

11217

ENFERMEDADES CONCOMITANTES Y EMBARAZO

67

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO
HOSPITAL REGIONAL GRAL. IGNACIO ZARAGOZA**

**“ENFERMEDADES CONCOMITANTES Y
EMBARAZO: ESTUDIO EPIDEMIOLOGICO.
EXPERIENCIA DE DOS AÑOS”**

**TESIS DE POSTGRADO
PARA OBTENER EL TITULO DE
ESPECIALISTA EN:
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**

P R E S E N T A :

ANA LAURA JIMENEZ ACEVEDO

MEXICO, D.F.

FEBRERO, 1999.



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.

**“HOSPITAL REGIONAL GRAL. IGNACIO ZARAGOZA”
I S S S T E
SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**

**“ENFERMEDADES CONCOMITANTES Y EMBARAZO: ESTUDIO
EPIDEMIOLOGICO. EXPERIENCIA DE DOS AÑOS”**



**DR. JUAN MIRANDA MURILLO
COORDINADOR DEL SERVICIO DE
GINECO-OBSTETRICIA
DIRECTOR DE TESIS**



**DR. SERAFIN GARCIA MENDOZA
MEDICO ADSCRITO AL SERVICIO DE
PERINATOLOGIA
ASESOR DE TESIS**



**DRA. ANA LAURA JIMENEZ ACEVEDO
RESIDENTE DE 4TO. AÑO DE
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
AUTOR**

**“HOSPITAL REGIONAL GRAL. IGNACIO ZARAGOZA”
I S S S T E
SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**

**“ENFERMEDADES CONCOMITANTES Y EMBARAZO: ESTUDIO
EPIDEMIOLOGICO. EXPERIENCIA DE DOS AÑOS”**

p.p. [Signature]

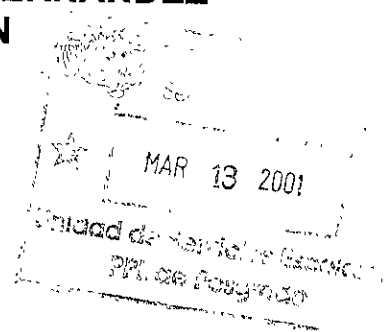
**DR. HERNAN NAVARRETE ALARCON
COORDINADOR DE CAP. INVEST. Y DESARROLLO**

[Signature]

**DRA. MA. DE LOURDES ROMERO HERNANDEZ
JEFE DE INVESTIGACION**

[Signature]

**DR. DIONISIO PARRA ROLDAN
JEFE DE ENSEÑANZA DE
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**



DEDICATORIA

A mi esposo:

A través de los años en que hemos compartido tantas cosas; el concluir mi especialidad es una más. Te agradezco que hayas guiado mis pasos desde el internado de pregrado, hasta la culminación de mi especialidad.

Hoy por hoy me das algo más de tu ser, “nuestro futuro bebé (Puppy)”.

En este instante te dedico una tesis, pero ayer, hoy y siempre, te dedico mi vida entera porque te amo.

Siempre admirando tu dedicación al trabajo y tu gran capacidad como médico; eres mi ejemplo a seguir.

Ana Laura.

AGRADECIMIENTOS

Doy gracias a Dios, por darme la vida y salud para poder
Concluir mi especialidad, pero sobre todo por darme a
Mi familia, ya que sin el apoyo de todos ustedes, no
sería lo que hoy soy.

Gracias papá, por ser mano firme y apoyo incondicional.

A mamá, por ser mi consuelo infinito y a cada uno
de mis hermanos: Arturo, Maricelá, Jorge, Lourdes, Luis,
Angélica y Juan Carlos por contribuir con su cariño,
tiempo y dinero, pero sobre todo su confianza en
cada uno de mis pasos.

A mis cuñados: Roberto, Rubén y Fernando
por ser tan buenos amigos y confidentes.

A mis sobrinos: Benny, Fernanda, Irais, Michelle,
Diego, Roberto, Silvana y Adriana por la luz de
alegría que le han dado siempre a mi vida.

Con infinito amor.

Ana Laura

RESUMEN	1
ABSTRACT	4
PROBLEMA	6
HIPOTESIS	7
ANTECEDENTES	8
OBJETIVOS	11
JUSTIFICACION	12
DISEÑO	13
RESULTADOS	16
CONCLUSIONES	21
GRAFICAS.	36
ANEXO I	40
BIBLIOGRAFIA	41

RESUMEN**OBJETIVO:**

Determinar la epidemiología de la mujer embarazada con enfermedad concomitante en la población del Hospital Regional General Ignacio Zaragoza (HRGIZ) en base a la hoja guía para la evaluación inicial del riesgo perinatal.

MATERIAL Y METODOS:

Se realizó un estudio longitudinal, retrospectivo, descriptivo y abierto en el Hospital Regional General Ignacio Zaragoza de Enero de 1997 a Noviembre de 1998; en el servicio de Gineco-Obstetricia. Se realizó una revisión de 7904 expedientes clínicos de las pacientes vistas en la Consulta Perinatal, de las cuales se encontraron 264 pacientes con Enfermedad Concomitante y de éstas, sólo 114 contaron con los criterios de inclusión para su estudio. Se dividieron en 11 grupos, de acuerdo con la enfermedad concomitante.

Se utilizó la cédula guía para la evaluación inicial del riesgo perinatal y se consultaron los expedientes en el archivo clínico.

El análisis estadístico se realizó con estadística descriptiva.

RESULTADOS:

La incidencia global de la enfermedad concomitante y embarazo en 1997 fue de 0.86% y en 1998 de 1.87%. De los 11 grupos de estudio destacan tres patologías, en primer lugar las enfermedades tiroideas con 37 casos (32.4%), seguida de Diabetes Mellitus con 18 casos (15.7%) y finalmente HAS con 12 casos (10.5%) cabe señalar que la incidencia está por debajo de lo reportado en la literatura. La edad media materna tuvo un rango de 23 a 41 años, con una media de 3.15 ± 5.9 . Las complicaciones obstétricas fueron del 45.6%, de las cuales destacan tres principalmente: amenaza de parto pretérmino 18.5%,

Preeclampsia 7.8 y Amenaza de aborto 4,3%. Las complicaciones en el neonato correspondieron al 20.1%, de las cuales se mencionan las tres más importantes: RCIU 7.8%, macrosómicos 7.01% y anomalías congénitas 2.6%.

Se encontró una muerte materna de una paciente con cardiopatía con antecedente de prótesis mecánica mitral, la cual desarrolló TEP; y tres muertes de tipo perinatal I. La causa de dos de los productos fue por inmadurez pulmonar y el otro por mielomeningocele.

El número global de consultas otorgadas en el tercer nivel tuvo un rango de 4-14 con una media de 6.14 ± 2.9 .

La vía de resolución del embarazo en forma global correspondió a 72.8% por cesárea y a 27.1% por parto.

El Apgar global al minuto y cinco minutos fue de 7 ± 1.3 y 8 ± 0.6 respectivamente.

El Capurro global fue de 38.03 ± 1.60 semanas.

El peso de los productos en forma global tuvo una media de 2758 ± 320.1 . Finalmente, la clínica de adscripción que mayor número de pacientes refirió fue Iztapalapa 26%, seguida de Pantitlán 22% y Oriente 18%.

CONCLUSIONES:

Los objetivos epidemiológicos fueron alcanzados. Se detectaron algunos cambios significativos con respecto a la frecuencia de la morbilidad materna de un año a otro; específicamente en las enfermedades tiroideas, diabéticas e hipertensas, así como cierto retraso al momento de referir a las pacientes de alto riesgo de un primer al tercer nivel, esto último, en virtud de no haber aplicado la cédula de valoración de riesgo perinatal inicial.

Por lo anterior, nosotros consideramos necesario la creación de tres clínicas: Tiroides, Diabetes e Hipertensión, y a su vez tener una línea de comunicación más estrecha con el Servicio de Cardiología, para el apoyo de la paciente con

cardiopatía y embarazo (pues en este grupo se presentó la muerte materna).

Por otro lado, la utilización de la cédula de valoración de riesgo perinatal en forma rutinaria, nos ofrece datos para realizar estadísticas más confiables, siendo importante que sirva el presente trabajo para seguimiento como línea de investigación.

ABSTRACT**OBJETIVE:**

To determine the epidemiology of the pregnant woman with concomitant disease in the population of the Regional Hospital "General Ignacio Zaragoza" (HRGIZ) in basis to the leaf guide for the initial evaluation of the Perinatal Risk.

MATERIAL AND METHODS:

It was accomplished a longitudinal study, retrospective, descriptive and openen in the HRGIZ of January of 1997 to November of 1998. In the Gynecology and Obstetrics service, was accomplished a review of 7904 clinical files of the patients valued in the consult perinatal of those which were found 264 patients with concomitant disease; an of these alone 114 gathered the incorporation criteria for this study. They were split into 11 groups chord with the concomitant disease. It was used the guide certificate for tne evaluation of the perinatal risk and were consulted the files in the clinical file.

The statistic analisis was accomplished with descriptive statistics.

RESULTS:

The global incidence of concomitant disease and pregnancy in 1997 was of 0.86% of 11 groups of study the 3 more frecuente pathologies were: in the first place the Thyroid disease with 37 cases (32,4%) followed by Diabetes Mellitus with 18 cases (15.7%) and finally sistemic arterial hypertension with 12 cases (10.5%) fits to indicate that the incidence is by under what us reportes in the literature. The motherly age had a range of 23 to 41 years with an average of 31.5 ± 5.9 .

The obstetrics complications were of the 45.6% of those which emphasize 3 mainly. Labor preterm (18,4%), preeclampsia (7.8%) an abortion tret (4,3%) the

complications in the neonate corresponded to 20.1% of those which are mentioned 3 most important RCIU 7,8%, macrosomy 7,01% and congenital abnormalities 2,6%.

It was found a motherly death of a patient with heart pathology with antecedent of mitral, the one which developed pulmonary thromboemboly; 3 deaths of type perinatal I. The cause of 2 of the products was for pulmonary immaturity and the other by mielomeningocele. The global number of conferences granted in the 3rd level in global form corresponded to 72.8% by cesarea and to 27% by vaginal delivery.

The global Apgar to the minute and 5 minutes was of $7 \pm 0.6\%$ respectively. The global Capurro was of $38.03\% \pm 1.6$ weeks.

The weight of the products presents an average of 2758 ± 320.1 g, finally the adscriptions clinic that greater number of patients referred was: iztapalapa 26%, followed by Pantitlán 22%, and Oriente 18%.

CONCLUSIONS:

The epidemiological objectives were obtained were detected some meaningful changes with respect to the frequency of the motherly morbidity of a year to other specific thyroid diseases, diabetic and hypertensas, as well as certain lag the momento of referring to the high risk patient of a first level, this last by virtue of have not applied the certificate of risk perinatal initial evaluation. For the foregoing consider necessary the creation of clinics: thyroids, diabetes and hypertension; and the same to have a communication line more close with the cardiology service for the support of the patient with heart pathologies, and pregnancy (since this group was presented the motherly death).

On the other hand the utilization of certificate of perinatal evaluation riskin routine form, offers us data to accomplish statistics more reliable, being important that serves the present work for follow-up as investigation line.

PROBLEMA

¿Cuál es la epidemiología de la mujer embarazada con enfermedad concomitante en la población del Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional General Ignacio Zaragoza ?.

HIPOTESIS

Se ha observado un aumento en la población de mujeres embarazadas con enfermedad concomitante; lo cual incrementa el riesgo perinatal para el binomio (madre-hijo), por lo tanto, es necesario formalizar un protocolo de manejo de estas pacientes, a través de la creación de clínicas de acuerdo a la patología existente, priorizando por índices de frecuencia y aportando a su vez mejor atención y favoreciendo el proceso de enseñanza-aprendizaje en el servicio.

ANTECEDENTES

En los sistemas de salud, existen tres niveles de atención; siendo los hospitales de segundo y tercer nivel, por su afluencia poblacional, los que aportan en salud materno-fetal la información más confiable sobre morbilidad, por lo que la detección del riesgo perinatal en forma oportuna, permitirá prevenir, diagnosticar y tratar las posibles complicaciones del binomio; y cuando sucedan, realizar seguimiento epidemiológico (8,10,19).

En el Servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Regional General Ignacio Zaragoza, se tiene como norma el manejar un documento, que es una cédula que sirve como guía para la evaluación inicial de riesgo perinatal; y que consta de: Razón Social, identificación del paciente, datos generales, antecedentes gineco-obstetras y curso del embarazo actual, donde se engloban las enfermedades concomitantes del embarazo que es el motivo de nuestra investigación.

Consta de 36 variables con tres posibilidades de respuesta que se califican de acuerdo a un Código internacional de colores (como es el semáforo) y se considera el verde: RIESGO BAJO, amarillo: RIESGO MEDIO y rojo: RIESGO ALTO. Los datos mencionados se encuentran en el anverso de la hoja señalada y en el reverso, se tiene diseñada una guía de evaluación de riesgo perinatal durante la evolución del embarazo; que consta de 19 variables que en su conjunto son una exploración extensa de interrogatorio, exploración física y resultados de laboratorio que se deben realizar a la mujer gestante y que al igual que al documento antes referido, tiene tres posibles contestaciones por consulta otorgada y que en total son 8 las que se tienen contempladas; debiendo utilizarse otro en caso de que rebase éste número, así como una descripción del peso, talla, fondo uterino, frecuencia cardíaca fetal y semanas de gestación y un espacio para hacer observaciones sobresalientes del caso.

El embarazo, es un estado fisiológico en una etapa determinada de la vida de la mujer; donde ésta, es sometida a diversos cambios corporales; pero que la puede comprometer negativamente repercutiendo en ella o en el feto principalmente en caso de coexistir enfermedades previas al embarazo como son: Diabetes mellitus, hipertension arterial crónica, cardiopatía, nefropatía, enfermedades inmunológicas, epilepsia, enfermedades tiroideas, toxicomanías e isoimmunización entre otras (2).

La literatura internacional nos refiere una incidencia de embarazo y cardiopatía de 1 a 3.7% (14). En la hipertensión arterial crónica afecta de 1 a 3% y complica de 25 a 50% el embarazo (3). La diabetes mellitus coexiste del 1 al 3% (16). Las Enfermedades tiroideas es del 0.2%, en Hipertiroideas (5,18) y de 1 por cada 1,629 nacimientos para hipotiroidismo (17). Las Enfermedades autoinmunes están presentes en menos del 1% (13,15), siendo el lupus eritematoso sistémico el más representativo de ésta modalidad. Las nefropatías, especialmente la insuficiencia renal se presenta en 1 de cada 1,500 embarazos (2). Finalmente la miomatosis uterina a pesar de no ser una enfermedad sistémica complica el embarazo por incrementar el riesgo de aborto y de amenaza de parto pretérmino entre 0.09% a 3.9% (4).

Cabe señalar que la literatura mexicana consultada en un lapso de 10 años prácticamente no señala datos epidemiológicos de las patologías mencionadas.

Por lo anteriormente expuesto, se realiza la presente investigación en el Hospital Regional General Ignacio Zaragoza, por ser el Hospital con mayor afluencia de población derechohabiente en el Sistema ISSSTE; específicamente el Servicio de Gineco-obstetricia en el módulo perinatal, donde se detectan diariamente pacientes con embarazo de ALTO RIESGO.

Cabe señalar que la detección brinda a su vez, una atención jerarquizada, para dar un mejor pronóstico y tratamiento, siempre y cuando esta detección se realice en forma oportuna, es decir durante el PRIMER TRIMESTRE.

OBJETIVOS**OBJETIVO GENERAL:**

Determinar la epidemiología de la mujer embarazada con enfermedades concomitantes en la población del Hospital Regional General Ignacio Zaragoza; en base a la hoja guía para la evaluación inicial del riesgo perinatal.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- a) Determinar la incidencia, prevalencia y frecuencia de la enfermedad concomitante y embarazo.
- b) Evaluar los resultados perinatales.
- c) Formalizar la creación de clínicas de acuerdo a las patologías asociadas al embarazo en el módulo perinatal.

JUSTIFICACION

En el Hospital Regional General Ignacio Zaragoza, existe una población importante de embarazadas con Alto Riesgo Perinatal.

En este centro hospitalario, se hace la primera evaluación epidemiológica con respecto a enfermedades concomitantes y embarazo.

TIPO DE INVESTIGACION:

- Longitudinal
- Retrospectivo
- Descriptivo
- Abierto.

GRUPO DE ESTUDIO:

GRUPO A: Embarazadas con DIABETES MELLITUS.

GRUPO B: Embarazadas con HIPERTENSION ARTERIAL SISTEMICA.

GRUPO C: Embarazadas con ENFERMEDAD TIROIDEA.

GRUPO D: Embarazadas con ENFERMEDAD INMUNOLOGICA.

GRUPO E: Embarazadas con ISOINMUNIZACION.

GRUPO F: Embarazadas con ENFERMEDAD INFECCIOSA o PARASITARIA.

GRUPO G: Embarazadas con MIOMATOSIS UTERINA.

GRUPO H: Embarazadas con CARDIOPATIA .

GRUPO I : Embarazadas con EPILEPSIA.

GRUPO J: Embarazadas con NEFROPATIA.

GRUPO K: Embarazadas con CÁNCER CERVICO UTERINO (CaCu).

TAMAÑO DE LA MUESTRA: 114 pacientes.

CRITERIOS DE INCLUSION:

- a) *Todas las embarazadas con enfermedad sistémica previa al embarazo.*
- b) Pacientes en control prenatal atendidas dentro del Módulo Perinatal.

CRITERIOS DE EXCLUSION:

- a) Pacientes embarazadas sanas.
- b) Pacientes sin control prenatal.

CRITERIOS DE ELIMINACION:

- a) Expediente clínico incompleto.

CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS:

- ▣ Nombre:
- ▣ Edad materna:
- ▣ Número de expediente clínico:
- ▣ Antecedentes Gineco-obstetras:
- ▣ Antecedentes Perinatales:
- ▣ Edad Gestacional de primera y última consulta:
- ▣ Número total de citas:
- ▣ Clínica de referencia:
- ▣ Riesgo Obstetrico (según hoja guía).
- ▣ Tipo de enfermedad:
- ▣ Etiología de la Enfermedad

- ▣ Complicaciones del embarazo:
- ▣ Mortalidad materna fetal:
- ▣ Vía de resolución del embarazo:
- ▣ Clasificación de APGAR:
- ▣ Clasificación de CAPURRO:
- ▣ Peso del producto:
- ▣ Sexo del producto:
- ▣ Hallazgos del neonato

DESCRIPCION GENERAL DEL ESTUDIO:

El estudio **“Enfermedades concomitantes y embarazo: Estudio epidemiológico, Experiencia de dos años”**. Se realizó en el Hospital Regional General Ignacio Zaragoza del ISSSTE, en el Servicio de Gineco-obstetricia, durante el periodo comprendido entre Enero de 1997 a Noviembre de 1998.

El estudio es de tipo retrospectivo, longitudinal, descriptivo y abierto.

Se realizó una revisión de 7904 expedientes clínicos de las pacientes vistas en la consulta perinatal, de las cuales se encontraron 264 pacientes con enfermedad concomitante, y de éstas, sólo 114 pacientes contaron con los criterios de inclusión para su estudio.

Se procedió a dividir en once grupos de acuerdo a su patología, para el análisis epidemiológico, se tomó en cuenta la Hoja Guía para la evaluación inicial del riesgo perinatal, la cual se ha descrito en los antecedentes.

El análisis estadístico se realizó mediante estadística descriptiva.

RESULTADOS

En el presente estudio se observó que para el año de 1997 se otorgaron 4330 consultas de primera vez; y para 1998 fueron 3574, haciendo un total de 7904 consultas dadas por el Servicio de Perinatología. De éstas, se encontraron 264 pacientes con Enfermedad concomitante, pero sólo 114 contaron con los Criterios de Inclusión para el estudio.

De las 114 pacientes captadas, 47 (41.2%) se registraron en 1997 y 67 (58.7%) en 1998.

Con respecto a la incidencia global, obtuvimos en 1997 el 0.86% y para 1998 el 1.87% (Tabla No. 1, Gráfica 1).

Así mismo, se revisó la incidencia por patología y por año; destacando en primer lugar las Enfermedades Tiroideas (0.32% para 1997 y 0.64% en 1998), seguida de Diabetes mellitus (0.13% para 1997 y 0.33% en 998) y en tercer sitio, la Hipertensión arterial sistémica (0.11% para 1997 y 0.19% en 1998). Así, en orden descendiente, el resto de los grupos se muestran en la Tabla No.2, Gráfica No. 2.

En cuanto a la incidencia podemos señalar que se registran cambios importantes, ya que hay un incremento muy notorio de las enfermedades tiroideas que corresponden a 37 pacientes, lo cual se puede explicar porque en nuestra Unidad, hay un gran número de pacientes con tiroidectomía secundaria a carcinoma papilar y por lo tanto, la secuela de hipotiroidismo. En la Tabla 2 se señala un análisis a profundidad de las enfermedades concomitantes que se resumen a 11 en total, las cuales pueden complicar el embarazo y viceversa.

Por otro lado, la frecuencia con que se distribuyen estas patologías, quedó de la siguiente manera:

☐ Enfermedades tiroideas	37
☐ Diabetes mellitus	18
☐ Hipertensión arterial	12
☐ Isoinmunización	9
☐ Inmunológicas	8
☐ Miomatosis uterina	7
☐ Infecciosas o parasitarias	7
☐ Cardiopatías	7
☐ Epilepsia	6
☐ Nefropatías	2
☐ CaCu	1

Los porcentajes por año y patología se señalan en la Tabla 3.

Acorde con el grupo etáreo, se destaca el grupo de 30-34 años, con un total de 36 pacientes, seguido por el grupo de 25-29 años con un total de 30 pacientes y en tercer sitio el grupo de 35-39 años, con un total de 30 pacientes y en tercer sitio el grupo de 35-39 años con 26 pacientes. Lo anterior pone de manifiesto que los grupos de mayor riesgo están dentro de la edad ideal para la concepción, es decir entre 20-35 años. Por otro lado, también se señala la edad media global y desviación estándar según patología y grupo etáreo. La edad media mayor se registró en el grupo de hipertensión arterial con 36.9 ± 4.9 años y la edad menor correspondió al grupo de cardiópatas con 26.1 ± 3.9 años. Tabla No. 4.

Uno de los indicadores de gran importancia en el control prenatal corresponde al número de consultas otorgadas; nuestro análisis en términos generales nos dió los siguientes resultados:

□ Diabetes mellitus	7.8 ± 3.8 consultas
□ Infecciosas y parasitarias	6.3 ± 1.06 consultas
□ Miomatosis uterina	6.1 ± 2.9 consultas
□ Enfermedades tiroideas	6 ± 3.1 consultas

Llama la atención que el grupo de hipertensión arterial sólo recibió 4.3 ± 1.8 consultas, es importante señalar que el número de consultas que la "Norma Oficial Mexicana para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio de 1995"⁽⁶⁾ establece un mínimo de cinco consultas en las pacientes de bajo riesgo, dato que se incrementa a un número indeterminado en el embarazo de alto riesgo; individualizando cada caso y patología, es por esto que el tener menos de 5 consultas en pacientes de los grupos estudiados, nos hace suponer que la referencia al tercer nivel no se está llevando de manera oportuna, es decir, en el primer trimestre de gestación. Tabla No. 5.

Lo antes señalado se puede correlacionar con el ingreso de las pacientes respecto a la edad gestacional; así la Tabla No. 6 señala que todos los grupos son referidos en el segundo trimestre de gestación y según la edad media gestacional, se establece que el grupo de enfermedades inmunológicas se envía a las 19.3 ± 7.08 semanas de gestación y el grupo que tardíamente se envía es el de isoimmunización a las 28.5 ± 5.6 semanas de gestación. Tabla No. 6.

Otro de los indicadores de gran relevancia que alude al control adecuado del embarazo, son las repercusiones que éste provoca a la enfermedad preexistente y viceversa. En este análisis la amenaza de parto pretérmino se presentó en 21 pacientes, seguida de la preeclampsia con 9 pacientes afectadas y la amenaza de aborto con 5 pacientes; otras como polihidramnios, ruptura prematura de membranas y crisis tiroideas sin mayor repercusión materno-fetal. Únicamente se presentó un caso de muerte materno-fetal en una paciente cardíopata con antecedente de prótesis valvular, la cual desarrolló

tromboembolia pulmonar (TEP) y muerte como complicación grave. De las 114 pacientes estudiadas 52 (45.6%) presentaron alguna de las complicaciones mencionadas. Tabla No. 7.

Lo anterior tiene mucha relación con la decisión de la vía de resolución del embarazo; por supuesto, se observó una marcada diferencia, ya que la resolución por cesárea correspondió a 83 (72.8%) pacientes, mientras que la resolución por parto fue a 31 (27.1%). En forma particular se señalan los porcentajes en la Tabla No. 8.

El adecuado control prenatal se refleja en los resultados perinatales, de ahí, nuestro análisis muestra sólo 23 recién nacidos con alguna complicación; el retardo en el crecimiento intrauterino (RCIU) se presentó en 9 neonatos, en particular, de los grupos de hipertensas, cardiopatas, miomatosis uterina y enfermedad tiroidea. Los productos macrosómicos se presentaron en 8 casos, de los cuales 7 correspondieron a madres diabéticas y uno a madre con enfermedad tiroidea.

Se dieron tres casos de alteración congénita, en particular, defecto en el cierre del tubo neural y las tres correspondieron a madres con diabetes y finalmente 3 casos de parto prematuro, dos de ellos en madres con enfermedad tiroidea y un caso en el grupo de infecciosas y parasitarias. Tabla No. 10.

La mortalidad materna se presentó en 0.87% del total de los casos estudiados (1 paciente), siendo la causa tromboembolia pulmonar, dicha paciente fue del grupo de cardiopatas, la cual tenía el antecedente de "prótesis valvular mitral".

En relación a la mortalidad fetal, se encontraron 3 casos, el 2.63%, del total de los casos estudiados y consideradas todas dentro de Muerte Perinatal I. Una muerte correspondió al producto de madre con diabetes mellitus, que presentó defecto del cierre del tubo neural y fue de 38 semanas. Los otros dos productos fueron prematuros, de 28 y 34 semanas de gestación y las madres estuvieron en el grupo de cardiopatías y enfermedades tiroideas respectivamente. Tablas

11 y 12.

Finalmente, las clínicas de adscripción que refirieron a las pacientes, quedaron de la siguiente manera:

□ Iztapalapa	26%
□ Pantitlán	22%
□ Oriente	18%
□ Morelos	17%
□ Neza	13%
□ Foráneas	4%

Gráfica No. 4.

CONCLUSIONES

El estudio epidemiológico de las diferentes enfermedades concomitantes que repercuten sobre el embarazo, no ha sido tarea fácil. Así, se realizó un extenso trabajo al presentar once patologías distintas, de las cuales cada una a su vez, fue ampliamente descrita.

En términos generales, podemos concluir que la incidencia global por año (0.86 y 1.87% respectivamente) es significativa de un año a otro, dado el alto número de población que se maneja en esta unidad hospitalaria; así mismo, se debe recordar que durante la revisión bibliográfica nacional e internacional, en un período de 10 años, no se encontraron datos epidemiológicos a este respecto, por lo que consideramos se trata de un buen intento por rescatar nuestras propias estadísticas y de este modo hacer una evaluación de los logros obtenidos con relación a la paciente con **embarazo de alto riesgo**.

En este estudio, se hizo un análisis estadístico por patología de acuerdo a cada variable, lo cual nos permitió visualizar los puntos álgidos de cada patología, en este sentido fue muy notoria la presencia de las enfermedades tiroideas como primera causa de morbilidad en este grupo de riesgo, desplazando a la Diabetes mellitus y la hipertensión arterial sistémica a un segundo y tercer lugar respectivamente.

Como se sabe, estas últimas ocupan el primero y segundo lugar de morbilidad en nuestro país. En este caso particular, se detectaron un mayor número de pacientes con hipotiroidismo (27 pacientes) y de éstas, 14 con el antecedente de tiroidectomía por carcinoma papilar, muy probablemente esto explica que haya un mayor número de pacientes captadas en nuestra unidad y no referidas del 1er nivel. Por otro lado, el bajo número de pacientes con diabetes e hipertensión se podría explicar en relación a que el médico familiar (o de primer contacto), muchas veces considera que puede manejar a este tipo de

pacientes, enviándolas de manera no oportuna o simplemente no refiriéndolas, sino hasta un tercer trimestre de gestación. Esta suposición se basa en los resultados obtenidos al encontrar que todos los grupos se refieren en el segundo e incluso tercer trimestre de gestación como se señaló en la Tabla No. 6. En este sentido, cabría realizar un profundo análisis sobre el momento ideal de referencia por parte de las clínicas de adscripción.

Respecto a los resultados perinatales, podemos afirmar que a pesar de que las pacientes en su mayoría ingresan por primera vez en el segundo trimestre de gestación, éstas cursan con un buen control prenatal una vez captadas en esta unidad. De ahí que sólo se registró una muerte materna (0.87%), tres muertes perinatales (2.64%) y tres casos de alteración congénita que correspondieron estas últimas precisamente al grupo de diabéticas. No habiendo otras complicaciones que lamentar.

La vía de resolución del embarazo como corresponde a un tercer nivel de atención fue la cesárea (72.8%) y por parto (27.1%). En este sentido existe un trabajo de Tesis del Dr. Sergio Martínez "Parto o Cesárea: Atención jerarquizada por factores de riesgo perinatal" en el cual concluye y propone de manera interesante "sistematizar y normar la atención médica de la paciente obstétrica evaluando y calificando a la vez el riesgo (bajo, medio, alto) durante el embarazo y más específicamente durante el trabajo de parto" (9). Ya que de este modo se puede reducir el número de cesáreas que en muchas ocasiones no es necesaria.

De lo anterior, podemos concluir finalmente que la "formalización de Clínicas" de acuerdo a las patologías asociadas al embarazo en el Módulo Perinatal, se reduce a tres: a) Clínica de Tiroides, b) Clínica de Diabetes y c) Clínica de Hipertensión. El resto de las patologías por su bajo número y complicaciones materno-fetales, no se justifican su creación. Por otro lado, se debe establecer un vínculo con el servicio de Cardiología para el mejor manejo de estas pacientes.

Concluyendo; es necesario que en el futuro, las unidades hospitalarias cuenten con una Norma de Atención a la Paciente Obstétrica de Alto Riesgo, adecuándose siempre a los recursos físicos y humanos con la única finalidad de favorecer al motivo de nuestra vocación en todo su entorno biopsicosocial: **El paciente.**

TABLA No. 2

**INCIDENCIA DE ENFERMEDAD CONCOMITANTE Y EMBARAZO
GLOBAL Y POR PATOLOGIA**

ENFERMEDAD CONCOMITANTE	1997	%	1998	%
DIABETES MELLITUS	6	0.13	12	0.33
HIPERTENSION ARTERIAL	5	0.11	7	0.19
ENFERMEDADES TIROIDEAS	14	0.32	23	0.64
ISOINMUNIZACION	3	0.06	6	0.16
INMUNOLOGICAS	5	0.11	3	0.08
MIOMATOSIS	3	0.06	4	0.11
INFECCIOSAS/PARASITARIAS	2	0.04	5	0.13
CARDIOPATIAS	4	0.09	3	0.08
EPILEPSIA	2	0.04	4	0.11
NEFROPATIAS	2	0.04	0	0
CANCER	1	0.02	0	0
TOTAL	47	1.08	67	1.87

TABLA No. 3

**DISTRIBUCION PORCENTUAL DE ENFERMEDADES CONCOMITANTES
Y EMBARAZO POR AÑO**

ENFERMEDAD CONCOMITANTE	1997	%	1998	%	TOTAL	%
ENFERMEDADES TIROIDEAS	14	29.78	23	34.32	37	32.4
DIABETES MELLITUS	6	12.76	12	17.91	18	15.7
HIPERTENSION ARTERIAL	5	10.63	7	10.44	12	10.5
ISOINMUNIZACION	3	6.38	6	8.95	9	7.8
INMUNOLOGICAS	5	10.63	3	4.47	8	7.01
MIOMATOSIS	3	6.38	4	5.97	7	6.1
INFECCIOSAS/PARASITARIAS	2	4.25	5	7.46	7	6.1
CARDIOPATIAS	4	8.51	3	4.47	7	6.1
EPILEPSIA	2	4.25	4	5.97	6	5.2
NEFROPATIAS	2	4.25	0	--	2	1.7
CA.CU	1	2.12	0	--	1	0.8
TOTAL	47	41.2	67	58.7	114	100

TABLA No. 4

GRUPO ETAREO SEGUN ENFERMEDAD CONCOMITANTE

GRUPO DE EDAD	DIABETES MELLITUS	HIPERTENSION ARTERIAL	ENFERMEDAD TIROIDEA	ISOINMUNIZACION	INMUNOLOGICAS	MIOMATOSIS	INFECCIOSAS/PARASITARIAS	CARDIOPATIAS	EPILEPSIA	NEFROPATIAS	CA. CU.	TOTAL
15-19	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	2
20-24	2	0	2	2	1	0	0	3	1	0	0	11
25-29	5	0	9	3	3	3	1	2	4	0	0	30
30-34	5	4	13	2	2	3	2	2	0	2	1	36
35-39	4	5	8	2	2	1	3	0	1	0	0	26
40-44	2	2	3	0	0	0	1	0	0	0	0	8
45-49	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
TOTAL	18	12	37	9	8	7	7	7	6	2	1	114
EDAD MEDIA GLOBAL Y SU DESVIACION ESTANDAR	32.3 ± 5.9	36.92 ± 4.9	31.5 ± 5.9	29.8 ± 5.1	30.1 ± 4.1	30.5 ± 4.8	35.1 ± 5.6	26.1 ± 3.9	28.6 ± 4	32.5 ± 2.1	33 ± 0	

TABLA No. 5

**NUMERO DE CONSULTAS DE SEGUIMIENTO OTORGADAS POR
PATOLOGIA DURANTE TODO EL EMBARAZO**

ENFERMEDAD CONCOMITANTE	MEDIA DE LA EDAD	DESVIACION ESTANDAR
DIABETES MELLITUS	7.88	± 3.86
HIPERTENSION ARTERIAL	4.33	± 1.87
ISOINMUNIZACION	6	± 3.11
ENFERMEDAD TIROIDEA	4.55	± 1.59
INMUNOLOGICAS	6.37	± 1.06
MIOMATOSIS	6.14	± 2.91
INFECCIOSAS/PARASITARIAS	6.43	± 2.82
CARDIOPATIAS	5.28	± 1.70
EPILEPSIA	5.67	± 0.82
NEFROPATIAS	6.5	± 2.12
CA.CU	4	-

TABLA No. 6

EDAD GESTACIONAL DE INGRESO AL SERVICIO

ENFERMEDAD CONCOMITANTE	MEDIA DE LA EDAD GESTACIONAL EN SEMANAS	DESVIACION ESTANDAR
DIABETES MELLITUS	20.93	± 10.12
HIPERTENSION ARTERIAL	30.68	± 5.26
ISOINMUNIZACION	25.81	± 7.24
ENFERMEDAD TIROIDEA	28.86	± 5.60
INMUNOLOGICAS	19.35	± 7.08
MIOMATOSIS	23.04	± 11.15
INFECCIOSAS/PARASITARIAS	19.51	± 7.03
CARDIOPATIAS	26.35	± 9.67
EPILEPSIA	27.98	± 4.05
NEFROPATIAS	32.75	± 0.91
CA.CU	21	—

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

TABLA No. 7

COMPLICACIONES OBSTETRICAS POR PATOLOGIA

ENFERMEDAD CONCOMITANTE	AMENAZA DE PARTO PRETERMINO	AMENAZA DE ABORTO	PRE-ECLAMPSIA	POLI-HIDRAMNIOS	CRISIS CONVULSIVAS	TROMBO-EMBOLIA PULMONAR	RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANA	CRISIS TIROIDEA	DESCONTROL METABOLICO	TOTAL
DIABETES MELLITUS	2	0	1	3	0	0	1	0	3	10
HIPERTENSION ARTERIAL	21	0	3	0	0	0	0	0	0	4
ISOINMUNIZACION	5	3	1	1	0	0	2	2	1	15
ENFERMEDAD TIROIDEA	4	0	0	0	0	0	0	0	0	4
INMUNOLOGICAS	4	0	0	0	0	0	0	0	0	4
MIOMATOSIS	3	1	1	0	0	0	1	0	0	6
INFECCIOSAS/ PARASITARIAS	2	1	0	0	0	0	0	0	0	3
CARDIOPATIAS	0	0	1	0	0	1	0	0	0	2
EPILEPSIA	0	0	0	0	2	0	0	0	0	2
NEFROPATIAS	0	0	2	0	0	0	0	0	0	2
CA.CU	--	--	--	0	--	--	--	--	--	--
TOTAL	21	5	9	4	2	1	4	2	4	52

TABLA No. 8

**VIA DE RESOLUCION DEL EMBARAZO POR
ENFERMEDAD CONCOMITANTE**

ENFERMEDAD CONCOMITANTE	PARTO	%	CESAREA	%	TOTAL	%
DIABETES MELLITUS	4	12.90	14	16.86	18	15.78
HIPERTENSION ARTERIAL	3	9.67	9	1.84	12	10.52
ISOINMUNIZACION	10	32.25	27	32.53	37	32.45
ENFERMEDAD TIROIDEA	3	9.67	6	7.22	9	7.89
INMUNOLOGICAS	1	3.2	7	8.43	8	7.01
MIOMATOSIS	2	6.45	5	6.02	7	6.14
INFECCIOSAS/PARASITARIAS	2	6.45	5	6.02	7	6.14
CARDIOPATIAS	1	3.2	6	7.22	7	6.14
EPILEPSIA	4	12.90	2	2.40	6	5.56
NEFROPATIAS	1	3.2	1	1.20	2	1.75
CA.CU	0	--	1	1.20	1	0.87
TOTAL	31		83		114	

TABLA No. 9

**CONDICIONES DEL RECIEN NACIDO AL MOMENTO
DE NACER, SEGUN ENFERMEDAD CONCOMITANTE**

ENFERMEDAD CONCOMITANTE	A P G A R		CAPURRO	PESO
	1 MINUTO	5 MINUTOS		
DIABETES MELLITUS	7.38 ± 1.33	8.61 ± 0.77	38.03 ± 1.60	3487.5 ± 789.64
HIPERTENSION ARTERIAL	7.66 ± 0.65	8.66 ± 0.65	37.41 ± 0.65	2657.5 ± 536.87
ENFERMEDAD TIROIDEA	7.48 ± 0.69	8.54 ± 0.60	38.31 ± 1.52	2956.7 ± 574.57
ISOINMUNIZACION	7.44 ± 1.13	8.77 ± 0.66	38.38 ± 1.31	2758.3 ± 329.29
INMUNOLOGICA	7.50 ± 0.53	8.50 ± 0.53	38.50 ± 1.60	2826.8 ± 320.12
MIOMATOSIS	6.28 ± 2.81	7.28 ± 3.25	37.42 ± 0.97	2565 ± 1047.25
INFECCIOSAS/PARASITARIAS	7.28 ± 0.75	8.42 ± 0.78	37.42 ± 0.97	2891.4 ± 450.08
CARDIOPATIAS	7.42 ± 2.07	8.42 ± 1.13	37.50 ± 2.98	2686.4 ± 829.93
EPILEPSIA	8 ± 0	9 ± 0	39.50 ± 1.04	2787.5 ± 185.57
NEFROPATIA	8 ± 0	9 ± 0	39.50 ± 2.12	3425 ± 106.06
CA.CU	6 ± 0	7 ± 0	38 ± --	3250 ----

TABLA No.10

**MORBILIDAD DEL RECIEN NACIDO POR
ENFERMEDAD CONCOMITANTE**

ENFERMEDAD CONCOMITANTE	RETARDO CRECIMIENTO INTRAUTERINO	CONGENITAS	MACROSOMICO	PRETERMINO	TOTAL
DIABETES MELLITUS	0	3	7	0	10
HIPERTENSION ARTERIAL	3	0	0	0	3
ENFERMEDADES TIROIDEAS	2	0	1	2	5
INMUNOLOGICAS	1	0	0	0	1
MIOMATOSIS	1	0	0	0	1
INFECCIOSAS/ PARASITARIAS	0	0	0	1	1
CARDIOPATIAS	2	0	0	0	2
TOTAL	9	3	8	3	23

TABLA No. 11

MORTALIDAD PERINATAL POR ENFERMEDAD

ENFERMEDAD CONCOMITANTE	TIPO DE MUERTE	SEMANAS DE GESTACION	NUMERO DE MUERTES	FEMENINO	MASCULINO	TOTAL
CARDIOPATIA	PERINATAL 	28-32	1	1	--	1
ENFERMEDAD TIROIDEA	PERINATAL 	33-36	1	--	1	1
DIABETES MELLITUS	PERINATAL 	37 ó +	1	1	--	1
TOTAL	--	--	3	2	1	3

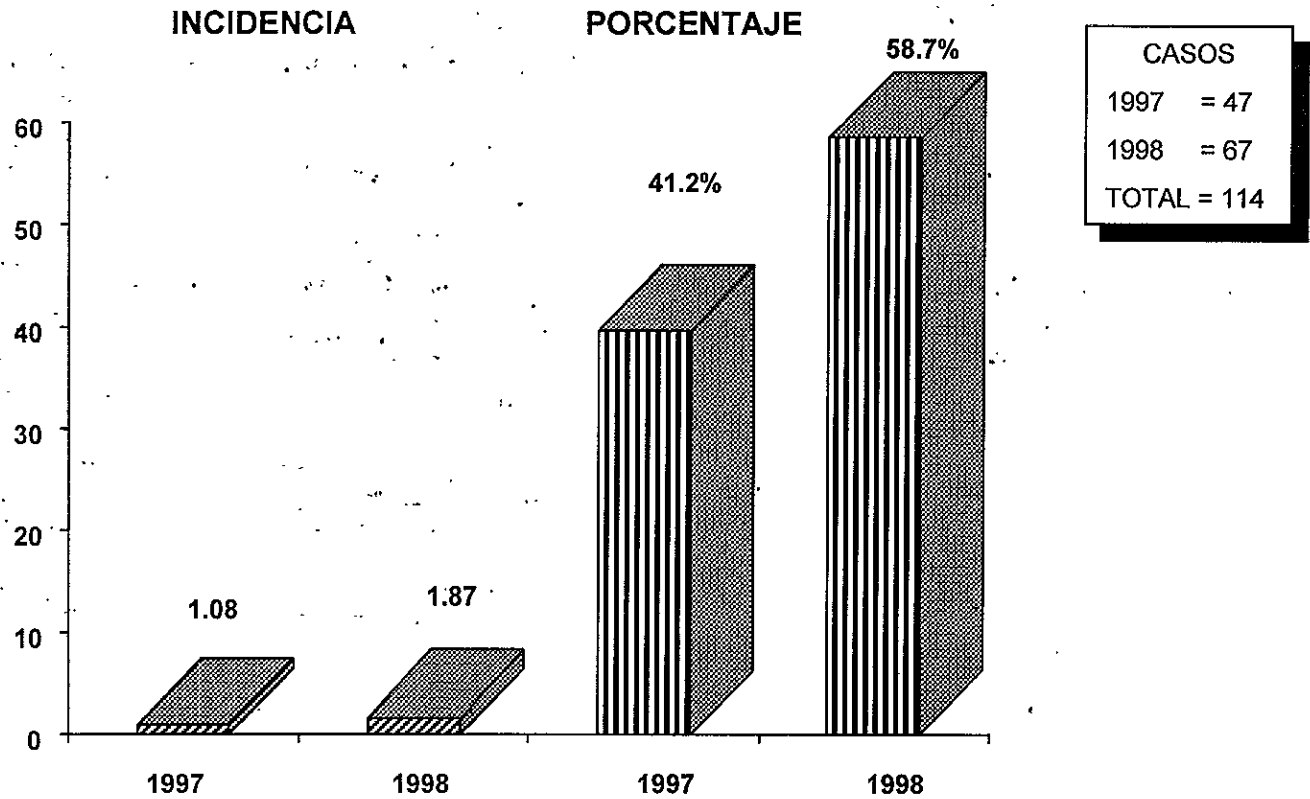
TABLA No. 12

MORTALIDAD MATERNA Y FETAL

TIPO DE MUERTE	NUMERO	%
MATERNA	1	0.87
FETAL	3	2.63

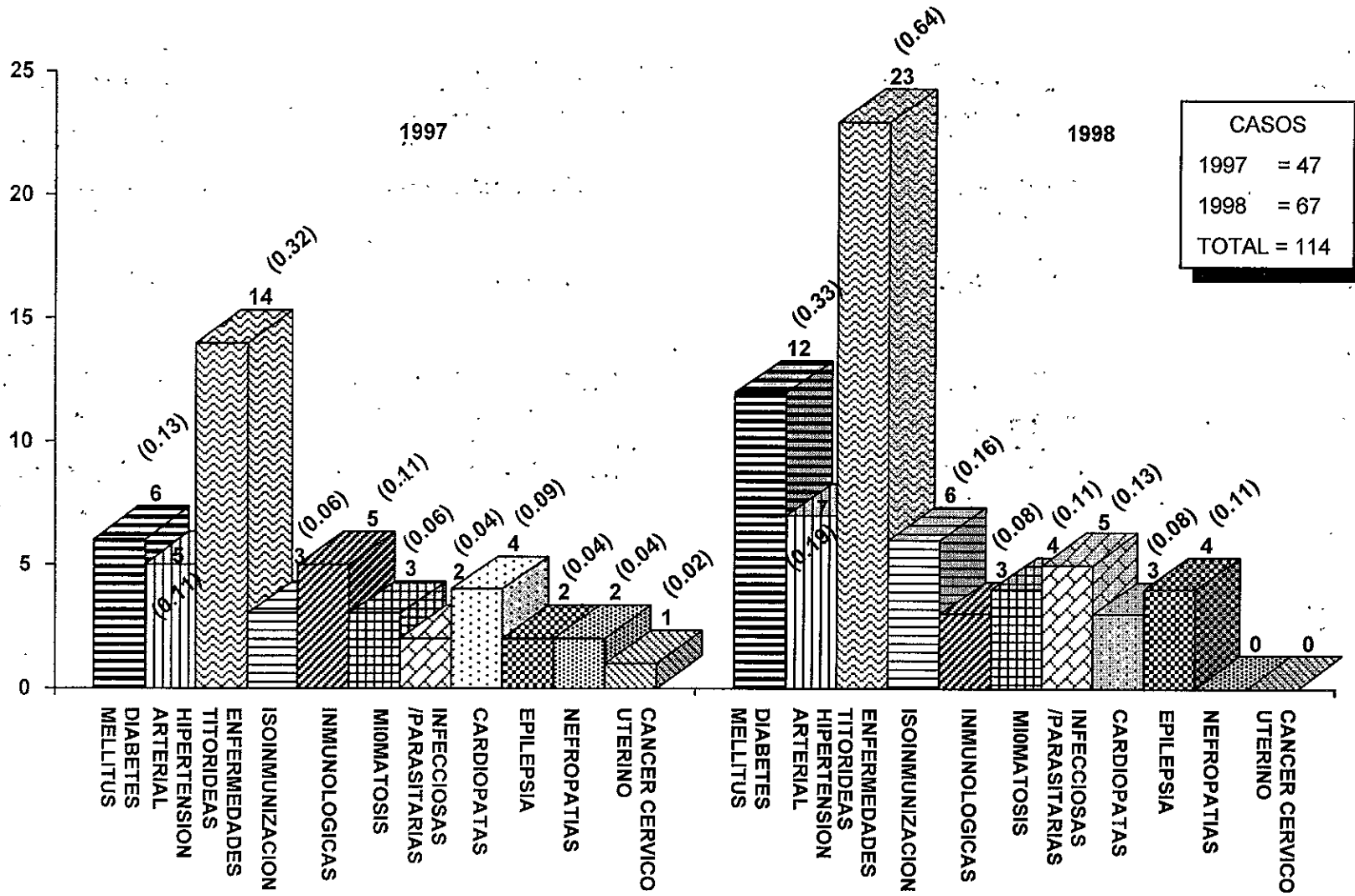
GRAFICA No. 1

**TOTAL DE CONSULTAS DE PRIMERA VEZ A EMBARAZADAS
CON ENFERMEDAD CONCOMITANTE POR AÑO**



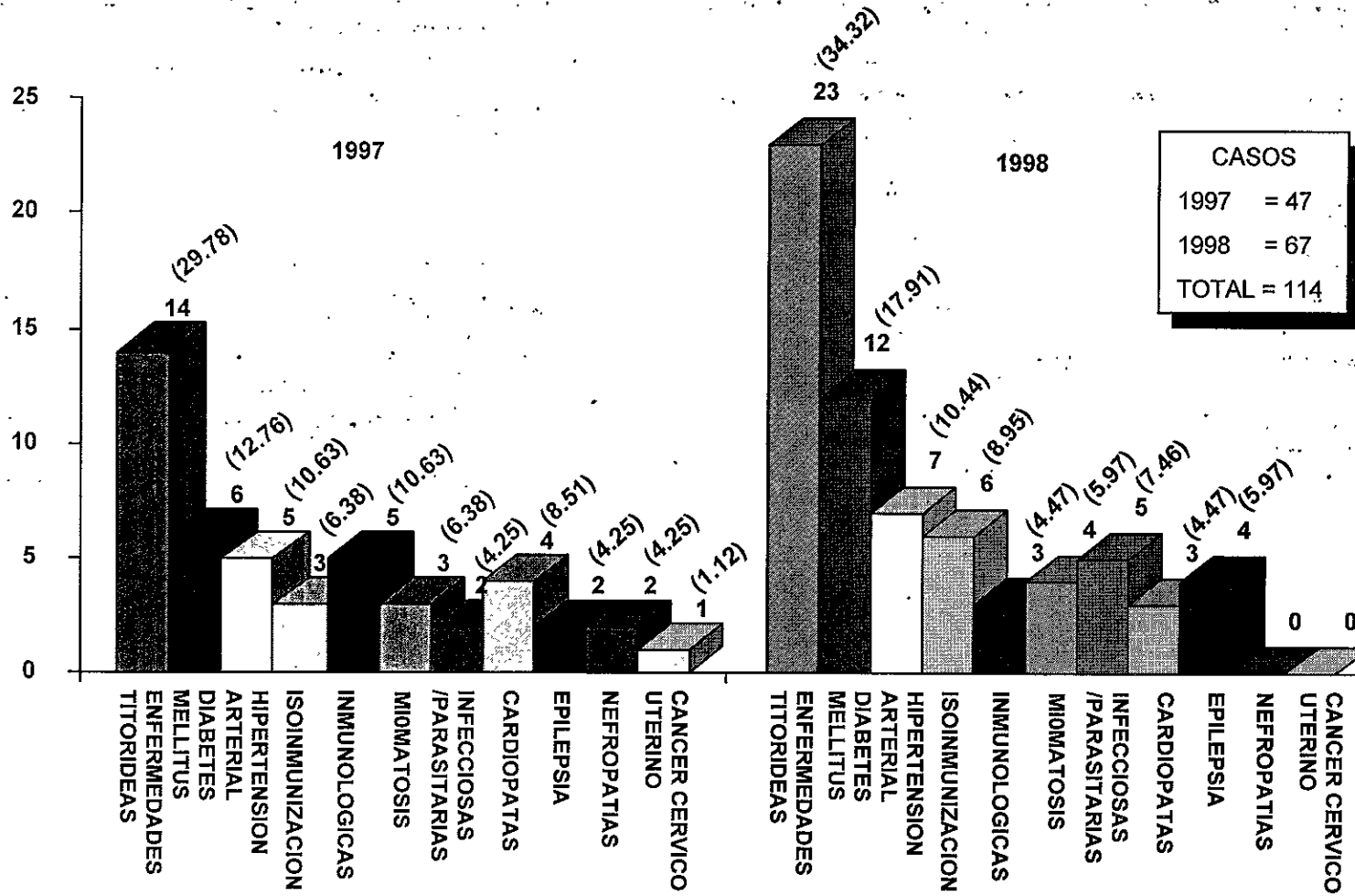
GRAFICA No. 2

NUMERO DE CASOS E INCIDENCIA POR PATOLOGIA Y POR AÑO



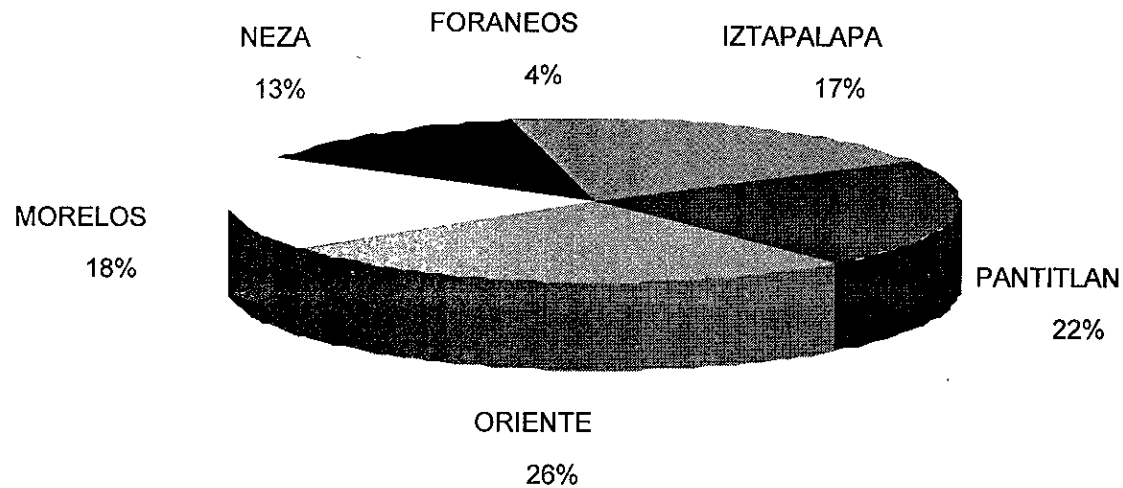
GRAFICA No. 3

DISTRIBUCION NUMERICA Y PORCENTAJE DE DIAGNOSTICO DEL TOTAL DE ENFERMEDADES CONCOMITANTES Y EMBARAZO POR AÑO



GRAFICA No. 4

CLINICA DE ADSCRIPCION QUE REFIERE A TERCER NIVEL



HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA"

I.S.S.S.T.E.

GUIA PARA LA EVALUACION INICIAL DEL RIESGO PERINATAL

NOMBRE: _____ CEDULA: _____ FECHA: _____
 PESO: _____ TALLA: _____ cms. TA: _____ FU: _____ cms. FCF: _____
 DX: _____ FUR: _____

	RIESGO BAJO	RIESGO MEDIO	RIESGO ALTO
I. DATOS GENERALES			
1 EDAD _____	<input checked="" type="checkbox"/> 20 A 30	<input type="checkbox"/> 15 A 19 <input type="checkbox"/> 31 A 35	<input type="checkbox"/> 14 o MENOS <input type="checkbox"/> 36 o MAS
2. PESO AL INICIO DEL EMBARAZO _____	<input checked="" type="checkbox"/> 51 A 64	<input type="checkbox"/> 65 A 75 <input type="checkbox"/> 41 A 50	<input type="checkbox"/> 76 o MAS <input type="checkbox"/> 40 o MENOS
3. ESTATURA _____ cms	<input checked="" type="checkbox"/> 150 o MAS	<input type="checkbox"/> 1.45 A 1.49	<input type="checkbox"/> 1.44 o MENOS
4 NIVEL SOCIO ECONOMIC	<input checked="" type="checkbox"/> ALTO MEDIO	<input type="checkbox"/> BAJO	<input type="checkbox"/> MUY BAJO
5 ESTADO CIVIL	<input checked="" type="checkbox"/> UNION LIBRE <input type="checkbox"/> CASADA	<input type="checkbox"/> SIN PAREJA	
6 ACTITUD	<input checked="" type="checkbox"/> ADECUADA	<input type="checkbox"/> INADECUADA	<input type="checkbox"/> MUY ALTERADA
7 ESCOLARIDAD	<input checked="" type="checkbox"/> SECUNDARIA O MAS	<input type="checkbox"/> PRIMARIA	<input type="checkbox"/> PRIMARIA INCOMPLETA O SIN ESTUDIOS
II. ANTECEDENTES			
GESTAS: _____			
8 PARIDAD _____	<input checked="" type="checkbox"/> 1 A 3	<input type="checkbox"/> 0 ó 4 A 6	
9 PARTO ANTERIOR	<input checked="" type="checkbox"/> NORMAL	<input type="checkbox"/> PROLONGADO	<input type="checkbox"/> TRAUMATICO
10 ABORTOS CONSECUTIVOS _____	<input checked="" type="checkbox"/> 0 ó 1	<input type="checkbox"/> 2 o 3	<input type="checkbox"/> 3 o MAS
11 CESAREAS PREVIAS _____	<input checked="" type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2 o MAS
12 PARTOS PRETERMINO _____	<input checked="" type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2 o MAS
13 PREECLAMPSIA-ECLAMPSIA	<input checked="" type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	
14 NIÑOS CON BAJO PESO <2500g _____	<input checked="" type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2 o MAS
15 NIÑOS MACROSOMICOS >4000g _____	<input checked="" type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> 1
16 MUERTES PERINATALES _____	<input checked="" type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2 o MAS
17 HIJOS MALFORMADOS _____	<input checked="" type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SI
18 CIRUGIA PREVIA	<input checked="" type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> GINECOLOGICA	<input type="checkbox"/> EN UTERO
19 DIABETES	<input checked="" type="checkbox"/> ABUELOS-TIOS	<input type="checkbox"/> PADRES	<input type="checkbox"/> PACIENTE
20 HIPERTENSION	<input checked="" type="checkbox"/> ABUELOS-TIOS	<input type="checkbox"/> PADRES	<input type="checkbox"/> PACIENTE
III. EMBARAZO ACTUAL			
21 HEMOGLOBINA _____	<input checked="" type="checkbox"/> 11 o MAS	<input type="checkbox"/> 9 A 10.9	<input type="checkbox"/> MENOS DE 9
22 FACTOR RH	<input checked="" type="checkbox"/> POSITIVO	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	<input type="checkbox"/> NEGATIVO
23 AMENAZA DE ABORTO	<input checked="" type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NO INMUNIZADA	<input type="checkbox"/> INMUNIZADA
24 AMENAZA DE PARTO PRETERMINO O INMADURO	<input checked="" type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> CONTROLADA	<input type="checkbox"/> ACTIVA
25 HEMORRAGIA GINECOLOGICA	<input checked="" type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> CONTROLADA	<input type="checkbox"/> ACTIVA
26 DIABETES GESTACIONAL	<input checked="" type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> CONTROLADA	<input type="checkbox"/> DESCONTROLADA
27 HIPERTENSION CRONICA	<input checked="" type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> CONTROLADA	<input type="checkbox"/> DESCONTROLADA
28 HIPERTENSION GESTACIONAL	<input checked="" type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> CONTROLADA	<input type="checkbox"/> DESCONTROLADA
29 CARDIOPATIA	<input checked="" type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> CONTROLADA	<input type="checkbox"/> DESCONTROLADA
30 NEFROPATIA	<input checked="" type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> CONTROLADA	<input type="checkbox"/> DESCONTROLADA
31 TABAQUISMO	<input checked="" type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	
32 ALCOHOLISMO	<input checked="" type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	
33 OTRAS TOXICOMANIAS _____	<input checked="" type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	
34 CONSANGUINIDAD	<input checked="" type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SI
35 RUPTURA DE MEMBRANAS	<input checked="" type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> 6 HRS o MENOS	<input type="checkbox"/> MAS DE 6 HRS
36 OTROS ESPECIFICAR _____	<input checked="" type="checkbox"/>		
EVALUADOR: _____	RIESGO FINAL: _____		

BIBLIOGRAFIA

1. Ahued AJR. Concepto de embarazo de alto riesgo. Rev Med ISSSTE, 1987, 1: 19-21.
2. Arias F. Guía práctica para el embarazo y el parto de alto riesgo. Mosby/Doyma libros 1994; 22-29, 185-217, 218-283, 267-501, 362-389.
3. Baha Sibai MD. Hipertensión arterial y embarazo. Clínicas de Perinatología Vo. 1, 1991, 754-773.
4. Hutchins FL, Miomatosis uterina. Clínicas de Ginecología y Obstetricia. Temas Actuales Vol. 4, 1994, 577-589.
5. Scott JR. Enfermedades tiroideas en el embarazo. Clínicas Obstétricas y Ginecológicas. Vol. 1, 1997; 1-4.
6. Juan FR. Norma Oficial Mexicana para la Atención de la Mujer Durante el Embarazo, Parto y Puerperio y del Recién Nacido. Secretaría de Salud, 1995: 25.
7. Arroyo P. La planeación de la salud perinatal. El caso de Francia. Perinatol Reprod Hum 1994; 4 (9).
8. Rivera LT. Influencia del control prenatal entre la morbimortalidad materna y perinatal en un centro hospitalario de 2do. Nivel de atención. Ginecol Obstet Mex 1994; 62: 12-40.
9. Martínez MS. Parto o cesárea: Atención médica jerarquizada por factores de riesgo perinatal. Tesis de Posgrado, ISSSTE-UNAM, 1989.
10. Trejo CR. Mortalidad materna, evolución de su estado en México en los últimos 25 años. Ginecol Obstet Mex 1997, 65: 3-17
11. Guzmán SA. ¿La reducción de cesáreas de 28 a 13% incrementa o no la mortalidad materna y perinatal, la gran duda?. Ginecol Obstet ;Mex 1989; 66: 221-226.
12. Yañez ME. Manejo de la púrpura trombocitopénica autoinmune refractaria durante el embarazo. Revisión de la literatura e informe de 3 casos. Ginecol Obstet Mex 1997; 65: 254-257.
13. Cabral CF. Perspectiva perinatal de la cardiopatía y embarazo. Revisión de 1169 embarazos. Ginecol Obstet Mex 1997; 65: 310-316.
14. Rojas PG. Muerte fetal repetida y síndrome de anticuerpos antifosfolípidos. Presentación de un caso. Ginec Obstet Mex 1997; 65: 523-528.
15. Zuñiga GS. Diabetes y embarazo. Ginec Obstet Mex 1989; 66: 221-226.

16. Leung SA. Perinatal outcome: Hyperthyroid pregnancies. *Obstet Gynecol* 1995; 81: 319-353.
17. Kriplani AB. Maternal and perinatal outcome complicating, pregnancy. *Corrd Obstet and Rep Biol* 54 (1994) 158-163.
18. Nava LMG. La evolución del riesgo perinatal. *Ginec Obstet Mex* 1995; 63 (suplemento 1) 935-942.