

31

11226

**Universidad Nacional Autónoma de México**



**UNAM**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACION**

**Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de  
los Trabajadores del Estado**

**UNIDAD ACADEMICA**

**HOSPITAL REGIONAL DEL ISSSTE MERIDA YUCATAN**

**OBSERVACION DEL RIESGO REPRODUCTIVO EN UN  
GRUPO DE MUJERES DE LA U.M.F. C+R2 DEL  
ISSSTE EN VALLADOLID, YUCATAN**

293660

**TRABAJO DE INVESTIGACION QUE  
PARA OBTENER EL DIPLOMA DE:**

**ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA:**

**JEFATURA DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION  
HOSPITAL REGIONAL "MERIDA"**

**DRA. MARGARITA GUILLERMINA CAUICH SORIANO**

**MERIDA, YUCATAN, MEXICO, 1995**

2001



**ISSSTE**



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.

**OBSERVACION DEL RIESGO REPRODUCTIVO DE UN  
GRUPO DE MUJERES DE LA U.M.F. C+R2 DEL ISSSTE EN  
VALLADOLID, YUCATAN.**

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

***P R E S E N T A :***

**DRA. MARGARITA GUILLERMINA CAUICH SORIANO**

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



**DR. MIGUEL ANGEL FERNANDEZ ORTEGA**

**JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR DE LA UNAM**



**DR. ARNULFO IRIGOYEN CORIA**

**COORDINADOR DE INVESTIGACION DEL  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR DE LA UNAM**



**DR. ISAIAS HERNANDEZ TORRES**

**COORDINADOR DE DOCENCIA DEL  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR DE LA UNAM**

**OBSERVACION DEL RIESGO REPRODUCTIVO DE UN  
GRUPO DE MUJERES DE LA U.M.F. C+R2 DEL ISSSTE EN  
VALLADOLID, YUCATAN.**

**TRABAJO DE INVESTIGACION QUE PARA OBTENER EL  
DIPLOMA DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA:**

**DRA. MARGARITA GUILLERMINA CAUCH SORIANO**



**DR. JACINTO MIGUEL RAMIREZ BAHENA**

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR PARA  
MEDICOS GENERALES DEL HOSPITAL REGIONAL ISSSTE - MERIDA, YUCATAN



**DR. CARLOS GABRIEL ROMERO SANTOYO**

ASESOR TEMATICO Y METODOLOGICO



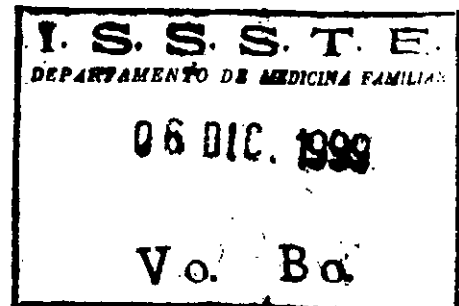
**DR. JOSE CASTRO CANTE**

ASESOR DE TESIS ISSSTE MEXICO.



**DRA. LETICIA ESNAURRIZAR JURADO**

JEFA DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
JEFATURA DE SERVICIOS DE ENSEÑANZA DEL ISSSTE



# DEDICATORIAS

Gracias Señor, por haberme dado  
una nueva oportunidad de  
superación.

A mis padres:  
Anatolio (+) y Margarita, por haber  
sido los seres que me dieron la vida  
y todo su amor.  
Gracias Señor.

A mis hermanos:  
Carlos, José, Luis (+), Lázaro y  
Ligia que siempre los he tenido en  
mi corazón  
Gracias Señor.

A mi esposo:  
Lorenzo, gracias amor mío por tu  
gran comprensión, paciencia,  
ternura y cariño, tu formas una  
gran parte de mi vida.  
Gracias señor.

A mis adorados hijos:  
Alberto y Paty, que son la fuente  
inspiradora de mi superación, y que  
siempre me alientan con su amor y  
comprensión a nunca claudicar.  
Gracias Señor.

Con todo mi cariño a:  
Elmy, Iris y Alfredo. Dios los puso  
en mi camino y mi lucha de  
superación. Es también por  
ustedes, que siempre los tengo  
presentes.  
Gracias Señor.

## INDICE GENERAL

### INTRODUCCION

I.- ANTECEDENTES Y MARCO TEORICO .....	1
II.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	15
III.- JUSTIFICACION .....	16
IV.- OBJETIVO .....	17
V.- METODOLOGIA .....	19
1.- TIPO DE ESTUDIO	
2.- POBLACION, LUGAR Y TIEMPO	
3.- TIPO DE MUESTRA Y TAMAÑO DE LA MUESTRA	
4.- CRITERIOS DE INCLUSION	
5.- CRITERIOS DE EXCLUSION	
6.- CRITERIOS DE ELIMINACION	
7.- VARIABLES DE MEDICION	
8.- PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR LA INFORMACION	
VI.- RESULTADOS .....	24
VII.- ANALISIS DE LOS RESULTADOS ENCONTRADOS .....	38
VIII.- CONCLUSIONES .....	39
IX.- REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS .....	40
X.- ANEXOS .....	42

## INTRODUCCION

El Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, dentro de su programa de atención médica, calidad y superación constante lleva a cabo un convenio con la Universidad Nacional Autónoma de México, para la preparación de su personal médico, dando la oportunidad para la especialización de Medicina Familiar.

La delegación estatal fue sede en el curso que se brindó en la ciudad de Mérida, Yucatán.

A los médicos inscritos en el programa de Medicina Familiar, como requisito se solicitó desarrollar un trabajo de Investigación.

Motivo por el cual el presente trabajo de investigación que se titula "OBSERVACION DEL RIESGO REPRODUCTIVO EN UN GRUPO DE MUJERES DE LA U.M.F.C.+R2 EN VALLADOLID, YUCATAN".

Se considero importante, ya que con frecuencia en la consulta diaria hay la oportunidad de observar y detectar factores de riesgo reproductivo.

Esperando que los resultados obtenidos, de este estudio, sirva para orientar, y fomentar más medidas de prevención con el fin de reducir la morbimortalidad del binomio madre e hijo.

## I.- ANTECEDENTES Y MARCO TEORICO

Tomando en cuenta que el grupo Materno Infantil ocupa aproximadamente la tercera parte del grupo de población en estudio y en general de toda la población. Es por eso que la motivación y preparación de tomar mayores medidas de prevención y promoción de la salud.

En nuestro país la atención Materno Infantil ha sido una acción prioritaria en el presente siglo, en virtud de que la madre y el niño constituyen un grupo particularmente sensible a los factores ambientales adversos, de tal suerte que sus indicadores de salud son también considerados como indicadores de desarrollo socioeconómicos del país.

En la época actual, el mejoramiento de los niveles de salud Materno Infantil, ocupa un lugar predominante dentro de la política y estrategia (1 y 2).

Las causas de mortalidad en esta etapa de población Materno Infantil en un alto grado son patológicas que pueden ser evitables.

Es importante tomar en cuenta a la mujer desde el momento de la gestación, el cual es un estado fisiológico cuyo fin es la perpetuación de la especie, y se caracteriza por tener homeostasis propia.

Se inicia en la fecundación, como promedio dura 280 días (contados a partir del primer día del último ciclo menstrual) o 40 semanas, o 9 meses lunares y termina con la expulsión y los anexos seguidos por periodos puerperio (6 a 8 semanas) y por el de lactancia (6 a 8 meses).

El desarrollo intrauterino del homógéno (nombre genérico del producto de la concepción de los humanos), se inicia en las trompas de Falopio, desciende por estas y llega a la cavidad intrauterina; donde encuentra su lecho definitivo aproximadamente 6 días después de la concepción.

En el transcurso del período que precede al nacimiento, el nuevo ser está en el medio ambiente intrauterino, sujeto a sufrir desequilibrio influido por el estado físico y emocional de la madre, como son los estados tensionales, la desnutrición, las enfermedades heredofamiliares o propias de su estado, medicamentos, etc.

La naturaleza en su constante vigilar por la conservación y mejoría de la especie, otorga a ese nuevo ser su aprobación al derecho de vivir, siempre que se muestre su aptitud para ello, superando las pruebas que le presenta en el transcurso de su existencia. Las trabas se inician desde el momento de la fecundación en donde solo se le da la oportunidad del gameto más apto, es el primer obstáculo por salvar. Batalla ineludible para todo ser humano es el nacimiento, que como toda vida deja huellas o secuelas en todos los sobrevivientes, en algunos son tan leves que pueden pasar inadvertidos, en cambio en otros, los marca siempre.

En la clínica tenemos valiosas manifestaciones fetales que señalan estar ante una situación como la descrita, a la que se le ha denominado "sufrimiento fetal". La manifestación clínica de este cuadro es la elevación de la frecuencia cardíaca hasta por encima de 155 latidos por minuto.



**RIESGOS:** La probabilidad que tiene un individuo o grupo, de sufrir un daño.

**DAÑO:** Es por lo tanto el resultado deseado en frecuencia del cual se mide el riesgo.

**FACTORES DE RIESGO:** Es toda característica asociada a una probabilidad mayor de sufrir daño. Por ejemplo, una embarazada fumadora presenta un factor de riesgo que aumenta su probabilidad (riesgo) de tener un hijo de bajo peso al nacer (daño o resultado no deseado).

**RIESGO OBSTÉTRICO:** La probabilidad que tiene una embarazada, el feto o el recién nacido, de padecer lesión o muerte en presencia de ciertos factores.

**RIESGO REPRODUCTIVO:** La probabilidad que tiene una mujer en edad fértil o su producto potencial de padecer lesión o muerte en caso de ocurrir un embarazo, en presencia de ciertos factores.

**EMBARAZO DE ALTO RIESGO:** Aquel en el que existen factores o características que aumentan la probabilidad de que se produzca un daño a la madre, al feto y/o al recién nacido.

**MUERTE MATERNA:** Se considera muerte materna la de toda mujer, mientras esta embarazada o dentro de los 42 días completos terminado el embarazo, por cualquier causa relacionada o agravada por la gestación o su manejo (4, 5 y 6).

Las muertes maternas pueden clasificarse de la siguiente manera:

I.- CAUSA OBSTETRICA DIRECTA.

- a) Parto
- b) Puerperio (Toxemia gravídica, hemorragia, placenta previa)

II.- CAUSA OBSTETRICA INDIRECTA.

- a) Hipertensión previa.
- b) Cardiopatía previa.
- c) Insuficiencia renal previa.

Por la generalidad de los países, las tasas de mortalidad materna, en los últimos años a tendido a desaparecer, esto se relaciona con un mejoramiento general de los recursos puestos al servicio de la salud materna. (8)

**LAS CAUSAS DE LA MORTALIDAD MATERNA EN YUCATAN, EN EL AÑO DE 1992, SE COMPARA CON EL PROMEDIO NACIONAL EN EL SIGUIENTE CUADRO**

ENTIDAD	TOTAL	TASA	ABORTO	CAUSAS OBST. DIRECTAS	HEMORRAGIA DEL EMBARAZO Y PARTO	TOXEMIA DEL EMBARAZO	INFECC. DEL APARATO GENITO UTERINARIO	PARTO OBSTRUIDO	COMPLICACION DEL PUERPERIO	CAUSAS OBST. INDIRECTAS
E.U.M.	1 399	5.0	98	1288	379	350	2	26	115	13
YUC.	24	5.8	3	21	7	4	0	0	5	0

FUENTE: Departamento de Información del S.S.E.

**POR OTRA PARTE LA VARIACIÓN SEGÚN LAS CAUSAS DE MORTALIDAD MATERNA, PARA EL PERIODO 1988-1992 SE SEÑALAN ABAJO**

CAUSAS	1988	1989	1990	1991	1992	TOTAL	% RM
HIPERT. EMB. PARTO Y PUERPERIO	6	9	8	5	4	32	25.19
OTRAS COMPLICACIONES DEL PARTO	6	3	1	1	0	11	8.6
HEMORRAGIA POSTPARTO	4	7	2	4	5	22	17.3
HEMORRAGIA ABRUPTO PLACENTA	2	1	1	1	2	7	5.5
OTRO TRAUMA OBSTETRICO	2	0	1	2	0	5	3.9
OTRO PROD. ANORMAL DE LA CONCEPCION	1	0	0	1	2	2	1.6
ABORTO ESPONTANEO	1	0	0	1	0	2	1.6
ANORMAL DINAMICA DEL TRAB. DEL PARTO	1	1	3	3	3	11	8.6
OTRAS COMPLIC. DEL EMB. NO CLASIF.	1	0	0	1	0	2	.6
SEPSIS PUERPERIAL	0	1	0	2	2	5	3.9
TODAS LAS DEMAS CAUSAS	3	4	5	8	8	28	22.0

FUENTE: Departamento de Información del S.S.E.

## Trabajo de Investigación: Observación de Riesgo Reproductivo

Se observa que la tasa de mortalidad materna en los últimos años, han tendido a descender; esto se relaciona con el mejoramiento general de los recursos puestos al servicio de la salud materna.

Con respecto a la tasa global de fecundidad a nivel nacional, también ha presentado cambios de 1970 a 1994, disminuyendo notablemente, pasando de 6.8 a 1.9 hijos por mujer.

### TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD

AÑO	HIJOS POR MUJER
1970	6.8
1980	3.6
1992	2.0
1993	1.9

FUENTE: Departamento de Información S.S.E.

### TASAS ESPECIFICAS DE FECUNDIDAD

GRUPO DE EDAD	NACIMIENTOS X 100 MUJERES		REDUCCIONES EN %
	1978	1991	
15-19	135	50	4027
20-24	225	165	3527
25-29	210	150	3635
30-34	170	110	3636
35-39	135	60	6036
40-44	50	20	60

FUENTE: Departamento de Información Secretaria de Salud del Estado.(S.S.E)

En la tabla anterior se observa una reducción importante en cuanto a la fecundidad, cuyas causas pueden ser económicas, de riesgo reproductivo, de planeación familiar, u otras.

La tasa de mortalidad materna en nuestro país, en 1992, fue de 5.0 por cada 10 000 nacidos vivos registrados. En Yucatán, en el mismo año, fue de 5.8% ocupando el 14° lugar a nivel nacional.

En el mismo año de 1992, a nivel nacional, y en el estado, la relación muerte fetal - edad intrauterina, fue la siguiente:

## DEFUNCIONES FETALES POR EDAD INTRAUTERINA 1992

ENTIDAD FEDERATIVA	TOTAL	EDAD INTRAUTERINA (MESES)						NO ESP.
		-17	17-19	20-27	28-36	37-39	40 y +	
E.U.M.	29 644	1143	1 197	6 341	9 234	5 311	6 183	235
YUCATAN	464	3	9	59	158	115	115	5

FUENTE: Departamento de Información S.S.E.

En el cuadro anterior se observa que el mayor número de defunciones se presentó en el período de 28 a 36 semanas de edad intrauterina. Cabe mencionar que Yucatán ocupó ese el año el 21° lugar en el país por número de casos de defunción.

En los siguientes cuadros, se observan el descenso de la tasa bruta de mortalidad, mortalidad infantil y tasa bruta de natalidad en el país.

### TASA BRUTA DE MORTALIDAD

AÑO	TASA POR 1000 HABITANTES
1940	23.0
1950	16.0
1970	10.2
1980	6.9
1994	5.1

FUENTE: Departamento de Información S.S.E.

### MORTALIDAD INFANTIL

<b>AÑO</b>	<b>No. DE MUJERES POR 100 NACIDOS VIVOS</b>
1950	100.0
1970	75.2
1994	26.3

FUENTE: Departamento de Información S.S.E.

### TASA BRUTA DE NATALIDAD

<b>AÑO</b>	<b>NAC. POR 100 HABITANTES</b>
1970	45.1
1980	28.6
1994	26.3

FUENTE: Departamento de Información S.S.E.

También se encuentra que la esperanza de vida al nacer se ha incrementado 41.7 años más, de 1905 a 1994 como lo demuestra el siguiente cuadro. (5)

### ESPERANZA DE VIDA AL NACER

<b>AÑO</b>	<b>ESPERANZA DE VIDA</b>
1905	30.0 años
1970	61.2 años
1994	71.1 años

Después de varios experimentos en otros países en 1983, se reestructura la atención Materno - Infantil en México, tal como se aplica actualmente (9). En base al aumento de morbimortalidad de dicho grupo de la población. En un principio las medidas preventivas eran dirigidas solo a las embarazadas, para ahora aplicarse a todas las mujeres en edad fértil de 15 a 49 años de edad.

Este movimiento, al parecer se inicio en Inglaterra (3) utilizando estrategias para determinar que factores incrementaban el peligro de daño, tanto en la madre como en el producto, es decir identificar plenamente cuales son los factores de riesgo reproductivo.

En la actualidad el médico familiar debe tener completo conocimiento de poder detectar, controlar y canalizar, cuando el paciente lo requiera, a un 2° o tercer nivel de atención medica, cuando se le presenten los factores de riesgo reproductivo, tomando en cuenta los siguientes puntos.

## **ANTECEDENTES GENERALES**

### ***EDAD***

Existe el consenso, producto de diversos estudios realizados sobre mortalidad materna y perinatal, de que el periodo ideal para la reproducción de la mujer es el comprendido entre los 20 y los 29 años, ya que de los 30 a los 34 existe un ligero incremento del riesgo. En particular las mujeres que se embarazan con menos de 20 años y de los 35 en adelante, están sometidas a mayores riesgos de la mortalidad referida, que obedecen a la mayor frecuencia de presentación de ciertas entidades o complicaciones como son las siguientes:

- Menores de 20 años: incidencia aumentada de toxemia gravídica, prematurez y síndrome de bajo peso al nacer
- Mayores de 35 años: incidencia aumentada de toxemia gravídica, distocias de contracción, inserciones o adherencias anormales de la placenta, defectos al nacimiento y enfermedades crónicodegenerativas del tipo de la diabetes y la hipertensión arterial. (10)

### ***MULTIGRAVIDEZ***

El número excesivo de embarazos ha sido descrito como un factor de riesgo para la salud materna y perinatal, en virtud de que a partir de la quinta gestación se encuentra un aumento sensible de las tasas correspondientes de morbimortalidad.

Dicho aumento obedece a la mayor frecuencia de presentación de ciertas complicaciones obstétricas, entre las cuales destacan:

- Distocias de contracción, que originan trabajos de parto prolongado y aumentan la probabilidad de ruptura uterina espontánea.
- Hemorragias anteparto y transparto, como consecuencia de mayor frecuencia de inserciones o adherencias anormales de la placenta.
- Hemorragias posparto que son debidas con mayor frecuencia a cuadros de hipotonía a atonía uterina.

Entre otros problemas asociados con la multigravidez, debe mencionarse el efecto diabetogénico de los embarazos numerosos, aparentemente condicionado por la producción de sustancias antagonistas de la insulina por la placenta y que puede ocasionar la aparición clínica de la enfermedad en las mujeres con carga genética propiciatoria.

### ***INTERVALO INTERGESTACIONAL***

En términos generales se acepta que un intervalo intergenésico corto (período entre el último parto o resolución del embarazo y la siguiente concepción) constituye un factor de riesgo, especialmente cuando es menor de 18 meses.

Lo anterior obedece a que los espacios intergenésicos breves se acompañan de fenómenos de depleción o deterioro nutricional materno que a su vez, se asocian a un aumento de la probabilidad de originar productos prematuros o de bajo peso al nacer, así como a un incremento de la mortalidad posneonatal.

Este último aspecto se considera determinado por el llamado fenómeno de competencia, que aumenta el peligro de desnutrición a edades tempranas y reduce las posibilidades de supervivencia del hijo previo al ocurrir destete precoz y disminuir, por tanto, la duración de la lactancia materna.

### ***PESO CORPORAL***

Las desviaciones extremas en el peso corporal de la mujer están bien definidas como elementos que propician morbimortalidad perinatal y materna.

Por ejemplo, la mujer obesa presenta con mayor frecuencia toxemia gravídica y anormalidades de la dinámica uterina, que favorecen trabajos de parto o períodos expulsivos prolongados y que comprometen claramente el bienestar del producto.

Por otra parte, la obesidad es en ocasiones el reflejo de una diabetes subclínica que, sin embargo, ejerce sus efectos desfavorables sobre la condición fetal o neonatal.

Lo anterior se ha considerado como una de las causas de mayor incidencia de recién nacidos macrosómicos que se presentan en casos de embarazos asociados con la obesidad.

La desnutrición se ha asociado también con daños maternos y perinatales, entre los cuales destacan con mayor frecuencia: toxemia del embarazo, prematuridad y bajo peso al nacer. (11-12)

## **ANTECEDENTES PATOLÓGICOS OBSTÉTRICOS.**

### ***ABORTO***

El antecedente de abortos previos en la historia reproductiva de una mujer se considera un factor de riesgo, tanto por su tendencia a recurrir, como por ser esta complicación una de las principales causas de muerte materna.

En el caso del aborto espontáneo, el peligro de recurrencia es especialmente patente del tercero en adelante y causa mobimortalidad materna principalmente por hemorragias graves, además de que ha sido asociado con muerte fetal temprana.

Ambos tipos de aborto pueden dar origen a infertilidad secundaria, en el primer caso por muerte fetal repetida y en el segundo por aborto habitual. (11-12)

### ***MUERTE PERINATAL***

La mortalidad perinatal se clasifica en Tipos I y II. La de Tipo I corresponde a las muertes acaecidas desde la semana 28 de la gestación hasta los siete días de vida extrauterina, inclusive. La Tipo II a las ocurridas desde la semana 20 del embarazo hasta los 28 días de vida extrauterina; es decir, abarca todo el período neonatal.

La mortalidad perinatal en cualesquiera de sus variedades tiene dos componentes fundamentales: la mortalidad fetal y la mortalidad neonatal.

### ***MUERTE FETAL***

Es un factor de gran riesgo porque, una vez que ya ha ocurrido, tiende a presentarse nuevamente en embarazos futuros.

Entre las causas más importantes de mortalidad fetal se encuentran las enfermedades crónico degenerativas en la madre, del tipo de diabetes mellitus, hipertensión arterial y padecimientos que se acompañan de lesión generalizada de los vasos sanguíneos; ésta, a su vez, ocasiona trastornos vasculares útero placentarios, que se traducen en hipoxia fetal crónica habitualmente grave.

Independientemente de que la mayoría de las muertes fetales tiene el origen anteriormente descrito, existe un grupo de ellas que se presenta en el trabajo de parto, como consecuencia de la disminución de la oxigenación provocada por las contracciones uterinas. Sin embargo, en muchos de estos casos, la muerte ocurre porque ya existía deficiencia fetal previa en el aporte de oxígeno.



Ciertas complicaciones agudas del embarazo son también causa de muerte fetal; entre ellas podríamos citar la toxemia gravídica y desprendimiento prematuro de placenta, que pueden acompañarse de este tipo de mortalidad entre el 30 y el 50 por ciento de los casos.

### ***MUERTE NEONATAL***

El antecedente de muerte neonatal en la historia reproductiva de una mujer constituye un factor de riesgo, porque con cierta frecuencia es la manifestación obstétrica de un problema que tiende a recurrir o de la presencia de patología de tipo crónicodegenerativo.

De esta manera, la mortalidad neonatal es causada básicamente por prematurez, bajo peso al nacer y defectos graves al nacimiento. Otros elementos que la propician son, tanto el trauma obstétrico que en muchas ocasiones es secundario al intervencionismo que motivan las distocias generadas por situaciones de riesgo obstétrico, como la complicación vascular sistémica propia de las enfermedades crónicodegenerativas que ya se han mencionado y que dan origen a insuficiencia placentaria. (13-14)

Como puede reconocerse, la mayoría de las complicaciones referidas tiene una clara tendencia a la recurrencia en embarazos subsecuentes, lo que a su vez condiciona una alta probabilidad de repetición de la muerte neonatal, una vez que ya se ha presentado en embarazos previos.

### ***PREMATUREZ***

En alguna época se consideró sinónimo de prematurez el peso menor de 2,500 gramos al nacer, en la actualidad se acepta que debe definirse solamente por una edad gestacional menor a 37 semanas, ya que existen productos cuyo peso al nacer puede ser menor de los 2,500 gramos, pero correspondientes a un embarazo de término por edad gestacional. Precisamente estos últimos casos representan a la entidad conocida como "síndrome de bajo peso al nacer".

La prematurez tiene mayor importancia como causa de muerte neonatal, aun cuando existe una pequeña proporción de casos en que también es responsable de muerte fetal.

Existen múltiples causas que pueden dar lugar a un parto prematuro. Las principales son: enfermedades crónicodegenerativas de la madre, complicaciones agudas del embarazo, edad menor de 20 años, intervalos intergenésicos cortos y anomalías morfológicas o funcionales del aparato genital.

Sin embargo, en la gran mayoría de los casos, la causa precisa del parto prematuro no logra determinarse: por ello, la simple historia de partos prematuros previos entre los antecedentes obstétricos de una mujer, debe hacer pensar en una elevada probabilidad de que esta complicación se presente en caso de un nuevo embarazo.

### ***DEFECTOS AL NACIMIENTO***

Constituyen los ejemplos más claros de un factor de riesgo reproductivo, porque tienen una probabilidad definida de repetir en embarazos subsecuentes y porque son causa importante de morbimortalidad perinatal.

La probabilidad de recurrencia a que nos hemos referido dependen del tipo de transmisión genética del defecto. Por ejemplo, los de tipo dominante casi siempre aparecerán de nuevo; en cambio, los de tipo recesivo se manifestarán sólo en ciertas ocasiones.

Los agentes teratogénicos deben por tanto tenerse muy presentes para investigarlos en la historia reproductiva de una mujer. Ejemplos de esto son las radiaciones, los medicamentos, el contacto con virus durante el embarazo y las toxicomanías. (14-15)

### ***TOXEMIA GRAVÍDICA***

La toxemia gravídica como factor de riesgo reproductivo radica, por una parte, en que es la causa más importante de morbimortalidad materna en México, al igual que en todos los países en vías de desarrollo y por la otra, en que tiene elevada probabilidad de volverse a presentar en un embarazo subsecuente una vez que ya se ha padecido.

La toxemia afecta principalmente a las embarazadas que se encuentran en edades extremas de la vida reproductiva, a mujeres obesas o desnutridas y con padecimientos como la diabetes y la enfermedad renal o hipertensiva.

Existe opinión generalizada respecto a que la toxemia gravídica se presenta con más frecuencia en las primigestas y adquiere mayor gravedad mientras más joven es la paciente. La gravedad se acentúa en mujeres mayores de 35 años, probablemente porque muchas de ellas padecen enfermedades crónico degenerativas y, por consiguiente, tienen lesiones en los aparatos vascular, cardíaco y renal.

En cuanto a la recurrencia de la toxemia en subsiguientes embarazos, es importante establecer que la frecuencia de ella depende de si la enfermedad toxémica se añadió a problema hipertensivo preexistente. Si la situación es ésta última, obviamente la probabilidad de repetición es mayor, puesto que el problema vasculorrenal aparecerá en la siguiente gestación y probablemente más acentuado.

### ***CESÁREA PREVIA***

Es un factor de riesgo reproductivo cuya importancia mundial va en aumento, debido a que se ha incrementado la proporción de embarazos que terminan por vía abdominal a fin preservar el bienestar del producto.

Si bien el aumento en el número de cesáreas que se practica ha contribuido a reducir las tasas de mortalidad perinatal, no debe olvidarse que conlleva ciertos riesgos para un embarazo futuro. Por ejemplo, la existencia de una o más cicatrices uterinas anteriores, se asocia con una mayor frecuencia de inserción baja de placenta, acretismo placentario y lesiones viscerales accidentales causadas por el procedimiento quirúrgico en sí.

Finalmente, debe considerarse el peligro que se realice un cálculo erróneo en la ejecución de una cesárea repetida y se ocasionen un nacimiento prematuro.

### ***HEMORRAGIAS DE LA SEGUNDA MITAD DEL EMBARAZO O PARTO***

La característica que convierte en factor de riesgo reproductivo a este grupo de complicaciones, es su tendencia a presentarse nuevamente en embarazos subsecuentes.

Por ejemplo, la cesárea anterior que conlleva el peligro de ruptura de la cicatriz uterina, placenta previa y acretismo placentario, se asocia claramente con mayor probabilidad de hemorragia. De igual manera, la toxemia gravídica favorece esta complicación, debido fundamentalmente a disminución de la oxigenación del músculo uterino, que reduce su capacidad contráctil después del nacimiento del producto.

Ya se ha señalado que la edad mayor de 35 años se asocia con un incremento claro en la frecuencia de presentación de inserción baja de placenta y atonía uterina, por lo cual la hemorragia obstétrica es más probable en la mujeres añosas.

La historia obstétrica de hemorragias en embarazos y partos previos de una mujer en edad reproductiva o la existencia de algunos de los antecedentes señalados, debe hacer que se tenga presente la alta posibilidad de recurrencia de esta complicación. (11-16)

## **ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS**

### ***HIPERTENSION ARTERIAL***

Su etiología permanece desconocida. No obstante, la investigación epidemiológica ha permitido determinar una elevada prevalencia en la población de mujeres en edad fértil, lo que es fácilmente demostrable porque los accidentes vasculocerebrales, que son la complicación mas frecuente en México, constituyeron hacia 1980 la cuarta causa de muerte de dichas mujeres.

La importancia de la hipertensión como factor de riesgo de morbilidad materna y perinatal, al propiciar la toxemia gravídica y la generación de productos de bajo peso al nacer, así como muerte fetal in útero y complicaciones hemorrágicas tales como el desprendimiento prematuro de la placenta normoinserta, con la cual se asocia frecuentemente.

### ***CARDIOPATIA***

La elevada frecuencia en nuestro medio, al igual que en los países en vías de desarrollo, obliga a considerarla como un factor de riesgo reproductivo en caso de embarazo. Esta frecuencia obedece a la alta prevalencia de fiebre reumática que origina secuelas valvulares y alteración hemodinámica, generalmente grave. El daño de la cardiopatía incide tanto en la salud materna como en la perinatal.

Si una mujer con cardiopatía desea embarazarse, requiere de una evaluación clínica particularmente cuidadosa, en la cual se ponga especial interés en la determinación de la capacidad funcional del corazón y en la presencia o no de complicaciones que ensombrecen el pronóstico materno y perinatal.

### ***DIABETES***

Esta entidad nosológica es responsable principalmente de morbilidad perinatal, aun cuando también puede producir graves complicaciones maternas.

Así, los principales daños a la salud perinatal dependen de la gravedad y duración de la enfermedad.

En muchas ocasiones, la única forma de sospechar si una mujer en edad fértil tiene diabetes, es la presencia de ciertas características en su historia reproductiva relacionadas con los problemas perinatales causados por este padecimiento:

- Abortos espontáneos.
- Incremento marcado en la frecuencia de defectos al nacimiento.
- Muerte fetal, que resulta temprana en la diabetes avanzada o tardía en la diabetes incipiente.
- Macrosomía fetal, que es causa de sobredistensión uterina y de trabajo de parto prolongado.
- Hipoglicemia y consecuentemente hipoxia neonatal, que produce lesiones del sistema nervioso central.

Entre los daños más comunes que causa la diabetes en la salud materna se encuentran:

- Incremento en la frecuencia de polihidramnios, que pueden ser causa de hemorragia posparto por sobredistensión uterina.
- Aumento en la incidencia de toxemia gravídica, que se considera debida a la lesión vascular generalizada que acompaña a la diabetes. (17)

## **NEFROPATIA**

En sus dos variedades clínicas, parenquimatosa primaria e infecciosa, constituye un factor de riesgo principalmente para la morbilidad perinatal y secundariamente para la materna.

La nefropatía más importante, por ser la más frecuente, es la infección crónica de las vías urinarias que predomina en la mujer, se presenta o recidiva durante el embarazo y en ocasiones toma comportamiento subclínico.

La infección crónica de las vías urinarias, que se presenta en 10 por ciento de todas las embarazadas, se ha asociado con un incremento significativo de recurrencia de parto prematuro e inclusive de muerte fetal in útero.

Por su parte, la enfermedad renal parenquimatosa, cuya causa más frecuente es la glomerulonefritis crónica, favorece el incremento de fenómenos tales como: bajo peso al nacer, prematuridad por interrupción obligada del embarazo, toxemia gravídica y sus complicaciones. (16-17)

El conocimiento de las principales condiciones, características o patologías que colocan a una mujer en edad fértil en peligro de generar un embarazo de alto riesgo, deberá permitir a los integrantes de los equipos de salud, el desarrollo de las acciones preventivas y asistenciales más importantes para reducir la morbilidad materna y perinatal, como son:

- La identificación sistemática de las mujeres en edad fértil no embarazadas, que presentan alguna de las condiciones que se han señalado y que, por lo tanto, se encuentran en riesgo reproductivo.
- El desarrollo de labores educativas destinadas a favorecer el autocuidado de la salud y el reconocimiento de sus riesgos asociados con el embarazo.

## **II.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.**

¿ Cuáles son los principales factores de riesgo reproductivo en mujeres fértiles y derechohabientes del I.S.S.T.E. en la población de Valladolid, Yucatán ?

## II.- JUSTIFICACION

Tomando en cuenta que los factores de riesgo reproductivo afectan directamente al binomio madre e hijo, aumentando la morbimortalidad y por lo consiguiente aumentan la problemática económica del I.S.S.S.T.E.

Por lo tanto es importante tomar medidas preventivas, enfocadas para prevenir estos factores de riesgo reproductivo y por consiguiente disminuir la morbimortalidad del binomio y mejorar la calidad de vida. Por lo tanto los gastos ocasionados a la institución, serían menores, y los programas serían directamente enfocadas para la mujer en edad fértil y previniendo sobre los factores de riesgo reproductivo de mayor frecuencia.

#### **IV.- OBJETIVO**

##### **OBJETIVO GENERAL:**

Determinar los principales factores de riesgo reproductivo en mujeres fértiles en la población de derechohabientes del I.S.S.S.T.E. de la ciudad de Valladolid, Yucatán.

##### **OBJETIVOS ESPECIFICOS:**

IDENTIFICAR: Los factores de riesgo reproductivo desde el punto de vista:

- a) ANTECEDENTES GENERALES
- b) ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES.
- c) ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS.
- d) ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS.
- e) ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS.
- f) ANTECEDENTES PATOLOGICOS OBSTETRICOS
- g) EXAMEN FISICO.



### **HIPOTESIS**

No requiere hipótesis por tratarse de un estudio descriptivo.

## V.- METODOLOGIA

### 1.- TIPO DE ESTUDIO:

Descriptivo, porque se intenta describir como se encuentran los factores de riesgo reproductivo en la comunidad en estudio.

Observacional, ya que un grupo de la población se observó durante un tiempo en que fue estudiada.

Transversal, los datos recogidos, fue en un tiempo corto, no hubo seguimiento y es medible una sola vez.

Prospectivo, porque se realiza en el tiempo que dura el estudio.

### 2.- POBLACION-LUGAR-TIEMPO:

La población o universo, total de mujeres en edad fértil es de 932. El lugar de estudio es en la comunidad de Valladolid, Yucatán, esta región, se encuentra localizada en el oriente del estado de Yucatán limitada al norte por los municipios de Buctzoz, Sucila y Tizimin, al sur con Sotuta, Chankum y el Estado de Quintana Roo, al este con Quintana Roo y al oeste con Izamal y Xocchel. La unidad médica del I.S.S.S.T.E., se encuentra en la colonia Bacalar de dicha comunidad, donde existe mucha facilidad de acceso a la clínica la cual está clasificada como U.M.F.C.+ R2 y se realizó en un tiempo de 12 meses comprendido del 1° de Julio de 1994 a Junio 30 de 1995. (Situación Geográfica en anexo)

### 3.- TIPO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA:

Del universo de estudio que es de 932 mujeres en edad fértil se toma una muestra representativa de aproximadamente un 10%. Tomando una muestra de 100 mujeres seleccionadas en forma aleatoria por cuotas (19).

Trabajo de Investigación: Observación de Riesgo Reproductivo

4.- CRITERIOS DE INCLUSION:

Se estudiaron y valoraron a todas la mujeres que comprendieron:

- a) De 15 a 49 años.
- b) Embarazadas o no.
- c) Derechohabientes del I.S.S.S.T.E.

5.- CRITERIOS DE EXCLUSION:

- a) Mujeres menores de 15 y mayores de 49.
- b) Paridad satisfecha.
- c) Histerectomizadas.
- d) No derechohabientes del I.S.S.S.T.E.

6.- CRITERIOS DE ELIMINACION:

- a) Cédula incompleta o ilegible.

7.- VARIABLES DE MEDICION:

Se utilizó variables cualitativas de tipo nominal, categoría independiente:

Variables	Presente o Ausente						
Estado Nutricional	Desnutrición	Nutrición Normal	Obesidad				
Antecedentes Personales no Patológicos	Escolaridad	Medio Socio-económico	Alcoholismo	Tabaquismo	Drogadicción		
Antecedentes Personales Patológicos	Hipertensión Arterial	Diabetes Mellitus	Cardiopatías	Neuropatías	Asma	Obesidad	
Antecedentes Gineco-Obstétricos	Menarca	Vida Sexual	Aborto	Cesárea	Toxemia		
Antecedentes Patológicos Obstétricos	Toxemia	Muerte Fetal	Mal Formaciones	Macrosomia			

Nota: Presente ✓ Ausente --

8.- PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR LA INFORMACION.

Se elaboró la pirámide de población de la U.M.F.C.+R2 I.S.S.S.T.E. Valladolid, Yucatán, para conocer el total de derechohabientes de la Unidad Médica en estudio, los cuales fueron 2, 840 separándolos por grupos de edades de 0 a 94 años, resultando 1, 226 hombres y 1,614 mujeres.

## Trabajo de Investigación: Observación de Riesgo Reproductivo

Posteriormente se elaboró un formato para hacer la historia clínica de cada paciente en estudio para identificar el riesgo reproductivo (anexos), así como con el apoyo de los expedientes seleccionados para el estudio, tomados del archivo de la U.M.F.C.+R2 Valladolid, Yucatán, en forma ya antes descrita.

Se valoraron a las pacientes conforme acudían a la clínica, independientemente del motivo de la consulta, o acudiendo a encuestar a su domicilio en la misma comunidad de Valladolid, Yucatán, o en varios municipios en donde viven.

Se utilizó instrumentos médicos, como, estetoscopio, baumanómetro y báscula, se seleccionó y contabilizó a las pacientes en estudio en forma de paloteo, tomando en cuenta los datos personales patológicos y no patológicos, heredofamiliares, gineco-obstétricos, patológicos-obstétricos y examen físico, y de acuerdo con estos datos se fueron determinando los factores de riesgo reproductivo mas frecuentes de la comunidad en estudio. Se elaboraron tablas y gráficas de acuerdo a los resultados obtenidos.

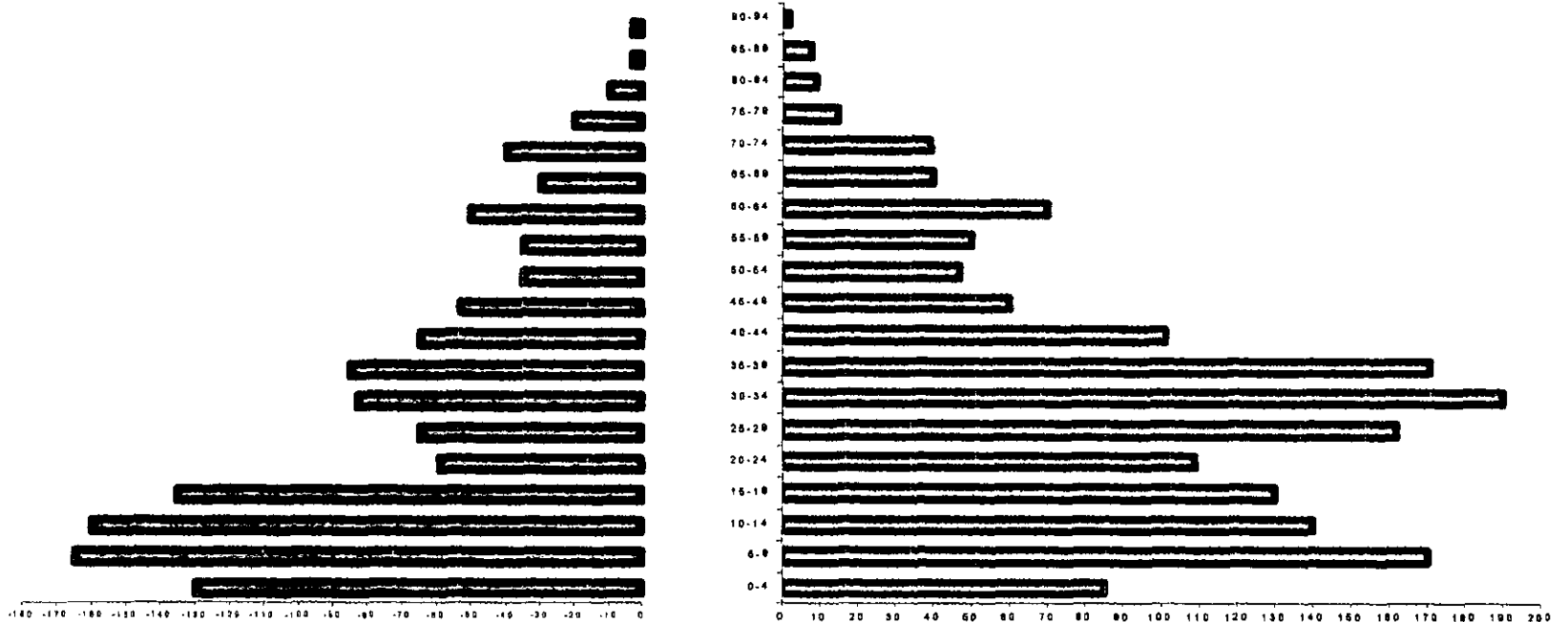
9.- CONSIDERACIONES ETICAS:

El presente trabajo de investigación se apega a las recomendaciones establecidas en la declaración de Helsinki y a la ley de salud en materia de investigación biomédica de la Secretaría de Salud.

# PIRAMIDE DE POBLACION DE LA U.M.F.C+R2 ISSSTE VALLADOLID, YUCATAN

1994

Total : 2,840 Derechohabientes



HOMBRES: (1,226)

MUJERES: (1,614)

FUENTE:

ARCHIVO CLÍNICO U.M.F.C.+R2 VALL. ISSSTE. 1994

## VI.- RESULTADOS

### 1.- TABLAS Y GRAFICAS QUE SE ELABORARON DURANTE EL ESTUDIO

#### 2.- DESCRIPCION DE LOS RESULTADOS

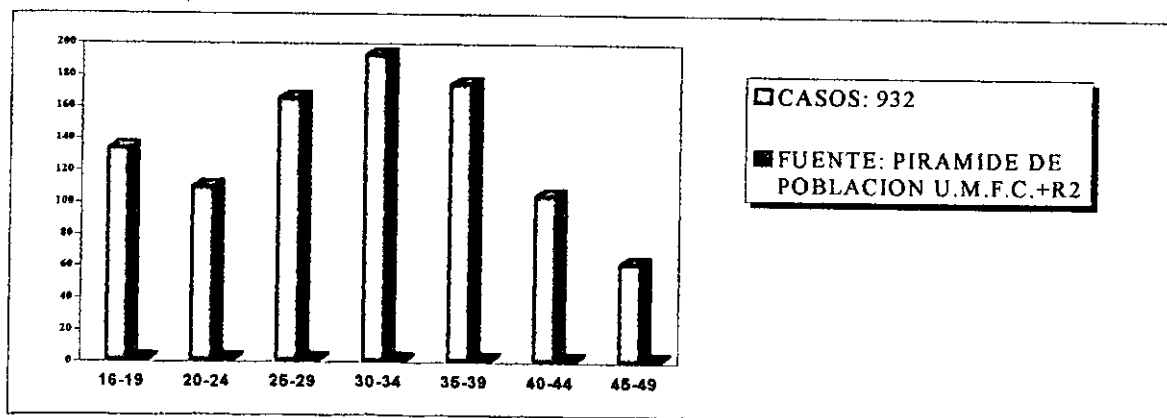
Como muestra la pirámide de población de la U.M.F.C.+R2 ISSSTE Valladolid, Yucatán. El número total de mujeres es de 1614 de acuerdo con esta se elabora una gráfica, en donde se muestra el volumen total de mujeres en edad fértil, y seleccionándolas por grupo de edad podemos observar lo siguiente: (ver gráfica No. 1 y tabla No. 1)

TABLA I.- VOLUMEN TOTAL DE MUJERES EN EDAD FÉRTIL

15 A 19 AÑOS	=	132
20 A 24 AÑOS	=	108
25 A 29 AÑOS	=	164
30 A 34 AÑOS	=	191
35 A 39 AÑOS	=	173
40 A 44 AÑOS	=	103
45 A 49 AÑOS	=	61

FUENTE: Pirámide de población de la U.M.F.C.+R2 I.S.S.S.T.E. Valladolid, Yucatán

GRAFICA No. 1



## Trabajo de Investigación: Observación de Riesgo Reproductivo

Dando un total de 932 casos y por resultado un 57% aproximadamente del total de mujeres en edad reproductiva. Se seleccionaron estos 932 expedientes del archivo clínico de la unidad y por números ordinales se clasificaron del 1 al 932. Y como se describió a través de la tabla numérica, se emplea el muestreo aleatorio en donde se seleccionan a 100 pacientes que es el tamaño de la muestra en el estudio (ver gráfica No. 2 y tabla No. 2)

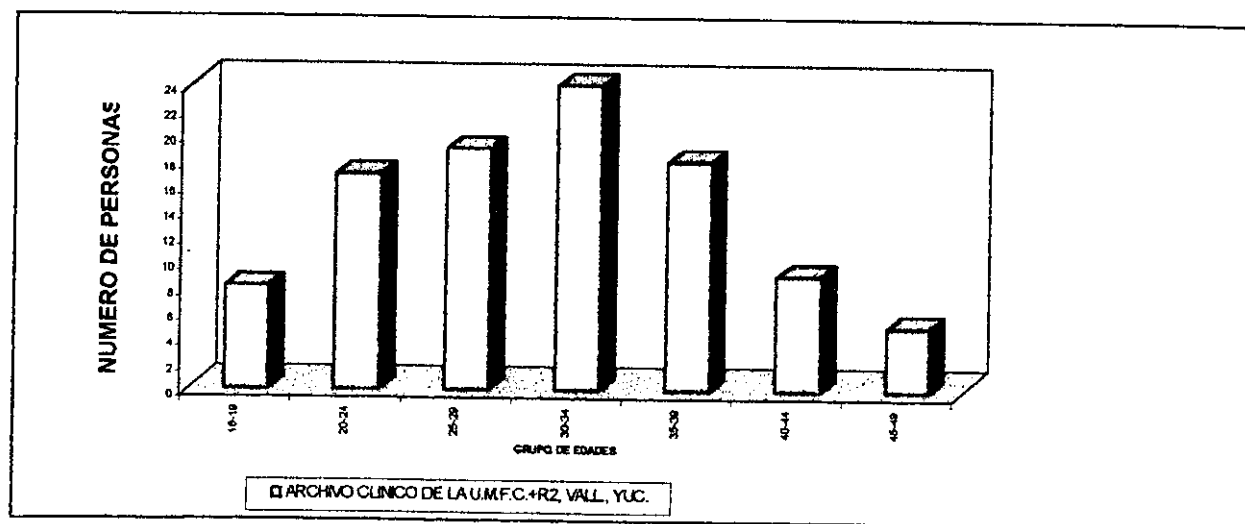
Se elabora una tabla en donde se muestra la clasificación de pacientes por grupos de edades.

TABLA 2.- TAMAÑO DE LA MUESTRA Y DISTRIBUCION POR GRUPO DE EDADES DE LAS PACIENTES

15 A 19 AÑOS	=	8
20 A 24 AÑOS	=	17
25 A 29 AÑOS	=	19
30 A 34 AÑOS	=	24
35 A 39 AÑOS	=	18
40 A 44 AÑOS	=	9
45 A 49 AÑOS	=	5
TOTAL	=	100

FUENTE: Archivo clínico de la U.M.F.C.+R2, Valladolid, Yucatán.

GRAFICA No. 2





RESULTADOS GLOBALES DE LOS FACTORES DE RIESGO REPRODUCTIVO

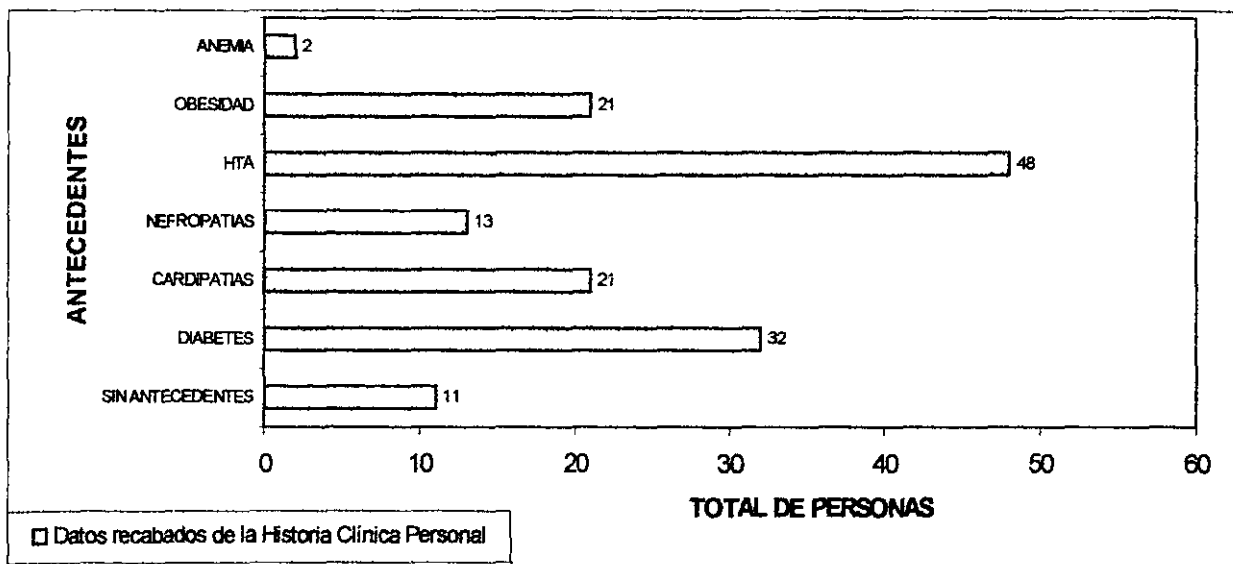
Tomando en cuenta los antecedentes herodofamiliares GLOBALES de la historia clínica personal, se elabora la tabla y gráfica No. 3 observando que predominan los antecedentes hipertensión, diabetes, cardiopatías y obesidad.

ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES

	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	TOTAL
SIN ANTECEDENTES	2	0	3	0	3	1	2	11
DIABETES	3	5	2	9	8	3	2	32
CARDIOPATIAS	2	8	1	3	4	3	0	21
NEFROPATIAS	0	3	3	2	2	2	1	13
HTA	6	10	11	8	9	4	0	48
OBESIDAD	1	2	4	6	4	3	1	21
ANEMIA	0	0	2	0	0	0	0	2

FUENTE: Datos recabados de la Historia Clínica Personal

GRAFICA No. 3



Trabajo de Investigación: Observación de Riesgo Reproductivo

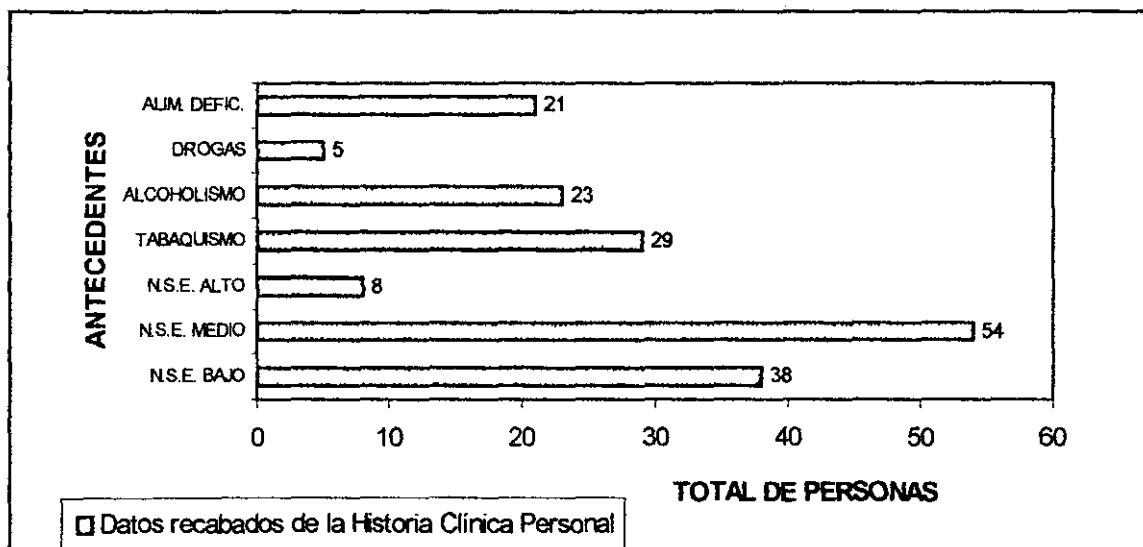
Siguiendo con la observación se elaboró la tabla y gráfica No. 4, donde se encuentra que en los antecedentes no patológicos predominó el nivel socioeconómico medio, tabaquismo alcoholismo y alimentación deficiente.

**ANTECEDENTES NO PATOLOGICOS**

	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	TOTAL
<b>N.S.E. BAJO</b>	3	10	3	7	7	6	2	38
<b>N.S.E. MEDIO</b>	3	7	16	12	10	3	3	54
<b>N.S.E. ALTO</b>	2	0	0	4	2	0	0	8
<b>TABAQUISMO</b>	3	2	3	5	7	6	3	29
<b>ALCOHOLISMO</b>	1	2	5	3	4	5	3	23
<b>DROGAS</b>	1	1	0	1	1	1	0	5
<b>ALIMENTACION DEFICIENTE</b>	1	0	2	5	4	3	3	21

FUENTE: Datos recabados de la Historia Clínica Personal

**GRAFICA No. 4**



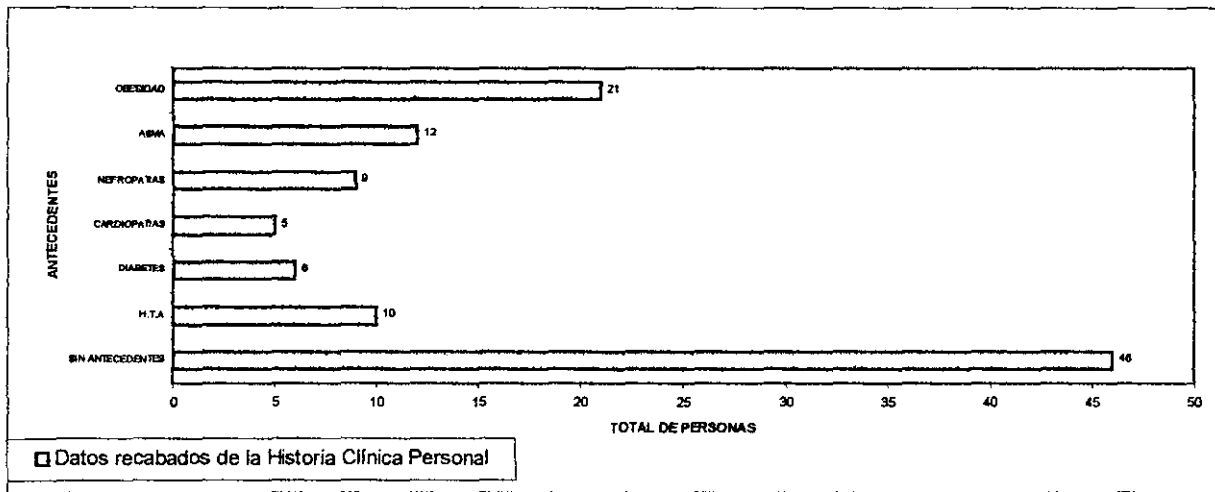
Trabajo de Investigación: Observación de Riesgo Reproductivo

En los antecedentes personales patológicos, (tabla y gráfica No. 5) predominaron la obesidad, asma e hipertensión

**ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS**

	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	TOTAL
<b>SIN ANTECEDENTES</b>	6	10	11	16	3	0	0	46
<b>HTA</b>	1	0	0	1	3	2	4	10
<b>DIABETES</b>	1	0	0	0	1	3	1	6
<b>CARDIOPATIAS</b>	1	0	1	1	2	0	0	5
<b>NEFROPATIAS</b>	1	2	1	3	2	2	0	9
<b>ASMA</b>	1	3	2	1	3	3	0	12
<b>OBESIDAD</b>	0	2	3	1	6	5	4	21

FUENTE: Datos recabados de la Historia Clínica Personal



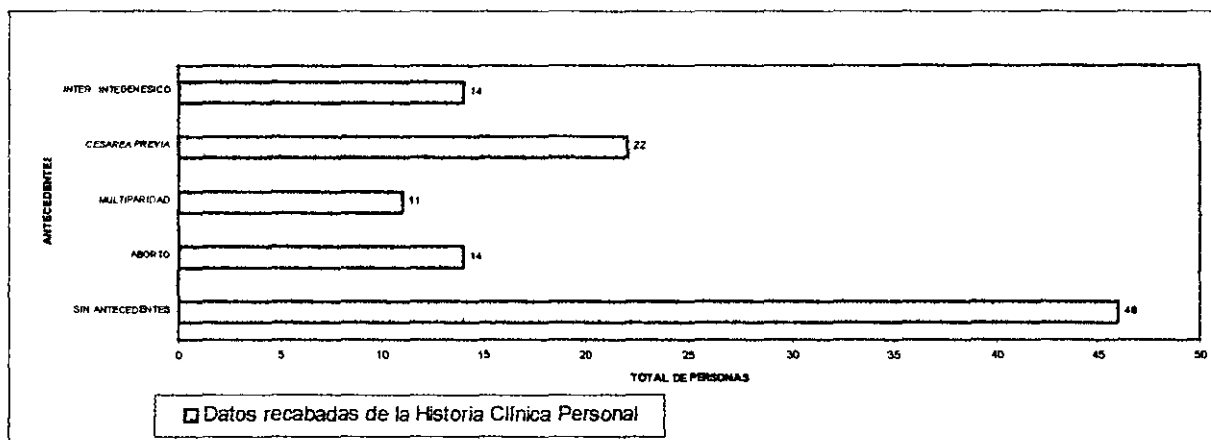
Referente a los antecedentes gineco-obstetricos, (tabla y gráfica No. 6), existe mayor número de cesárea previa, intervalo intergenésico y aborto

**ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS**

	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	TOTAL
<b>SIN ANTECEDENTES</b>	8	10	6	11	6	2	3	46
<b>ABORTO</b>	0	2	5	2	2	2	1	14
<b>MULTIPARIDAD</b>	0	0	0	0	5	5	1	11
<b>CESAREA PREVIA</b>	0	2	4	4	4	1	0	22
<b>INTER. INTERGENESICO</b>	0	1	2	7	4	0	0	14

FUENTE: Datos recabados de la Historia Clínica Personal

**GRAFICA No. 6**



Trabajo de Investigación: Observación de Riesgo Reproductivo

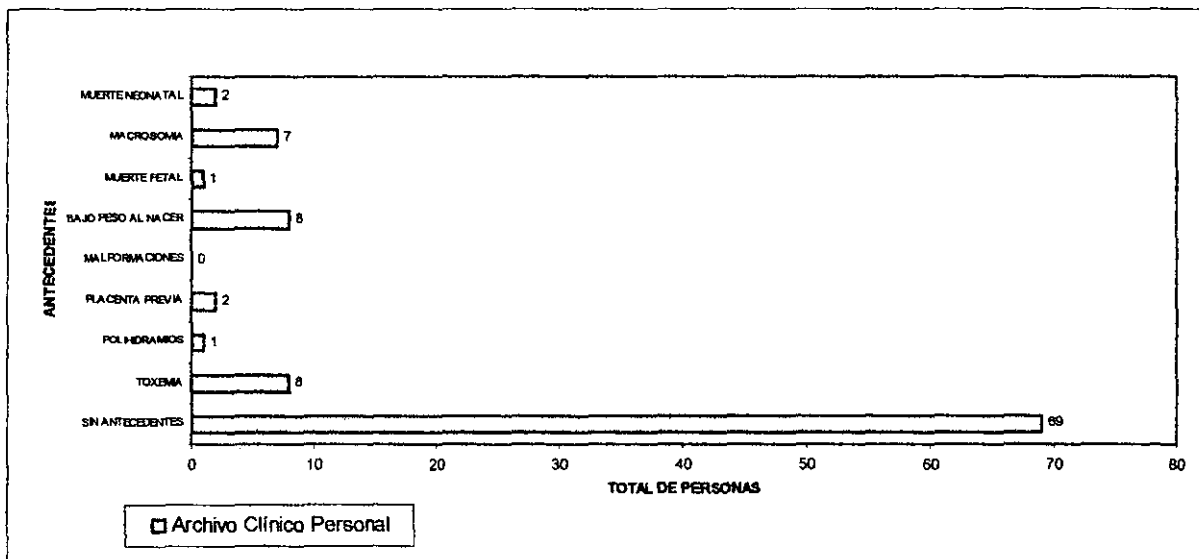
Así como en los antecedentes patológicos obstétricos, tabla y gráfica No. 7, existe mayor número de toxemia gravídica, bajo peso al nacer y macrosomía

**ANTECEDENTES PATOLOGICOS OBSTETRICOS**

	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	TOTAL
<b>SIN ANTECEDENTES</b>	8	11	15	21	9	3	2	69
<b>TOXEMIA</b>	0	0	2	1	2	3	0	8
<b>POLIHIDRAMNIOS</b>	0	0	0	0	0	1	0	1
<b>PLACENTA PREVIA</b>	0	0	0	0	1	0	1	2
<b>MALFORMACIONES</b>	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>BAJO PESO AL NACER</b>	0	2	0	1	4	1	0	8
<b>MUERTE FETAL</b>	0	1	0	0	1	0	0	1
<b>MACROSOMIA</b>	0	2	2	0	2	0	1	7
<b>MUERTE NEONATAL</b>	0	0	1	0	1	0	0	2

FUENTE: Datos recabados de la Historia Clínica Personal

**GRAFICA No. 7**



RESULTADO DE LOS FACTORES DE RIESGO REPRODUCTIVO POR GRUPOS DE EDADES.

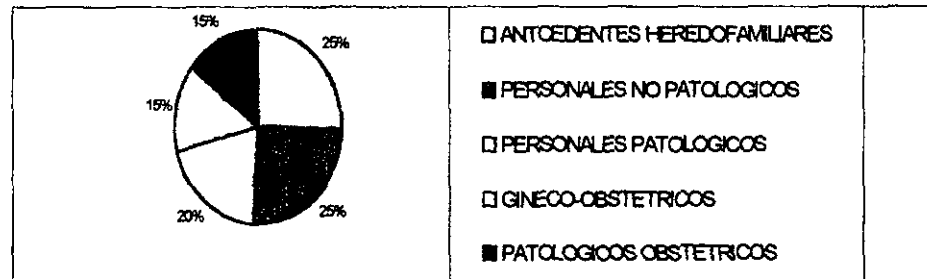
Posteriormente se observaron los factores de riesgo reproductivo por grupo de edades en mujeres de edad reproductiva de 15 a 19 años, se elaboró (la tabla y gráfica No. 8), encontrando antecedentes heredofamiliares: hipertensión, diabetes y cardiopatías; Personales no patológicos: nivel socioeconómico medio y tabaquismo; Personales patológicos: las enfermedades crónico degenerativas son iguales en cuanto a diabetes, hipertensión y asma. En los gineco-obstétricos y los patológicos obstétricos no existen.

ANTECEDENTES EN GRUPO DE MUJERES DE 15- 19 AÑOS

ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES		PERSONALES NO PATOLOGICOS		PERSONALES PATOLOGICOS		GINECO-OBSTETRICOS		PATOLOGICOS OBSTETRICOS	
SIN ANTECEDENTES	2	N.S.E. BAJO	3	SIN ANTECEDENTES	6	SIN ANTECEDENTES	8	SIN ANTECEDENTES	8
DIABETES	3	N.S.E. MEDIO	3	HTA	1	ABORTO	0	TOXEMIA	0
CARDIOPATIAS	2	N.S.E. ALTO	2	DIABETES	1	MULTIPARIDAD	0	POLIHIDRAMNIOS	0
NEFROPATIAS	0	TABAQUISMO	3	CARDIOPATIAS	1	CESAREA PREVIA	0	PLACENTA PREVIA	0
HTA	6	ALCOHOLISMO	1	NEFROPATIAS	1	INT..INTERGENESICO	0	MALFORMACIONES	0
OBESIDAD	1	DROGAS	1	ASMA	1			BAJO PESO AL NACER	0
ANEMIA	0	ALIMENTACION	1	OBESIDAD	0			MUERTE FETAL	0
								MACIOSOMIA	0
								MUERTE NEONATAL	0

FUENTE: Datos tomados de la historia clínica personal

GRAFICA No. 8



En mujeres en edad fértil de 20 a 24 años se elabora la tabla y gráfica No. 9.

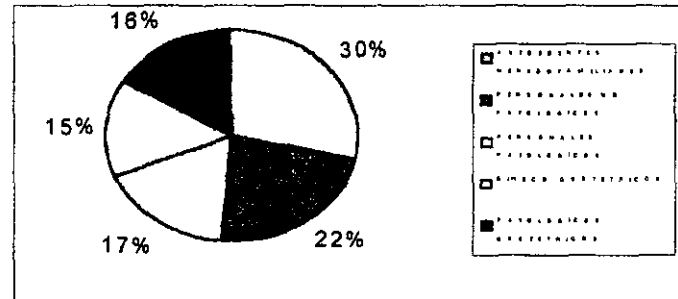
Antecedentes heredofamiliares: Hipertensión, cardiopatía y diabetes; personales no patológicos: nivel socioeconómico bajo, tabaquismo y alcoholismo; personales patológicos: nefropatías, asma y obesidad; gineco-obstétricos: aborto, cesárea previa, intervalo intergenésico; patológicos obstétricos: bajo peso al nacer, macrosomía y muerte fetal.

ANTECEDENTES EN GRUPO DE MUJERES DE 20-24 AÑOS

ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES		PERSONALES NO PATOLOGICOS		PERSONALES PATOLOGICOS		GINECO-OBSTETRICOS		PATOLOGICOS OBSTETRICOS	
SIN ANTECEDENTES	0	N.S.E. BAJO	10	SIN ANTECEDENTES	10	SIN ANTECEDENTES	10	SIN ANTECEDENTES	11
DIABETES	5	N.S.E. MEDIO	7	HTA	0	ABORTO	2	TOXEMIA	0
CARDIOPATIAS	8	N.S.E. ALTO	0	DIABETES	0	MULTIPARIDAD	0	POLIHIDRAMNIOS	0
NEFROPATIAS	3	TABAQUISMO	2	CARDIOPATIAS	0	CESAREA PREVIA	2	PLACENTA PREVIA	0
HTA	10	ALCOHOLISMO	2	NEFROPATIAS	2	INT. INTERGENESICO	1	MALFORMACIONES	0
OBESIDAD	2	DROGAS	1	ASMA	3			BAJO PESO AL NACER	2
ANEMIA	0	ALIMENTACION	0	OBESIDAD	2			MUERTE FETAL	1
								MACIOSOMIA	2
								MUERTE NEONATAL	0

FUENTE: Datos tomados de la historia clínica personal

GRAFICA No. 9



En mujeres en edad fértil de 25 a 29 años (tabla y gráfica 10) se observa:

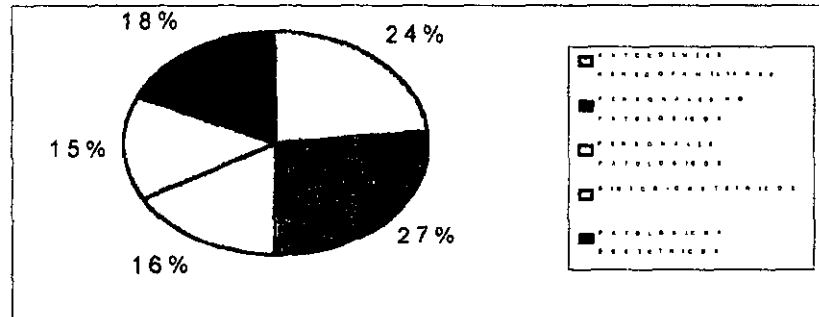
Antecedentes heredofamiliares: hipertensión, obesidad, anemia; personales no patológicos: nivel socioeconómico medio, alcoholismo, tabaquismo; personales patológico: obesidad, asma y cardiopatías; gineco-obstétricos: aborto, cesárea previa, intervalo intergenésico; patológicos obstétricos: toxemia gravídica, macrosomía y muerte neonatal.

ANTECEDENTES EN GRUPO DE MUJERES DE 25-29 AÑOS

ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES		PERSONALES NO PATOLOGICOS		PERSONALES PATOLOGICOS		GINECO-OBSTETRICOS		PATOLOGICOS OBSTETRICOS	
SIN ANTECEDENTES	3	N.S.E. BAJO	3	SIN ANTECEDENTES	11	SIN ANTECEDENTES	6	SIN ANTECEDENTES	15
DIABETES	2	N.S.E. MEDIO	16	HTA	0	ABORTO	5	TOXEMIA	2
CARDIOPATIAS	1	N.S.E. ALTO	0	DIABETES	0	MULTIPARIDAD	0	POLIHIDRAMNIOS	0
NEFROPATIAS	3	TABAQUISMO	3	CARDIOPATIAS	1	CESAREA PREVIA	4	PLACENTA PREVIA	0
HTA	11	ALCOHOLISMO	5	NEFROPATIAS	1	INT. INTERGENESICO	2	MALFORMACIONES	0
OBESIDAD	4	DROGAS	0	ASMA	2			BAJO PESO AL NACER	0
ANEMIA	2	ALIMENTACION	2	OBESIDAD	3			MUERTE FETAL	0
								MACIOSOMIA	2
								MUERTE NEONATAL	1

FUENTE: Datos tomados de la historia clínica personal

GRAFICA No. 10





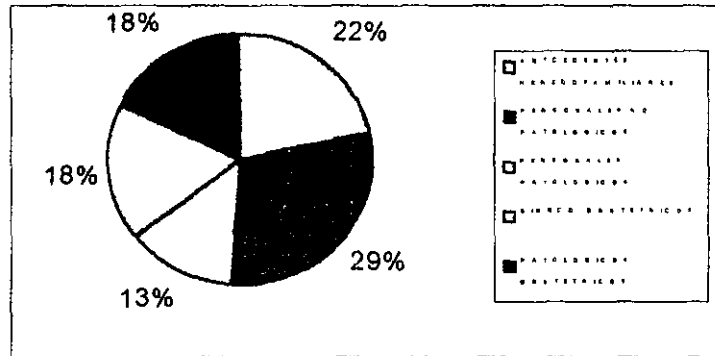
En mujeres en edad fértil de 30 a 34 años (tabla y gráfica No. 11), Antecedentes heredofamiliares; diabetes, hipertensión, obesidad; personales no patológicos; nivel socioeconómico medio, tabaquismo, alimentación deficiente; personales patológicos: nefropatías, obesidad e hipertensión; gineco-obstétricos: cesárea previa, intervalo intergenésico, aborto; patológico obstétrico: toxemia gravídica y macrosomía.

ANTECEDENTES EN GRUPO DE MUJERES DE 30-34 AÑOS

ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES		PERSONALES NO PATOLOGICOS		PERSONALES PATOLOGICOS		GINECO-OBSTETRICOS		PATOLOGICOS OBSTETRICOS	
SIN ANTECEDENTES	0	N.S.E. BAJO	7	SIN ANTECEDENTES	16	SIN ANTECEDENTES	11	SIN ANTECEDENTES	21
DIABETES	9	N.S.E. MEDIO	12	HTA	1	ABORTO	2	TOXEMIA	1
CARDIOPATIAS	3	N.S.E. ALTO	4	DIABETES	0	MULTIPARIDAD	0	POLIHIDRAMNIOS	0
NEFROPATIAS	2	TABAQUISMO	5	CARDIOPATIAS	1	CESAREA PREVIA	4	PLACENTA PREVIA	0
HTA	8	ALCOHOLISMO	3	NEFROPATIAS	3	INT.INTERGENESICO	7	MALFORMACIONES	0
OBESIDAD	6	DROGAS	1	ASMA	1			BAJO PESO AL NACER	1
ANEMIA	0	ALIMENTACION	5	OBESIDAD	1			MUERTE FETAL	0
								MACIOSOMIA	0
								MUERTE NEONATAL	0

FUENTE: Datos tomados de la historia clínica personal

GRAFICA No. 11



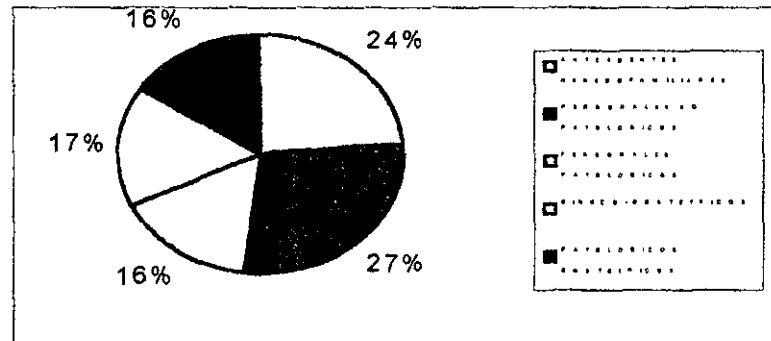
En mujeres en edad fértil de 35 a 39 años (tabla y gráfica No. 12), Antecedentes heredofamiliares; diabetes, hipertensión, obesidad; personales no patológicos; nivel socioeconómico medio, tabaquismo, alcoholismo; personales patológicos: obesidad, hipertensión, asma, gineco-obstétricos: cesárea previa, intervalo intergenésico; patológicos obstétricos: bajo peso al nacer, toxemia gravídica y macrosomía.

ANTECEDENTES EN GRUPO DE MUJERES DE 35-39 AÑOS

ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES		PERSONALES NO PATOLOGICOS		PERSONALES PATOLOGICOS		GINECO-OBSTETRICOS		PATOLOGICOS OBSTETRICOS	
SIN ANTECEDENTES	3	N.S.E. BAJO	7	SIN ANTECEDENTES	3	SIN ANTECEDENTES	6	SIN ANTECEDENTES	9
DIABETES	8	N.S.E. MEDIO	10	HTA	3	ABORTO	2	TOXEMIA	2
CARDIOPATIAS	4	N.S.E. ALTO	2	DIABETES	1	MULTIPARIDAD	5	POLIHIDRAMNIOS	0
NEFROPATIAS	2	TABAQUISMO	7	CARDIOPATIAS	2	CESAREA PREVIA	4	PLACENTA PREVIA	1
HTA	9	ALCOHOLISMO	4	NEFROPATIAS	2	INT..INTERGENESICO	4	MALFORMACIONES	0
OBESIDAD	4	DROGAS	1	ASMA	3			BAJO PESO AL NACER	4
ANEMIA	0	ALIMENTACION	4	OBESIDAD	6			MUERTE FETAL	1
								MACIOSOMIA	2
								MUERTE NEONATAL	1

FUENTE: Datos tomados de la historia clínica personal

GRAFICA No. 12



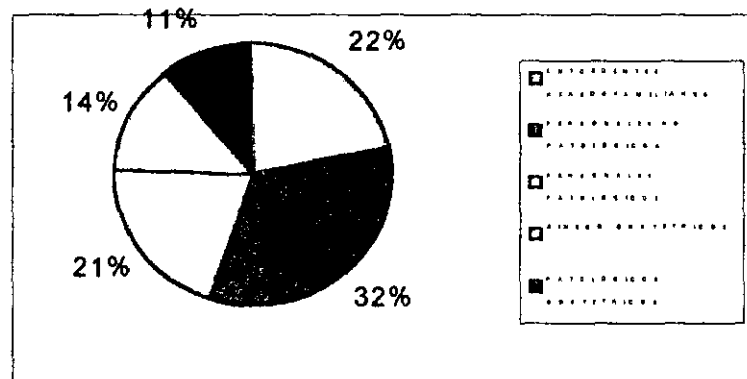
En mujeres en edad fértil de 40 a 44 años (tabla y gráfica No. 13) antecedentes heredofamiliares: hipertensión, obesidad, diabetes; personales no patológicos: nivel socioeconómico medio, tabaquismo, alcoholismo, alimentación deficiente; personales patológicos: diabetes, asma, obesidad; gineco-obstétricos: multiparidad, aborto, cesárea previa; patológicos obstétricos: toxemia gravídica, bajo peso al nacer, polihidramnios.

ANTECEDENTES EN GRUPO DE MUJERES DE 40-44 AÑOS

ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES		PERSONALES NO PATOLOGICOS		PERSONALES PATOLOGICOS		GINECO-OBSTETRICOS		PATOLOGICOS OBSTETRICOS	
SIN ANTECEDENTES	1	N.S.E. BAJO	6	SIN ANTECEDENTES	0	SIN ANTECEDENTES	2	SIN ANTECEDENTES	3
DIABETES	3	N.S.E. MEDIO	3	HTA	2	ABORTO	2	TOXEMIA	3
CARDIOPATIAS	3	N.S.E. ALTO	0	DIABETES	3	MULTIPARIDAD	5	POLIHIDRAMNIOS	1
NEFROPATIAS	2	TABAQUISMO	6	CARDIOPATIAS	0	CESAREA PREVIA	1	PLACENTA PREVIA	0
HTA	4	ALCOHOLISMO	5	NEFROPATIAS	2	INT. INTERGENESICO	0	MALFORMACIONES	0
OBESIDAD	3	DROGAS	1	ASMA	3			BAJO PESO AL NACER	1
ANEMIA	0	ALIMENTACION	3	OBESIDAD	5			MUERTE FETAL	0
								MACIOSOMIA	0
								MUERTE NEONATAL	0

FUENTE: Datos tomados de la historia clínica personal

GRAFICA No. 13



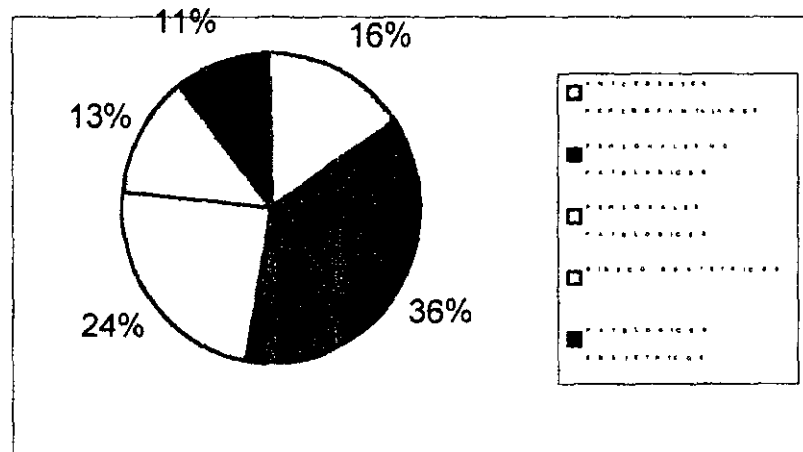
En mujeres en edad fértil de 45 a 49 años (tabla y gráfica No. 14), antecedentes heredofamiliares: diabetes, obesidad, nefropatías; personales no patológico: nivel socioeconómico medio, tabaquismo, alcoholismo; personales patológico: obesidad, hipertensión, diabetes; gineco-obstétricos: aborto, multiparidad; patológicos obstétricos: macrosomía y placenta previa

ANTECEDENTES EN GRUPO DE MUJERES DE 45-49 AÑOS

ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES		PERSONALES NO PATOLOGICOS		PERSONALES PATOLOGICOS		GINECO-OBSTETRICOS		PATOLOGICOS OBSTETRICOS	
SIN ANTECEDENTES	2	N.S.E. BAJO	2	SIN ANTECEDENTES	0	SIN ANTECEDENTES	3	SIN ANTECEDENTES	2
DIABETES	2	N.S.E. MEDIO	3	HTA	4	ABORTO	1	TOXEMIA	0
CARDIOPATIAS	0	N.S.E. ALTO	0	DIABETES	1	MULTIPARIDAD	1	POLIHIDRAMNIOS	0
NEFROPATIAS	1	TABAQUISMO	3	CARDIOPATIAS	0	CESAREA PREVIA	0	PLACENTA PREVIA	1
HTA	0	ALCOHOLISMO	3	NEFROPATIAS	0	INT. INTERGENESICO	0	MALFORMACIONES	0
OBESIDAD	1	DROGAS	0	ASMA	0			BAJO PESO AL NACER	0
ANEMIA	0	ALIMENTACION	3	OBESIDAD	4			MUERTE FETAL	0
								MACIOSOMIA	1
								MUERTE NEONATAL	0

FUENTE: Datos tomados de la historia clínica personal

GRAFICA No. 14



## VII.- ANALISIS DE LOS RESULTADOS ENCONTRADOS

A través de esta investigación se pudo observar, que la mujeres de 20 a 39 años son las que presentan mayor fertilidad, por consiguiente menor riesgo reproductivo. Estos resultados son similares a los que menciona el Doctor Jorge Martínez Manatow (10) y el Doctor Howard W. (12).

Pudiendo analizar que los daños a la madre y al producto se presentan en mayor frecuencia en mujeres en estado fértil menores de 20 años y mayores de 39 años. Siendo los principales factores de riesgo reproductivo encontrados en este estudio y de acuerdo con los datos recabados en la historia clínica personal se encontraron de la siguiente manera:

- Antecedentes Heredofamiliares: Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus, Cardiopatías, y Obesidad
- Antecedentes No Patológicos: Nivel Socioeconómico Medio, Tabaquismo, Alcoholismo y Alimentación Deficiente.
- Personales Patológicos: Obesidad, Asma e Hipertensión.
- Antecedentes Gineco-obstétricos: Cesárea Previa, Intervalo Intergenésico y Aborto.
- Patológicos Obstétricos: Toxemia Gravídica, Bajo peso al nacer y Macrosomia.

Estos factores de riesgo reproductivo encontrados en el estudio, son semejantes a los que menciona el Doctor Estephen R. Carr (7) y el Doctor Preton M. Gazaway (21). Aunque el orden de secuencia es variable, de una población a otra, si se toma en cuenta el tipo de pacientes en estudio como son: las costumbres, los hábitos, el clima y otros factores que influyen para aumentar o disminuir estos factores de riesgo reproductivo.

Estas observaciones que se lograron, nos puede servir en nuestra practica diaria, como médicos de familia, ya que tenemos oportunidad de contacto con familias enteras conociendo sus antecedentes, previniendo así los factores de riesgos reproductivos, sobre todo a base de orientación anticonceptiva y educación a la población.

Nosotros como médicos de familia tenemos el deber de vigilar que estos factores de riesgo vayan disminuyendo, para evitar y proteger a nuestras mujeres en edad fértil para poder lograr una comunidad mas sana en el futuro.

## VIII.- CONCLUSIONES

El grupo de mujeres reproductoras de mayor mortalidad materna y perinatal, son aquellas que poseen ciertas características previas a un embarazo, tanto en su conducta reproductiva como en su condición biomédica, que propician una mayor probabilidad de que se presente dicha mortalidad.

Los principales factores de riesgo reproductivo encontrados en esta investigación de mujeres fértiles de 15 a 49 años, derechohabientes de ISSSTE en la comunidad de Valladolid, Yucatán, fueron los siguientes: Obesidad, Hipertensión Arterial, Asma, Diabetes Mellitus, Neuropatías y Cardiopatías.

En este trabajo se encontró que las mujeres fértiles, menores de 20 y mayores de 39 años, son las que presentan mayores factores de riesgo reproductivo.

Entre los Antecedentes Heredofamiliares predominó la Hipertensión Arterial, Obesidad y Diabetes Mellitus.

Antecedentes Personales no Patológicos: Ocupó un lugar importante el Tabaquismo y el Alcoholismo.

Antecedentes Personales Patológicos: Encontramos Asma, Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus.

Antecedentes Gineco-Obstétricos: Cesárea Previa, Aborto y Multiparidad.

Antecedentes Patológicos Obstétricos: Toxemia, Malformaciones y Macrosomía.

**ESTA TESIS NO SALE  
DE LA BIBLIOTECA**

## IX.- REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- ENCUESTA NACIONAL DE SALUD MATERNO INFANTIL (1994) SECRETARÍA DE SALUD
- 2.- MANUAL DEL I.M.S.S. ATENCIÓN MATERNO INFANTIL
- 3.- JEFATURA DE SALUD REPRODUCTIVA Y MATERNO INFANTIL I.M.S.S.
- 4.- RIESGO REPRODUCTIVO FOLLETO I.S.S.S.T.E.
- 5.- JEFATURA DE SALUD REPRODUCTIVA Y MATERNO INFANTIL I.M.S.S. (1993) MÉXICO, D.F.
- 6.- PROGRAMA DE ATENCIÓN DE LA SALUD I.S.S.S.T.E.
- 7.- DR. ESTEPHEN R. CARR, DR. MICHELLE PETRI, DR. JOHN T. REPKE, DR. SHELDON L. SPCTIR, ENFERMEDADES CRÓNICAS Y EMBARAZO, ATENCIÓN MÉDICA, ENERO (1994) PÁG. 38-43
- 8.- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA, GEOGRÁFICA E INFORMÁTICA CENSO XI DE POBLACIÓN (1990)
- 9.- I.M.S.S. SUBDIRECCION GENERAL MEDICA. LA MORTALIDAD MATERNA Y SUS PRINCIPALES CAUSAS EN EL I.M.S.S., INSTRUCCIÓN PROGRAMADA DIRIGIDA A MEDICOS GENERALES Y FAMILIARES, MÉXICO, NOV. 1985 (PÁG. 5)
- 10.- DR. JORGE MARTINEZ MANATOW. RIESGO REPRODUCTIVO I, ESTUDIO DE LOS FACTORES DE RIESGO REPRODUCTIVO. ACADEMIA MEXICANA EN DEMOGRAFIA MEDICA , A.C. 1ª EDICION, MEXICO (1990)
- 11.- AUTOR MICHELL P. NEGRETE Y MANUEL PORTO, MANUAL DE OBSTETRICIA DX Y TRATAMIENTO COMPLICACIONES ENDOCRINAS. 3ª. EDICION (1990) PÁG. 43-49, 115-118
- 12.- DR. HOWARD W. JUEZ PROFESOR DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA, STERN VIRGINIA MEDICAL SCHOOL. TRATADO DE GINECOLOGIA DE NOVAK, 3ª. EDICION(1990)
- 13.- THE REPRODUCTIVE HEALTH PRACTICES IN WOMAN ATTENDIG. AÑO (1990) PAG. 61-179.

Trabajo de Investigación: Observación de Riesgo Reproductivo

- 14.- THE CONSEQUENCES FOR MATERNAL NUTRITIONS OF PRODUCTIVE. AÑO (1990) PÁG. 61-179.
- 15.- THE FACTORS INFLUENCING THE REPRODUCTIVE. AÑO (1990), PAG. 156-179.
- 16.- O.P.S./ O.M.S. MANUAL SOBRE EL ENFOQUE DE RIESGO EN LA ATENCION DE SALUD, WASHINGTON (1991)
- 17.- ERNEST YUH TING YEH PROFESOR ASOCIADO, DEPARTAMENTO DE FAMILIA, UNIVERSIDAD DE NORTH DAKOTA, RAND FORKS NORTH DAKOTA, REVISION Y EVALUACION EN EL EJERCICIO DE LA MEDICINA DE FAMILIA, IMPRESO POR LITOBRI, CARACAS, VENEZUELA (1995) EDICION ESPAÑOL (1995) PAG. 160-163, 170, 176, 180, 182.
- 18.- I.S.S.S.T.E. EDUCACION PARA LA SALUD Y PROCESO SALUD ENFERMEDAD, EDUCACION PARA LA SALUD AL MAGISTERIO, MÉXICO (1991) PAG. 10-11
- 19.- ERWIN KRUYZIG, INTRODUCCION A LA ESTADISTICA MATEMATICA, EDITORIAL LIMUSA. PÁG. 485
- 20.- ARCHIVO CLINICO U.M.F.C.+R2 I.S.S.S.T.E. VALLADOLID, YUC.
- 21.- DR. PRETON M. GAZAWAY, DRA. JENNIFER R. NIEBYL, DR. JOHN T. REPKE, DR. SUMNER YAFFE, DR. MARK S. YERBY, ATENCION MEDICA. MAYO (1994) PAG. 49
- 22.- IRIGOYEN CORIA, GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA, GUIA EXPLORATORIA Y SIGNOS CLINICOS EN LA PRACTICA DEL MEDICO FAMILIAR , MÉXICO EDITORIAL MEDICA FAMILIAR MEXICANA. 3ª. EDICIÓN (1993) PAG. 201-212
- 23.- DR. E. DABOUT, MEXICO LEGISTA DE LA UNIVERSIDAD DE PARIS, PROF. HORARIO DEL INSTITUTO MEDICO LEGAL DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE MADRID. DICCIONARIO DE MEDICINA EXPRESIONES TECNICAS Y TERMINOS MEDICOS.
- 24.- INSTITUTO NACIONAL ENCICLOPEDICO EDICION LAROUSE 5ª. EDICION TOMO # 3 (1991)



## **X.- ANEXOS**

## HISTORIA CLINICA

### IDENTIFICACION DEL RIESGO REPRODUCTIVO ( En mujeres de 15 a 49 años con o sin embarazos )

#### FICHA IDENTIDAD

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_

NUMERO DE EXPEDIENTE: \_\_\_\_\_

FECHA DE LLENADO: \_\_\_\_ AÑO \_\_\_\_ MES \_\_\_\_ DIA \_\_\_\_

#### I.- ANTECEDENTES GENERALES

1.- EDAD (CON AÑOS) \_\_\_\_\_  
20 a 30 años  
menor de 20 años  
- de 15 o + de 34 años

2.- ESCOLARIDAD  
Secundaria o mas  
Primaria completa  
Primaria incompleta  
Analfabeta

3.- OCUPACION \_\_\_\_\_

4.- ESTADO CIVIL  
Unida  
No unida

## **II.- ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES**

Diabetes Mellitus  
Cardiopatías  
Nefropatías  
H.T.A.  
Obesidad  
Asma  
Otros

## **III.- ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS**

NIVEL SOCIOECONOMICO:      Bajo  
    Medio  
    Alto

ALIMENTACION

TABAQUISMO

DROGAS

ALCOHOLISMO

## **IV.- ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS**

Sin antecedentes  
Hipertensión arterial  
Diabetes Mellitus  
Cardiopatías  
Nefropatías  
Asma  
Obesidad

**V.- ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS**

Sin antecedentes  
Menarca  
Ciclos  
I.V.S.A.  
Gesta  
Aborto  
Cesárea Previa  
Intervalo Integénésico

**VI.- ANTECEDENTES PATOLOGICOS OBSTETRICOS**

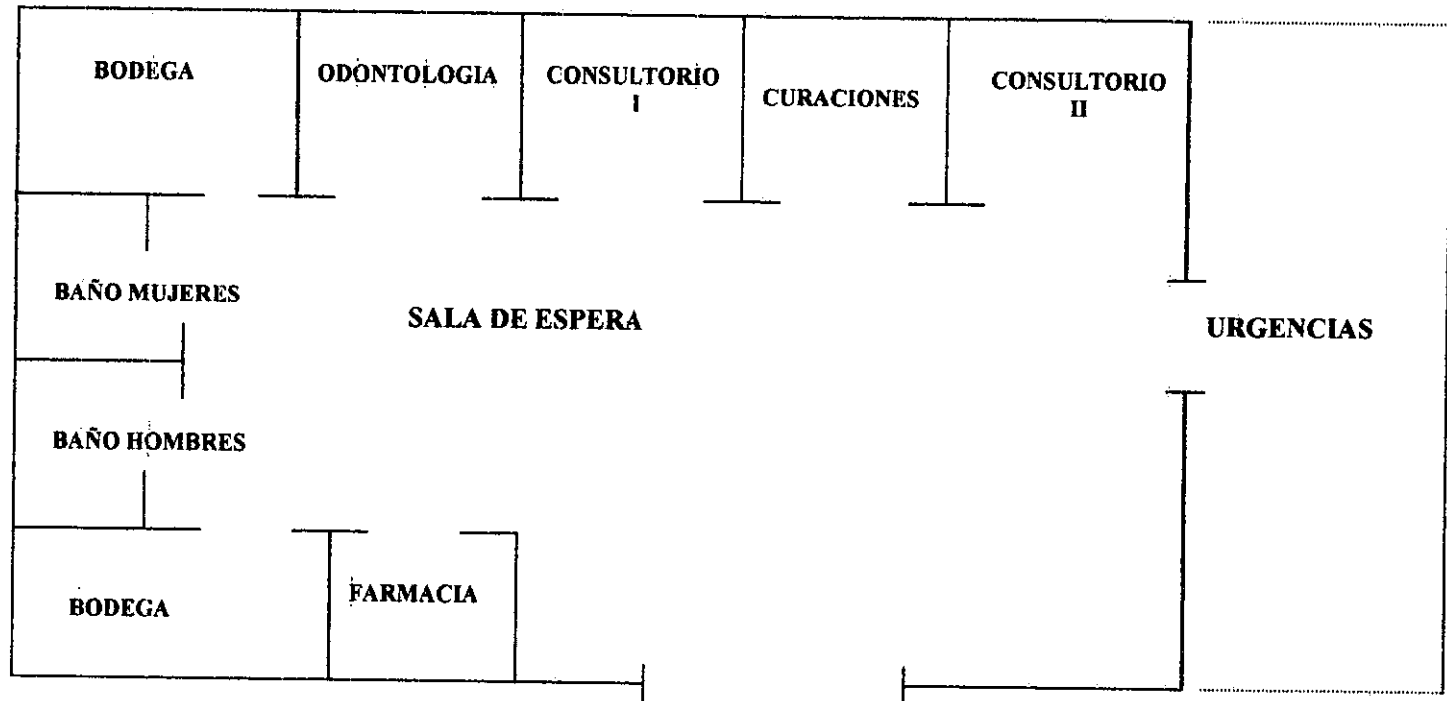
Ninguno patológico  
Toxemia Gravidica  
Polihidramnios  
Placenta Previa  
Malformaciones  
Bajo Peso al Nacer (- de 2.500 Kg.)  
Muerte Fetal  
Macrosomia + 4 Kg.  
Muerte Neonatal  
Otros

**VII.- EXAMEN FISICO**

Peso \_\_\_\_\_ Talla \_\_\_\_\_ T.A. \_\_\_\_\_ F.C. \_\_\_\_\_

F.R. \_\_\_\_\_ Pulso \_\_\_\_\_

Resultados \_\_\_\_\_



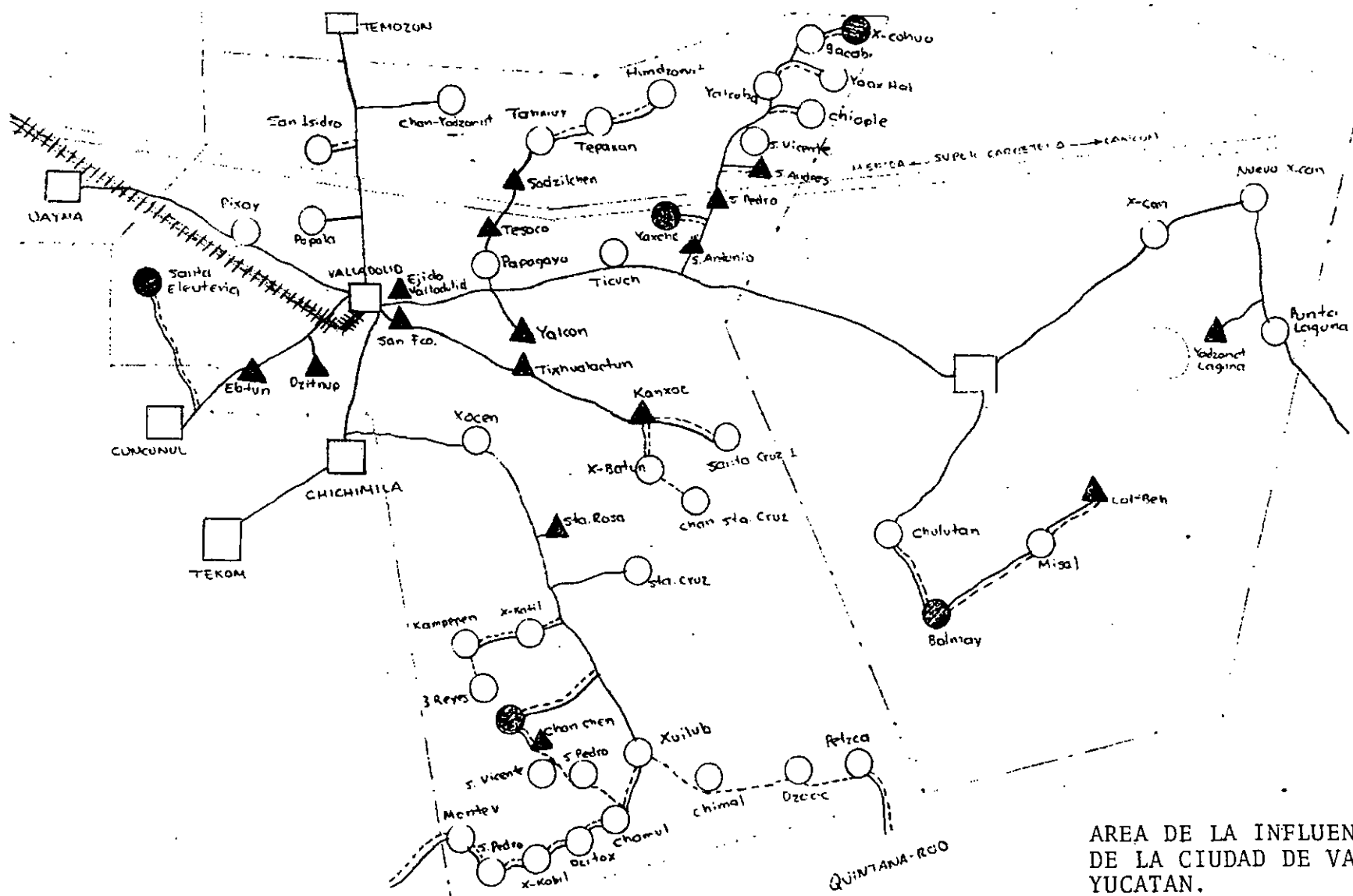
**SIMBOLOGIA**



**PUERTAS**

**CROQUIS UMFMC+R2**

**"ISSSTE VALLADOLID, YUCATAN**



AREA DE LA INFLUENCIA RURAL DE LA CIUDAD DE VALLADOLID; YUCATAN.