

23
2Ej



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO.

FACULTAD DE MEDICINA.

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



INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS
SOCIALES PARA LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

UNIDAD ACADEMICA.

CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR DEL ISSSTE
EN CUERNAVACA MORELOS



"FACTORES DE RIESGO OBSTETRICO EN LA
POBLACION ADSCRITA A LA CLINICA DE
MEDICINA FAMILIAR DEL ISSSTE EN
CUERNAVACA MORELOS"

CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR
I. S. S. S. T. E.
MOR. 123 CUERNAVACA, MOR.
DIRECCION

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

DR. MARCO LAURELIO CARRILLO RUIZ.
SECRETARIA DE SERVICIOS
ESCOLARES
DEPARTAMENTO DE POSGRADO
LCJ

CUERNAVACA, MOR., NOVIEMBRE DE 1994.

I. S. S. S. T. E.
CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR CUERNAVACA MORELOS
REGISTRO DE CONSTANCIAS Y RECONOCIMIENTOS
LIBRO NUM. _____ HOJA _____
FOLIO NUM. 004-95
FECHA DE EXPEDICION 27-01-95

FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

TITULO DEL TRABAJO:

"FACTORES DE RIESGO OBSTETRICO EN
LA POBLACION ADSCRITA A LA CLINICA
DE MEDICINA FAMILIAR DEL ISSSTE EN
CUERNAVACA MORELOS"

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

DR. MARCO AURELIO CARRILLO RUIZ.

PROFR. TITULAR DEL CURSO:

DR. JESUS SANTAMARIA LOZA.


DR. HECTOR GABRIEL ARTEAGA ACEVES.
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA
FAMILIAR JEFATURA DE SERVICIOS DE
ENSEÑANZA. ISSSTE.

"FACTORES DE RIESGO OBSTETRICO EN LA
POBLACION ADSCRITA A LA CLINICA DE MEDICINA
FAMILIAR DEL ISSSTE EN CUERNAVACA MORELOS"

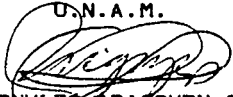
TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR PRESENTA:

DR. MARCO AURELIO CARRILLO RUIZ

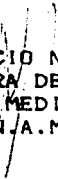
A U T O R I Z A C I O N E S



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



DR. ARNULFO TRIGOEN CORIA
COORDINADOR DE INVESTIGACION
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.



DRA. MA. DEL ROCIO NORIEGA GARIBAY
COORDINADORA DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
U.N.A.M.

A S E S O R E S:



DRA. MARTHA PATRICIA ORTIZ MONTANEZ.
MEDICO GINECOLOGA DE BASE
ADSCRITA AL HOSPITAL "DR. CARLOS CALERO ELLOURDUY"
ISSSTE. CUERNAVACA MORELOS.



DRA. NORA GUADALUPE BARRIOS MARTINEZ ROJAS.
MEDICO FAMILIAR DE BASE
ADSCRITA AL DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA
HOSPITAL GENERAL DE ZONA N° 1 DEL IMSS
CUERNAVACA MORELOS.

INTRODUCCION

SI BIEN LA MORTALIDAD EN GENERAL REFLEJA EL NIVEL DE SALUD DE MAS POBLACION, LA MORTALIDAD MATERNO INFANTIL ES UN REFLEJO DE LOS MANEJOS PREVENTIVOS Y ASISTENCIALES INSTITUIDOS, LO QUE RESULTA EN UN INDICADOR UTIL DE LA CALIDAD DE LA ATENCION DEL PROCESO REPRODUCTIVO.

EL ANALISIS DE ESTA MORBIMORTALIDAD HA PERMITIDO EL CONOCIMIENTO DE LOS FACTORES ASOCIADOS A LAS CAUSAS PRODUCTORAS DE PATOLOGIA QUE, EN UN MOMENTO DADO PERMITEN PREVENIR COMPLICACIONES DURANTE LA GESTACION Y EVITAR LOS EFECTOS NOCIVOS DE DICHS FACTORES, YA QUE LA ATENCION EQUITATIVA EN EL TERRENO DE LA SALUD, REQUIERE QUE SE PONGA ATENCION ESPECIAL EN LOS GRUPOS VULNERABLES Y DE ELLOS, A LAS PERSONAS EXPUESTAS, CON EL OBJETO DE FACILITAR LA UTILIZACION EFECTIVA DE LOS RECURSOS DISPONIBLES PARA LA PREVENCION Y TRATAMIENTO (1).

EL PANORAMA EPIDEMIOLOGICO DE LOS PAISES EN VIAS DE DESARROLLO TIENEN COMO HECHOS CRITICOS LA MAGNITUD Y LA VULNERABILIDAD DEL SECTOR MATERNO INFANTIL, YA QUE ES UNO DE LOS GRUPOS MAS SUSCEPTIBLES AL DAÑO REPRESENTADO POR LA ENFERMEDAD, LA INCAPACIDAD O LA MUERTE.

ESTOS GENERADORES DE DAÑO SON INHERENTES A LA MADRE, YA SEA POR SU CONDICION SOCIOCULTURAL Y ECONOMICA O POR SUS CARACTERISTICAS BIOLOGICAS Y PSIQUICAS NATURALES O ADQUIRIDAS QUE SE ENCUENTRAN PRESENTES ANTES DEL EMBARAZO Y QUE VAN A TENER SUS MANIFESTACIONES DELETEREAS EN ALGUNA ETAPA DE ESTE.

EN NUESTRO PAIS SE GENERAN APROXIMADAMENTE UN 30% DE EMBARAZOS DE ALTO RIESGO, SIN CONTAR CON AQUELLOS QUE TERMINAN EN ETAPAS TEMPRANAS POR ABORTO (20 %) YA SEA ESPONTANEO O INDUCIDO QUE POR REGLA TIENEN SEGURAMENTE FACTORES DE RIESGOS ASOCIADOS (2,3,4).

AL EMBARAZO DE ALTO RIESGO SE LE DEFINE COMO AQUEL QUE TIENE O PROBABLEMENTE TENGA ESTADOS CONCOMITANTES CON LA GESTACION Y EL PARTO QUE AUMENTEN LOS PELIGROS PARA LA SALUD DE LA MADRE O DE SU HIJO (5).

EN NUESTRO PAIS SE HAN HECHO ESTUDIOS SEMENJANTES A LOS REALIZADOS EN PAISES COMO ESTADOS UNIDOS DE NORTEAMERICA (6, 7, 8, 9, 10), ENCONTRANDOSE QUE FACTORES COMO LA EDAD MENOR DE 19 AÑOS Y MAYOR DE 34, EL PESO MENOR DE 45 KILOGRAMOS, LA TALLA MENOR DE 1.50 METROS, ALGUNOS ANTECEDENTES OBSTETRICOS COMO ENFERMEDAD HIPERTENSIVA DEL EMBARAZO, POLIHIDRAMNIOS, PRODUCTOS DE PRETERMINO O CON MALFORMACION CONGENITA Y OTROS, ASI COMO ANTECEDENTES DE INFECCION SISTEMICA O TRASTORNOS DE LA MADRE, TABAQUISMO, TENSION ARTERIAL ELEVADA, EDEMA DE EXTREMIDADES Y PATOLOGIA AGREGADA AL EMBARAZO, JUNTO CON LA VIGILANCIA SISTEMICA DEL INCREMENTO DEL PESO DURANTE EL EMBARAZO UTERINO, EL FOCO FETAL PRESENTE Y ALGUNOS PARAMETROS DE LABORATORIO, SON DE IMPORTANCIA PARA LA CALIFICACION DE UN EMBARAZO DE ALTO RIESGO.

LAS CAUSAS DE MUERTE MATERNA EN MEXICO, SIGUEN SIENDO ENFERMEDAD HIPERTENSIVA DEL EMBARAZO, INFECCIONES Y HEMORRAGIAS (11,12), MIENTRAS QUE EN PAISES DESARROLLADOS LAS CAUSAS INCLUYEN EMBOLISMOS, ENFERMEDAD HIPERTENSIVA DEL EMBARAZO Y HEMORRAGIAS (13).

EN LAS ULTIMAS DECADAS SE HA DEMOSTRADO QUE LA VIGILANCIA MEDICA DURANTE EL EMBARAZO Y LA ATENCION ADECUADA DEL PARTO, DISMINUYEN LAS CIFRAS DE MORBIMORTALIDAD MATERNO-INFANTIL, DE AQUI LA IMPORTANCIA DE ENFOCAR LA ATENCION DEL MEDICO FAMILIAR HACIA LA DETECCION OPORTUNA DE TRASTORNOS DURANTE EL EMBARAZO, QUE PUDIERAN REPERCUTIR SOBRE LA MADRE O SU HIJO. DE AQUI PARTE LA NECESIDAD DE INSTITUIR EN LA CONSULTA MEDICA DE PRIMER NIVEL DE LA MUJER EMBARAZADA POR EL MEDICO FAMILIAR LA UTILIZACION DE UN MODELO PREDICTIVO SISTEMATIZADO, CONFIABLE Y FACIL DE USAR COMO ES EL FORMATO DE FACTORES DE RIESGO EN EL EMBARAZO, QUE NOS AYUDARIA A DETECTAR RAPIDAMENTE EMBARAZOS DE ALTO RIESGO Y CANALIZARLOS OPORTUNAMENTE AL SEGUNDO NIVEL DE ATENCION, OFRECIENDO MEJORAS A LA SALUD DE LA MUJER Y A SU PRODUCTO. EL FORMATO CONTIENE LOS FACTORES DE RIESGO CONSIDERADOS DE MAYOR PELIGRO, CON UN PUNTAJE MARCADO EN FORMA CATEGORICA. EL MEDICO HACE LA EVALUACION DEL RIESGO EN LA PRIMERA CONSULTA DE LA PACIENTE EMBARAZADA Y LAS SUBSIGUIENTES, HASTA EL PARTO.

EN NUESTRO MEDIO AUN RECONOCIDOS LOS FACTORES MAS FRECUENTES QUE AFECTAN LA BUENA EVOLUCION DE LA GESTACION, ES NECESARIO IDENTIFICAR LA IMPORTANCIA DE CADA UNO DE ELLOS, POR LA TRASCENDENCIA QUE PUEDEN TENER SOBRE LA POBLACION CON OBJETO DE IMPLEMENTAR PROGRAMAS PROPIOS TENDIENTES A REDUCIR LA MORTALIDAD MATERNO-INFANTIL Y FAVORECER LAS CONDICIONES DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO DE LOS NEONATOS.

CON BASE EN ESTAS OBSERVACIONES SE PRETENDE EN ESTE TRABAJO, IDENTIFICAR LA RELACION QUE EXISTE ENTRE LA DETECCION ADECUADA DE LOS FACTORES DE RIESGO EN EL EMBARAZO Y LA MORBIMORTALIDAD MATERNOINFANTIL EN UNA POBLACION ESPECIFICA SUPONIENDO QUE ENTRE MAYORES

FACTORES DE RIESGO DURANTE EL EMBARAZO SE
DETECTEN, MAYOR SERA LA MORBIMORTALIDAD MATERNO
INFANTIL. Y ASI MISMO DETERMINAR LA IMPORTANCIA
DE LA UTILIZACION DE UN FORMATO DE DETECCION DE
FACTORES DE RIESGO EN LA MUJER EMBARAZADA.

M A R C O T E O R I C O

MARCO TEORICO:

LA ATENCION DE LA MUJER EMBARAZADA ENTRE LOS AZTECAS, QUE FORMABAN EL PUEBLO MAS CIVILIZADO DE LA ALTIPLANICIE, ASI COMO EN OTRAS CULTURAS QUE EXISTIAN EN NUESTRO PAIS, SE ENCONTRABA UNICAMENTE EN MANOS DE MUJERES Y LA GRAVIDA ERA PROTEGIDA Y VIGILADA Y PARA ELLA SE EXIGIA UNA VIDA TRANQUILA Y SOSEGADA.

LA MUJER QUE SE DEDICABA AL CUIDADO DE LAS EMBARAZADAS Y LA ASISTENCIA DE LOS PARTOS, ANTES DE EJERCER FORMALMENTE SU PROFESION, ADQUIRIA UNA LARGA PRACTICA QUE LA CONVERTIA EN UN SER RESPETADO Y ESTIMADO EN LA SOCIEDAD Y SE LLAMABA TLAMATQUITICITL.

POR LA ATENCION QUE RECIBIA LA MUJER DURANTE EL ESTADO GRAVIDO-PUERPERAL EN LA EPOCA PRECORTESIANA, NOS HACE SUPONER QUE LA MORTALIDAD MATERNA NO DEBIO SER ELEVADA, SOBRE TODO CONSIDERANDO QUE EL ABORTO ESTABA PROHIBIDO.

NUESTRA CIVILIZACION INDIGENA, SE ADELANTO A MUCHAS EPOCAS DE NUESTRO PAIS EN LOS CUIDADOS PRENATALES Y EN EL ALTO CONCEPTO QUE TENIAN DE LA FUNCION DE LA MUJER, EN CUANTO A LA MATERNIDAD SE REFIERE, PARA GARANTIZAR LOS RASGOS ESENCIALES DE LA ESTIRPE Y EL FORTALECIMIENTO DE LA RAZA Y PARA CUIDAR DE LA MADRE, CONSIDERADA COMO ELEMENTO IMPORTANTE DE LA ORGANIZACION FAMILIAR.

CON LA LLEGADA DE LOS ESPANOLES Y CONSIGNADA LA CONQUISTA DE ANAHUAC POR LA TOMA DE TENOCHTITLAN EN 1521, SOBREVINO UN VERDADERO CAOS EN LAS PRACTICAS OBSTETRICAS, LA PROFESION DE PARTERA FUE VISTA CON EL MAS PROFUNDO DESDEN Y QUEDO RELEGADA A LAS MULATAS Y A LAS NEGRAS, AMBAS ESCLAVAS.

LOS MEDICOS DE LA COLONIA VEIAN CASI CON HORROR LA ASISTENCIA DE PARTOS Y NI LOS MEDICOS LLAMADOS ROMANCISTAS TENIAN A BIEN DEDICARSE A LA OBSTETRICIA.

EN 1768, O SEA 42 AÑOS ANTES DEL INICIO DE LA GUERRA DE INDEPENDENCIA, EL REAL COLEGIO DE CIRUGIA, DIO NACIMIENTO AL CIRUJANO Y PARA LA OBSTETRICIA TIENE IMPORTANCIA ESTE ACONTECIMIENTO, PORQUE LOS CIRUJANOS NO DESDENARON EL EJERCICIO DE LOS PARTOS Y APLICARON DESDE LUEGO LA CIRUGIA A LA OBSTETRICIA. EN 1833 VALENTIN GOMEZ FARIAS, FUNDA EL ESTABLECIMIENTO DE CIENCIAS MEDICAS Y CREA LA CATEDRA DE OBSTETRICIA SIENDO EL PRIMER PROFESOR EL DR. PEDRO DEL VILLAR.

EN DIVERSOS ESTADOS DE LA REPUBLICA MEXICANA, DE 1821 A 1910 SE FUNDARON MATERNIDADES Y DESTACARON EMINENTES MEDICOS DEDICADOS A LA ESPECIALIDAD, PERO HASTA 1910 NO SE ENCUENTRAN INFORMES SOBRE MORTALIDAD MATERNA, SOLO DATOS DE SU PRESENTACION FRECUENTE, SOBRE TODO POR INFECCION. EN 1921 EL DR. ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES PROPUSO LA FUNDACION EN LA CIUDAD DE MEXICO DE CLINICAS DE PRE Y POSTNATALIDAD Y PARA 1929 SE HABIAN ESTABLECIDO UN GRAN NUMERO DE CENTROS DE ATENCION MATERNOINFANTIL EN TODA LA REPUBLICA (14).

EL 30 DE ABRIL DE 1943 FUE CREADO EL HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO "FEDERICO GOMEZ" Y A RAIZ DE ESTO COMENZO A TEJERSE TODA UNA URDIMBRE DE CENTROS DE ASISTENCIA MATERNO-INFANTIL. A MEDIDA QUE EN LA POBLACION FUE CUNDIENDO EL HABITO DE QUE LOS PARTOS FUESEN ATENDIDOS, PREVIA ATENCION PRENATAL, EN ESTABLECIMIENTOS HOSPITALARIOS, CRECIO TAMBIEN EL NUMERO DE ESTABLECIMIENTOS DE MATERNIDAD. LA ATENCION MATERNO-INFANTIL CONSTITUYE UNA DE LAS PRINCIPALES FUNCIONES DE LA SALUD PUBLICA.

LA ACCION DE LA HIGIENE MATERNO-INFANTIL VA DIRIGIDA A GRUPOS HUMANOS QUE REPRESENTAN UN ELEVADO PORCIENTO DE LA POBLACION Y QUE SON PRECISAMENTE, POR MAS VULNERABLES. SE DISTINGUEN TRES ETAPAS EN LA HIGIENE MATERNO-INFANTIL: LA DIFERENCIADA O AMBIENTAL; LA COLECTIVA, REPRESENTADA POR PROGRAMAS EDUCATIVOS O DE INMUNIZACION; LA INDIVIDUAL, REALIZADA POR SUPERVISION, VIGILANCIA Y ATENCION OBSTETRICA. (15)

EL 7 DE FEBRERO DE 1945 SE FUNDO LA ASOCIACION MEXICANA DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA.

CON TODOS ESTOS ANTECEDENTES MEXICO REQUIERE QUE SUS AUTORIDADES EN SALUD REALICEN Y APOYEN ACTIVIDADES TENDIENTES A ELEVAR EL BIENESTAR MATERNO, PUES NO ES DESCONOCIDO QUE EN NUESTRO PAIS, EN LOS ULTIMOS AÑOS CONTINUAN SIENDO LAS CAUSAS RELACIONADAS CON EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO LAS SEGUNDAS EN ORDEN DE IMPORTANCIA PARA LA MORTALIDAD DE MUJERES DE 15 A 44 AÑOS. (14)

EL RIESGO REPRODUCTIVO SE DEFINE COMO LA PROBABILIDAD DE OCASIONAR DAÑO, LESION O MUERTE MATERNA, FETAL O NEONATAL A CONSECUENCIA DEL EVENTO OBSTETRICO. LA TASA DE EMBARAZOS CON ALTAS PROBABILIDADES DE COMPLICACIONES VARIA DE 25 A 60%; 55% DE ESTOS CORRE RIESGO DE MORBILIDAD Y MORTALIDAD MATERNA, FETAL O NEONATAL, CORRESPONDIENDO LAS CIFRAS MAS ALTAS A LOS GRUPOS ECONOMICAMENTE DESFAVORABLES. DIVERSOS FACTORES SON INVOLUCRADOS EN SU ETIOLOGIA: EDAD, PARIDAD, INTERVALO INTERGENESICO, ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS, ALCOHOLISMO, TABAQUISMO, ESTADO DE SALUD, PESO HABITUAL Y GANANCIA DE PESO DURANTE LA GESTACION, CONTROL MEDICO PREGESTACIONAL Y PRENATAL, ACCESO Y DISPONIBILIDAD DE SERVICIOS DE SALUD, EQUIPO, PERSONAL MEDICO ESPECIALIZADO Y/O TECNOLOGIA.

ALGUNOS FACTORES RECAEN EN LA RESPONSABILIDAD Y PARTICIPACION DE LA MADRE, POR LO QUE PUEDEN SER ESTUDIADOS DESDE EL PUNTO DE VISTA DEL COMPORTAMIENTO: SOLICITUD DE EVALUACION MEDICA PREGESTACIONAL, ASISTENCIA PRENATAL TEMPRANA Y ADHERENTE, INGESTA DE ALIMENTACION NUTRITIVA, AUSENCIA DE CONSUMO DE TABACO O ALCOHOL, UTILIZACION DE METODOS ANTICONCEPTIVOS PARA ELEGIR EL MOMENTO Y NUMERO IDEAL DE HIJOS, PARA GESTAR UN EMBARAZO A EDAD Y A INTERVALO INTERGENESICO ADECUADOS, Y PARA ESPERAR EL CONTROL O DESAPARICION DE PADECIMIENTOS.

LA PERCEPCION DE RIESGO HA SIDO DEFINIDA COMO LA EVALUACION SUBJETIVA DE CONTRAER UNA ENFERMEDAD.

EL EXITO DE LOS PROGRAMAS EDUCATIVOS DEPENDE DEL CAMBIO DE CREENCIAS O PERCEPCIONES DE RIESGO PARA LA SALUD, QUE AYUDAN AL INDIVIDUO A ORGANIZAR LA INFORMACION QUE FINALMENTE AFECTARA LA DECISION HACIA ACCIONES PREVENTIVAS. LAS CREENCIAS EN SALUD SON DE GRAN VALOR PARA EL ENTENDIMIENTO DE ACCIONES PREVENTIVAS, Y SE RECOMIENDA SU USO PARA LA PLANEACION DE EDUCACION Y LA EVALUACION DE NECESIDADES EDUCATIVAS, YA QUE POSEE IMPLICACIONES DIRECTAS PARA DISEÑAR INTERVENCIONES. LAS ACTIVIDADES ORGANIZADAS PARA LA EDUCACION EN SALUD SE BASAN EN EL DESEO DE INTERVENIR PARA MANTENER CONDUCTAS POSITIVAS O PARA INTERRUPTIR EL PATRON ASOCIADO A EXPOSICION DE RIESGO DE ENFERMEDAD, LESION, INVALIDEZ O MUERTE.

UN PROGRAMA EDUCATIVO ES TRASCENDENTE EN CUALQUIER EDAD, EN LAS ADOLESCENTES PARA EVITAR UN FUTURO RIESGO REPRODUCTIVO Y EN LAS ADULTAS POR SER ELLAS TRANSMISORAS POTENCIALES DE CONOCIMIENTOS PARA

CON SUS DESCENDIENTES, Y PARA NO EXPONERSE A SI MISMAS A UN EMBARAZO A EDAD AVANZADA. LAS MULTIPARAS SON PORTADORAS DE EXPERIENCIAS, QUIENES ADEMÁS DEBIERAN POSEER LA SUFICIENTE INFORMACION PARA EVITAR MAS GESTACIONES. AQUELLAS MUJERES DE ESCOLARIDAD BAJA ESTAN EN MAYOR NECESIDAD POR UN PROGRAMA EDUCATIVO PARA EVITAR EMBARAZOS DE ALTO RIESGO. (16)

UNO DE LOS INDICADORES MAS UTILES EN LA EVALUACION DEL BIENESTAR MATERNOFETAL ES LA GANANCIA DE PESO DURANTE LA GESTACION. DE HECHO, ESTA GANANCIA PUEDE VERSE COMO UN INDICADOR RESUMEN QUE REFLEJA EL CONJUNTO DE PROCESOS FISIOLÓGICOS QUE INFLUYEN EN EL DESARROLLO Y FUNCIONAMIENTO DE LA UNIDAD MADRE-PLACENTA-FETO.

SEGUN LOS ESTUDIOS DE HYTEN Y THOMPSON DEBE EXISTIR UNA PEQUEÑA GANANCIA DE PESO EN EL PRIMER TRIMESTRE, UN RAPIDO INCREMENTO DURANTE EL SEGUNDO Y UNA DESACELERACION EN EL ULTIMO. EN TERMINOS GENERALES SE CONSIDERA COMO NORMAL UNA GANANCIA QUE VA DE 9 A 12 KG. E INCREMENTOS POR DEBAJO DE ESTE NIVEL SE HAN ASOCIADO A UN MAYOR RIESGO DE MORTALIDAD PERINATAL, PREMATUREZ O PRODUCTOS DE BAJO PESO AL NACER. SIN EMBARGO, LAS CIFRAS ANTERIORES CONSTITUYEN PROMEDIOS, Y NO HAY QUE OLVIDAR QUE UNA DE LAS CARACTERISTICAS MAS IMPORTANTES DE LA GANANCIA DE PESO ES LA VARIABILIDAD INDIVIDUAL. EL EVALUAR EL ESTADO DE NUTRICION DE UNA GESTANTE, A TRAVEZ DE SU PESO EN RELACION A UNA DETERMINADA TALLA Y EDAD GESTACIONAL, DEBE SER CONTEMPLADA COMO PARTE DE LA ACTIVIDAD CLINICA QUE CONDUCE A LA TOMA DE UNA SERIE DE MEDIDAS PREVENTIVAS O TERAPEUTICAS ENCAMINADAS A MEJORAR O MANTENER EL BIENESTAR MATERNOFETAL. (17)

SE SUPONE QUE EXISTE UNA RELACION DIRECTA PROPORCIONAL Y POSITIVA ENTRE LA GANANCIA DE PESO MATERNO Y EL PESO DEL RECIEN NACIDO Y LA FALTA DE ASOCIACION PUEDE DEBERSE FUNDAMENTAMENTE A ALTERACIONES EN EL FUNCIONAMIENTO PLACENTARIO, YA SEA POR PROBLEMAS DE ORIGEN EN EL MISMO ORGANISMO O POR LESIONES OCASIONADAS POR PATOLOGIAS SISTEMICAS COMO LA HIPERTENSION ARTERIAL, LA DIABETES MELLITUS O LAS INFECCIONES POR CITAR ALGUNAS. PARA ESTABLECER DICHA GANANCIA DE PESO SE REQUIERE CONOCER EL PESO PREGESTACIONAL, YA QUE LA CONDICION DE SALUD MATERNO-FETAL TENDRA VARIANTES DE ACUERDO AL PESO DE INICIO DEL EVENTO OBSTETRICO. LOS ESTUDIOS DE NAEYE, SON MUY CLAROS EN ESTE SENTIDO, YA QUE, POR EJEMPLO LA GANANCIA DE 9 KG. A LO LARGO DE LA GESTACION NO TIENE EL MISMO EFECTO SI LA MADRE INICIO EL EMBARAZO CON BAJO PESO, QUE SI LO INICIO CON SOBREPESO. (18)

MAS DE DOSCIENTAS MIL MUERTES MTERNAS OCURREN CADA AÑO EN EL CONJUNTO DE PAISES EN VIAS DE DESARROLLO. LAS MUJERES EN EDAD FERTIL Y LOS NIÑOS CONSTITUYEN ALREDEDOR DE DOS TERCIOS DE LA POBLACION TOTAL EN AMERICA LATINA. LA SUERTE MATERNA OCUPA EL SEGUNDO LUGAR COMO CAUSA DE FALLECIMIENTO EN MUJERES DE EDADES DE ENTRE 15 Y 44 AÑOS. LOS HALLAZGOS DE LA INVESTIGACION PERINATAL REALIZADA EN LOS ULTIMOS CUARENTA AÑOS, PERMITEN AFIRMAR QUE LA SUPERVIVENCIA INFANTIL Y EL DESARROLLO DEL NIÑO ESTAN DETERMINADOS EN BUENA MEDIDA POR EL DESEMPEÑO REPRODUCTIVO DE LA MUJER. ESTE, A SU VEZ, ESTA RELACIONADO CON MÚLTIPLES FACTORES ECOLOGICOS, DESTACANDO, ENTRE ELLOS, LAS CONDICIONES SOCIOECONOMICAS QUE INFLUYEN EN EL ESTADO DE SALUD DE LA MUJER DESDE SU CONCEPCION HASTA Y DURANTE LA EXPRESION DE SU FERTILIDAD.

EN EMBARAZOS COMPLICADOS POR INFECCION, HIPERTENSION, TOXEMIA Y DIABETES, E INSUFICIENCIA RENAL SE ENCUENTRAN ESTAS CARACTERISTICAS PLACENTARIAS ASOCIADAS A PRODUCTOS DE BAJO PESO AL NACER EXISTE UNA ASOCIACION CONSISTENTE ENTRE GRUPO SOCIOECONOMICO Y ESTADO NUTRICIONAL MATERNO, Y UNA COORRELACION SIGNIFICATIVA DE ESTAS DOS VARIABLES CON EL TAMANO DE LA PLACENTA Y EL PESO DEL NEONATO.

LA INGESTA DIETETICA DURANTE EL EMBARAZO: EN UN EMBARAZO NORMAL SE ALMACENAN 3 KG. DE GRASA DURANTE LOS DOS PRIMEROS TRIMESTRES Y UNA ENERGIA TOTAL ACUMULADA QUE PUEDE REFERIRSE COMO "COSTO ENERGETICO DEL EMBARAZO" DE ALREDEDOR DE 27 120 KCAL.

EL TRABAJO FISICO DURANTE EL EMBARAZO: LA ACTIVIDAD FISICA DESARROLLADA DURANTE EL EMBARAZO DEMANDA UN GASTO ENERGETICO QUE EN CONDICIONES DE DESNUTRICION O DE BAJA INGESTA CALORICA PUEDE REPERCUTIR EN LA DISPONIBILIDAD DE ENERGIA PARA EL CRECIMIENTO FETAL. EL RETARDO EN EL CRECIMIENTO FETAL ES MAYOR CUANDO LA MUJER REALIZA TRABAJOS ESTANDO DE PIE POR TIEMPO PROLONGADO. (19)

DURANTE EL EMBARAZO EXISTEN MODIFICACIONES FUNCIONALES, BIOQUIMICAS Y ANATOMICAS CONSIDERADAS COMO NORMALES; SIN EMBARGO, NINGUNA DE ESTAS ETAPAS ESTA EXENTA DE SUFRIR COMPLICACIONES Y DESENCADENAR EFECTOS ADVERSOS A LA SALUD REPRODUCTIVA. EL DESCONOCIMIENTO EN LA MUJER GESTANTE DE LA SINTOMATOLOGIA NORMAL EN ESTOS PERIODOS CONTRIBUYE A PRODUCIR TEMORES, MIEDOS O ANGUSTIAS. YA SE HA DESCRITO QUE EL ESTADO EMOCIONAL DE LAS MUJERES EMBARAZADAS TIENE UN EFECTO DIRECTO EN EL FETO, PUES LA TENSION ESTIMULA LA ACTIVIDAD UTERINA POR LO QUE SE CONSIDERA COMO UN FACTOR DE RIESGO.

LA FALTA DE IDENTIFICACION Y DE RECONOCIMIENTO TEMPRANO DE SIGNOS Y SINTOMAS ANORMALES QUE REPRESENTAN PROCESOS PATOLOGICOS ANTE LOS CUALES HABRA QUE INTERVENIR EN FORMA OPORTUNA Y EFICAZ-COMPLICA EL CURSO DEL EMBARAZO Y PONE EN PELIGRO LA SALUD MATERNA Y PERINATAL. LA TASA DE EMBARAZOS CON ALTAS PROBABILIDADES DE COMPLICACIONES VARIA DE UN 20 A UN 60 POR CIENTO; EL 45 POR CIENTO DE ESTOS PODRA CULMINAR EN MADRES E HIJOS SANOS, PERO EL RESTO CORRE RIESGO DE MORBILIDAD Y MORTALIDAD MATERNA, FETAL O NEONATAL, POR LO QUE LA ATENCION MEDICA ES PRIMORDIAL.

EL ENTENDIMIENTO DE LA ADAPTACION BIOLOGICA DEL ORGANISMO DE LA MUJER DURANTE LA GESTACION, Y DE LOS CAMBIOS FISICOS O PSIQUICOS QUE SUCEDEN EN ESTAS EPOCAS INFLUYE PARA DISMINUIR INCERTIDUMBRES Y ANSIIDADES COMO RESULTADO DE LA FALTA DE INFORMACION. POSEER UN CONOCIMIENTO ADECUADO AYUDA A ACTUAR RAPIDA Y APROPIADAMENTE ANTE LA IDENTIFICACION DE SINTOMAS ANORMALES Y CONTRIBUYE A LA TOMA DE DECISION ACERTADA PARA LA ADOPCION DE CONDUCTAS POSITIVAS QUE BENEFICIEN A LA SALUD. LENZ AFIRMA QUE EL INTERES POR INFORMARSE REQUIERE DE UN ESTIMULO: ASI, EL EMBARAZO DEBE SER VISTO COMO UNA SENAL DE NECESIDAD PARA ADQUIRIR CONOCIMIENTO: ALGUNOS INFORMES CONFIRMAN QUE LA MUJER DURANTE ESTE PERIODO LO DESEA Y LO CONSIDERA UTIL. LOS EDUCADORES PARA LA SALUD DEBEN APROVECHAR ESTA ETAPA PARA PROMOVER PROGRAMAS DE EDUCACION PARA LA REPRODUCCION, QUE SEAN POTENCIALMENTE CAPACES DE SATISFACER LAS NECESIDADES EDUCATIVAS DE LA MUJER GESTANTE Y DE FOMENTAR LA SALUD MATERNA Y PERINATAL, A TRAVES DE LA PREVENCION Y DETECCION OPORTUNA DE COMPLICACIONES DURANTE EL EMBARAZO.

LA LITERATURA INFORMA QUE DEL 2 AL 7 POR CIENTO DE LAS MUJERES EMBARAZADAS SUFRE DE BACTERIURIA SIGNIFICATIVA, FRECUENCIA SIMILAR A LA OBSERVADA EN MUJERES NO EMBARAZADAS Y SEXUALMENTE ACTIVAS; SIN EMBARGO, LA INFECCION URINARIA SINTOMATICA SE OBSERVA CON MAYOR FRECUENCIA EN LA MUJER GESTANTE. LA DETECCION Y TERAPEUTICA TEMPRANA PREVIENE LA MAYORIA DE LAS COMPLICACIONES MATERNOFETALES Y NEONATALES ASOCIADAS A ESTE PROCESO INFECCIOSO COMO SON: PIELONEFRITIS, PREECLAMPSIA, HIPERTENSION, CRECIMIENTO RETARDADO INTRAUTERINO Y PARTO PRETERMINO.

EL EMBARAZO ES UN ESTADO BIOLÓGICO QUE CAUSA CAMBIOS FÍSICOS Y QUÍMICOS; ESTAS MODIFICACIONES REPRESENTAN UNA GRAN INFLUENCIA EMOCIONAL, ANSIEDAD, CONFUSION, AMBIVALENCIA Y PREOCUPACION, SON ALGUNAS DE LAS MANIFESTACIONES PSICOLÓGICAS QUE SE PRESENTAN EN ESTA ETAPA. LAS MUJERES QUE ANTES DEL EMBARAZO HAN PRESENTADO INESTABILIDAD EMOCIONAL, CON MAS FACILIDAD PRESENTARAN PROBLEMAS DURANTE ESTA ETAPA, DEBIDO A LA TENSION ADICIONAL QUE TRAE CONSIGO EL EMBARAZO. ASISTENCIA A CURSOS DE EDUCACION GESTACIONAL AYUDAN A CONOCER Y DETECTAR FACTORES DE RIESGO POR LA MISMA EMBARAZADA. INFANTE. CASTANEDA INFORMO QUE SINTOMAS TALES COMO NAUSEAS, MAREOS, VOMITOS, TRASTORNOS EMOCIONALES Y MOLESTIAS DE LOS SENOS FUERON IDENTIFICADAS COMO DE GRAVEDAD E INTERFERENCIA BAJAS, EN COMPARACION CON LOS CORRESPONDIENTES A AMENAZA DE PARTO PRETERMINO, SANGRADO O FLUJO VAGINAL, MOLESTIAS AL ORINAR Y PERCEPCION DE AUSENCIA DE MOVIMIENTOS FETALES, LOS CUALES FUERON EXPRESADOS COMO DE GRAVEDAD E INTERFERENCIA ALTAS.

LA MADRE DEBE RECIBIR INFORMACION ADECUADA SOBRE RECONOCIMIENTO DE SIGNOS DE PELIGRO Y

EN BASE A ESTO LA MAYORIA DE LA POBLACION SOLICITARIA ATENCION MEDICA, YA FUESE A TRAVES DE LA CONSULTA EXTERNA O DE EMERGENCIA HOSPITALARIA, EN CASO DE RECONOCER ANORMALIDAD, PREDOMINO EL SERVICIO DE URGENCIAS PARA LA SINTOMATOLOGIA DEL EMBARAZO, QUIZAS INFLUENCIADO POR LA PERCEPCION DE PELIGRO O POSIBILIDAD DE OCASIONAR DAÑO A LA SALUD MATERNA Y/O FETAL. EL PROCESO DE BUSQUEDA DE AYUDA INCLUYE TANTO LA IDENTIFICACION DE NECESIDAD DE SALUD COMO LA PERCEPCION DE GRAVEDAD DE LOS SINTOMAS; POR LO TANTO A MAYOR IDENTIFICACION DE RIESGO, MAYORES PROBABILIDADES DE SOLICITAR ATENCION DE UN SERVICIO DE EMERGENCIA.

EL ANALISIS DE NECESIDAD EDUCATIVA MOSTRO CON CLARIDAD Y EN FORMA PERSISTENTE QUE LAS ADOLESCENTES, LAS SOLTERAS, LAS NULIGESTAS Y LAS QUE POSEIAN ESCOLARIDAD BAJA FUERON LAS QUE CON MENOR FRECUENCIA RECONOCIERON SINTOMATOLOGIA DEL EMBARAZO. UNA MUJER GESTANTE INFORMADA Y EDUCADA EN SALUD REPRODUCTIVA ES PRIMORDIAL PARA LA CONSERVACION DE SU PROPIO BIENESTAR Y DEL HIJO QUE ESPERA. PERSONAL DEL EQUIPO DE SALUD Y EDUCADORES EN SALUD DEBEN TOMAR CONCIENCIA Y RESPONSABILIDAD AL RESPECTO Y APROVECHAR LA ETAPA DEL EMBARAZO PARA FOMENTAR LA SALUD MATERNA Y PERINATAL. (20)

LAS PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD Y MORTALIDAD DE LA MUJER EN EDAD FERTIL ESTAN INTIMAMENTE RELACIONADAS CON EL PROCESO REPRODUCTIVO DURANTE ESTE, SE PUEDEN PRESENTAR UNA SERIE DE CONDICIONES QUE SE SUELEN IDENTIFICAR COMO "FACTORES DE RIESGO" Y SON LOS QUE AUMENTAN LA PROBABILIDAD DE RESULTADOS DE SALUD ADVERSOS PARA LA MADRE, EL NIÑO O AMBOS. DE ACUERDO CON LA DEFINICION DE LAST, SE CONSIDERA COMO "FACTOR DE RIESGO A TODO ATRIBUTO O EXPOSICION ASOCIADO CON

UNA PROBABILIDAD MAYOR DE DESARROLLAR UN RESULTADO ESPECIFICO, TAL COMO LA OCURRENCIA DE UNA ENFERMEDAD; ESTE ATRIBUTO NO NECESARIAMENTE CONSTITUYE UN FACTOR CAUSAL DIRECTO Y PUEDE SER MODIFICADO POR ALGUNA FORMA DE INTERVENCION".

LOS RIESGOS DURANTE EL EMBARAZO ESTAN CONDICIONADOS TANTO POR LOS ANTECEDENTES BIOLOGICOS, HEREDITARIOS Y PSICOLOGICOS, COMO POR LA SITUACION SOCIOECONOMICA Y CULTURAL DE LA GESTANTE, E INCLUYEN CONDICIONES DESFAVORABLES ORGANICAS, EMOCIONALES, AMBIENTALES Y DE COMPORTAMIENTO, ASI COMO EN EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE ATENCION A LA SALUD.

LA DETECCION Y EL MANEJO OPORTUNO DEL RIESGO REPRODUCTIVO, CON EL FIN DE PREVENIR DANOS Y COMPLICACIONES, SON CONSIDERADOS POR DIVERSOS AUTORES COMO UNA DE LAS ESTRATEGIAS PARA LOGRAR UNA ATENCION PRENATAL EFICIENTE.

EN EL AREA RURAL MEXICANA CONFLUYEN DOS CIRCUNSTANCIAS DESFAVORABLES: POR UNA PARTE, LA PROBABILIDAD DE PRESENTAR RIESGO PARA LA SALUD REPRODUCTIVA ES ELEVADA, DEBIDO A LAS PRECARIAS CONDICIONES SOCIOECONOMICAS QUE PREVALECE; POR LA OTRA, LA ATENCION INSTITUCIONAL ES DE INSUFICIENTE COBERTURA, DIFICIL ACCESO Y DUDOSA CALIDAD. ESTA ATENCION DEFICIENTE ES UNA DE LAS RAZONES QUE EXPLICAN QUE ALREDEDOR DEL 50 POR CIENTO DE LA POBLACION MEXICANA EMPLEE LOS RECURSOS DE LA MEDICINA TRADICIONAL PARA ENFRENTAR DIVERSOS PROBLEMAS DE SALUD, SI BIEN LOS MOTIVOS ECONOMICOS Y SOCIOECULTURALES SON, SEGURAMENTE, LOS MAS IMPORTANTES.

FACTORES DE RIESGO COINCIDENTES CON LOS SENALADOS

POR LA MEDICINA ACADEMICA SE AGRUPAN COMO SIGUE:

ANTECEDENTES REPRODUCTIVOS DE ALTO RIESGO: MORTALIDAD PERINATAL, COMPLICACIONES OBSTETRICAS, ALTA PARIDAD.

SITUACION DEL EMBARAZO ACTUAL: EDAD, INTERVALO INTERGENESICO, SANGRADO TRANSVAGINAL, DISMINUCION DE MOVIMIENTOS FETALES, POSICION FETAL ANORMAL, INFECCIONES, DOLOR DE CABEZA FRECUENTE ACOMPAÑADO DE ACUFENOS Y FOSFENOS, EDEMA, RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS.

ANTECEDENTES DE MORBILIDAD GENERAL DE LA MUJER: ENFERMEDADES NO REPRODUCTIVAS, OPERACIONES ANTERIORES.

FACTORES DE RIESGO DURANTE EL EMBARAZO, SEÑALADOS POR LA MEDICINA TRADICIONAL:

DUALIDAD FRIO-CALOR: ALIMENTACION, VESTUARIO, "NATURALEZA".

CAUSAS SOBRENATURALES: PASAR CERCA DE CEMENTERIOS, VISITAR DIFUNTOS.

FENOMENOS ASTRONOMICOS: ECLIPSE, FASES DE LA LUNA.

FENOMENOS NATURALES: ARCO IRIS, PASAR CERCA DE OJOS DE AGUA, "AIRES".

POR SINONIMIA: COMER COSAS PEGADAS A LA OLLA, LAVAR REBOZOS, ANTOJOS NO CUMPLIDOS. (21)

A PESAR DEL DESARROLLO RECIENTE DE TECNOLOGIAS EFECTIVAS Y DE LOS ESFUERZOS QUE SE HAN REALIZADO PARA SU DIFUSION ENTRE LA POBLACION, LAS TASAS DE MORTALIDAD EN LA INFANCIA SIGUEN MANTENIENDOSE ELEVADAS EN LA MAYORIA DE LOS PAISES DEL MUNDO. DESDE HACE MUCHO TIEMPO SE HA CREIDO QUE EDADES EXTREMAS DE LA MADRE, PARIDADES ALTAS E INTERVALOS INTERNACIMIENTO CORTOS SON CAUSA DE UNA MAYOR PROBABILIDAD DE MUERTE EN EL PERIODO PERINATAL Y LA NINEZ. (22)

UN INTERVALO INTERGENESICO MENOR DE 12 MESES O MAYOR DE 48.

D). EXISTENCIA DE CONDICIONES DE SALUD MATERNA DESFAVORABLES, TALES COMO BAJO PESO PREGESTACIONAL, POBRE GANANCIA DE PESO DURANTE EL EMBARAZO, MORBILIDAD OBSTETRICA ESPECIFICA, TRABAJO FISICO EXCESIVO, NIVELES ELEVADOS DE ESTRES Y ANSIEDAD.

NUTRICION:

ES INCUESTIONABLE LA RELACION QUE EXISTE ENTRE NUTRICION MATERNA Y CRECIMIENTO FETAL. EN EFECTO, SE HA DEMOSTRADO UNA CORRELACION POSITIVA ENTRE PESO AL NACIMIENTO, PESO PREGRAVIDICO MATERNO Y GANANCIA DE PESO DURANTE EL EMBARAZO.

TRABAJO FISICO:

EL TRABAJO FISICO QUE DESARROLLA LA EMBARAZADA ES POR LO TANTO IMPORTANTE, YA QUE, SI ES EXCESIVO, SE REDUCEN LOS BENEFICIOS DE UNA ADECUADA NUTRICION.

ESTRES Y ANSIEDAD:

EL EMBARAZO ES UNA SITUACION QUE GENERA ESTRES. ALGUNOS AUTORES HAN DEMOSTRADO ASOCIACION ENTRE ESTA TENSION EMOCIONAL Y COMPLICACIONES DURANTE EL EMBARAZO Y EL PARTO.

EN GENERAL LA MUJERES MAS JOVENES, CON BAJO NIVEL DE ESCOLARIDAD Y POCO PREPARADAS PARA LA MATERNIDAD PRESENTAN MAYOR PROPENSION A LA ANSIEDAD DURANTE EL EMBARAZO.

TABAQUISMO:

EXISTEN FUERTES EVIDENCIAS QUE SUGIEREN QUE FUMAR DURANTE EL EMBARAZO PRODUCE EFECTOS SOBRE EL FETO. LAS MUJERES ADICTAS AL TABACO DURANTE EL EMBARAZO DAN A LUZ A NIÑOS DE MENOR PESO QUE AQUELLAS QUE NO FUMAN.

EL PESO AL NACER ES CONSIDERADO EL INDICADOR AISLADO MAS IMPORTANTE DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO DURANTE LA VIDA INTRAUTERINA Y DEL ESTADO DE NUTRICION DEL RECIEN NACIDO.

LOS FACTORES QUE A TRAVEZ DE LA LITERATURA SE HAN REPORTADO COMO RELACIONADOS CON EL PESO AL NACER SON LOS QUE SE SEÑALAN A CONTINUACION; DE ORDEN BIOLOGICO: TAMANO DE LA PLACENTA; EDAD DE LA MADRE; PARIDAD; HISTORIA REPRODUCTIVA PREVIA; PESO PREVIO AL EMBARAZO; TALLA MATERNA; ALIMENTACION DE LA MADRE; CONSUMO DE TABACO, ALCOHOL Y DROGAS ESTIMULANTES DURANTE EL EMBARAZO; DE ORDEN SOCIAL: NIVEL ECONOMICO; NIVEL DE ESCOLARIDAD DE LA MADRE; ESTADO CIVIL DE LA MADRE; OCUPACION DEL PADRE, Y CONDICIONES DE LA VIVIENDA. (23, 24)

LA INVESTIGACION ES UN INSUMO FUNDAMENTAL PARA AVANZAR EN EL CONOCIMIENTO DE LOS PROCESOS QUE CONDUCE A UN RESULTADO NEGATIVO DEL EMBARAZO, ASI COMO PARA EL DISEÑO DE INTERVENCIONES QUE PERMITIRIAN PREVENIR ESTOS RESULTADOS Y QUE, EVENTUALMENTE, DARIAN LAS BASES CIENTIFICAS PARA PROGRAMAS DE SALUD PUBLICA.

ALGUNOS DE LOS FACTORES MAS IMPORTANTES QUE SE ASOCIAN A RIESGO PERINATAL:

- 1.- CONDICIONES ASOCIADAS A RIESGO PERINATAL.
 - A). CONDICIONES GENERALES DESFAVORABLES EN TERMINOS DE INGRESO, VIVIENDA Y EDUCACION FORMAL.
 - B). FRECUENTE MIGRACION RURAL/URBANA.
 - C). EXISTENCIA DE CONDICIONES REPRODUCTIVAS QUE IMPLICAN RIESGOS PARA LA MADRE Y EL NIÑO, TALES COMO UNA EDAD MATERNA MENOR DE 17 AÑOS O MAYOR DE 35 Y

ALCOHOL:

LOS EFECTOS NOCIVOS DE LA INGESTA DE ALCOHOL DURANTE EL EMBARAZO COMPRENDEN RETARDO EN EL CRECIMIENTO INTRAUTERINO, ABORTO ESPONTANEO Y UN SINDROME DISMORFICO QUE SE ASOCIA CON RETRASO MENTAL.

2.- EL APOYO PSICOSOCIAL DURANTE EL PERIODO PERINATAL.

INTEGRA TRES COMPONENTES: APOYO EMOCIONAL, APOYO COGNOSITIVO, APOYO MATERIAL. (25)

LOS DATOS PROPORCIONADOS POR LAS ENCUESTAS DEMOGRAFICAS SUGIEREN QUE MENOS DEL 60% DE LOS NACIMIENTOS SON ATENDIDOS POR PERSONAL CALIFICADO Y MENOS DEL 70% RECIBE UNA O MAS CONSULTAS PRENATALES.

EN EFECTO, EL CUIDADO DE LA SALUD DE LA MUJER EMBARAZADA RECIBE MENOS ATENCION QUE EL CUIDADO A OTROS GRUPOS, COMO LOS PREESCOLARES Y LOS MENORES DE UN AÑO. (26)

EL USO QUE HACE UNA MUJER DE LOS SERVICIOS DE MATERNIDAD VARIA DE ACUERDO, ENTRE OTRAS COSAS, CON LOS SINTOMAS O COMPLICACIONES EXPERIMENTADOS DURANTE EL EMBARAZO; SU FAMILIARIDAD CON Y SUS ACTITUDES HACIA EL SISTEMA MEDICO MODERNO; LOS RECURSOS ECONOMICOS DE QUE DISPONE; LA DISTANCIA QUE TIENE QUE RECORRER PARA ACUDIR A UN MEDICO O UN HOSPITAL; LOS COSTOS ASOCIADOS CON LA CONSULTA O EL PARTO, Y LA CALIDAD DE LA ATENCION PRESTADA.

LAS VARIABLES MAS FUERTEMENTE ASOCIADAS CON RESULTADOS ADVERSOS DEL EMBARAZO FUERON EL SANGRADO VAGINAL DURANTE EL EMBARAZO, LA HEMORRAGIA DURANTE EL PARTO, EL PARTO PROLONGADO Y EL PARTO PELVICO. EL AISLAMIENTO, LA POBREZA Y LA FALTA DE FAMILIARIDAD CON LA CULTURA OCCIDENTAL CONSTITUYEN IMPORTANTES

BARRERAS PARA LA UTILIZACION OPORTUNA DE LA ATENCION DE LOS MODERNOS PRACTICANTES DE LA MEDICINA EN LOS SERVICIOS DE SALUD MATERNA. LA FRECUENCIA DE ATENCION PRENATAL Y DE PARTOS HOSPITALARIOS VARIA EN GRAN MEDIDA ENTRE GRUPOS CLASIFICADOS CON BASE EN LA EDUCACION MATERNA, Y EN LAS CARACTERISTICAS DE LA VIVIENDA. (27)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

DENTRO DE LOS OBJETIVOS PRINCIPALES DEL PROGRAMA NACIONAL DE SALUD SE ENCUENTRA EL DE PROTEGER A LA POBLACION MATERNO INFANTIL, PREVIENIENDO DANOS Y RIESGOS A LA MUJER DURANTE EL EMBARAZO, MEDIANTE LA UTILIZACION DE UN MODELO PREDICTIVO, SISTEMATIZADO, CONFIABLE Y FACIL DE USAR COMO ES EL FORMATO DE FACTORES DE RIESGO EN EL EMBARAZO, QUE NOS AYUDARIA A DETECTAR RAPIDAMENTE EMBARAZOS DE ALTO RIESGO Y CANALIZARLOS OPORTUNAMENTE AL SEGUNDO NIVEL DE ATENCION, OFRECIENDO MEJORAS A LA SALUD DE LA MUJER Y A SU PRODUCTO.

EN ESTA CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR NO EXISTE UN FORMATO PARA LA DETECCION DE RIESGO OBSTETRICO, MEDIANTE LA EXPLORACION CLINICA DE LA PACIENTE EMBARAZADA.

JUSTIFICACION:

" SALUD PARA TODOS ", ES EL LEMA QUE PLANTEAN LOS OBJETIVOS DE LA ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD PARA EL AÑO 2000.

LA PROPIA ORGANIZACION RECOMIENDA QUE SE UTILICE COMO ESTRATEGIA PARA LOGRAR ESTE OBJETIVO, LA ATENCION EN EL NIVEL PRIMARIO.

EN MEXICO COMO UN PROBLEMA TODAVIA CRECIENTE RESPECTO AL CRECIMIENTO DEMOGRAFICO, SE HAN LLEVADO A CABO MEDIDAS TENDIENTES A DAR PRIORIDAD A LA ATENCION PRIMARIA.

LAS DIVERSAS INSTITUCIONES DE SALUD EN EL PAIS HAN INICIADO PROGRAMAS TENDIENTES A INCREMENTAR ACCIONES EN EL NIVEL PRIMARIO, COMO LO ES EL PROGRAMA DE ATENCION MATERNO INFANTIL, QUE CONSISTEN ESCENCIALMENTE EN LA ORGANIZACION DE SERVICIOS Y APLICACION DE NORMAS QUE TIENDEN A VALORAR EN FORMA OPORTUNA LOS FACTORES DE RIESGO QUE INSIDEN SOBRE LA PERDIDA DE LA SALUD O DETECTAR EN FORMA OPORTUNA Y TEMPRANA ALGUN SIGNO QUE NOS INDIQUE SU DETERIORO Y ESTO SE PUEDE LOGRAR DURANTE EL CONTROL DEL EMBARAZO MEDIANTE LA UTILIZACION DE EL FORMATO DE FACTORES DE RIESGO EN LA CONSULTA DE ATENCION PRIMARIA. (28)

SIN EMBARGO, POR INMEJORABLES QUE SEAN LOS RECUSOS CON QUE SE CUENTE PARA ATENDER UN EMBARAZO DE ALTO RIESGO ESTE DESEMBOLCARA EN UNA CIERTA PROPORCION DE MORBIMORTALIDAD.

OBJETIVO GENERAL:

DETERMINAR LA IMPORTANCIA DE LA UTILIZACION DE UN MODELO PREDICTIVO, SISTEMATIZADO, CONFIABLE Y FACIL DE USAR COMO ES EL FORMATO DE FACTORES DE RIESGO EN EL EMBARAZO, QUE NOS AYUDARIA A DETECTAR RAPIDAMENTE EMBARAZOS DE ALTO RIESGO Y CANALIZARLOS OPORTUNAMENTE AL SEGUNDO NIVEL DE ATENCION, OFRECIENDO MEJORAS A LA SALUD DE LA MUJER Y A SU PRODUCTO.

IMPLANTANDO EL USO DEL MENCIONADO FORMATO EN FORMA RUTINARIA EN LA CONSULTA DE LA PACIENTE EMBARAZADA EN LAS CLINICAS DE MEDICINA FAMILIAR DEL ISSSTE.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

DETECTAR LOS EMBARAZOS DE ALTO RIESGO PARA DISMINUIR LA MORBIMORTALIDAD MATERNO-INFANTIL.

FUNDAMENTAR LA NECESIDAD DE UTILIZAR EL FORMATO DE DETECCION DE FACTORES DE RIESGO EN LA MUJER EMBARAZADA EN LAS CLINICAS DE ATENCION DE PRIMER NIVEL DE MEDICINA FAMILIAR EN EL ISSSTE.

DISEÑO:

SE TRATA DE UNA INVESTIGACION DE TIPO: BASICA, EXPLORATORIA, CLINICA, TRANSVERSAL, PROSPECTIVA, ABIERTA Y OBSERVACIONAL.

MATERIAL Y METODO:

SE REALIZO UN ESTUDIO DENTRO DEL AREA BASICA O BIOMEDICA DE TIPO EXPLORATORIO Y CLINICO, TRANSVERSAL, PROSPECTIVO Y ABIERTO, OBSERVACIONAL, QUE SE INICIO EN EL MES DE ABRIL Y SE TERMINO EN EL MES DE SEPTIEMBRE DE 1994. EL ESTUDIO CONSISTIO EN LA APLICACION DEL FORMATO DE LA DETECCION DE 30 FACTORES DE RIESGO EN LA MUJER EMBARAZADA; ENTRE LOS 14 Y 44 AÑOS DE EDAD. ESTE ESTUDIO SE LLEVO A CABO EN LA CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR DEL ISSSTE EN LA CIUDAD DE CUERNAVACA, MORELOS EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCION POR EL MEDICO FAMILIAR. EN ESTE FORMATO O CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS QUE SE INCLUYE EN EL (ANEXO 1) SE REGISTRARON LOS ANTECEDENTES Y LA EVOLUCION DEL EMBARAZO, ASI COMO EL DESENLACE DEL PARTO.

DE ACUERDO AL PUNTAJE OBTENIDO SE DESIGNARON CON BAJO RIESGO A LAS PACIENTES CALIFICADAS CON 3.5 PUNTOS O MENOS Y DE ALTO RIESGO A LAS CALIFICADAS CON 4 PUNTOS O MAS COMO MARCA EL MANUAL CORRESPONDIENTE A DICHO FORMATO.

SE CAPTARON EN EL ESTUDIO 50 PACIENTES CON LAS SIGUIENTES CARACTERISTICAS O CRITERIOS.

CRITERIOS DE INCLUSION:

TODAS LAS MUJERES EMBARAZADAS DERECHOHABIENTES QUE INDEPENDIEMENTE DE LA EDAD GESTACIONAL, ACUDIERON A CONSULTA DE MEDICINA FAMILIAR, PARA CONTROL DE SU EMBARAZO, CON VIDA SEXUAL ACTIVA ENTRE LOS 14 Y 44 AÑOS DE EDAD.

CRITERIOS DE EXCLUSION:

TODAS LAS PACIENTES QUE POR ALGUN MOTIVO YA NO ACUDIERON A SU CONTROL DE EMBARAZO EN ESTA CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR.

CRITERIOS DE ELIMINACION:

TODAS LAS PACIENTES QUE PRESENTARON COMPLICACIONES DURANTE EL EMBARAZO COMO ENFERMEDADES AGREGADAS Y QUE FUERON TURNADAS PARA CONTROL Y TRATAMIENTO POR EL SEGUNDO NIVEL DE ATENCION MEDICA DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA.

EN LA CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS, A LAS PACIENTES EN ESTUDIO SE LES TOMARON EN CUENTA LOS SIGUIENTES PARAMETROS DE MEDICION: EDAD, PESO, TALLA, ESCOLARIDAD MATERNA, FECHA DE ULTIMA MENSTRUACION, FECHA PROBABLE DE PARTO, NUMERO DE GESTA, PARTOS, ABORTOS, CESAREAS, INTERVALO INTERGENESICO, CARACTERISTICAS DEL ULTIMO EMBARAZO, ALGUNOS ANTECEDENTES OBSTETRICOS COMO TOXEMIA, POLHIDRAMNIOS, SANGRADOS DEL TERCER TRIMESTRE Y OTROS ANTECEDENTES PERSONALES, PATOLOGICOS, INFECCION SISTEMATICA, TABAQUISMO, ALCOHOLISMO, TENSION ARTERIAL, AUMENTO DE LONGITUD DEL FONDO UTERINO, FOCO FETAL, MOVIMIENTOS FETALES, SANGRADO GENITAL Y EDEMA, DATOS DE LABORATORIO BASICOS COMO HEMOGLOBINA, EXAMEN GENERAL DE ORINA, GLUCOSA EN SANGRE, GRUPO SANGUINEO Y RH, VDRL.

PARA LA REALIZACION DEL ESTUDIO SE UTILIZARON LOS SIGUIENTES RECURSOS:

RECURSOS HUMANOS:

DR. MARCO AURELIO CARRILLO RUIZ, MEDICO DE BASE ADSCRITO A LA CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR DEL ISSSTE EN CUERNAVACA, MORELOS (AUTOR DEL ESTUDIO).

ENFERMERA MARIA DE JESUS ORNELAS JARAMILLO (ASISTENTE DE CONSULTORIO).

DRA. MARTHA PATRICIA ORTIZ MONTANEZ MEDICO GINECOLOGA DE BASE ADSCRITA AL HOSPITAL " DR. CARLOS CALERO ELOURDUY " DEL ISSSTE EN CUERNAVACA, MORELOS (ASESORA DEL ESTUDIO).

DRA. NORA GUADALUPE BARRIOS MARTINEZ ROJAS MEDICO FAMILIAR DE BASE ADSCRITA AL DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA DEL HOSPITAL GENERAL DE LA ZONA # 1 DEL IMSS EN CUERNAVACA, MORELOS (ASESORA DEL ESTUDIO).

RECURSOS MATERIALES:

CONSULTORIO DE MEDICINA FAMILIAR EQUIPADO CON UN ESCRITORIO, MAQUINA DE ESCRIBIR, MESA DE EXPLORACION, BASCULA, CINTA METRICA, BAUMANOMETRO, ESTETOSCOPIO CLINICO, ESTETOSCOPIO DE PINAR, GUANTES DE LATEX, ESPEJO VAGINAL, BOLIGRAFO, PAPEL, REPORTES DE LABORATORIO PROPORCIONADOS POR EL LABORATORIO DE ANALISIS CLINICOS; ASI COMO ESTUDIOS DE RAYOS "X" Y ULTRASONOGRAFIA DEL HOSPITAL " DR. CARLOS CALERO ELOURDUY " DEL ISSSTE EN CUERNAVACA, MORELOS.

RECURSOS ECONOMICOS:

EL ESTUDIO SE LLEVO A CABO CON EL PRESUPUESTO PROPIO DE LA CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR DEL ISSSTE EN CUERNAVACA, MORELOS.

MÉTODOS QUE SE UTILIZARON PARA EL ANÁLISIS DE LOS DATOS:

ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA, CUADROS Y GRÁFICAS CON FRECUENCIA Y PORCENTAJES.

UTILIZANDO LAS SIGUIENTES MEDIDAS DE TENDENCIA CENTRAL:

\bar{X} : PROMEDIO O MEDIA ARITMÉTICA.

Mdn: MEDIANA. MEDIDA DE POSICIÓN QUE DIVIDE A LA MITAD LOS DATOS.

Mo : MODA QUE CORRESPONDE AL DATO QUE SE REPITE MÁS NÚMERO DE VECES.

MEDIDAS DE DISPERSIÓN:

RANGO: DATO MAYOR Y EL DATO MENOR.

S : DESVIACIÓN ESTÁNDAR. MEDIDA QUE INDICA LA DISPERSIÓN DE LOS DATOS DE ACUERDO CON LA MEDIA.

R E S U L T A D O S :

EN EL ESTUDIO ENCONTRAMOS QUE DE LAS 50 PACIENTES 22 DE ELLAS QUE CORRESPONDE AL 45% PRESENTARON UN RIESGO OBSTETRICO MAYOR DE 4 Y 28 DE LAS MISMAS PRESENTARON UN RIESGO MENOR DE 4 QUE REPRESENTAN UN 55% DE LA MUESTRA.

EN LO QUE RESPECTA A EL CALCULO DE LA EDAD GESTACIONAL EN TODOS LOS CASOS COINCIDIO LA FECHA DE ULTIMA MESTRUACION CON LA FECHA PROBABLE DE PARTO. EN LOS ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS UNICAMENTE EN UNA PACIENTE SE DETECTO CON ASMA BRONQUIAL QUE INFLUYO EN QUE PRESENTARA TOXEMIA LEVE PERO FINALMENTE CONCLUYO SU EMBARAZO DE TERMINO CON PRODUCTO VIVO OBTENIDO POR PARTO EUTOCICO Y SIN COMPLICACIONES EN EL NEONATO INMEDIATO. DE LAS PACIENTES ESTUDIADAS NINGUNA FUE DETECTADA CON HABITOS DE ALCOHOLISMO NI TABAQUISMO, NI TAMPOCO CON TOXICOMANIAS DURANTE EL EMBARAZO.

EN LO QUE RESPECTA A LA GANANCIA DE PESO DURANTE EL EMBARAZO EN TODAS LAS PACIENTES SE DETECTO ENTRE 9 A 12 KGS. QUE SE ENCUENTRA DENTRO DE LA NORMALIDAD, DATO QUE SE MANTUVO DE ACUERDO AL CRECIMIENTO UTERINO. EN NINGUNA DE LAS PACIENTES ESTUDIADAS SE DETECTARON ALTERACIONES EN EL FOCO FETAL, NINGUNA PRESENTO SALIDA DE LIQUIDO AMNIOTICO ANTES DEL PARTO. SE ENCONTRARON MOVIMIENTOS FETALES NORMALES ASI COMO TAMBIEN NINGUNA PRESENTO SANGRADO TRANSVAGINAL DURANTE EL TRANSURSO DEL EMBARAZO. EN DOS PACIENTES DE LA MUESTRA SE ENCONTRO HIPERTENSION ARTERIAL QUE COINCIDIO CON PRESENCIA DE TOXEMIA LEVE.

DE LAS 50 PACIENTES ESTUDIADAS ENCONTRAMOS QUE 16 PRESENTARON UROSEPSIS EN LAS CUALES NO SE CORROBORO MEDIANTE EL LABORATORIO YA QUE EN EL EXAMEN GENERAL DE ORINA SE DETECTO UNICAMENTE PRESENCIA DE BACTERIAS, PERO AL PRACTICARSE UN UROCULTIVO TODOS

SE REPORTARON NEGATIVOS.

A TODAS LAS PACIENTES SE LES APLICÓ TOXOIDE TETÁNICO IM Y SE LES ENVIO A CONSULTA DENTAL. LOS MEDICAMENTOS QUE SE UTILIZARON EN TODAS LAS PACIENTES FUE ÚNICAMENTE FUMARATO FERROSO Y COMPLEJO B, NO SIENDO NECESARIO UTILIZAR EN NINGUNO DE LOS CASOS OTRO TIPO DE MEDICAMENTOS QUE REPRESENTARA UN FACTOR DE RIESGO IMPORTANTE TANTO PARA LA PACIENTE COMO PARA EL PRODUCTO. EN LA GLUCOSA EN SANGRE QUE SE LES PRACTICÓ A LAS PACIENTES EL DATO MÁS ELEVADO FUE DE 109 MG. Y EL MENOR DE 50 MG. NO REPRESENTANDO FACTOR DE RIESGO EN EL EMBARAZO. NO SE DETECTARON EN LAS PACIENTES INCOMPATIBILIDAD DE GRUPO SANGUÍNEO Y RH CON RESPECTO AL ESPOSO. A TODAS LAS PACIENTES SE LES PRACTICÓ VDRL RESULTANDO EN SU TOTALIDAD NEGATIVOS.

DE LAS 50 PACIENTES DE LA MUESTRA AL MOMENTO DE CONCLUIR EL ESTUDIO 13 DE ELLAS HABÍAN TERMINADO SU EMBARAZO CON EL SIGUIENTE RESULTADO: 1 REQUIRIÓ APLICACIÓN DE FORCEPS OBTENIÉNDOSE PRODUCTO VIVO CON PESO DE 3,850 KG Y APGAR DE 8-9. 3 REQUIRIERON DE CESAREA, OBTENIÉNDOSE PRODUCTOS VIVOS CON UN PESO ENTRE 2,600 KGS A 3,950 KGS Y APGAR ENTRE 8-9. 9 FUERON ATENDIDAS DE PARTO EUTÓCICO CON PRODUCTOS VIVOS CON PESO ENTRE 2,700 KGS A 3,950 KGS Y APGAR 8-9. NINGUNO DE LOS PRODUCTOS OBTENIDOS PRESENTÓ COMPLICACIONES EN EL NEONATO INMEDIATO Y TAMPOCO MALFORMACIONES CONGENITAS APARENTES.

FACTORES DE RIESGO OBSTETRICO EN RELACION A LA EDAD
DE LA EMBARAZADA. CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR
ISSSTE CUERNAVACA, MORELOS. (ABRIL- SEPT. 1994).

CUADRO I

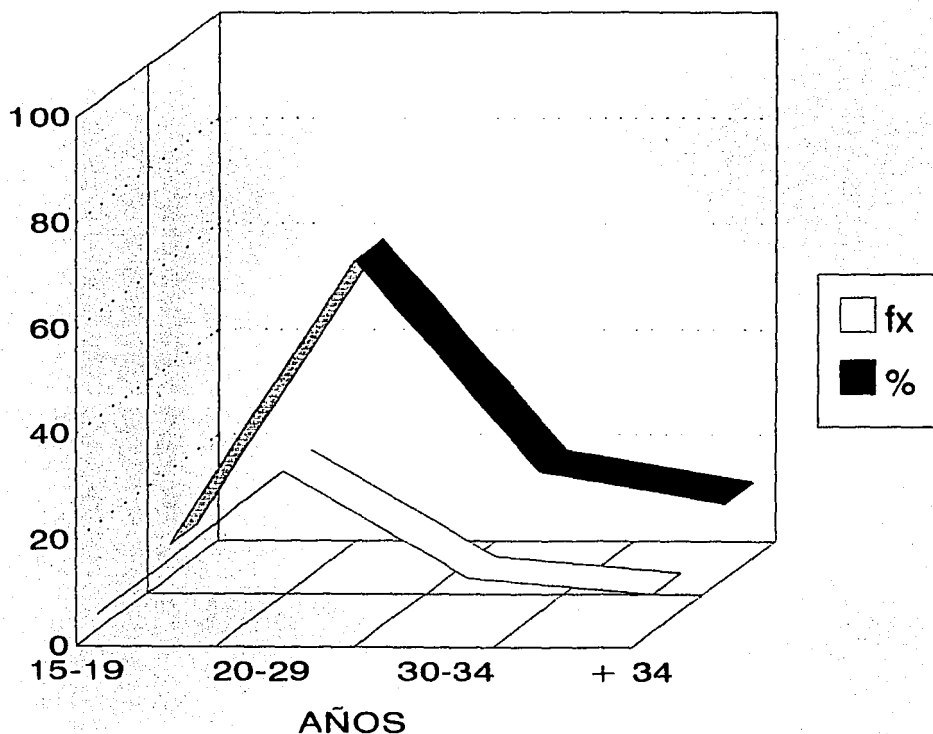
Años	fx	%	RIESGO
15-19	3	6	
20-29	30	60	* (34%)
30-34	10	20	* (34%)
+ 34	7	14	
TOTAL	50	100	

$\bar{X}=27.6$ $S=\pm 5.81$ RANGO= 40-17=23

Mo=25 Mdn=27

FACTORES DE RIESGO OBSTETRICO EN RELACION A LA EDAD DE LA EMBARAZADA. CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR ISSSTE CUERNAVACA, MORELOS. (ABRIL- SEPT. 1994).

GRAFICA I



$\bar{X}=27.6$ $S=+ 5.81$ RANGO=40-17=23

Mo=25 Mdn=27

FACTORES DE RIESGO OBSTETRICO EN RELACION AL PESO HABITUAL
 ANTES DEL EMBARAZO. CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR
 ISSSTE CUERNAVACA, MORELOS. (ABRIL- SEPT. 1994).

CUADRO II

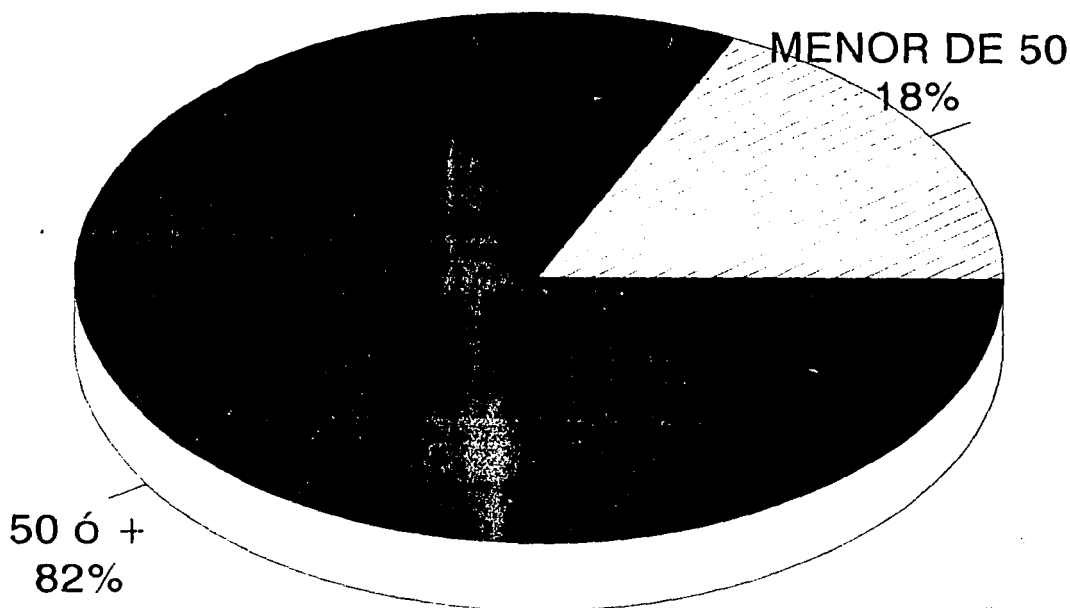
PESO	fx	%	RIESGO
MENOR DE 50	9	18	* (18 %)
50 ó +	41	82	
TOTAL	50	100	

$\bar{X}=52.40$ $S=\pm 15.95$ RANGO=77-40=37

Mo=52 Mdn=56

FACTORES DE RIESGO OBSTETRICO EN RELACION AL PESO HABITUAL
ANTES DEL EMBARAZO. CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR
ISSSTE CUERNAVACA, MORELOS. (ABRIL- SEPT. 1994).

GRAFICA II



$\bar{X}=52.40$ $S=+ 15.95$ RANGO=77-40=37

Mo=52 Mdn=56

FACTORES DE RIESGO OBSTETRICO EN RELACION A LA TALLA DE LAS PACIENTES EMBARAZADAS. CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR ISSSTE CUERNAVACA, MORELOS. (ABRIL- SEPT. 1994).

CUADRO III

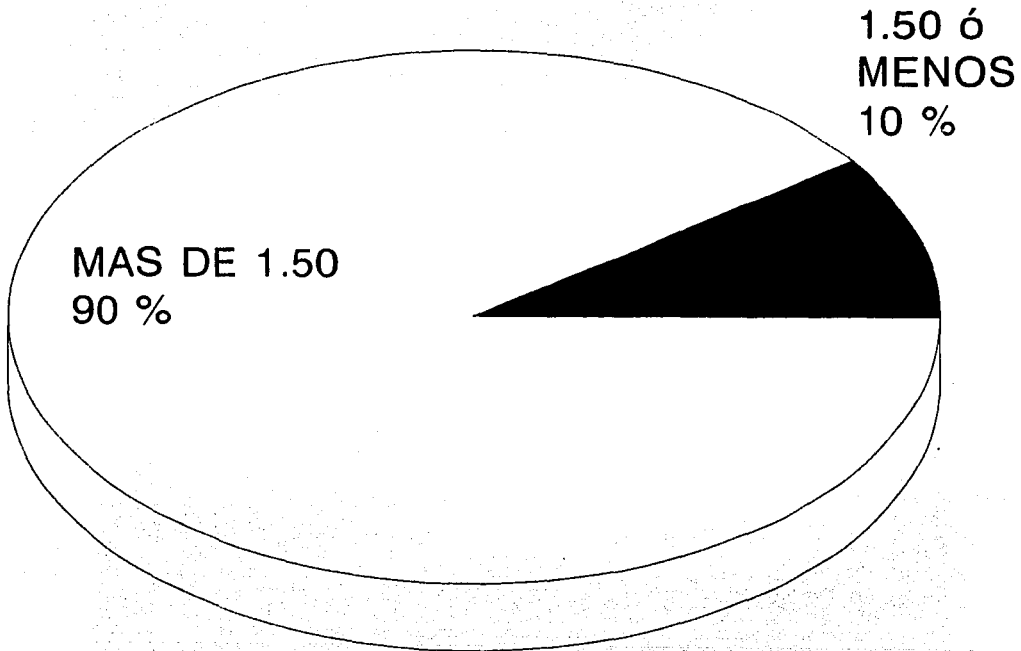
TALLA	fx	%	RIESGO
1.50 ó MENOS	5	10	* (10%)
MAS DE 1.50	45	90	
TOTAL	50	100	

$\bar{X}=1.56$ $S=+ 0.06$ RANGO=1.70-1.40=0.30

Mo=1.52 Mdn=1.55

FACTORES DE RIESGO OBSTETRICO EN RELACION A LA TALLA DE LAS PACIENTES EMBARAZADAS. CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR ISSSTE CUENAVACA, MORELOS. (ABRIL-SEPT. 1994).

GRAFICA III



$\bar{X} = 1.56$ $S = + 0.06$ RANGO = $1.70 - 1.40 = 0.30$

$Mo = 1.52$ $Mdn = 1.55$

FACTORES DE RIESGO OBSTETRICO EN RELACION A LA ESCOLARIDAD
DE LAS PACIENTES EMBARAZADAS. CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR
ISSSTE CUERNAVACA, MORELOS. (ABRIL- SEPT. 1994).

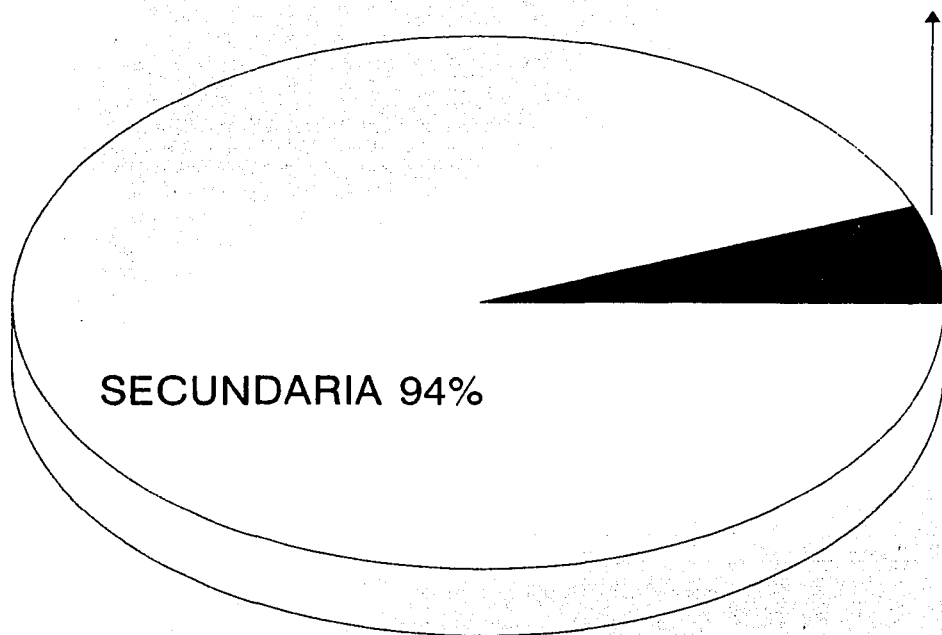
CUADRO IV

ESCOLARIDAD	fx	%	RIESGO
PRIMARIA	3	6	* (6 %)
SECUNDARIA	47	94	
TOTAL	50	100	

FACTORES DE RIESGO OBSTETRICO EN RELACION A LA ESCOLARIDAD
DE LAS PACIENTES EMBARAZADAS. CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR
ISSSTE CUENAVACA, MORELOS. (ABRIL-SEPT. 1994).

GRAFICA IV

PRIMARIA 6%



SECUNDARIA 94%

FACTORES DE RIESGO OBSTETRICO EN RELACION AL NUMERO DE GESTA
DE LA PACIENTE EMBARAZADA. CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR
ISSSTE CUERNAVACA, MORELOS. (ABRIL- SEPT. 1994).

CUADRO V

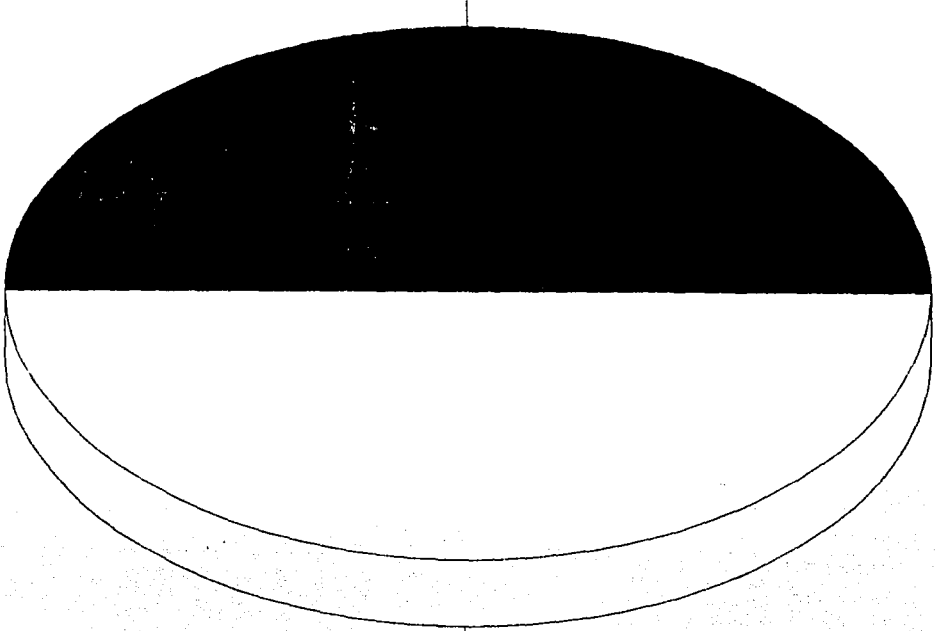
GESTA	fx	%	RIESGO
PRIMINGESTAS	25	50	* (50 %)
2 A 5	25	50	
TOTAL	50	100	

FACTORES DE RIESGO OBSTETRICO EN RELACION AL NUMERO DE GESTA
DE LA PACIENTE EMBARAZADA. CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR
ISSSTE CUENAVACA, MORELOS. (ABRIL-SEPT. 1994).

GRAFICA V

PRIMINGESTAS

50%



2 A 5

50%

FACTORES DE RIESGO OBSTETRICO EN RELACION AL NUMERO DE PARTOS
DE LA PACIENTE EMBARAZADA. CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR
ISSSTE CUERNAVACA, MORELOS. (ABRIL- SEPT. 1994).

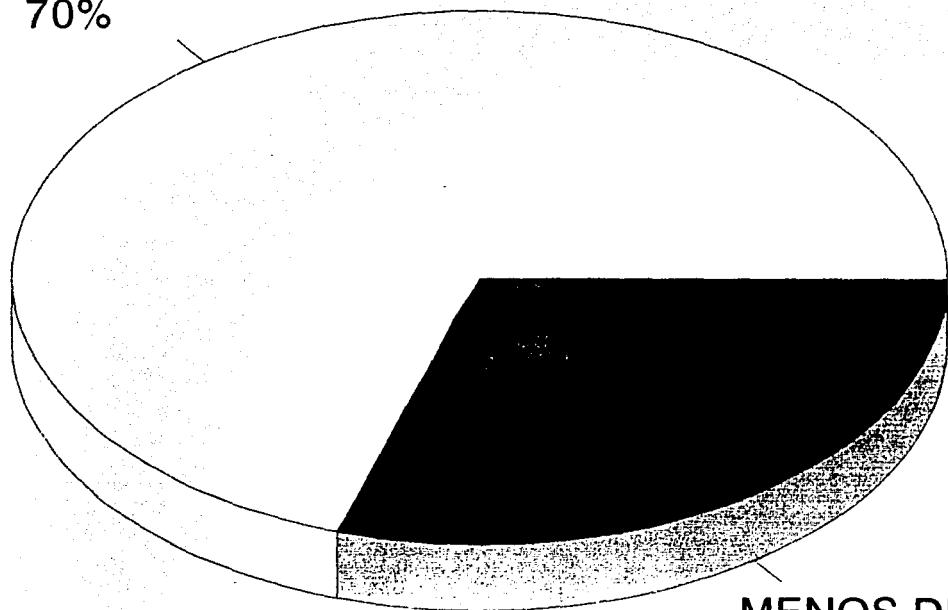
CUADRO VI

PARA (PARTOS)	fx	%	RIESGO
NULIPARAS	35	70	NO HAY
MENOS DE 5	15	30	
TOTAL	50	100	

FACTORES DE RIESGO OBSTETRICO EN RELACION AL NUMERO DE PARTOS DE LA PACIENTE EMBARAZADA. CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR ISSSTE CUENAVACA, MORELOS. (ABRIL-SEPT. 1994).

GRAFICA VI

NULIPARAS
70%



MENOS DE 5
30%

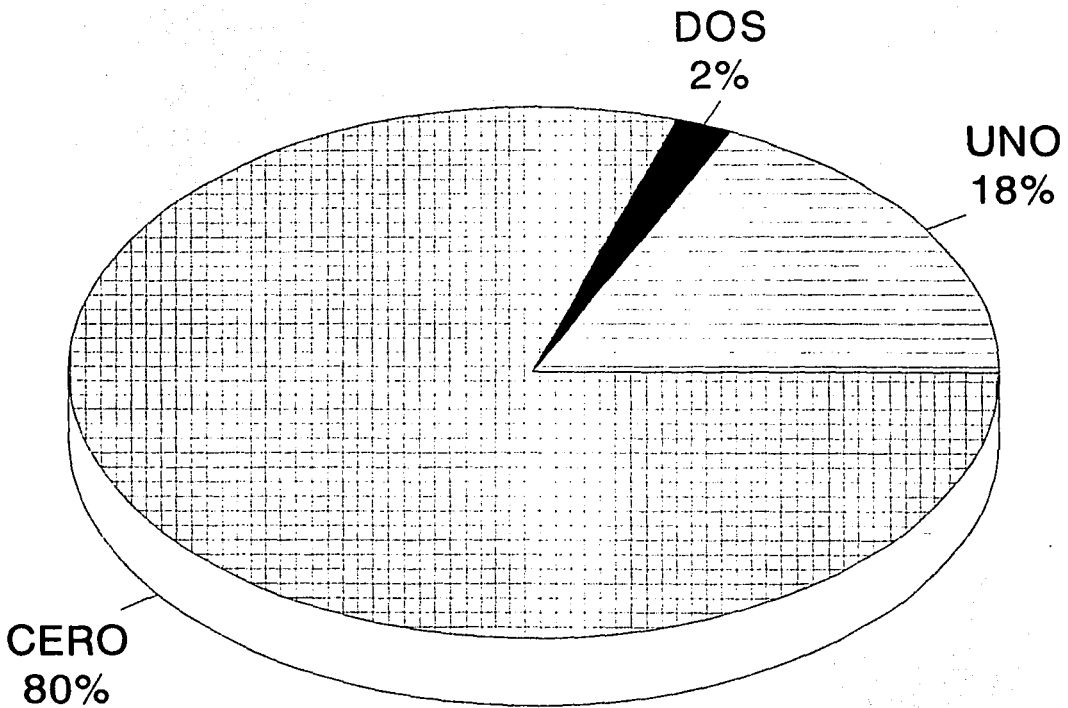
FACTORES DE RIESGO OBSTETRICO EN RELACION AL NUMERO DE ABORTOS
DE LA PACIENTE EMBARAZADA. CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR
ISSSTE CUERNAVACA, MORELOS. (ABRIL- SEPT. 1994).

CUADRO VII

ABORTOS	fx	%	RIESGO
CERO	40	80	NO HAY
UNO	9	18	
DOS	1	2	
TOTAL	50	100	

FACTORES DE RIESGO OBSTETRICO EN RELACION AL NUMERO DE ABORTOS
DE LA PACIENTE EMBARAZADA. CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR
ISSSTE CUENAVACA, MORELOS. (ABRIL-SEPT. 1994).

GRAFICA VII



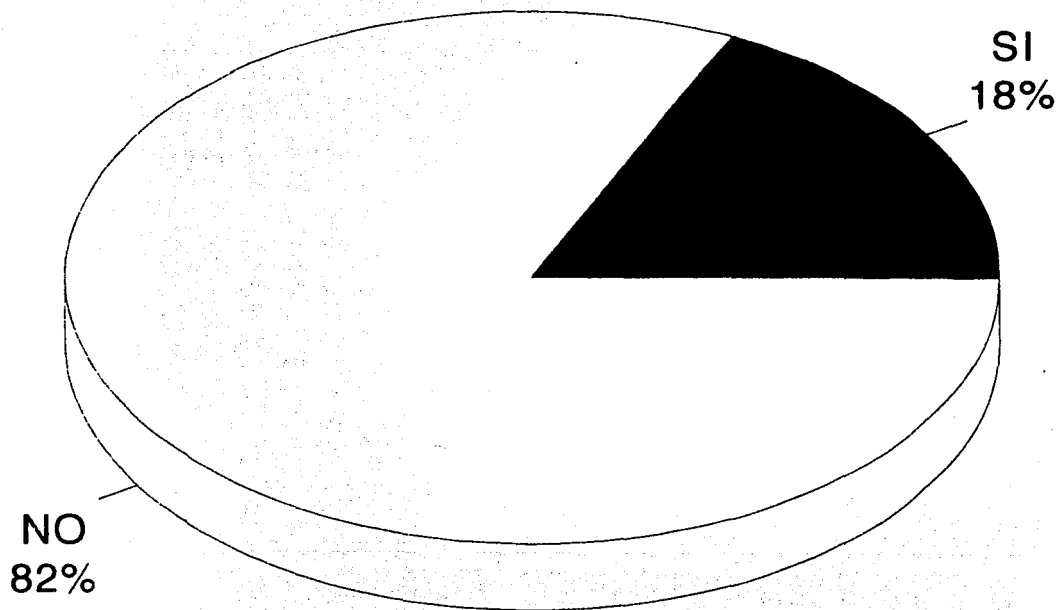
FACTORES DE RIESGO OBSTETRICO EN RELACION AL NUMERO DE CESAREAS
DE LA PACIENTE EMBARAZADA. CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR
ISSSTE CUERNAVACA, MORELOS. (ABRIL- SEPT. 1994).

CUADRO VIII

CESAREAS	fx	%	RIESGO
SI	9	18	* (18 %)
NO	41	82	
TOTAL	50	100	

FACTORES DE RIESGO OBSTETRICO EN RELACION AL NUMERO DE CESAREAS
DE LA PACIENTE EMBARAZADA. CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR
ISSSTE CUENAVACA, MORELOS. (ABRIL-SEPT. 1994).

GRAFICA VIII



FACTORES DE RIESGO OBSTETRICO EN RELACION AL INTERVALO INTERGENESICO
DE LA PACIENTE EMBARAZADA. CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR
ISSSTE CUERNAVACA, MORELOS. (ABRIL- SEPT. 1994).

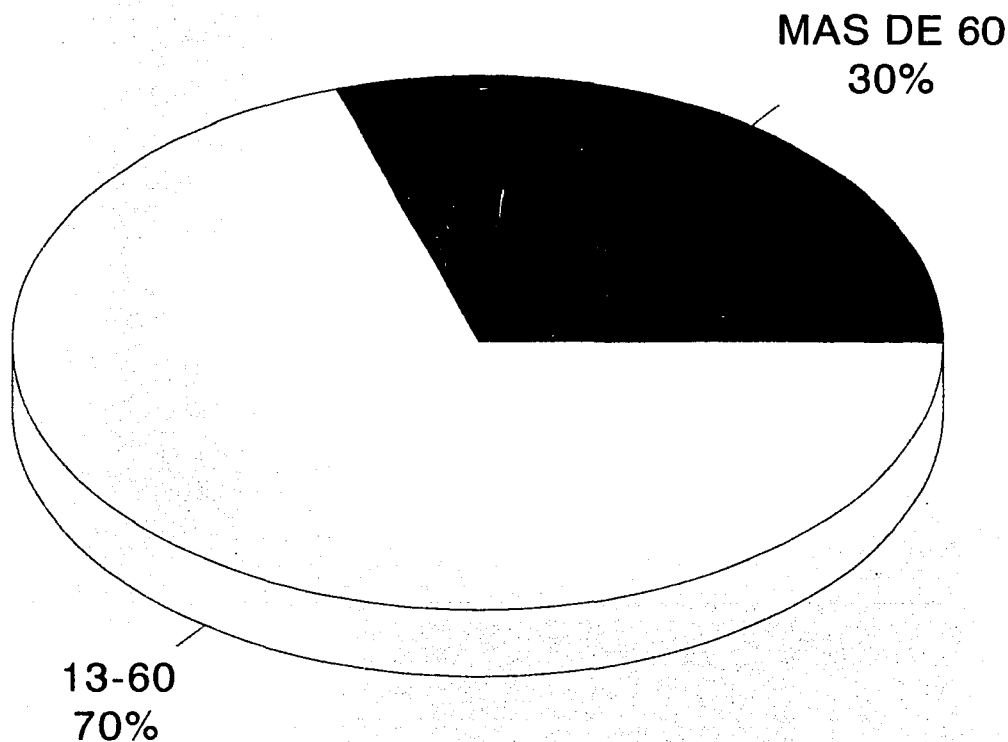
CUADRO IX

MESES	fx	%	RIESGO
13-60	14	70	
MAS DE 60	6	30	* (30 %)
TOTAL	20	100	

FACTORES DE RIESGO OBSTETRICO EN RELACION AL INTERVALO INTERGENESICO
DE LA PACIENTE EMBARAZADA. CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR
ISSSTE CUENAVACA, MORELOS. (ABRIL-SEPT. 1994).

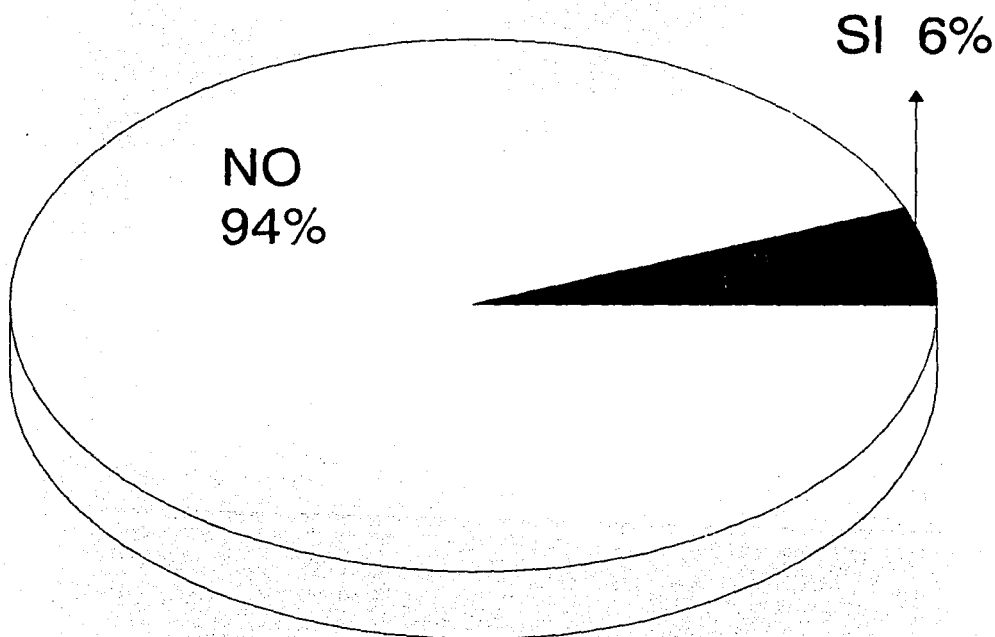
GRAFICA IX

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA



FACTORES DE RIESGO OBSTETRICO EN RELACION A LOS ANTECEDENTES PATOLOGICOS OBSTETRICOS DE LAS PACIENTES EMBARAZADAS. CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR ISSSTE CUENAVACA, MORELOS. (ABRIL-SEPT. 1994).

GRAFICA X



FACTORES DE RIESGO OBSTETRICO EN RELACION A LOS ANTECEDENTES PATOLOGICOS OBSTETRICOS DE LAS PACIENTES EMBARAZADAS. CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR ISSSTE CUERNAVACA, MORELOS. (ABRIL- SEPT. 1994).

CUADRO X

ANTECEDENTE PATOLOGICO OBSTETRICO	fx	%	RIESGO
NO	47	94	
SI	3	6	* (6 %)
TOTAL	50	100	

FACTORES DE RIESGO OBSTETRICO EN RELACION A LA CUANTIFICACION DE HEMOGLOBINA EN SANGRE DE LA PACIENTE EMBARAZADA. CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR ISSSTE CUERNAVACA, MORELOS. (ABRIL- SEPT. 1994).

CUADRO XI

HEMOGLOBINA	fx	%
MAYOR DE 9.5	50	100
TOTAL	50	100

$\bar{X}=12.23$ $S=\pm 1.10$

$Mo=13.2$ $Y 10.5$ $Mdn=12.3$

ANALISIS DE LOS RESULTADOS:

EL CRECIENTE AUMENTO DEMOGRAFICO EN NUESTRO PAIS Y LA NECESIDAD DE BUSCAR MEDIOS PARA UTILIZACION ADECUADA DE LOS RECURSOS CON QUE CONTAMOS PARA DISMINUIR LA MORBIMORTALIDAD MATERNO-INFANTIL HAN HECHO QUE EL MEDICO ENFOQUE SU ATENCION HACIA LA BUSQUEDA DE MEDIOS QUE PERMITAN LOGRAR ESTE OBJETIVO EN FORMA RAPIDA.

ESTE INSTRUMENTO LO CONSTITUYE EL FORMATO QUE SE UTILIZO EN ESTE ESTUDIO PARA LA RECOLECCION DE LOS DATOS NECESARIOS PARA LA DETECCION DE LOS DIFERENTES FACTORES DE RIESGO QUE SE PRESENTAN EN LA MUJER EMBARAZADA Y QUE NOS PERMITE EN FORMA RAPIDA Y EFICAZ DARNOS CUENTA DE ACUERDO AL PUNTAJE OBTENIDO SI EXISTE O NO FACTORES DE RIESGO QUE NOS PERMITA ACTUAR RAPIDA Y EFICAZMENTE PARA EVITAR COMPLICACIONES IMPORTANTES QUE PUDIESEN AUMENTAR LA MORBIMORTALIDAD MATERNO-INFANTIL.

EN LA POBLACION ESTUDIADA PERTENECIENTE A LA CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR DEL ISSSTE EN CUERNAVACA, MORELOS ENCONTRAMOS QUE LOS RESULTADOS OBTENIDOS DE LOS FACTORES DE RIESGO Y LA MORBILIDAD MATERNO-INFANTIL, EN FORMA GLOBAL NO ES ALTA, EN VIRTUD DE QUE LAS PACIENTES EN RELACION A LA ESCOLARIDAD SOLAMENTE SE ENCONTRO UN RIESGO DEL 6% YA QUE DEL TOTAL DE LAS PACIENTES UNICAMENTE TRES DE ELLAS TENIAN ESTUDIOS DE PRIMARIA Y LAS DEMAS TENIAN ESTUDIOS DE SECUNDARIA.

ESTO NOS PERMITE DARNOS CUENTA QUE LA ESCOLARIDAD ES UN FACTOR DETERMINANTE EN LA PREVENCION DE LOS FACTORES DE RIESGO DE LA EMBARAZADA COMO SE EJEMPLIFICA EN EL CUADRO Y GRAFICA IV.

EN CUANTO A LA EDAD DE LA PACIENTE EMBARAZADA ENCONTRAMOS UN RIESGO DEL 34% QUE SE PRESENTO ENTRE LAS EDADES DE 20 A 34 AÑOS QUE FUERON LAS DE MAS FRECUENCIA EN LA MUESTRA, COMO SE MUESTRA EN EL CUADRO Y GRAFICA I.

TOMANDO EN CUENTA EL PESO HABITUAL DE LA EMBARAZADA SE ENCONTRO UN RIESGO DEL 18% EN PACIENTES CON PESO MENOR DE 50 KILOGRAMOS, CUADRO Y GRAFICA II.

EN RELACION A LA TALLA DE LAS PACIENTES SE DETECTO UN 10% DE RIESGO EN LA TALLA DE 1.50 MTS. O MENOS EJEMPLIFICADO EN EL CUADRO Y GRAFICA III.

TOMANDO EN CUENTA EL NUMERO DE GESTA DE LA EMBARAZADA SE ENCONTRO UN RIESGO DEL 50% QUE RECAYO EN LAS PRIMINGESTAS NO ENCONTRANDOSE EN NUESTRA POBLACION GRANDES MULTIGESTAS, CUADRO Y GRAFICA V.

NO SE DETECTO RIESGO EN CUANTO AL NUMERO DE PARTOS Y ABORTOS, CUADRO Y GRAFICA VI Y VII.

EN RELACION AL NUMERO DE CESAREAS SE ENCONTRO UN RIESGO DE 18% EN PACIENTES CON ANTECEDENTES DE CESAREA PREVIA, CUADRO Y GRAFICA VIII.

EN RELACION AL INTERVALO INTERGENESICO SE DETECTO UN RIESGO DEL 30% EN UN INTERVALO DE MAS DE 60 MESES, CUADRO Y GRAFICA IX.

EN RELACION A LOS ANTECEDENTES PATOLOGICOS OBSTETRICOS ENCONTRAMOS UN RIESGO DEL 6% EN PACIENTES QUE SI TENIAN ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA, CUADRO Y GRAFICA X.

REFERENTE A LA CUANTIFICACION DE LA HEMOGLOBINA EN SANGRE DE LA PACIENTE EMBARAZADA, NO ENCONTRAMOS RIESGOS YA QUE EL 100% DE LAS PACIENTES REPORTARON HEMOGLOBINA MAYOR DE 9.5, CUADRO XI.

FINALMENTE PUDIMOS OBSERVAR QUE EL HECHO DE TENER UNA CALIFICACION ALTA NO SIEMPRE REPRESENTO UN PELIGRO REAL PARA LA MADRE Y EL PRODUCTO Y EL TENER UNA CALIFICACION DE CERO, UN EMBARAZO SIN COMPLICACIONES.

PACIENTES CON CALIFICACIONES DE 12, 15 Y 16 PUNTOS TUVIERON UN EMBARAZO Y PARTOS NORMALES CON PRODUCTOS EUTROFICOS Y SANOS.

CONCLUSIONES:

PODEMOS CONCLUIR QUE EN NUESTRO GRUPO DE ESTUDIO NO HUBO MORBIMORTALIDAD MATERNO-PERINATAL CON RESPECTO AL ALTO RIESGO (4 PUNTOS O MAS DE EL FORMATO UTILIZADO).

LO QUE INFLUYO NOTABLEMENTE EN LA AUSENCIA DE FACTORES DE RIESGO ALTOS, FUE LA ESCOLARIDAD DE LAS PACIENTES, YA QUE CASI EN SU TOTALIDAD LAS PACIENTES CONTABAN CON ESTUDIOS DE SECUNDARIA Y ESTO PERMITE UNA MAYOR COLABORACION DE ELLAS CON LOS PROGRAMAS DE ATENCION MATERNO INFANTIL.

LOS FACTORES DE RIESGO QUE SE ENCONTRARON CON MAYOR FRECUENCIA EN LA POBLACION ESTUDIADA FUERON LA EDAD DE LA PACIENTE, EL PESO MENOR DE 50 KILOGRAMOS, LA TALLA MENOR DE 1.50 METROS, EL INTERVALO INTERGENESICO MAYOR DE 60 MESES Y EL ANTECEDENTE DE CESAREA PREVIA, LOS CUALES PRESENTARON DIFERENCIA SIGNIFICATIVA EN EL GRUPO DE ALTO RIESGO.

FINALMENTE EN VISTA DE QUE EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCION DE LA CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR DEL ISSSTE. NO EXISTE UN FORMATO QUE NOS PERMITA DETECTAR RAPIDAMENTE LOS FACTORES DE RIESGO DE LA MUJER EMBARAZADA, PROONGO SE ESTABLEZCA LA UTILIZACION DE ESTE FORMATO EN FORMA RUTINARIA EN LA CONSULTA PARA LLEVAR UN CONTROL MAS ADECUADO DEL EMBARAZO Y PODER PREVENIR EN FORMA DIRECTA Y RAPIDA LAS POSIBLES COMPLICACIONES QUE PUDIESEN PRESENTARSE EN EL TRANCURSO DE EL EMBARAZO Y DEL PARTO PARA EL BINOMIO MADRE-HIJO.

B I B L I O G R A F I A .

- 1.- LANGER A. ARROYO P. LA MORTALIDAD PERINATAL EN EL INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA, MEXICO. HOSP. INF. MEX. 40:11 NOVIEMBRE 1983.
- 2.- METODO DE ATENCION A LA MADRE Y AL NIÑO BASADO EN EL CONCEPTO DE RIESGO. FORO MUNDIAL DE LA SALUD. 2:3 481-91 1981.
- 3.- FRENK S. HISTORIA RECIENTE DE LA ATENCION MATERNO-INFANTIL. SAL. PUB. MEX. 25:5 SEPT-OCT. 513-17 1983.
- 4.- RUIZ H. C. VILLALOBOS R.M. MC. GRECOR S.C. EMBARAZO DE ALTO RIESGO. IDENTIFICACION DEL ALTO RIESGO PRENATAL Y SU REPERCUSSION EN EL RECIEN NACIDO. GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA MEX. 15:217-379 MAYO 1979.
- 5.- HOBEL C.J. RIESGO ALTO EN OBSTETRICIA. CLINICAS OBSTETRICAS Y GINECOLOGICAS. VOL. 2 1978.
- 6.- RUELAS O.G. LOS FACTORES DE RIESGO DE LA MORTALIDAD PERINATAL EN UN ESTUDIO DE CASOS Y CONTROLES. BOL. MED. HOSP. INF. MEX. 42:3 MARZO 1985.
- 7.- DIAZ DEL CASTILLO E. SALUD PERINATAL EN MEXICO. REV. MED. IMSS 22:6 NOV-DIC. 191-402 1984.
- 8.- SHAPIRE S. MC. CORMICK M.C. EL AL. CHANGES IN INFANT MORBIDITY ASSOCIATED WITH DECREASES IN NEONATAL MORTALITY STATISTICS. PEDIATRICS 74: 1 JULY 1984.
- 9.- HENRY C.H. ET AL. BENEFITS OF STATEWIDE HIGH-RISK PERINATAL PROGRAM. OBSTET AND GYNECOL. 26:3 SEPT. 1983.
- 10.- PLASCENCIA M.N. HERNANDEZ G.J. FACTORES DE RIESGO EN LA PACIENTE GRAN MULTIPARA. GINECOL. Y OBSTET. MES. 53:336 ABRIL 1985.
- 11.- TREJO R.C. MORTALIDAD MATERNA EN EL HOSPITAL DE LA MUJER SSA 1981-1983. GINECOL. Y OBSTET. MEX. 53:335 MARZO 1985.
- 12.- CASTELAZO A. CHAVEZ A.J. MORBILIDAD MATERNOFETAL EN LA OPERATORIA OBSTETRICA. ACTUALIDADES EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA 1:783-801 1970.
- 13.- KAUNITZ A.M. ET AL. CAUSES OF MATERNAL MORTALITY IN THE UNITED STATES. OBSTET. AND GYNECOL. 65:5 MAY. 1985.

- 14.- VICTOR M. ESPINOZA DE LOS REYES S. COMITES DE ESTUDIO DE MORTALIDAD MATERNA. EVOLUCION HISTORICA Y OBJETIVOS. GINECOL. Y OBSTET. MEX. 53:237-241 SEPT. 1985.
- 15.- SILVESTRE FRENK. HISTORIA RECIENTE DE LA ASISTENCIA MATERNO-INFANTIL EN MEXICO. SALUD, PUBLICA DE MEX. VOL. 25 NUM. 5:5-517 SEPT-OCT. 1983.
- 16.- SALINAS M, AM Y COL. PERCEPCION DE FACTORES DE RIESGO REPRODUCTIVO. GINEC. OBST. MEX. 61:8-14 ENERO 1993.
- 17.- ARROYO P. CASANUEVA E. REYNOSO M. PESO ESPERADO PARA LA TALLA Y LA EDAD GESTACIONAL. TABLAS DE REFERENCIA. GIN. OBST. MEX. VOL. 53:227-231 AGOSTO 1985.
- 18.- TAVANO C.L. Y COL. CONFIABILIDAD DEL PESO PREGESTACIONAL COMO DATO REFERIDO. GINEC. OBST. MEX. 60:155-157 MAYO 1992.
- 19.- NUÑEZ URQUIZA RM. LA PLACENTA DE MADRES DENUTRIDAS. SALUD PUBLICA MEX. 30:54-67 ENERO-FEB. 1988.
- 20.- SALINAS-MARTINEZ AM., MARTINEZ-SANCHEZ C., PEREZ-SEGURA J. PERCEPCION DE SINTOMATOLOGIA COMUN DURANTE EL EMBARAZO, PUERPERIO Y LACTANCIA. SALUD PUBLICA MEX. 33:248-258 MAYO-JUNIO 1991.
- 21.- GARCIA BARRIOS C., CASTANEDA CAMEY X., ROMERO GUERRERO X. GONZALEZ HERNANDEZ D., LANGER GLAS A. PERCEPCION DE LAS PARTERAS SOBRE FACTORES DE RIESGO REPRODUCTIVO. SALUD PUBLICA MEX. 35:74-84. ENERO-FEB-1993.
- 22.- SCHLAEPFER PEDRAZZINI L., BOBADILLA JL. RELACION ENTRE PATRONES REPRODUCTIVOS Y MORTALIDAD INFANTIL: INTERPRETACIONES ALTERNATIVAS. SALUD PUBLICA MEX. 32-361-394. JULIO-AGOSTO 1990.
- 23.- AVILA-ROSAS H., CASANUEVA E., BARRERA A., CRUZ I., ROJO MC., ALGUNOS DETERMINANTES BIOLÓGICOS Y SOCIALES DEL PESO AL NACER. SALUD PUBLICA MEX. 30:47-53. ENERO-FEB. 1988.
- 24.- YOSHIDA-ANDO P., MENDOZA-PEREZ AM. ESTUDIOS SOBRE RECIEEN NACIDOS DE BAJO PESO AL NACIMIENTO Y SU SEGUIMIENTO LONGITUDIONAL. SALUD PUBLICA MEX. 30:25-42. ENERO-FEB. 1988.

- 25.- LANGER A., BOBADILLA JL., BRONFMAN M., AVILA H., EL APOYO PSICOSOCIAL DURANTE EL PERIODO PERINATAL. REVISION CONCEPTUAL Y BIBLIOGRAFICA. SALUD PUBLICA MEX. 30:81-87 ENERO-FEB. 1988.
- 26.- BOBADILLA JL., LANGER A., LA INVESTIGACION DE LA SALUD PERINATAL EN MEXICO. 30:3-5. ENERO-FEB. 1988.
- 27.- PETTER J., UTILIZACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD MATERNA EN EL MEXICO RURAL. SALUD PUBLICA MEX. 30:387-402. MAYO-JUNIO 1988.
- 28.- SOBERON AG. EL CAMBIO ESTRUCTURAL EN LA SALUD. SALUD PUBLICA DE MEX. 1987. 29:127-151.
- 29.- ALBERTO KABLY AMBE. " ENFERMEDAD HIPERTENSIVA DEL EMBARAZO: ANALISIS DE CONCEPTOS ". INSTITUTO NAC. DE PERINATOLOGIA, MEXICO. PAGES. 22-25. VOL. I, No 1 ENERO-MARZO 1987.
- 30.- ESTHER CASANUEVA; PEDRO ARROYO, MARTHA KAUFER; ALICIA OLVERA; MA. DE LOS ANGELES DIAZ. EVALUACION PROSPECTIVA DEL ESTADO DE NUTRICION EN HIERRO DURANTE EL EMBARAZO. I. HEMOGLOBINA. INSTITUTO NAC. DE PERINATOLOGIA, MEXICO. VOL. I No 1; ENERO-MARZO 1987, PAGES. 3-8.
- 31.- WILLIAMS OBSTETRICIA. CONDUCTA EN EL EMBARAZO NORMAL. SALVAT EDITORES S.A. BARCELONA 1973, PAGES. 239-301.

ATENCION MEDICA PRENATAL
Y RIESGO REPRODUCTIVO

CIRCULE DONDE HAYA CUADROS

PROCEDENCIA U.M.F.

ENVIO H.G.Z.

ANTECEDENTES

<p>1. EDAD (EN AÑOS)</p> <p>20 A 29 <input type="checkbox"/> 0</p> <p>15 A 19 <input type="checkbox"/> 1</p> <p>30 A 34 <input type="checkbox"/> 1</p> <p>- DE 15 ó - 34 <input type="checkbox"/> 4</p>	<p>7. GESTA</p> <p>2 A 5 <input type="checkbox"/> 0</p> <p>PRIMIGESTA <input type="checkbox"/> 1</p> <p>- DE 5 <input type="checkbox"/> 3</p>	<p>12. ANTECEDENTES OBSTETRICOS</p> <p>NINGUNO PATOLOGICO <input type="checkbox"/> 0</p> <p>TOXEMIA <input type="checkbox"/> 4</p> <p>POLIHIDRAMNIOS <input type="checkbox"/> 4</p> <p>SANGRADO 3er. TRIMESTRE <input type="checkbox"/> 4</p> <p>PRE - TERMINO - 38 SEMANAS <input type="checkbox"/> 4</p> <p>BAJO PESO AL NACER - 2.500 g <input type="checkbox"/> 4</p> <p>MALFORMACION CONGENITA <input type="checkbox"/> 4</p> <p>MUERTE FETAL TARDIA - 28 SEMANAS <input type="checkbox"/> 4</p> <p>MACROSOMIA - 4.000 g <input type="checkbox"/> 4</p> <p>CIRUGIA PELVICO UTERINA <input type="checkbox"/> 4</p> <p>OTROS <input type="checkbox"/> 4</p>
<p>2. PESO HABITUAL (KILOS)</p> <p>50 ó - <input type="checkbox"/> 0</p> <p>- DE 50 <input type="checkbox"/> 1</p>	<p>8. PARA</p> <p>- DE 5 <input type="checkbox"/> 0</p> <p>5 ó - <input type="checkbox"/> 4</p>	<p>13. ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS</p> <p>NINGUNO <input type="checkbox"/> 0</p> <p>HIPERTENSION ARTERIAL <input type="checkbox"/> 4</p> <p>DIABETES MELLITUS <input type="checkbox"/> 4</p> <p>INFECCION SISTEMICA CARDIOPATIA <input type="checkbox"/> 4</p> <p>OTROS <input type="checkbox"/> 4</p>
<p>3. TALLA (CENTIMETROS)</p> <p>- DE 150 <input type="checkbox"/> 0</p> <p>150 ó - <input type="checkbox"/> 1</p>	<p>9. ABORTOS</p> <p>0 A 1 <input type="checkbox"/> 0</p> <p>2 <input type="checkbox"/> 2</p> <p>3 ó - <input type="checkbox"/> 4</p>	<p>14. TABAQUISMO</p> <p>NO ó - 10 CIGARROS AL DIA <input type="checkbox"/> 0</p> <p>10 ó - CIGARROS AL DIA <input type="checkbox"/> 1</p>
<p>4. ESCOLARIDAD MATERNA</p> <p>SECUNDARIA ó - <input type="checkbox"/> 0</p> <p>PRIMARIA ó - <input type="checkbox"/> 5</p>	<p>10. CESAREA</p> <p>NO <input type="checkbox"/> 0</p> <p>SI <input type="checkbox"/> 4</p>	<p>15. ALCOHOLISMO/OTRA TOXICOMANIA</p> <p>NO <input type="checkbox"/> 0</p> <p>SI <input type="checkbox"/> 1</p>
<p>5. F.U.M.</p> <p>_____ _____ _____ _____ _____ _____ </p> <p>DIA MES AÑO</p>	<p>11. INTERVALO ENTRE EL ULTIMO PARTO Y EL ACTUAL (MESES)</p> <p>13 A 60 <input type="checkbox"/> 0</p> <p>- DE 13 <input type="checkbox"/> 5</p> <p>- DE 60 <input type="checkbox"/> 5</p>	<p>EL ULTIMO EMBARAZO</p> <p>FUE DE TERMINO? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> -ABORTO-</p> <p>EL PARTO FUE NORMAL? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> -CESAREA-</p> <p>HUBO MORTALIDAD PERINATAL? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p>
<p>6. F.P.P.</p> <p>_____ _____ _____ _____ _____ _____ </p> <p>DIA MES AÑO</p>	<p>VIDA SEXUAL ACTIVA</p> <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p>	<p>NUMERO DE HIJOS VIVOS: _____</p> <p>FR _____</p>

ESTADO ACTUAL

	16	17	18	19	20	21	22	23	24	
	CONSULTAS PRENATALES	SEMANAS DE PESO AMENORREA (KILOS)	MEDICO TRATANTE	AFU (PUBIS FONDO) cm	SALIDA LIQUIDO AMNIOTICO	FOCO FETAL PRESENCIA	MOV. FETALES SI NO	T.A. DIASTOLICA	SANGRADO GENITAL	EDEMA
1	_____ _____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____ _____
2	_____ _____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____ _____
3	_____ _____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____ _____
4	_____ _____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____ _____
5	_____ _____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____ _____
6	_____ _____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____ _____
7	_____ _____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____ _____
8	_____ _____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____ _____
9	_____ _____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____ _____
10	_____ _____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____ _____
	INCREMENTO MAXIMO DE PESO x TRIMESTRE 1er TR 300 g POR MES 2o TR 1 kg POR MES 3er TR 2 kg POR MES		INCREMENTO MAYOR AL ESPERADO EN 2 CONSULTAS CONSECUTIVAS		<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	90 ó - EN 2 OCASIONES	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 4

25. DIAGNOSTICO (PATOLOGIA AGREGADA)

F.R.

F.R.

DIAGNOSTICOS
CONSULTAS

1. _____	F.R.	6. _____	F.R.
2. _____		7. _____	
3. _____		8. _____	
4. _____		9. _____	
5. _____		10. _____	

SIN PATOLOGIA AGREGADA

0

*HIPERTENSION ARTERIAL

4

*DIABETES MELLITUS

4

*INFECCION SISTEMICA

4

*CARDIOPATIA

4

*TOXEMIA

4

ENVIO ODONTOLOGIA PREVENTIVA

SI 0 NO 5

*SI ESTAN ANOTADOS EN ANTECEDENTES NO SUMAR NUEVAMENTE LOS PUNTOS.

26. TRATAMIENTO (SOLO ANOTAR EL NOMBRE DEL MEDICAMENTO)

TRATAMIENTO
CONSULTAS

1. _____	6. _____
2. _____	7. _____
3. _____	8. _____
4. _____	9. _____
5. _____	10. _____

TOXOIDE TETANICO

SI 0 NO 1

MEDICAMENTO DE INOCUIDAD COMPROBADA EN EL EMBARAZO

SI 0 NO 4

NUMERO DE LA CONSULTA PRENATAL

27. HEMOGLOBINA EN GRAMOS

28. EXAMEN GENERAL DE URINA

29. UROCULTIVO: 30. GLUCÉMIA
- 100.000 COL. mg %

LABORATORIO
CONSULTAS

ALBUMINA

SI NO

HEMOGLOBINA

SI NO

LEUCOCITOS

SI NO

BACTERIAS

SI NO

31. FACTOR Rh.
Rh. POSITIVO o COMPATIBLE CON EL ESPOSO

0

MADRE Rh. - PADRE Rh. +

4

32. V.D.R.L.

NEGATIVO

0

POSITIVO

2

- 9.5 gms. 0

- 9.5 gms. 2

HASTA SEMANA 34

- 9.5 gms. 4

NO 0 SI 2

NO 0 SI 2

NO 0 SI 2

NO 0 SI 2

NO 0 SI 2

NO 0 SI 2

NO 0 SI 2

NO 0 SI 2

NO 0 SI 4

NO 0 SI 4

NORMAL 0

NORMAL 0

EN 2 EGO CONSECUTIVOS

4

4

4

4

4

MAYOR A VALORES NORMALES

INCAPACIDAD

PRENATAL

FOLIO

DIAS AMPARADOS

INICIO

POSTNATAL

FOLIO

DIAS AMPARADOS

INICIO

Vo. Bo. JEFE DEPTO. CLINICO

(PARA SER LLENADO POR EL MEDICO QUE ATIENDE EL PARTO)

EVALUACION DEL EMBARAZO

33. RESUMEN DEL ENVIO

SUMA DE FACTORES RIESGO
MATRICULA DEL MEDICO

--	--	--	--

34. TIPO DE PARTO

FECHA

ESPONTANEO FORCEPS CESAREA

35. CONDICIONES DEL PRODUCTO AL NACER

VIVO APGAR (5) MUERTO

PESO AL NACER _____ gr. SEMANAS DE GESTACION _____

PATOLOGIA PRODUCTO

(POR EXAMEN SOMATICO)

PATOLOGIA MADRE

P.F.

METODO SOLICITADO

DEFINITIVO

TEMPORAL

FIRMA DE LA PACIENTE

REALIZADO

SPC

(11)