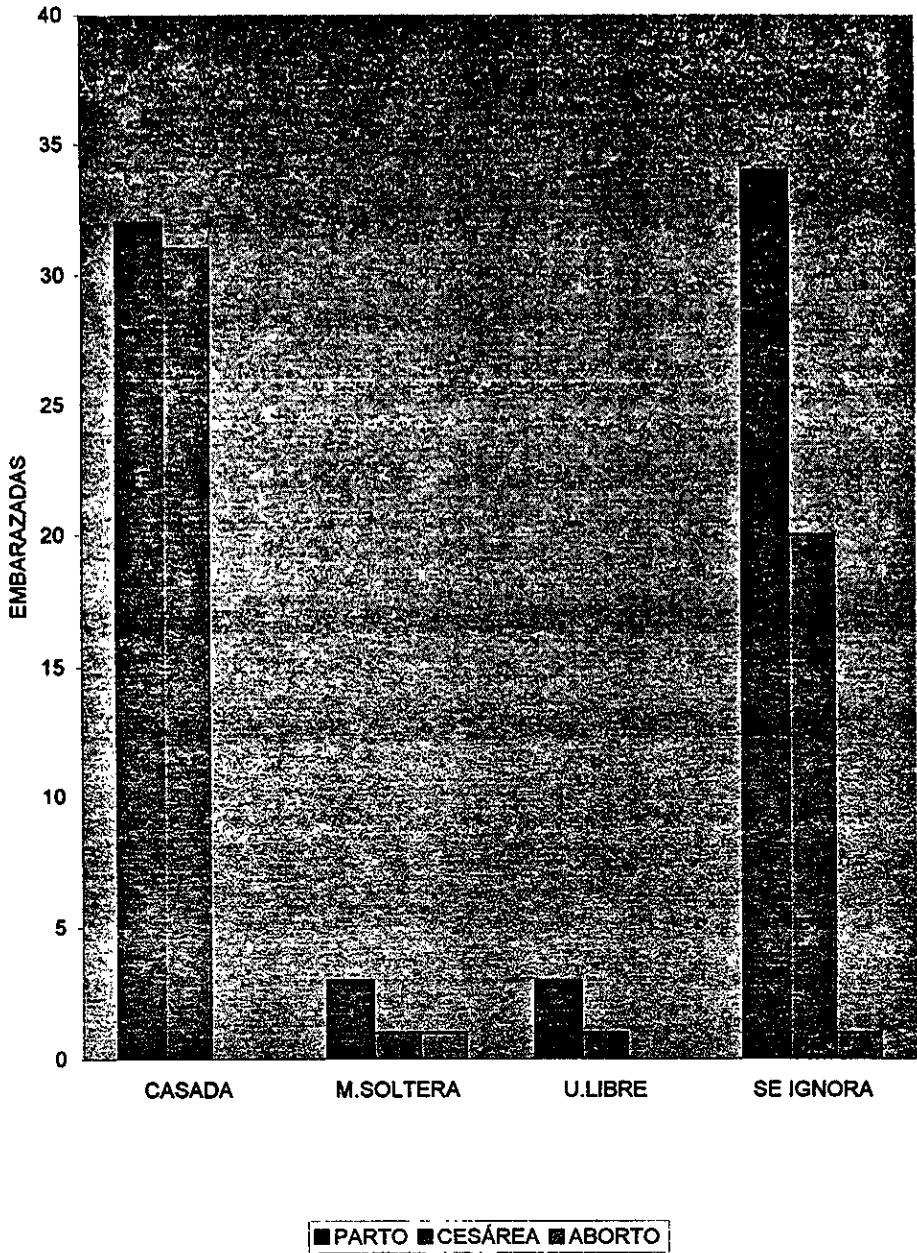
CUADRO NÚMERO 4

Estado Civil de las 127 pacientes del estudio
del consultorio 3, durante el período enero -diciembre de 1997.

Estado civil	Parto	Cesárea	Aborto	Total	%
Casada	32	31	0	63	49,6
Madre soltera	3	1	1	5	3,9
Union libre	3	1	0	4	3,1
Se ignora	34	20	1	55	43,3
Totales.	72	53	2	127	100

Fuente Expediente clínico de las pacientes en la CHET

GRAFICA NÚMERO 4
Estado Civil de las 127 pacientes del estudio del
consultorio 3 durante el periodo enero - diciembre de 1997.



Fuente: Expediente Clínico de las pacientes en la CHET

CUADRO NÚMERO 5

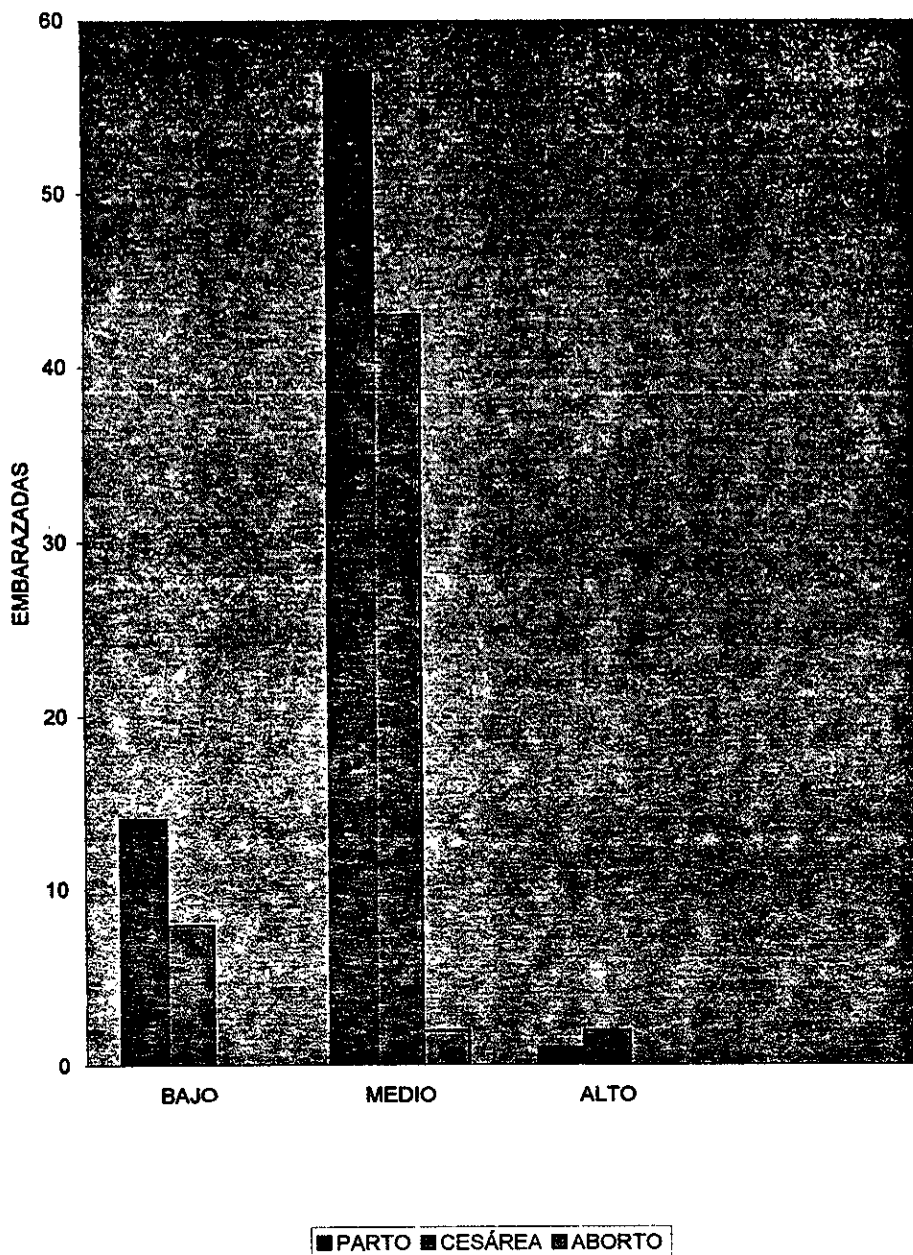
Nivel socio- económico de las 127 pacientes del estudio del consultorio 3, durante el periodo enero - diciembre de 1997.

N. socio- económico	Parto	Cesárea	Aborto	Total	%
Bajo	14	8	0	22	17,3
Medio	57	43	2	102	80,3
Alto	1	2	0	3	2,4
Totales:	72	53	2	127	100

Fuente: Expediente clínico de las pacientes en la CHET.

GRAFICA NÚMERO 5

Nivel socioeconómico de las 127 pacientes del estudio del consultorio 3 durante el periodo enero - diciembre de 1997.



CUADRO NÚMERO 6

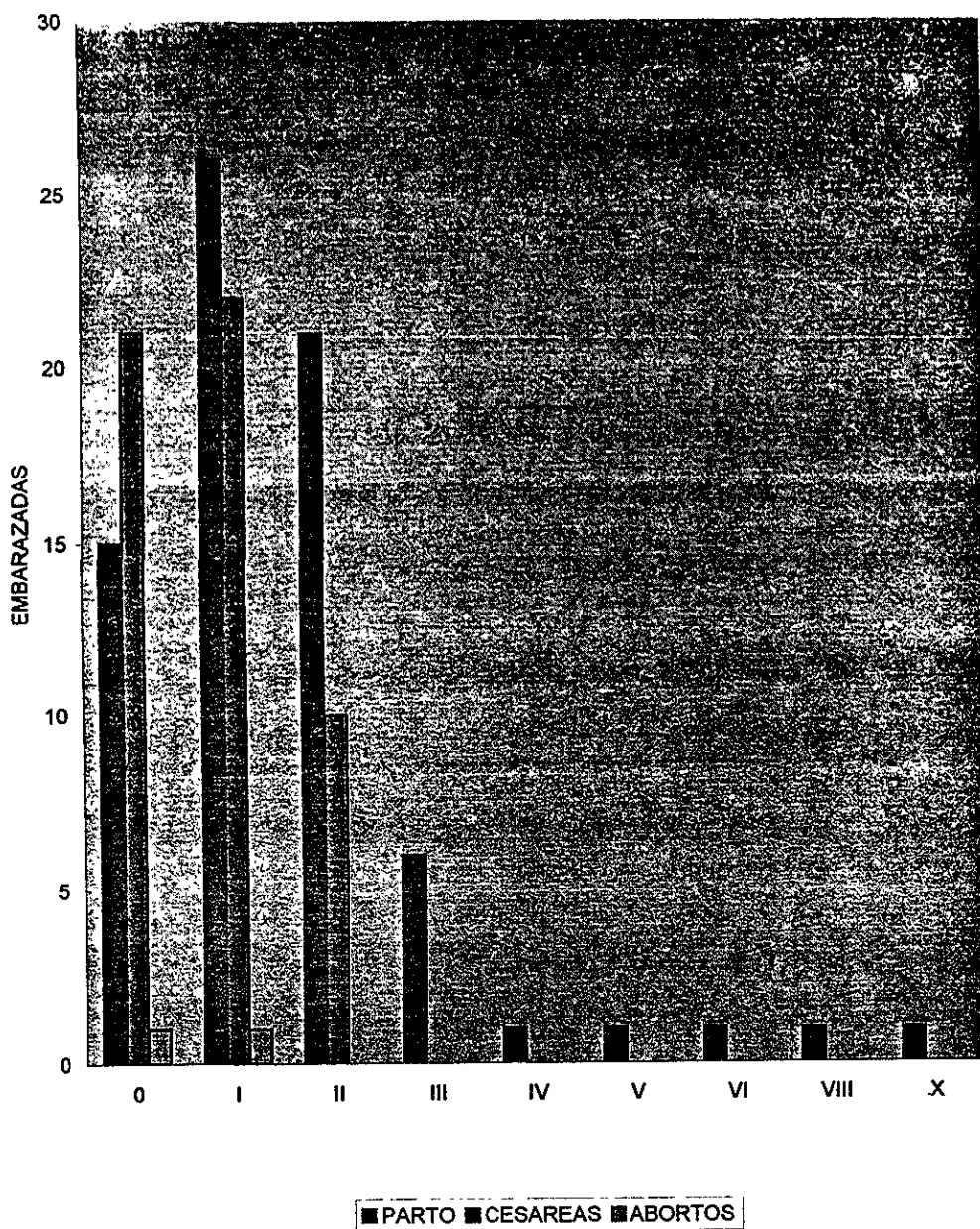
Gestaciones de las 127 pacientes del estudio
del consultorio 3, durante el periodo enero - diciembre de 1997

Gestas	Parto	Cesárea	Aborto	Total	%
I	15	21	1	37	29.13
II	26	22	1	49	38.58
III	21	10	0	31	24.41
IV	6	0	0	6	4.72
V	1	0	0	1	0.79
VI	1	0	0	1	0.79
VIII	1	0	0	1	0.79
X	1	0	0	1	0.79
Totales	72	53	2	127	100

\bar{X} : = 2.21 fecundidad por paciente

Fuente. Expediente clínico de las pacientes en la CHET

GRAFICA NÚMERO 8
 Gestaciones de las 127 pacientes del estudio del
 consultorio 3 durante el periodo enero - diciembre de 1997.



Fuente: expediente Clínico de las pacientes en la CHET

Antecedentes obstétricos de las pacientes con parto:

CUADRO NÚMERO 7

Antecedentes obstétricos de las 72 pacientes que tuvieron parto del consultorio 3, durante el período enero -diciembre de 1997.

No. de Gestaciones	Pacientes	Partos	Cesáreas	Abortos
15	Con G-1	15	00	00
26	Con G-2	49	01	02
21	Con G-3	60	02	01
06	Con G-4	24	00	00
01	Con G-5	05	00	00
01	Con G-6	06	00	00
01	Con G-8	08	00	00
01	Con G-10	10	00	00
72		177	03	03

X:=2.54 fecundidad

Fuente Expediente clínico de las pacientes en la CHET.

Antecedentes obstétricos de pacientes con cesárea

CUADRO NÚMERO 8

Antecedentes obstétricos de las 53 pacientes que tuvieron cesárea, del consultorio 3, durante el período enero - diciembre de 1997.

No de Gestaciones	Pacientes	Partos	Cesáreas	Abortos
21	Con G-1	00	21	00
22	Con G-2	06	35	03
10	Con G-3	07	21	02
53		13	77	05

X:= 1.79 fecundidad.

Fuente: Expediente clínico de las pacientes en la CHET

Antecedentes obstétricos de pacientes con aborto:

CUADRO NÚMERO 9

Antecedentes obstétricos de las 2 pacientes que tuvieron aborto,
del consultorio 3, durante el período enero - diciembre de 1997

No. de Gestaciones	Pacientes	Partos	Cesáreas	Abortos
01	Con G-1	00	00	01
01	Con G-2	01	00	01
02		01	00	02

X:= 1.5 fecundidad

Fuente Expediente clínico de las pacientes en la CHET.

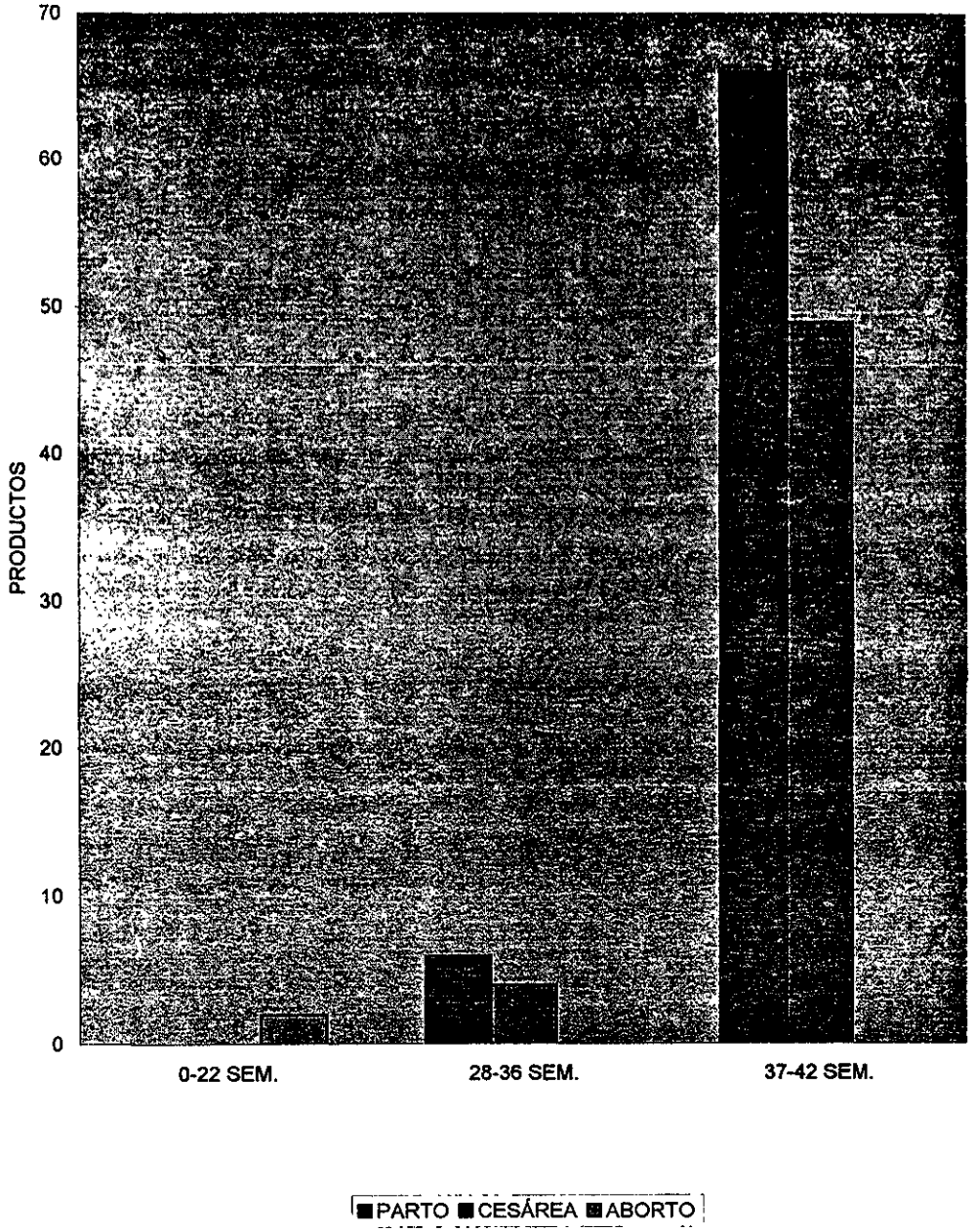
CUADRO NÚMERO 10

Edad gestacional del producto al momento de la resolución del embarazo, de las 127 pacientes, del consultorio 3, durante el periodo enero - diciembre de 1997.

Edad gestacional	Parto	Cesárea	Aborto	Total	%
0-20 semanas	0	0	2	2	1.6
28-36 semanas	6	4	0	10	7.9
37-42 semanas	66	49	0	115	90.5
Totales:	72	53	2	127	100

Fuente: Expediente clínico de las pacientes en la CHET

GRAFICA NÚMERO 7
Edad Gestacional del producto al momento de la resolución del embarazo, de las 127 pacientes del consultorio 3 durante el periodo enero - diciembre de 1997.



Fuente: Expediente Clínico de las pacientes en la CHET

CUADRO NÚMERO 11

Causas de cesárea en las 53 embarazadas, del consultorio 3, durante el período enero - diciembre de 1997.

Causa:	Pacientes	%
Cesárea previa	20	38
Trabajo de parto prolongado con distocia de partes blandas	10	19
Sufrimiento fetal agudo	7	13
Situación transversa	4	08
Desproporción cefalopélvica	3	06
Ruptura prematura de membranas	2	04
Preeclampsia leve	2	04
Variación posterior	1	02
Primigesta añosa	1	02
Placenta ácreta	1	02
Presentación pélvica	1	02
Circular de cordón	1	02
Pacientes:	53	100%

Fuente Expediente clínico de las pacientes en la CHET.

CUADRO NÚMERO 12

Complicaciones obstétricas presentadas en las 127 embarazadas,
del consultorio 3, durante el período enero-diciembre de 1997.

Complicación	Parto	Cesárea	Total	%
Amenaza de parto prematuro	1	4	5	16
Amenaza de aborto	2	1	3	09
Preclampsia leve	1	4	5	16
Circular de cordón	1	1	2	06
Obitos	3	0	3	09
Ruptura prematura de membranas y parto	0	3	3	09
Embarazo de alto riesgo	1	0	1	03
Oligohidramnios	1	1	2	06
Primigesta añosa	1	0	1	03
Parto prematuro.	3	3	6	19
Gemelos-Cesárea	0	1	1	03
TOTAL:	14	18	32	100%

Fuente. Expediente clínico de las pacientes en la CHET.

CUADRO NÚMERO 13

Enfermedades intercurrentes presentaron 114 embarazadas, del consultorio 3, durante el período enero-diciembre de 1997.

PATOLOGÍA	PARTOS	CES.	ABOR.	TOTAL	%
Infección de vías urinarias	47	36	0	83	44.38
Anemia	37	33	0	70	37.43
Hipertensión arterial Sistémica	1	4	0	5	02.67
G.E.P.I.	0	1	0	1	00.53
Hemorroides	0	1	0	1	00.53
Vulvovaginitis	6	4	0	10	05.35
Faringoamigdalitis	6	2	0	8	04.28
Herni umbilical	0	1	0	1	00.53
Artritis reumatoide	0	2	0	2	01.07
Bartolinitis	0	1	0	1	00.53
Encipela	1	1	0	2	01.07
Gastritis	1	0	0	1	00.53
Micosis	1	1	0	2	01.07
Desnutrición crónica	1	0	0	1	00.53
TOTAL	101	86	0	187	100%

Fuente Expediente clínico de las pacientes en la CHET

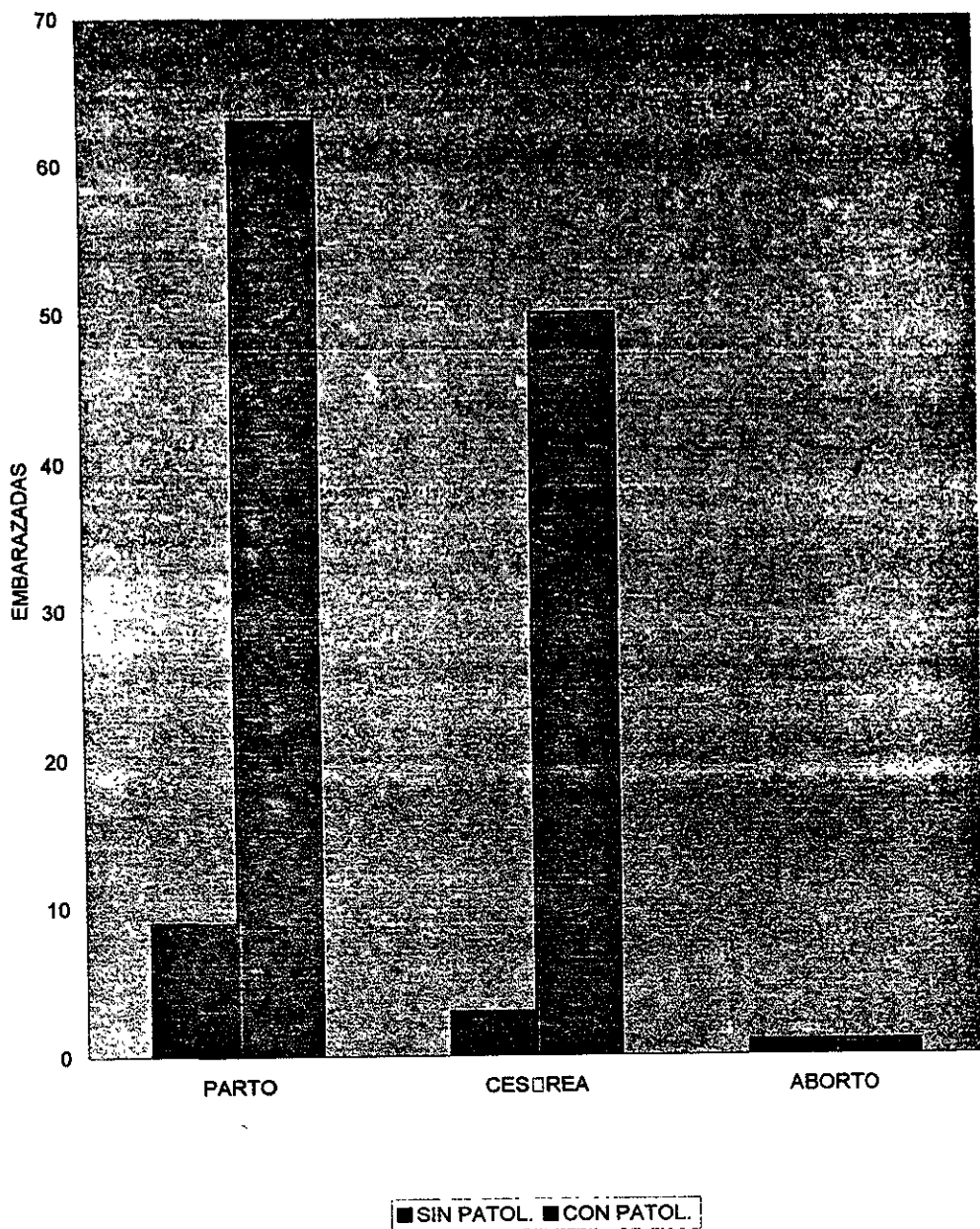
CUADRO NÚMERO 14

Con o sin enfermedades intercurrentes las 127 embarazadas,
del consultorio 3, durante el período enero - diciembre de 1997

Pacientes	Parto	Cesárea	Abort	Total	%
Sin enfermedades intercurrentes	9	3	1	13	10.2
Con enfermedades intercurrentes	63	50	1	114	89.8
Totales:	72	53	2	127	100%

Fuente Expediente clínico de las pacientes en la CHET

GRAFICA NÚMERO 8
 Con o sin enfermedades intercurrentes las 127 pacientes del estudio del
 consultorio 3 durante el periodo enero - diciembre de 1997.



Fuente: Expediente Clínico de las pacientes en la CHET

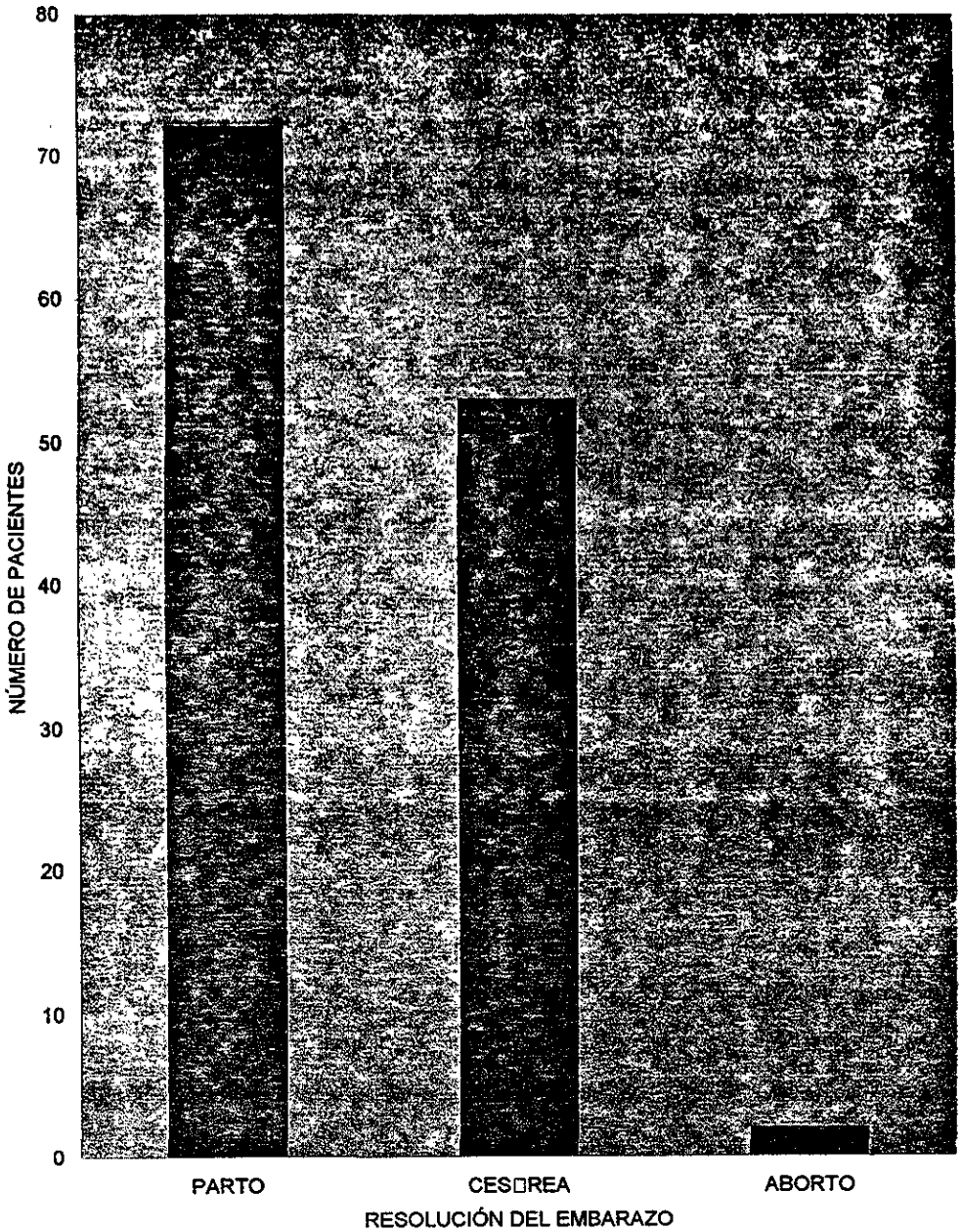
CUADRO NÚMERO 15

Resultado de la resolución del último embarazo de las 127 embarazadas del estudio durante el año de 1997

GRUPO	PACIENTES	%
-Parto	72	56.7%
-Cesárea	53	41.7%
-Aborto	02	1.6%
Pacientes	127	100%

Fuente Expediente clínico de las pacientes en la CHET.

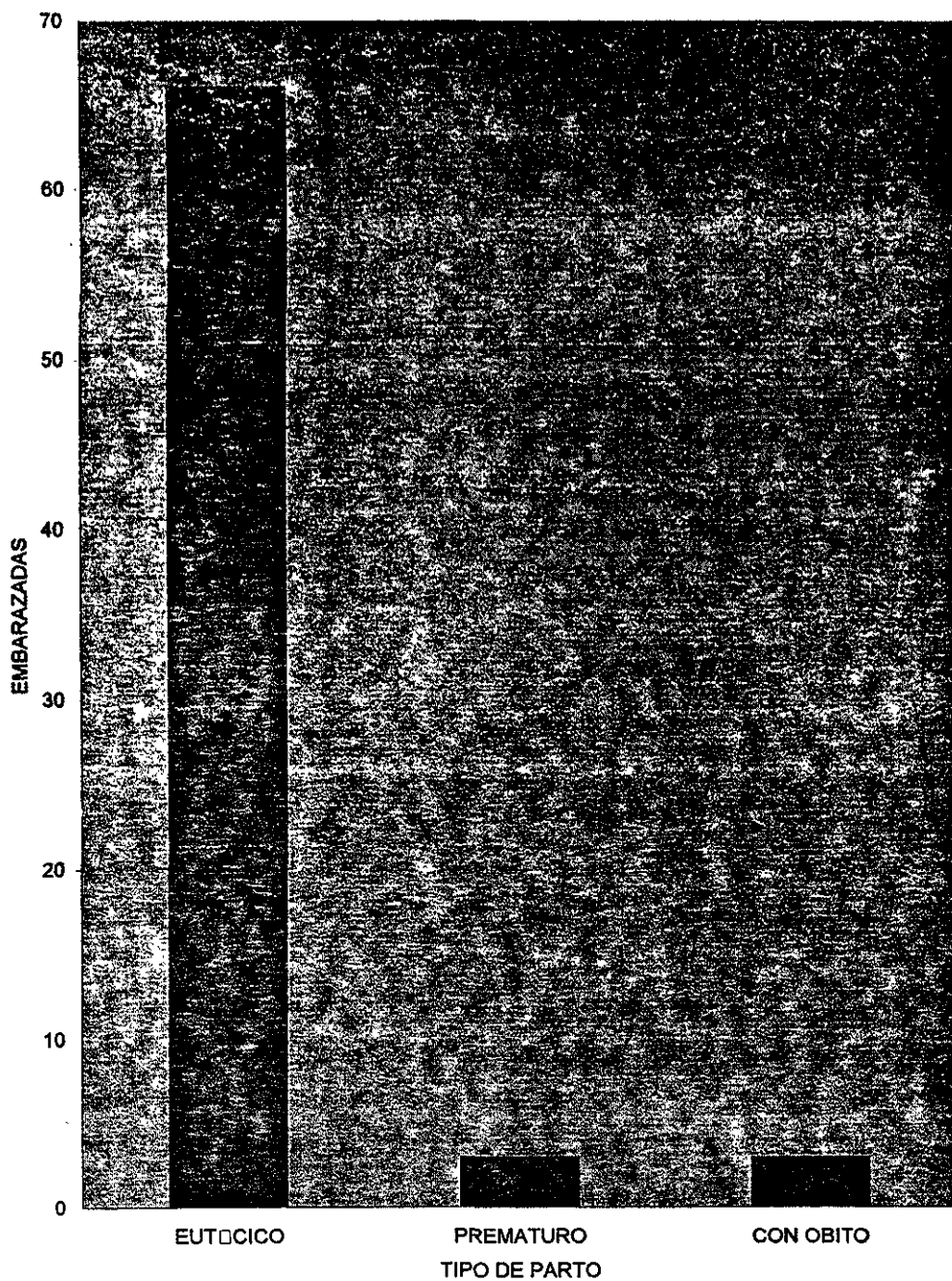
GRAFICA NÚMERO 9
Resultado de la resolución del último embarazo de las 127 pacientes del estudio del
consultorio 3 durante el periodo enero - diciembre de 1997.



Fuente: Expediente Clínico de las pacientes en la CHET

GRAFICA NÚMERO 10

Resolución del último embarazo mediante parto de las 72 pacientes del estudio del consultorio 3 durante el periodo enero - diciembre de 1997.



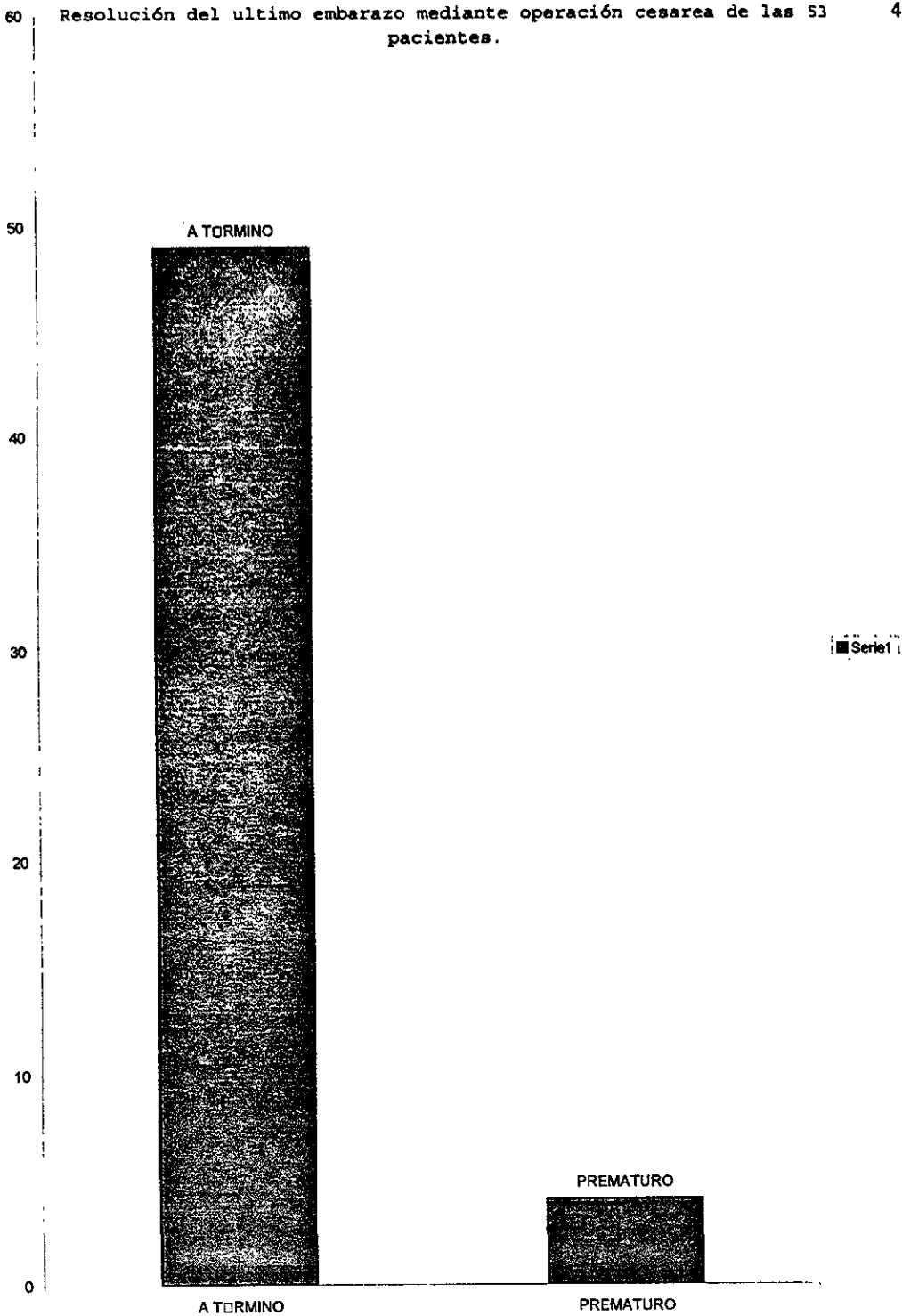
Fuente: Expediente Clínico de las pacientes en la CHET

CUADRO NÚMERO 17

Resolución del último embarazo mediante operación cesárea de las 53 pacientes del consultorio 3, del período de enero a diciembre de 1997

CESAREA	PACIENTES	%
Con producto a término	49	92.5%
Con producto prematuro	04	7.5%
Cesáreas:	53	100%

Fuente: Expediente clínico de las pacientes en la CHET



Fuente: Expediente Clínico de las pacientes en la CHET

8.-DISCUSIÓN:

De los resultados encontrados en las características sociales de las pacientes podemos analizar lo siguiente:

Son mujeres embarazadas con una edad promedio de 29.43 años. (cuadro número 1) De acuerdo a lo anterior, la edad promedio ideal para la gestación, oscila entre los 20 y 35 años de edad; siendo un 73 % de las mujeres embarazadas del estudio con esta característica. En segundo lugar tenemos a las de más de 35, con 24.7 %; que de acuerdo a las publicaciones las definen como mujeres añosas.¹⁹

La mayoría de las publicaciones concuerdan en que las mujeres con edad materna avanzada se encuentran en mayor riesgo de anomalías cromosómicas, abortos espontáneos, diabetes gestacional, nacimientos por vía cesárea. 6 Los resultados reflejan que algunos autores han publicado, que a partir del año de 1970, en relación al incremento de los embarazos en mujeres de 30 a 39 años en un 100 %; y de un 50% en las que rebasan los 40.⁶

Lira Plascencia reporta en su casuística, que más del 80% de las primigestas y el 60 % de multigestas añosas, su embarazo se resolvió mediante operación cesárea.⁶

En relación al embarazo en la madre adolescente la opinión médica es dividida, para algunos; es patológica per se y normal para la mayoría, aunado a esto, tienen mayor probabilidad de morbilidad gestacional; Hernández F., reporta en su estudio 34 % menores de 20 años de las pacientes que se atendieron durante 1994 en el Hospital de Ticomán de la SSA y en la resolución del embarazo en general, reporta 32 % de cesáreas; 4.4% de distócias y 10.8% de abortos, comparado con un 28 % de cesáreas; 5.9% de distócias y 8.9 % de abortos en la madre adolescente.20. Las pacientes menores de 20 años que se encontraron en el estudio fueron 2; lo que representa sólo el 2.6 %, impidiéndonos realizar una valoración adecuada.

El primer lugar la escolaridad promedio de estas pacientes; es normal básica, reflejando un 44.9% (cuadro número 2), esto representa una población cuya preparación profesional favorece la planificación y el cuidado del embarazo, pero que también intenta influir en su resolución. El segundo lugar un 15 % está representado por las mujeres que tienen preparación técnica (enfermeras, secretarias, etc.). Y en el último, están las que solo cuentan con primaria con un 0.8%. Con lo que al tomar en cuenta lo que se reporta, de que la mujer sin escolaridad o con primaria incompleta, solo tiene acceso en un 21 % a la atención obstétrica, comparada con el 100% que reciben las de nivel profesional⁴. Coincidimos en que la gran mayoría de las pacientes del estudio sí acuden para su atención obstétrica.

La mayoría de las pacientes realiza un trabajo fuera del hogar, predominando el de profesora en un 44.1% (cuadro número 3), lo que constituye una expresión a su creciente nivel educativo y de la proliferación de estrategias generadoras de ingresos mediante las cuales las mujeres contribuyen a sostener a su familia, incrementando el nivel socioeconómico de sus hogares.⁵

En relación al tipo de trabajo que desarrollan, en general no se encontraron factores de riesgo, tanto para el embarazo como para el evento obstétrico, sin embargo dado que la ocupación que predomina es la de profesora, muchas de ellas consideran como un riesgo, el pésimo transporte que utilizan para llegar a su centros de trabajo, culpándolo de la presentación de abortos, amenaza de parto prematuro, ruptura de membranas y parto prematuro. Situaciones que se presentaron en un 9.5 % en las pacientes, sin que por ello podamos concluir que sea el único factor que los desencadenó.

En las amas de casa con un 22% se consideraron, solamente los riesgos inherentes al propio embarazo y su resolución.

El hecho de que la mayoría de las pacientes del estudio sean casadas, el 49.6% (cuadro número 4), no es sinónimo de que tengan partos, por lo contrario el resultado de la investigación nos muestra que la proporción de las cesáreas en ellas es alta, así ésta característica, por si sola, no es determinante, si no que se combina ampliamente con las demás, para influir, en el resultado de la resolución del embarazo.

De la Garza Quintanilla, reporta que la madre soltera y las de unión libre, tienen factores determinantes, para que se presenten complicaciones, reportando hasta 65.8 % en ellas⁷. En el presente estudio solo el 7% fueron madres solteras y de unión libre y en el 43.3% de los casos no se pudo determinar su estado civil, lo que nos impide realizar una evaluación adecuada.

De acuerdo a los datos encontrados en el expediente clínico, el nivel socioeconómico medio, es el que predomina en las pacientes del estudio con un 80.3% (cuadro número 5), aparentemente no influye en la resolución del embarazo, mediante el parto o cesárea, pero su influencia esta en las facilidades que da a las mujeres de llevar su atención prenatal en una forma más eficaz. Disminuye la desnutrición como un factor importante de riesgo de la salud materna, pero no impide la prevalencia de anemia ferropénica que acompaña a esta población de mujeres gestantes⁴.

De las características obstétricas de las pacientes del estudio se encuentra que:

Las gestaciones de las 127 pacientes, en promedio es de 2.2 hijos por mujer (cuadro número 6), cifra por abajo de los parámetros de la fecundidad actual en México, que es el de 2.9 hijos⁴.

Destacando que las pacientes que tuvieron parto, presentaron un promedio más alto con 2.5 hijos, en relación a las de operación de cesárea con 1.8, en las primeras algunas llegaron hasta 8 ó 10 gestaciones en comparación con las segundas, que no pasaron de 3 gestas. Relacionando esto con lo que se ha publicado referente a la educación de las pacientes, encontramos que las mujeres sin instrucción tienen 5.6 hijos y en cambio las que tienen una educación media o más solo tienen en promedio 2.6 hijos por mujer y son las que predominan en la investigación. (cuadro número 2)

La cesárea previa con un 38 % seguida de la distocia de partes blandas con trabajo de parto prolongado con un 19 %, se encontraron como las principales indicaciones de la operación cesárea, seguidas por las de sufrimiento fetal y presentación pélvica¹² (cuadro número 11). Coincidiendo con lo que se ha publicado y que aun refleja en nuestro tiempo lo anunciado por Cragin en 1916: "Cesárea siempre cesárea",¹² sin tomar en cuenta los adelantos técnicos científicos, que utilizados eficientemente deben erradicar dicho concepto a favor de una valoración particular de cada paciente, que seguramente reducirá las indicaciones de cesárea, sin incrementar la morbilidad perinatal ni la mortalidad materna, partiendo de una vigilancia más estrecha de las pacientes, como lo propone Guzmán Sánchez¹⁴. Alcanzando lo que establece la Norma Oficial Mexicana sobre la Atención del Parto y el Puerperio para reducir la cesárea a menos del 17%.

El ISSSTE y el IMSS informaron en 1995, cifras de 43.8% y 33.5 % de cesáreas respectivamente, señalando que el abuso de este proceder quirúrgico está asociado con una mortalidad materna más elevada, sin embargo la tendencia de ésta operación es seguir aumentando si no se realizan acciones concretas y rápidas.⁹

Guzmán Sánchez menciona que los riesgos que implican realizar una cesárea de repetición contra intento de parto por vía vaginal después de una cesárea previa deberá ser motivo de información amplia y concensada entre el médico y las pacientes²¹.

Según diversos autores existe un incremento en la morbilidad y mortalidad hasta de cuatro veces en los productos que se presentan pélvicos en comparación con los fetos en presentación de vértice. Para algunos autores, la cesárea es la vía de elección para la terminación del embarazo y extraen hasta 4 de cada 5 productos mediante esta cirugía²². Entre las causas de cesárea de las pacientes solo una paciente tuvo presentación pélvica de su producto, lo que represento el 2% de las causas de cesárea en comparación con el 4% que reporta Neri Ruiz²².

Ortigoza Corona en su publicación, dice que a pesar de los avances alcanzados en el conocimiento de los aspectos reproductivos hasta hace poco insospechados, los registros continúan mostrando entidades nosológicas como hipertensión que complica el embarazo y el puerperio, la amenaza de parto prematuro, la ruptura de membranas y la infección de vías urinarias que al parecer no han sido modificadas desde hace una década tanto en América Latina como en México¹⁶. Las complicaciones obstétricas que se encontraron (cuadro número 12), concuerdan con el estudio anterior, a pesar dicho estudio fué realizado en el INPer; que como sabemos es un instituto de concentración de embarazadas con alto riesgo.

La ruptura prematura de membranas y parto pretérmino se acompañan principalmente de preeclampsia y embarazo múltiple como complicaciones obstétricas y la práctica de cesáreas se eleva hasta un 86% para su resolución según Lira Delgado.²³ Además que solo en el 29.2 % de casos se encuentra un proceso infeccioso, situación que no se evidencio en nuestras pacientes.

Los óbitos se presentaron en el 2.36% del total de la embarazadas del estudio, no fue posible determinar su causa sin embargo de acuerdo a Vázquez Beltran es muy posible que las malformaciones mayores, Cromosomopatías, el Oligohidramnios severo como reflejo de alteración importante en el feto o condicionado por ruptura prematura de membranas y los trastornos hipertensivos de la gestación son con mucho las principales causas de muerte fetal intrauterina y debido a escasos porcentaje del estudio de necropsia es imposible llegar aun diagnóstico certero de la muerte fetal lo que nos ayudaría a establecer un pronóstico obstétrico para gestaciones posteriores²⁴.

En relación a la presentación del parto pretérmino se acepta que en cualquier población obstétrica se presenta entre un 5% y 10%²⁵ en las pacientes del estudio se presentaron en el 4.72 % de los embarazos siendo similar su número tanto en la resolución por parto como por cesárea.(cuadro número 12), probablemente favorecido por la edad de las mismas y la combinación de los demás factores maternos.

El aborto se presentó en el 1% de las pacientes, que es una cifra muy baja en relación a la incidencia que reporta Díaz Molina de 11.5% en hospital de la mujer con respecto al total de nacimientos²⁶. La edad en la que se presentó en las pacientes fue entre 30 y 39 años, y la edad gestacional fue antes de la semana 20 durante el primer trimestre .

Con respecto a las patologías agregadas durante el embarazo, el 89.8 % de las pacientes cursaron con algunas enfermedades intercurrentes del embarazo, (cuadro número 13), la anemia ferropénica con diferentes grados de intensidad, constituye el 37.43% , donde la deficiencia de hierro fue la principal causa , porcentaje que coincide con el reportado de Ramírez Mateos , que va de un 37% a 48 %²⁷ del total de embarazadas.

Así mismo Msolla Kinábo afirma que la anemia es una condición muy común durante la gestación y que particularmente se desarrolla en poblaciones en donde los alimentos son bajos en contenido de hierro¹⁷ . Condición que afortunadamente en nuestro medio no es muy común pero que debido a los malos hábitos dietéticos de las embarazadas y falta de orientación en los servicios de medicina familiar se favorece este fenómeno al no consumir los alimentos adecuados

Las infecciones de vías urinarias se encuentran dentro de la patología infecciosa más frecuente del humano, asimismo representan una de las complicaciones más comunes durante la gestación. Dentro de las infecciones de vías urinarias en las mujeres gestantes se encuentra bacteriuria asintomática con una frecuencia de 2-7%.¹⁸

La literatura a indicado que la prevalencia de la pielonefritis, puede ser disminuida mediante la identificación y tratamiento de la bacteriuria sintomática en los cuidados prenatales tempranos²⁸ . El 44.38 % de las pacientes presentaron durante el embarazo infección de vías urinarias(cuadro número 13), demostrando la alta incidencia de estas patologías o bien un diagnóstico clínico exagerado, basado solamente en los síntomas clínicos y el examen general de orina , ya que no se cuenta en los expedientes con los urocultivos que corroboren dichos diagnósticos, por lo que se toman con reserva estos resultados.

Sin embargo de acuerdo con Gaxiola hay una buena correlación entre la presencia de síntomas y alteraciones en el examen general de orina con la presencia de cultivos positivos por lo que tomar una decisión para el tratamiento empírico de este tipo de pacientes, basados solamente en esta dos variables sería adecuada.¹⁸

Las infecciones de vías urinarias, son el problema más frecuentemente asociado al embarazo y los problemas obstétricos más comunes asociados a la infección urinaria son la amenaza de parto pretérmino y la ruptura prematura de membranas, lo que incrementa de manera evidente la morbilidad de las pacientes gestantes.²⁹

En relación a la hipertensión arterial que complica al embarazo no se encontró en los expedientes los datos que determinaran si todas fueron secundarias al embarazo o ya la paciente cursaba con hipertensión crónica por lo que se considera que no es valorable.

Finalmente el resultado de la resolución del embarazo de las 127 pacientes del estudio fue que el 57 % concluyeron con parto, el 42% se les practicó operación cesárea y solo el 1% presentaron aborto durante el primer trimestre de la gestación. (cuadro número 15) demostrando que continua con un elevado porcentaje de práctica de operación cesáreas en relación a lo que marca la Norma Oficial Mexicana que debería ser de menos del 20 %⁴.

También se encontró que en la presentación de parto se consideraron que fueron eutócicos en el 92 %, en 4% resultaron con producto prematuro de menos de 36 semanas de gestación y en otro 4% se presentaron mortinatos sin conocerse la causa. (cuadro número 16)

En la resolución por operación cesárea encontramos que el 92 % se obtuvieron productos a término y en el 8% lo productos fueron prematuros (cuadro número 17)

Considero que la característica que más influyó para que se presentaran estos resultados fue la edad que predominó en las pacientes pues la mayoría fue de más de 25 años y con predominio de entre 30 y 34 años, seguidas por las de 35 a 39 años que como se dijo antes tienen mayor probabilidades de resolución por vía cesárea según lo que reportan diversos autores.^{6,8}

Sin embargo las demás características sociales que hemos estudiado como lo son el estado civil, la escolaridad, la ocupación y el nivel socioeconómico son factores que en combinación van a determinar que la resolución de embarazo sea por un parto fisiológico o complicado pues mientras mejores sean las características de las embarazadas es muy probable que las condiciones perinatales sean mejores. Lo que determina que las características sociales y obstétricas si influyen en la resolución del embarazo.

Por otra parte las características obstétricas que presentaron las pacientes como son el número de gestaciones, sus antecedentes obstétricos, la edad gestacional que presenta el producto en el momento de la resolución del embarazo, y las complicaciones obstétricas que se presentan así como las enfermedades intercurrentes de la embarazada, son determinantes en el resultado del embarazo pues como se menciona antes el número de gestaciones está determinado por la forma en como se resuelven.

Teniendo que en las pacientes que se les practica cesárea las gestaciones no son más de tres en contraparte con las madres que solo han tenido partos , el número llega a ser hasta de 10 gestaciones, también el hecho de que a una paciente se la hayan practicado cesáreas anteriores, estas determinan la forma de como concluir el embarazo pues generalmente a quienes se les han practicado cesáreas previas, la conclusión del embarazo termina siendo por operación cesárea situación ya analizada anteriormente.

Las complicaciones obstétricas también influyen en gran medida en la resolución del embarazo para que este sea por parto , cesárea o aborto, ya que en las pacientes en donde no se presentan, las probabilidades de que la resolución sea fisiológica aumentan, en contraparte con las pacientes en donde se presentan las posibilidades de que se tenga un prematuro, un óbito o se tenga que realizar una cesárea para salvar al producto, aumentan considerablemente, e incluso en la presentación de los abortos se puede considerar que son el resultado de complicaciones obstétricas cuando se encuentran fetos genéticamente sin alteraciones.

9 -CONCLUSIONES:

- I. La edad predominante es de entre 24 y 39 años de edad.
- II. La escolaridad más común es la de escuela normal básica seguida por la de nivel técnico.
- III. La ocupación que predomina es la de profesora superando a las que solo son amas de casa.
- IV. El estado civil de la gran mayoría es casada.
- V. El nivel socioeconómico en general es medio.
- VI. Predominan las pacientes con dos y tres gestaciones.
- VII. En las pacientes que tuvieron como conclusión parto, los antecedentes de abortos y cesáreas son mínimos.
- VIII. En los antecedentes de las pacientes que concluyeron con operación cesárea cuentan con antecedentes de aborto y cesáreas previas.
- IX. Las pacientes que presentaron aborto una es primigesta y la otra tiene antecedente de un parto.
- X. La edad gestacional del producto al momento del evento obstétrico en casi todos los casos fue a término.
- XI. La principal causa de la indicación de cesárea en la conclusión del embarazo fue la de cesárea previa, seguida por la de distocia de partes blandas.
- XII. La resolución del embarazo fue en el 56.7 % por parto, en el 41.7 % por operación cesárea y en el 1.6 % por aborto.
- XIII. La fecundidad encontrada en las pacientes fue de 2.21, es inferior al reportado a nivel nacional, en las pacientes que concluyen con parto que es superior en relación a las que concluyen con cesárea y no fue valorable en las que concluyeron con aborto.
- XIV. En relación con la edad gestacional al momento de la resolución del embarazo el resultado de 90.5 % a término, no varía en relación a lo reportado por otros autores.
- XV. Las complicaciones obstétricas que presentaron las pacientes del estudio como son amenaza de parto prematuro, amenaza de aborto, preeclampsia leve, mortinatos, ruptura prematura de membranas, embarazo de alto riesgo, parto prematuro entre otras, influyeron directa o indirectamente en la presentación del 4% de partos prematuros y en el 8 % de cesáreas con producto pretérmino y en la presentación del 4% de óbitos sin que se pueda determinar la causa específica

- XVI En relación al 42 % de cesáreas presentadas, en la pacientes del estudio se concluye, que es una cifra elevada en relación al porcentaje de 24 % que se informa a nivel nacional, y en donde considero que las características sociales y las obstétricas juegan un papel determinante.
- XVII. Por último las enfermedades intercurrentes del embarazo representadas por las infecciones de vías urinarias y la anemia ferropénica, son el resultado de las características sociales en las que se desarrollan las pacientes, influyendo secundariamente en la presentación de las complicaciones obstétricas y en algunos casos en la resolución del embarazo. Su importancia estriba en que la mayoría de las embarazadas las presenta; en el estudio se encontró en el 89.8% .

CONSIDERACIONES

Después de haber realizado el presente estudio de investigación, considero que la revisión retrospectiva de los expedientes de las pacientes embarazadas, deja muchas lagunas en la obtención de la información necesaria para conocer ampliamente a cada una de las pacientes.

Reduce mucho la inclusión de pacientes al estudio de investigación, debido a que sus expedientes están incompletos, se han extraviado o también las pacientes dejaron de acudir a la consulta prenatal o ya no acudieron a su atención en la resolución de su embarazo por lo que es imposible conocer los resultados del evento obstétrico completo.

Los expedientes no cuentan con la calidad necesaria en la elaboración de las notas de consulta médica lo que impide que los datos a recolectar sean claros, aunado a que son elaborados por distintos médicos, no todos cumplen con una buena consulta prenatal rutinaria en el asentamiento de esos datos.

En la cédula de recolección de datos se incluyeron las variables que considero son las más elementales que debe contener cualquier nota médica de consulta prenatal o en la nota de ingreso o historia clínica de las pacientes obstétricas; sin embargo como lo mencione antes aún así no se logró en muchos expedientes los datos de las variables por lo que se tuvieron que eliminar dichos expedientes.

Por lo anterior, no se intentó investigar otras variables que también serían importantes en el conocimiento de las pacientes como son: peso de las pacientes, edad de su pareja, etapa del ciclo familiar, características y resolución de embarazos anteriores, características de los productos obtenidos, disfunciones familiares, lugar donde ha tenido sus resoluciones de embarazos anteriores, religión, frecuencia de embarazos, otras enfermedades intercurrentes en sus embarazos anteriores etc.

RECOMENDACIONES

Por lo anterior considero que un estudio más completo sobre las características sociales y obstétricas de las embarazos se podría realizar en forma prospectiva, mediante la aplicación de un cuestionario que contenga todas las variables antes enunciadas, directamente a las pacientes, en el puerperio y en donde personal capacitado las oriente para la obtención efectiva de los datos.

Finalmente considero que ningún estudio de investigación reúne toda la información sobre el tema que investiga y que por el contrario es una puerta que se abre para que se inicien nuevos enfoques que deberán promover trabajos de investigación que vengan a nutrir a la ciencia en beneficio de la humanidad que tanto espera de sus investigadores.

10.-BIBLIOGRAFÍA

1. Secretaria de Salud. Norma técnica para la atención del embarazo, parto y puerperio normal y del complicado por Toxemia, hemorragia e infección en la atención primaria a la salud. DIARIO OFICIAL ,martes 8 de julio de 1986, México D.F.
2. D.N. Danforth Momentos Historicos , Tratado de Obsterticia y Ginecología 4ta, Edición pag. 3-22 .1986.Robert E. Nesbitt ,Jr. y Col. Enfermedades Coincidentes que complican la Gestación . Tratado de Obstetricia y Ginecología . 4ª Edición pp. 485-537 .1987.
3. Martinez - Gonzalez I. Reyes -Fraustos y col. Utilización adecuada de los cuidados prenatales en el IMSS. Salud Pública de México 1996 vol 5: 341- 51.
4. Secretaria de Salud . Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1995-2000 DIARIO OFICIAL ,viernes 13 de septiembre de 1996. pp 22,26,28,34.
5. Secretaria de Salud. Norma Oficial Mexicana para la atención de la mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio y del recién Nacido. NOM 007-SSA-1993. Secretaria de Salud . México , DF. , 1993.
6. Lira Plascencia Josefina , Delgado Gutierrez G., Agueyo Gonzalez P. y col. Edad Materna avanzada y embarazo : ¿Qué tanto es tanto? Ginecología y Obstetricia de México. Vol 65: pp 373-78. 1997 Sep.
7. De la Garza Quintanilla C. Celaya Juárez J. y col. Primigesta Adolescente . Ginecología y Obstetricia de México. Vol 65: pp 533-7 1997 Dic.
8. Rodriguez M. y Johnson. La reproducción en la embarazada de Edad. Obstetricia y Ginecología . Vol. 6:pp10. 1994 Jul.
9. Secretaria de Gobernación . Programa Nacional de la mujer 1995-2000. DIARIO OFICIAL, Miércoles 21 de agosto de 1996 pp.2-49.
10. Colie CF. y Col. Parto prematuro en las Mujeres que Trabajan. Obstetricia y Ginecología . Vol. 7:pp 102 1993. Ago.
11. Cabezas G. Delgado Lara a. y col. Comportamiento de la cesárea en la SSA durante el periodo 1990-95.Ginecología y Obstetricia de México. Vol 66: pp 335- 8. 1998, Ago.

ESTA TESIS NO DEBE
 SALIR DE LA BIBLIOTECA

12. Guzmán Sánchez A., Martín del Alba A. y col. ¿ La reducción de cesáreas de 28 a 13% incrementa o no la mortalidad materna y perinatal ; la gran duda?. Ginecología y Obstetricia de México. Vol 65: pp 122-5 .1998 Mar.
13. Batres M. LE, y Col. Operación de Cesarea Estudio Comparativo, Frecuencia e indicaciones. Revista Médica del Hospital de la Mujer . Vol: 5 pp. 51-55 . 1995 Ago-Oct.
14. Guzmán Sánchez A., Martín del Alba A. y col. ¿ La reducción de cesáreas de 28 a 13% incrementa o no la mortalidad materna y perinatal ; la gran duda?. Ginecología y Obstetricia de México. Vol 65: pp 122-5 .1998 Mar.
15. Estrada y col. Factores predisponentes y causas de muerte fetal en embarazos mayores de 28 semanas en el Hospital de Gineco/obstetricia No. 3, centro médico "La Raza" durante 1993. Ginecología y Obstetricia de México, Vol : 64 pp23-7. 1994 Nov.
16. Ortigoza -Corona E. y Karchmer- Krivitzky . Factores relacionados con el reconocimiento de signos de alarma durante el embarazo . Ginecología y Obstetricia de México. 1996 Vol 64: pp 90-5.
17. Msolla MJ. Kinabo JL. Prevalence of anemia in pregnant women during the last trimester. International Journal of Food Sciences & Nutrition. 48(4) : 265-70, 1997 Jul.
18. Gaxiola C.R. Gambia F.R. y col. ¿Es la bacteriuria asintomatica frecuente en mujeres embarazadas?. Ginecología y Obstetricia de México. 1995 Vol 63: pp 24.
19. Ferrer Barrientos y Col. Embarazo en la adolescencia y en la Mujer Añosa. Hospital Central de Asturias y Oviedo. (Internet) 1998.
20. Fernandez F. Salmeron y Col. Resolución del Embarazo en la madre Adolescente . Ginecología y Obstetricia de México . Vol 62: pp.33-4 1994 Nov.
21. Gúzman Sanchez A. Alfaro Alfaro N. y col. Intento de parto vaginal en 1000 pacientes con antecedentes de una cesárea previa en al antiguo hospital Civil de Guadalajara. Ginecología y Obstetricia de México .Vol 65: pp325 -29. 1998 .
22. Neri Ruíz E Valerio Castro E. y col . Presentación pélvica , ¿Siempre cesarea? Ginecología y Obstetricia de México. Vol 65: pp 474-71997 Nov.

23. Sifuentes A. I., Ayala y Col. Infección de Vías Urinarias y Principales Factores de Riesgo Asociados a Trabajo de Parto Prematuro. *Ginecología y Obstetricia de México*. Vol 64: 34-5 . 1996.
24. Vázquez R. J. Beltran y Col. Obito Fetal , Análisis de Treinta Meses en el Hospital de Ginecología y Obstetricia No. 23 del IMSS Monterrey. *Ginecología y Obstetricia de México*. Vol 64: 38-9 . 1996.
25. Barron Vallejo J. Kably Ambe y col. Nuevas perspectivas para un problema antiguo, el trabajo de parto pretérmino. *Ginecología y Obstetricia de México*. 1997 Vol 65: pp 326-31.
26. Díaz Z. P. Molina A. E. Frecuencia de aborto , revisión de un año ,Hospital de la Mujer. *Ginecología y Obstetricia de México*. 1996 Vol 64: pp 28.
27. Ramirez Mateos C. Loria A. y col. Anemia y deficiencia de hierro en 490 embarazadas mexicanas. *Revista de investigación clínica* . 1998. Vol 2 : 119-26 Mar-abr.
28. Simon NV.Heaps KP. y col. Improving the processes of care and outcomes in obstetrics/gynecology. *Joint Commission Journal on Quality Improvement*. 23(9): 485-97, 1997 sep.
29. Ibarra R.J.Figueroa y Cols. Complicaciones perinatales en mujeres con infección urinaria durante su gestación. *Ginecología y Obstetricia de México*. Vol: 62 pp.22-3. 1994 Nov.

ANEXO 1

CEDULA DE REVISION DE EXPEDIENTES DE PACIENTES EMBARAZADAS

NUM. _____

NOMBRE: _____

ESTADO CIVIL: _____ EDAD: _____

ESCOLARIDAD: _____

OCUPACION: _____

NIVEL SOCIECONOMICO: BAJO MEDIO: ALTO:

HISTORIA OBSTETRICA:

G _____ P _____ C _____ A _____

FUR _____

EL ÚLTIMO EVENTO OBSTETRICO FUE : PARTO CESAREA ABORTO

FECHA : _____

EDAD GESTACIONAL: _____

EDAD GESTACIONAL AL 30 DE DICIEMBRE DE 1997 SI NO HA TENIDO SU EVENTO OBSTETRICO: _____

COMPLICACIONES OBSTETRICAS QUE RESENTO: _____

ENFERMEDADES INTERCURRENTES DURANTE EL EMBARAZO:

- 1- _____
- 2- _____
- 3- _____
- 4- _____
- 5- _____

OBSERVACIONES: _____