

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO FACULTAD DE MEDICINA



DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO DE
INVESTIGACIÓN

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD MEDICA

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 53
ZAPOPAN JALISCO

FACTORES DE RIESGO REPRODUCTIVO EN MUJERES EN EDAD
FÉRTIL DEL CONSULTORIO No. 3 TURNO MATUTINO DE LA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 51

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIDAD EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. GLORIA TERESA GUTIERREZ GODINEZ

ZAPOPAN, JALISCO

2006



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.

FACTORES DE RIESGO REPRODUCTIVO EN MUJERES EN EDAD
FÉRTIL DEL CONSULTORIO No. 3 TURNO MATUTINO DE LA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 51

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR.

PRESENTA:

DRA. GLORIA TERESA GUTIERREZ GODINEZ

AUTORIZACIONES:

DRA. PRISCILA MIREYA JÍMENEZ ARIAS
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN
MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES
UMF No.53 ZAPOPAN JALISCO

ASESOR DEL TEMA
DR. JAIME BARRERA PARRAGA
JEFE DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD DE LA UMF
NO. 171

ASESOR METODOLOGICO
DR. JAIME BARRERA PARRAGA
JEFE DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD DE LA UMF
NO. 171

DR. ALBERTO JAVIER GUTIÉRREZ CASTILLO
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN
SALUD DE LA UMF No. 53.

FACTORES DE RIESGO REPRODUCTIVO EN MUJERES EN EDAD
FÉRTIL DEL CONSULTORIO No. 3 TURNO MATUTINO DE LA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 51

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA
EN
MEDICINA FAMILIAR.

PRESENTA:

DRA. GLORIA TERESA GUTIERREZ GODINEZ

AUTORIZACIONES

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

Dr. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

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

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE
POSGRADO E INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INDICE GENERAL:

1. Marco teórico	2
2. Planteamiento del problema	16
3. Justificación	17
4. Objetivos	
- General	19
- Específicos	19
5. Metodología:	
- Tipo de estudio	20
- Población , lugar y tiempo de estudio	20
- Tipo de muestra y tamaño de la muestra	21
- Criterios de inclusión, exclusión	21
- Información a recolectar	22
- Método para captar la información	26
- Consideraciones éticas	28
6. Resultados:	
- Descripción de los resultados	29
- Tablas y gráficas	32
7. Discusión de los resultados encontrados	51
8. Conclusiones	53
9. Referencias bibliográficas	54
10. Anexo	56

MARCO TEORICO

Los cuidados prenatales que se conocen en la actualidad son un desarrollo relativamente reciente de la medicina. Se originaron en Boston durante la primera década del siglo XX. Antes de esa época, la paciente que creía estar embarazada consultaba a su médico para que confirmara sus sospechas; pero no la veían de nuevo si no hasta que el parto era inminente.

Las enfermeras Instructive Nursing Association de Boston consideraron que podrían contribuir al bienestar de las embarazadas y comenzaron a efectuar visitas domiciliarias a todas las madres registradas para dar a luz en el Boston Lyng-In Hospital. Las visitas tuvieron tanto éxito que los médicos aceptaron la incorporación del sistema de prevención prenatal, a partir de ese entonces se empezó a establecer dicho sistema en EUA.¹

El embarazo es un acontecimiento fisiológico normal, que en ocasiones se complica por procesos patológicos peligrosos para la salud de la madre y el feto sólo en 5 a 20 % de los casos. El médico que atiende pacientes embarazadas debe familiarizarse con los cambios normales que ocurren durante el embarazo para reconocer las anomalías importantes y minimizar sus efectos.¹

La asistencia prenatal debe tener como objetivo principal la identificación y tratamiento de la paciente con alto y bajo riesgo; aquella cuyo embarazo, a causa de algún factor en sus antecedentes médicos o de desarrollo importante durante el embarazo, pueda tener un desenlace insatisfactorio. ¹

La finalidad de la atención prenatal consiste en garantizar, en todo lo posible, un embarazo no complicado y el nacimiento de un lactante vivo y sano. Hay evidencia de que las madres y los hijos que reciben cuidados prenatales corren menor riesgo de complicaciones. ¹

Idealmente, la mujer que planea tener un hijo debe someterse a valoración médica antes de quedar embarazada para que el médico pueda establecer, por medio de la historia, la exploración física y los estudios de laboratorio, si se encuentra en buena condición física para embarazarse. Éste es el momento ideal para insistir en los peligros del tabaquismo, consumo de alcohol, drogas, fármacos y exposición a agentes teratógenos. Se pueden dar instrucciones para seguir una dieta adecuada y una rutina de ejercicio. Las vitaminas, en particular el ácido fólico, tomadas tres meses antes de la concepción, pueden ser benéficas (al disminuir la incidencia de defectos abiertos del tubo neural). Desafortunadamente, la mayoría de las pacientes no solicitan asistencia preconcepcional, se programa la primera consulta prenatal cuando el embarazo lleva ya cierto tiempo. ¹

La finalidad de la primera consulta con el médico consiste en identificar todos los factores de riesgo que pueda presentar la madre y

el feto. Una vez identificados, los embarazos de alto riesgo requieren asistencia especializada individualizada.¹

La evaluación y asesoría previas a la concepción en mujeres en edad reproductiva gana cada vez más aceptación como elemento importante de la salud de las mujeres. Los aspectos con posibles consecuencias en el embarazo, deben investigarse para planear intervenciones antes del embarazo.¹

La promoción y el desarrollo de la salud reproductiva es uno de los pilares más importantes para la prevención de la enfermedad y la muerte durante el proceso de la reproducción. Los principales instrumentos para lograr este fin son la educación en salud, y el manejo del concepto de riesgo reproductivo, entendido ésta como “la probabilidad de sufrir un daño durante el proceso de la reproducción que afectará fundamentalmente a la madre, al feto o al recién nacido”. Es un indicador de necesidad que nos permite identificar aquellas mujeres, familias o poblaciones más vulnerables, y dirigir hacia ellos los recursos disponibles para priorizar su atención, engloba al riesgo preconcepcional, obstétrico y perinatal.²

La poca modificación de factores de riesgo susceptibles de ser cambiados, no solo depende del transcurso del tiempo, requiere de estrategias con un enfoque intersectorial del problema, para facilitar el protagonismo de la comunidad y promover el intercambio entre los actores sociales que ayuden a modificar creencias negativas,

aumentar la percepción de riesgo a que están expuestas las personas y desmentir rumores, adoptar nuevas actitudes y comportamientos.³

Por otra parte no siempre el nivel de conocimiento adecuado sobre la situación y lo que hay que hacer para modificarlo se acompaña de la motivación y disposición para el cambio, de hecho es insuficiente para propiciar un cambio duradero. El cambio profundo requiere la reestructuración de nuestros hábitos intelectuales, emocionales y de conducta más arraigados.⁴

La valoración materna con relación a la gestación incluye los siguientes antecedentes:

A) Edad materna

Los extremos de la edad materna aumentan los riesgos de morbilidad y mortalidad materna y fetal. Las adolescentes tienen mayor riesgo de preeclampsia y eclampsia, restricción del crecimiento intrauterino y desnutrición materna.

Las mujeres de 35 años o más al momento del parto tienen mayor riesgo de hipertensión inducida por el embarazo, anomalías cromosómicas.

B) Antecedentes médicos

Algunas enfermedades específicas afectan el pronóstico del embarazo, por ejemplo: hipertensión crónica, enfermedad renal, diabetes mellitus, cardiopatía, cáncer materno, trastorno tiroideo, epilepsia, trastornos sanguíneos.

C) Antecedentes familiares

Para identificar cualquier riesgo de alteración hereditaria.

D) Antecedentes étnicos

La detección de la población para identificar ciertas enfermedades genéticas hereditarias.

E) Antecedentes obstétricos

Como son aborto habitual, óbito, parto prematuro previo, isoimmunización Rh, preeclampsia y eclampsia previas, exposición a teratógenos (fármacos, infecciosos, radiación).¹

Ortiz M.D: en su estudio identificaron como factores de riesgo reproductivo preconcepcional en pacientes que acudían a la consulta de Planificación Familiar; los siguientes:

Desnutrición

Período intergenésico menor a 2 años

Edad menor a 18 años

Antecedente de mortinato

Peso habitual menor de 50 kg

Talla menor de 1.49 mts.

Asma bronquial severo

Obesidad

Hipertensión arterial

Multiparidad

Riesgo social

Diabetes mellitus

Retraso mental

Epilepsia

Tuberculosis

Edad materna avanzada, mayor de 35 años

Los factores de riesgo durante la gestación:

Pobre control prenatal

Amenaza de parto pretérmino

Ruptura prematura de membranas

Embarazo múltiple

Preeclampsia

Consumo de cigarrillo

Infección urinaria

Hemorragia en el tercer trimestre.^{2,5}

El mejoramiento del estado nutricional de la mujer en el período reproductivo, la educación y el acceso a los métodos de planificación familiar para poblaciones de alto riesgo obstétrico son las intervenciones más efectivas para prevenir el bajo peso al nacer desde la preconcepción.⁵ En países desarrollados, las mejores expectativas para la mujer han hecho que la reproducción se desplace a edades maternas mayores; de ahí que los nacimientos en mujeres de 40 o más años han aumentado significativamente^{6,7}, situación que también está ocurriendo en países en el límite del desarrollo, como es el caso de Chile donde realizaron un estudio en mujeres de 40 o más años, reportaron que el riesgo de muerte materna, fetal tardía, neonatal e

infantil fue significativamente mayor que el de mujeres de 20 a 34 años.

Donoso y colaboradores en su estudio realizado en el año 2002, en mujeres mayores, la tasa de mortalidad materna y neonatal no presentaron cambios significativos, mientras que la tasa de mortalidad fetal tardía e infantil disminuyeron significativamente; concluyendo que el riesgo reproductivo en mujeres de 40 o más años es significativamente mayor que en mujeres menores y el control de la natalidad es la estrategia básica para reducir los resultados adversos.⁸

La madre debe recibir la orientación adecuada sobre los cuidados prenatales y los signos de alarma que ameritan la atención médica urgente y se corresponsabiliza junto con su pareja (o familia) y con el médico en el cuidado de su propia salud.⁹

En “La Guía para la Atención Prenatal del Instituto Mexicano del Seguro Social”, se establece que todas las mujeres embarazadas independientemente de la edad de la gestación, deberá tenerse en cuenta el cuidado prenatal ideal, el cual se inicia lo más temprano posible durante el primer trimestre de la gestación.

Definiciones generales:

1.- Embarazo de bajo riesgo: Aquel carente de antecedentes patológicos de la madre que signifiquen incremento del riesgo

obstétrico o evidencia clínica de complicación menor o mayor del embarazo.

2.- Embarazo de riesgo intermedio: Cuando existan condiciones o complicaciones menores de la gestación, las cuales puedan ser controladas con los recursos del primer nivel de atención.

3.- Embarazo de alto riesgo: Aquel en el que se tiene la certeza o la probabilidad de estados patológicos o condiciones anormales concomitantes con la gestación.

4.- Edad gestacional: Período transcurrido entre el primer día de la última menstruación y el día que tiene lugar el nacimiento del niño, expresado en semanas completas.

5.- Factor de riesgo obstétrico: Condición o factor que cuando está presente aumenta la probabilidad de que la madre o el niño desarrollen una enfermedad.

6.- Vigilancia del embarazo: Conjunto de acciones en secuencia; las dos primera consultas obligadamente serán llevadas a cabo por el médico familiar y las subsecuentes por el médico familiar o la enfermera materno infantil; la asignación la hará el médico familiar en función de la determinación de la magnitud del riesgo obstétrico. La vigilancia tomará en cuenta los aspectos de diagnóstico, tratamiento, preventivos y educativos. La primera revisión idealmente debe darse lo más pronto posible durante el primer trimestre de la gestación, la

segunda evaluación clínica a un mes después y las subsecuentes con frecuencia mensual los primeros seis meses del embarazo y cada 15 días durante el 7º y 8º mes y cada semana hasta el término.

7.- Complicación menor del embarazo: La que puede ser atendida por el médico familiar en las instalaciones y con los recursos existentes en las unidades de atención primaria.

8.- Complicación mayor del embarazo: La que impone riesgo alto de morbilidad y/o mortalidad a la madre y al feto.

Complicaciones menores del embarazo:

1.- Anemia: Es la reducción en el número de eritrocitos y en la cantidad de hemoglobina; el valor de corte que la define en el embarazo es de menor 11 g/dl.

2.- Cervicovaginitis: Es el proceso inflamatorio de la vagina y el cervix uterino acompañados de sobrecrecimiento microbiano y flujo vaginal. El cual requiere de tratamiento.

3.- Bacteriuria asintomática: Es la colonización bacteriana persistente del tracto urinario en ausencia de síntomas específicos. El nivel de colonización debe mostrar en el urocultivo cantidad mayor o igual 100 000 colonias bacterianas/ml.

4.- Infección de las vías urinarias bajas (cistitis): Presencia de disuria, polaquiuria y urgencia urinaria en ausencia de taquicardia, taquipnea, deshidratación, dolor lumbar y fiebre; además: tira reactiva positiva a esterasa de leucocitos o a nitritos mayor de 10 leucocitos en el sedimento urinario.

5.- Infección de las vías urinarias altas (pielonefritis): Presencia de disuria o polaquiuria o urgencia urinaria, más fiebre (temperatura mayor a 38 grados centígrados) o dolor lumbar.

6.- Amenaza de aborto: Hemorragia de la primera mitad del embarazo que no se acompaña de dilatación del cérvix uterino.

Complicaciones mayores del embarazo.

1.- Embarazo ectópico: Implantación del blastocito en sitio diferente a la cavidad uterina.

2.- Aborto en evolución: Hemorragia de la primera mitad del embarazo que se acompaña de modificaciones cervicales y puede mostrar sintomatología dolorosa.

3.- Embarazo molar: Desarrollo anormal del óvulo fecundado consistente en degeneración hidrópica (edema) de las vellosidades coriales.

4.- Embarazo múltiple: Se origina en la fecundación de uno o más óvulos con el desarrollo intrauterino de dos o más fetos, condición que se asocia a un mayor número de complicaciones.

5.- Retraso en el crecimiento intrauterino: En la práctica una medición de la altura del fondo uterino por debajo de la percentila 10 de la curva de altura del fondo uterino para la edad gestacional, indica retraso en el crecimiento.

6.- Hiperemésis gravídica: Vómitos incoercibles durante el primer trimestre de la gestación que comprometen el equilibrio hidroelectrolítico y estado nutricional de la embarazada.

7.- Preeclampsia-eclampsia: entidad patológica exclusiva del embarazo caracterizada por hipertensión arterial (TA sistólica mayor de 90 mm/Hg ó una elevación de 30 mm o 15 mm en la sistólica y diastólica respectivamente, con respecto a la basal) proteinuria que se presenta durante la segunda mitad del embarazo; si se acompaña de convulsiones se denomina eclampsia.

8.- Inserción baja de placenta: Inserción anormal de la placenta en la zona de la cavidad uterina situada entre el segmento inferior del útero y el orificio cervical interno.

9.- Desprendimiento prematuro de placenta: Separación prematura de la placenta de su sitio de inserción en la cavidad uterina; se manifiesta por sangrado transvaginal en el tercer trimestre de la gestación.

10.- Amenaza de parto prematuro: Cuando se presentan contracciones uterinas regulares después de las 20 semanas de gestación y antes de las 37, con intervalos de entre 5 y 8 minutos o menores entre cada contracción.

11.- Muerte fetal: Ausencia de latidos cardíacos y de movimientos fetales después de semana 20 de gestación y antes del inicio de trabajo de parto espontáneo.

12.- Ruptura prematura de membranas: Pérdida espontánea de la integridad de las membranas corioamnióticas con salida transvaginal de líquido amniótico antes del inicio del trabajo de parto.

13.- Diabetes gestacional: Estado de intolerancia a los carbohidratos que se diagnostica por primera vez durante el embarazo. Su detección debe realizarse desde la primera visita prenatal y repetirse entre las 24 y 28 semanas de la gestación.

Clasificación de riesgo obstétrico:

ALTO RIESGO	RIESGO INTERMEDIO	BAJO RIESGO
<ul style="list-style-type: none"> • Hipertensión arterial • Diabetes mellitus • Cardiopatía • Nefropatía • Dos o más abortos** • Preeclampsia- 	<ul style="list-style-type: none"> • Edad < de 20 y > de 34 años • Dos o más cesáreas** • Cuatro o más embarazos** • Infección de vías urinarias 	<ul style="list-style-type: none"> • Ausencia de los factores o condiciones para riesgo intermedio y alto • Intervalo intergenésico < de dos años**

<p>eclampsia**</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rh (-) con Coombs indirecto (+) • Otra enfermedad crónica y/o sistémica grave • Malformaciones congénitas** • Hemorragia transvaginal durante el tercer trimestre 	<ul style="list-style-type: none"> • Tabaquismo crónico • Hemorragia transvaginal durante el primer trimestre • Prematurez o con bajo peso al nacer** • Muerte fetal** 	<ul style="list-style-type: none"> • Una cesárea o aborto** • Estatura menor de 150 cm • Escolaridad primario o menos
---	--	--

la presencia de uno o más de los factores o características permite calificar la magnitud del riesgo.

** Antecedente

Las acciones del seguimiento prenatal:

- a) Medición de peso
- b) Medición de presión arterial (la TA elevada ocurre en 6-8% de todos los embarazos)
- c) Frecuencia de la visita prenatal
- d) Medición del nivel de hemoglobina y suplementación con hierro
- e) Administración de ácido fólico

- f) Tratamiento de vaginosis y de la bacteriuria asintomática en la prevención de aborto y parto prematuro.
- g) Realización de glucemia, grupo sanguíneo Rh y VDRL (la diabetes mellitus gestacional tiene una incidencia del 2-3%; la incompatibilidad a Rh ocurre en un 10%)
- h) Evaluación del sangrado transvaginal del primer trimestre del embarazo
- i) Confirmación de vitalidad ovular. Mediante medición HGC o ultrasonido
- j) El reposo absoluto en cama en el tratamiento de la amenaza de aborto. (el aborto se asocia 50-75% de los casos con defectos de los cromosomas, con enfermedad materna como: endocrinológica, inmunológica o infecciones; y con disfunción placentaria)
- k) Toma de urocultivo en la embarazada asintomática de las vías urinarias. (la bacteriuria asintomática se presenta en un 5-10% de todos los embarazos)
- l) Selección de antibióticos y duración del tratamiento en bacteriuria asintomática durante el embarazo. ¹⁰

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La disminución de la morbi-mortalidad materna infantil es una de las conquistas de la medicina moderna, lográndose esto con los cuidados desde la preconcepción de la madre.

La detección oportuna de los factores de riesgo maternos es una de las principales metas en el control prenatal para intervenir oportunamente y así evitar complicaciones futuras; ya que algunos factores de riesgo están presentes antes que la mujer quede embarazada, mientras otros se desarrollan durante el embarazo; teniendo presente que la mujer acude a recibir atención médica cuando ya esta embarazada. De ahí que surja la interrogante:

¿ Cuales son los factores de riesgo reproductivo en mujeres en edad fértil del consultorio 3, turno matutino, de la U.M.F. No. 51, del IMSS?.

JUSTIFICACIÓN

Muchos factores de riesgo participan durante la concepción y los efectos de cualquier factor específico difieren de una paciente a otra. A menudo, estos factores se identifican sólo en retrospectiva, y únicamente benefician a los embarazos futuros.

La valoración de la salud materna antes de la concepción, como problemas médicos, estilo de vida o problemas genéticos, deben investigarse para planear intervenciones antes del embarazo.

En Chile en un estudio realizado en 1990-2000, se logró disminuir en un 50% la mortalidad materna mediante un Plan de Acción Regional en las Américas. La cifra de mortalidad materna en mujeres mayores de 40 años de edad (1/100 000 nacidos vivos); y en adolescentes de 15 a 19 años (18/100 000 nacidos vivos). Donde las cinco causas mas importantes de muerte materna fueron: hipertensión arterial, aborto, enfermedades maternas concurrentes (pregestacionales), sepsis puerperal y hemorragia posparto.¹¹

En la ENDES (Encuesta Nacional de Educación y Salud)1991-1992, se reporta 22% de mujeres tiene un embarazo de alto riesgo y el 45% de riesgo mediano. Según la ENDES para 1996 la mortalidad materna constituye un problema de salud importante (265 muertes por 100 000 nacidos vivos).¹²

Según el INE (Instituto Nacional de Estadística), el 15% de muerte materna es en gestantes adolescentes.¹²

En algunos países desarrollados mueren 6 de cada 100 000 mujeres embarazadas. La principal causa de muerte son los accidentes de tráfico u otras lesiones. En segundo lugar, se encuentran los diversos problemas relacionados con el embarazo y el parto: coágulos de sangre que se desprenden y alcanzan los pulmones, complicaciones anestésicas, hemorragias, infecciones y complicaciones por hipertensión arterial. Algunos factores de riesgo están presentes antes que la mujer quede embarazada, mientras que otros se desarrollan durante el embarazo.¹³

En Colombia en la última década se ha aumentado considerablemente la cobertura de control prenatal sobre todo en área urbana para clasificación de riesgo obstétrico, con acciones específicas para la intervención especialmente para preeclampsia, el parto prematuro y el bajo peso al nacer (Resolución 412 del 25 febrero 2000, del Ministerio de Salud).¹⁴

La presente investigación tiene como finalidad identificar los factores de riesgo reproductivo los cuales repercuten en la salud materno-fetal. Siendo importante su identificación temprana para actuar oportunamente y prevenir la muerte de la madre o de su futuro hijo.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Conocer cuáles son los factores de riesgo reproductivo en mujeres en edad fértil del consultorio 3, turno matutino de la U.M.F. No. 51.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

Identificar, por grupo de edad, las pacientes que presentan mayor factor de riesgo.

- Identificar la distribución de los diversos factores de riesgo en mujeres en edad fértil.

METODOLOGÍA

TIPO DE ESTUDIO

Estudio descriptivo, transversal y observacional. Encuesta descriptiva.

POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO DE ESTUDIO

Todas las mujeres en edad fértil (15 a 44 años), del consultorio No.3 de la Unidad de Medicina Familiar No. 51 del I.M.S.S. que acudan a consulta del 01 de julio al 31 de diciembre del año 2004.

El total de mujeres en edad fértil del (15 a 44 años) del consultorio 3 turno matutino de la U.M.F. No. 51 es de 596.

TIPO DE MUESTRA Y TAMAÑO DE LA MUESTRA

El tamaño de muestra se determinó mediante muestreo no probabilístico por conveniencia de 94 expedientes.

Criterios de inclusión:

- Expedientes de mujeres en edad fértil (de 15 a 44 años de edad), adscritas al consultorio 3, turno matutino de la U.M.F. No. 51 del I.M.S.S.

Criterios de no inclusión:

- Mujeres en edad menor a 15 años y mayor de 44 años.

Criterios de eliminación:

- Expedientes de mujeres en edad fértil que no tengan completa la información requerida.

INFORMACIÓN A RECOLECTAR

Definición operacional de las variables:

Para fines de clasificación y manejo de variables del presente estudio, se consideraron los valores, con base al formato MF 7/85 (atención medica prenatal y riesgo reproductivo), del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Riesgo reproductivo.- es el grado de peligro de morbi-mortalidad para la madre y el feto (MF 7/85).

Edad fértil.- período durante el cual la mujer es capaz de concebir (MF 7/85).

Peso habitual.- es el peso corporal de una persona expresado en kilogramos (MF 7/85).

Talla.- estatura o longitud del cuerpo humano desde la planta de los pies hasta el vértice de la cabeza (MF 7/85).

Escolaridad.- grado máximo de estudios de una persona (MF 7/85).

Gestación.- se refiere al embarazo, período comprendido desde la fecundación del óvulo al parto (MF 7/85).

Parto.- es el proceso del nacimiento por el cual el producto (s) de la concepción es expulsado desde el útero hacia el exterior (MF 7/85)

Aborto.- es la terminación del embarazo en las primeras 20 semanas de gestación (140 días) o con un peso fetal menor de 500 grs (cuando no se conoce la edad gestacional); el producto de la concepción puede ser expulsado o no y puede estar vivo o muerto(MF 7/85).

Césarea.- es la terminación del embarazo por vía abdominal a través de una incisión en la pared uterina (MF 7/85).

Período intergénésico.- período transcurrido en meses, desde la fecha del último parto o cesárea (MF 7/85).

Antecedentes obstétricos.- enfermedades que se presentan durante el embarazo, que repercuten tanto en la madre y el producto de la concepción (MF 7/85).

Antecedentes personales patológicos.- enfermedades no relacionadas con el embarazo, registradas en el formato MF 7/85, por el Médico Familiar.

Tabaquismo.- intoxicación aguda o crónica por el tabaco; nicotismo (MF 7/85).

Alcoholismo.- intoxicación por ingesta de alcohol, puede ser agudo o crónico (MF 7/85).

VARIABLE	TIPO	ESCALA	ESTADISTICO	INDICADOR
Riesgo reproductivo	Dependiente	Nominal	Proporciones, Prueba CHI^2	Menor de 4 puntos = bajo riesgo Mayor de 4 puntos = alto riesgo
Edad fértil	Independiente	Ordinal	Proporciones, Prueba CHI^2	0 = 20 a 29 años 1 = 15 a 19 años 1 = 30 a 34 años 4 = menores de 15 o mayores de 34 años.
Peso habitual	Independiente	Nominal	Proporciones, Prueba CHI^2	0 = 50 o más kilogramos 1 = < de 50 kilogramos
Talla	Independiente	Nominal	Proporciones, Prueba CHI^2	0 = mas de 150 centrimetros 1 = 150 centrimetros o menos
Escolaridad materna	Independiente	Nominal	Proporciones, Prueba CHI^2	0 = Secundaria o más 0.5 = primaria o menos
Gestación	Independiente	Ordinal	Proporciones, Prueba CHI^2	0 = 2 a 5 embarazos 1 = Primigesta 3 = más de 5 embarazos
Parto	Independiente	Nominal	Proporciones, Prueba CHI^2	0 = menor de 5 4 = 5 o más partos
Aborto	Independiente	Ordinal	Proporciones, Prueba CHI^2	0 = 0 a 1 abortos 2 = 2 abortos 4 = 3 o más abortos

Cesárea	Independiente	Nominal	Proporciones, Prueba CHI^2	0 = Ninguna 4 = una o más
Periodo ínter genésico	Independiente	Ordinal	Proporciones, Prueba CHI^2	0 = 13 a 60 meses 0.5 = menor 13 meses 0.5 = > 60 meses
Antecedentes obstétricos	Independiente	Nominal	Proporciones, Prueba CHI^2	0 = sin antecedentes 4 = por cada antecedente
Antecedentes personales patológicos	Independiente	Nominal	Proporciones, Prueba CHI^2	0 = sin antecedentes 4 = por cada antecedente
Tabaquismo	Independiente	Nominal	Proporciones, Prueba CHI^2	0 = No 1 = Sí
Alcoholismo	Independiente	Nominal	Proporciones, Prueba CHI^2	0 = No 1 = Sí

METODO PARA CAPTAR LA INFORMACION

La investigación se realizó en la Unidad de Medicina familiar No. 51, del Instituto Mexicano del Seguro Social; de la Ciudad de Guadalajara, Jalisco, cuyo nivel de atención médica que ofrece es de primer nivel.

El investigador acudió al Archivo de la Unidad de Medicina Familiar No. 51, selecciono las 4-30-6 (hoja de registro de pacientes que acuden a la consulta externa por día), del consultorio 3 turno matutino, obtuvo el nombre y número de afiliación de las mujeres en edad fértil que acudieron a la consulta del 01 julio 2004 al 31 diciembre 2004; una vez realizado esto, recabó la información del formato MF 7/85 (atención medica prenatal y riesgo reproductivo) verificó que cumpliera los criterios de inclusión y exclusión, se capturo la información en un sistema de cómputo, en el programa Excel y procesada mediante programa SPSS (versión 10), obteniendo los resultados, graficas y tablas.

RECURSOS

1.- Humanos

Asesor

Investigador

2.- Recursos materiales

Papelería (hojas blancas)

Lápiz, pluma

Sistema de cómputo

La Unidad de Medicina Familiar No. 51, cuenta con la infraestructura, personal Médico y administrativo necesario para la realización de esta Investigación.

FINANCIAMIENTO:

Los recursos financieros fueron costeados por el propio investigador.

Consideraciones éticas

El estudio cumple con las normas éticas de acuerdo al reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud, acorde a la declaración de Helsinki, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 6 de enero 1987, en su título segundo (de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos), capítulo 1, artículo 17.

Este estudio no está en contra de los principios del Instituto Mexicano del Seguro Social.

RESULTADOS

En el presente estudio se trabajo con un total de 94 expedientes de mujeres en edad fértil, adscritas al consultorio 3 turno matutino de la UMF No. 51 del IMSS.

En relación al grupo de edad de mujeres en edad fértil: de 20 a 29 años con una frecuencia 40 mujeres (43 %); en menores de 15 años y mayor de 34 años con una frecuencia de 21 mujeres (22%); de 30 a 34 años con una frecuencia 28 mujeres (30 %); y de 15 a 19 años con una frecuencia de 5 mujeres (5%), (tabla 1, grafica 1).

Con respecto al peso habitual de mujeres en edad fértil se encontró: en mayor de 50 kilogramos con una frecuencia 84 mujeres (89 %), y en 50 o menos kilogramos con una frecuencia 10 mujeres (11 %), (tabla 2, gráfica 2).

En cuanto a la talla de mujeres en edad fértil: de más 150 centímetros con una frecuencia 92 mujeres (98 %); y en menores de 150 centímetros con una frecuencia 2 mujeres (2 %), (tabla 3, gráfica 3).

La escolaridad de mujeres en edad fértil: en quienes tienen secundaria o mas con una frecuencia de 60 mujeres (64%), y de primaria o menos con una frecuencia de 34 mujeres (36 %), (tabla 4, gráfica 4).

El número de gestas de mujeres en edad fértil: con mas de 5 gestas, con una frecuencia 49 mujeres (52%); dos a cinco gestas con una frecuencia de 23 mujeres (25%), y en primigestas con una frecuencia de 22 mujeres (23%), (tabla 5, gráfica 5).

El número de partos de mujeres en edad fértil: en menos de 5 embarazos con una frecuencia 70 mujeres (74%), 5 ó mas embarazos con una frecuencia 24 mujeres (26 %), (tabla 6, gráfica 6).

En relación a los abortos de mujeres en edad fértil: de 0 a 1, con una frecuencia 75 mujeres (80 %); de dos abortos, con una frecuencia 15 mujeres (16 %); y de 3 ó más abortos, con una frecuencia 4 mujeres (4 %), (tabla 7, gráfica 7).

Con respecto al número de cesáreas de mujeres en edad fértil, se encontro: quienes no tuvieron cesáreas, con una frecuencia 66 mujeres (70%); y con cesárea, con una frecuencia de 28 mujeres (30%), (tabla 8, gráfica 8).

En cuanto al periodo intergenesico de mujeres en edad fértil: de 13 a 60 meses con una frecuencia 44 mujeres (47%); mas de 60 meses con una frecuencia 36 mujeres (38 %); y menores de 13 meses con una frecuencia de 14 mujeres (15%), (tabla 9, gráfica 9).

En relación a los antecedentes obstétricos en mujeres en edad fértil: quienes no tenían antecedentes, con una frecuencia de 65 mujeres (69 %); las que si tenían antecedentes, con una frecuencia de 29 mujeres (31 %), (tabla 10, gráfica 10).

Los antecedentes personales patológicos en mujeres en edad fértil: las que no tenían antecedentes con una frecuencia de 88 mujeres (94 %); las que si tenían antecedentes con una frecuencia de 6 mujeres (6 %), (tabla 11, gráfica 11).

El tabaquismo en mujeres en edad fértil, se encontró una frecuencia de 94 mujeres (100 %) sin tabaquismo (tabla 12, gráfica 12).

En relación al alcoholismo en mujeres en edad fértil, se encontró una frecuencia de 94 mujeres (100 %) sin alcoholismo (tabla 13, gráfica 13).

Respecto a la calificación de riesgo reproductivo en mujeres en edad fértil, se encontró: de alto riesgo con una frecuencia de 54 mujeres (58%); de bajo riesgo con una frecuencia de 40 mujeres (42%). (tabla 14, grafica 14)

En cuanto al riesgo reproductivo alto en relación al grupo de edad: de 20 a 29 años, con 21 mujeres (23%); en menores de 15 o mayores de

34 años con 17 mujeres (18%); de 30 a 34 años de edad con 14 mujeres (15%); y de 15 a 19 años con 2 mujeres (2%); al comparar las variables se encontró un valor de χ^2 p 0.094 estadísticamente no significativo, (tabla 15, grafica 15).

En relación al nivel de escolaridad, y el riesgo reproductivo se encontró: alto riesgo en quienes tenían secundaria o mas, con 28 mujeres (30%); y de primaria o menos, con 26 mujeres (28%), al comparar las variables con un resultado estadísticamente significativo con prueba de χ^2 p 0.005 (tabla 16 grafica 16).

En relación al número de gestaciones y el riesgo reproductivo se encontró: de alto riesgo en quienes tenían mas de 5 gestas, con 46 mujeres (49%); y de 2 a 5 gestas con 8 mujeres (8%), al comparar las variables con un valor de χ^2 p = 0.000, estadísticamente significativo (tabla 17, grafica 17).

Con respecto al número de partos y riesgo reproductivo alto se encontró: menos de 5 partos con 34 mujeres (36%); y de 5 o más partos con 20 mujeres (21%), con valor estadísticamente significativo con prueba de χ^2 p = 0.003 (tabla 18, grafica 18).

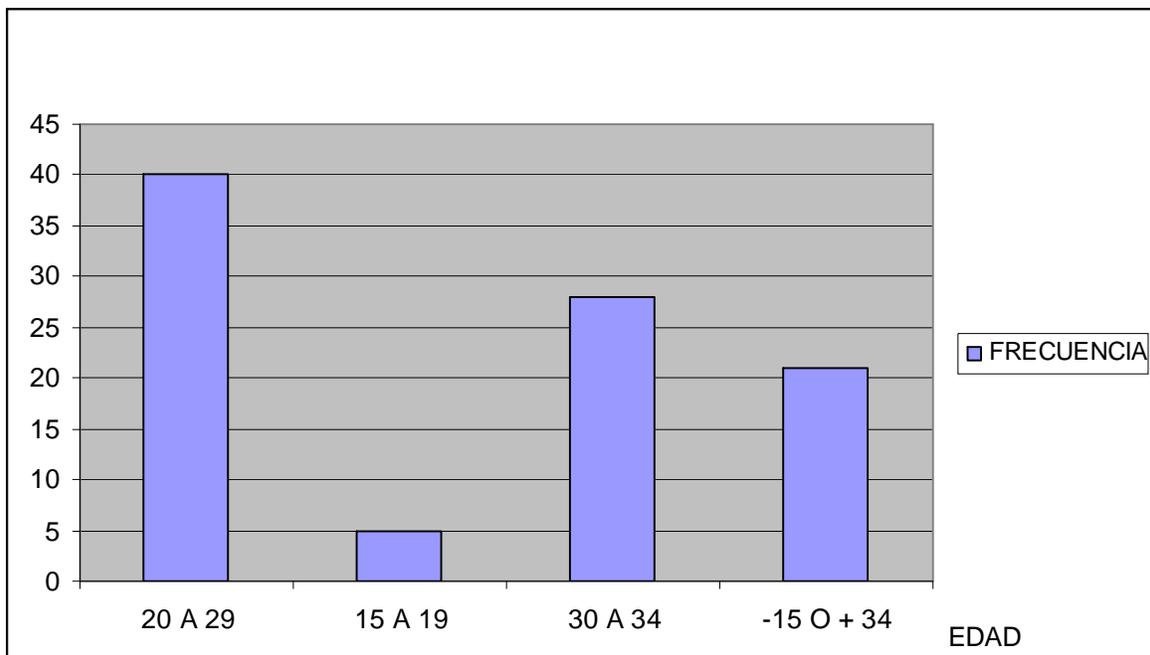
En cuanto a las cesáreas y riesgo reproductivo alto se encontró: quienes no tuvieron cesáreas con 32 mujeres (34%); y de bajo riesgo las que si tuvieron cesáreas con 22 mujeres (23%), con valor estadísticamente significativo con prueba de χ^2 p = 0.007 (tabla 19, grafica 19).

ESTADISTICA DESCRIPTIVA

TABLA # 1.
FRECUENCIA DE EDAD EN MUJERES EN EDAD FERTIL

Edad (en años)	Mujer en edad fértil	Porcentaje
20 a 29	40	43
15 a 19	5	5
30 a 34	28	30
- 15 ó + 34	21	22
Total	94	100

GRAFICA # 1.
FRECUENCIA DE EDAD EN MUJERES EN EDAD FERTIL

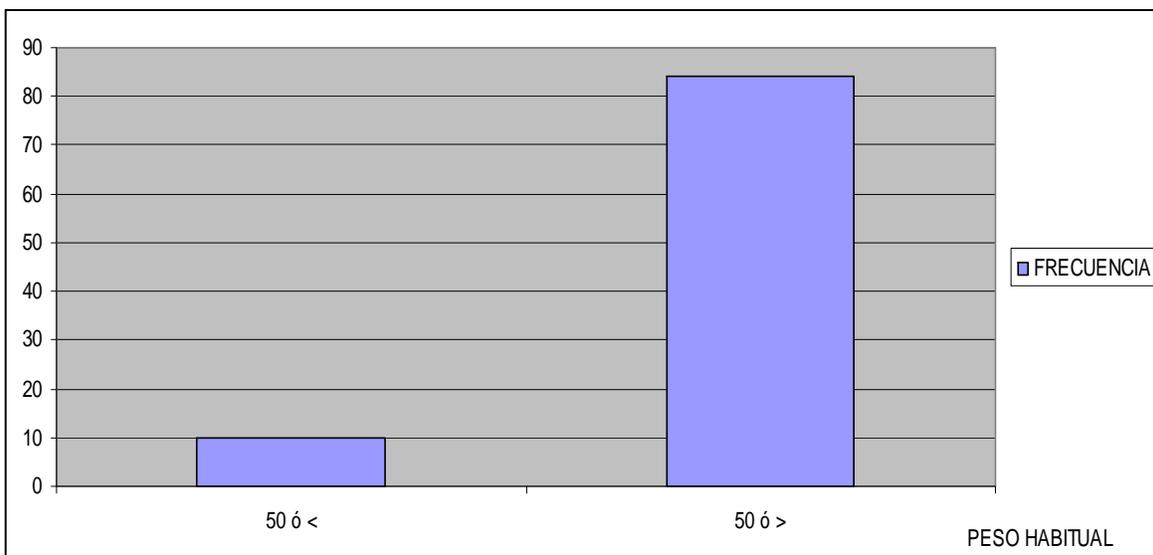


FUENTE: MF 7/85, UMF 51, IMSS

TABLA # 2
FRECUENCIA DE PESO HABITUAL EN MUJERES EN EDAD FERTIL

Peso (kg.)	Mujer en edad fértil	Porcentaje
50 ó menos	10	11
50 ó más	84	89
Total	94	100

GRAFICA # 2.
FRECUENCIA DE PESO HABITUAL EN MUJERES EN EDAD FERTIL

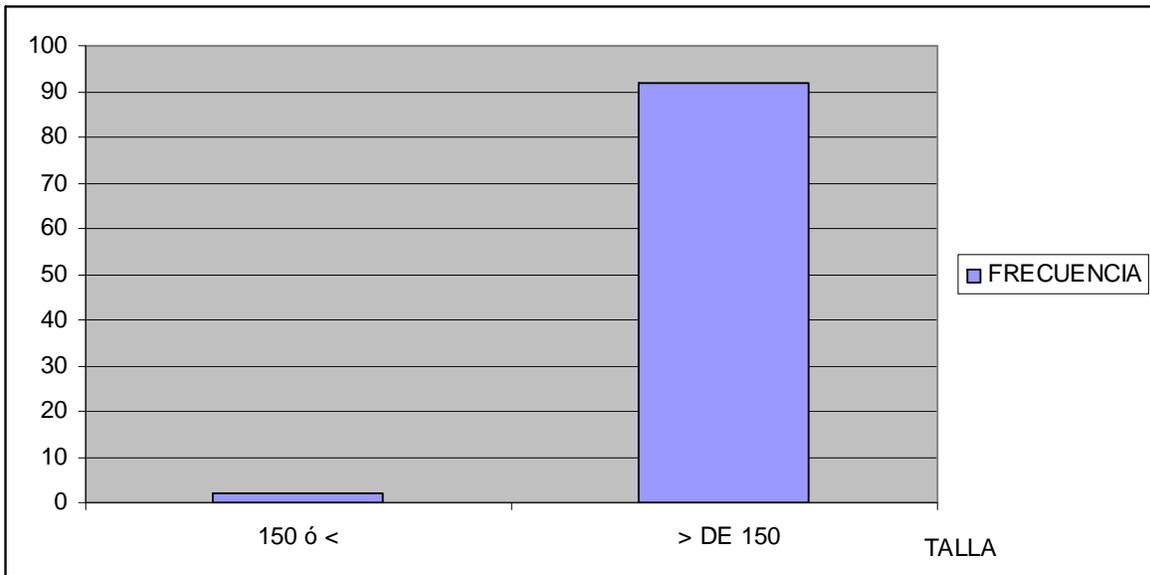


FUENTE: MF 7/85, UMF 51, IMSS

TABLA # 3.
FRECUENCIA DE TALLA EN MUJERES EN EDAD FERTIL

Talla (cm.)	Mujeres en edad fértil	Porcentaje
150 ó menos	2	2
Más de 150	92	98
Total	94	100

GRAFICA # 3.
FRECUENCIA DE TALLA EN MUJERES EN EDAD FERTIL

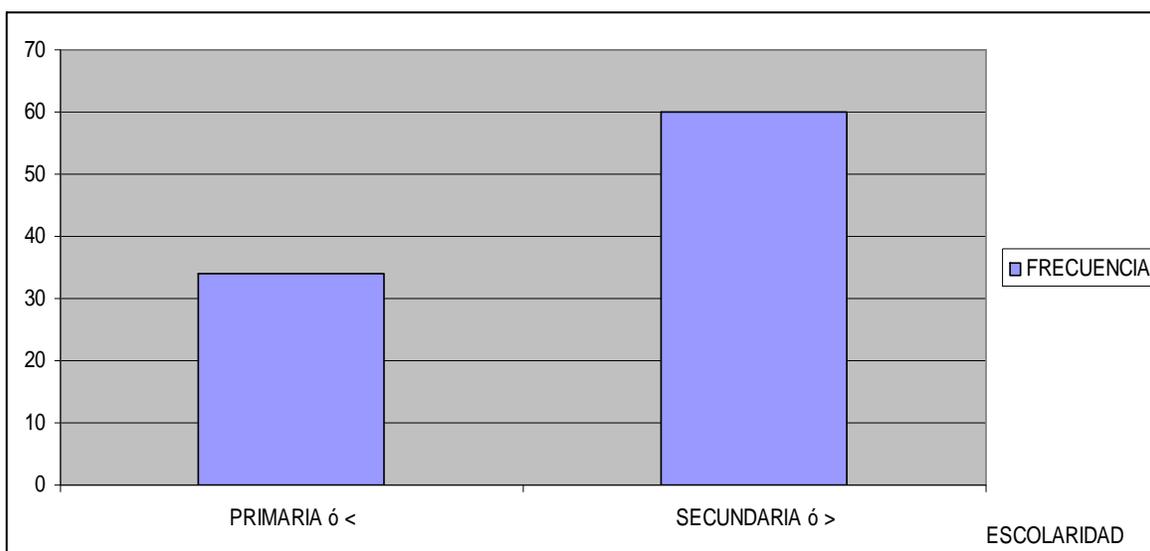


FUENTE: MF 7/85, UMF 51, IMSS

TABLA # 4.
FRECUENCIA DE ESCOLARIDAD EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL

Escolaridad	Mujeres en edad fértil	porcentaje
Primaria ó menos	34	36
Secundaria ó +	60	64
Total	94	100

GRAFICA # 4
FRECUENCIA DE ESCOLARIDAD EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL

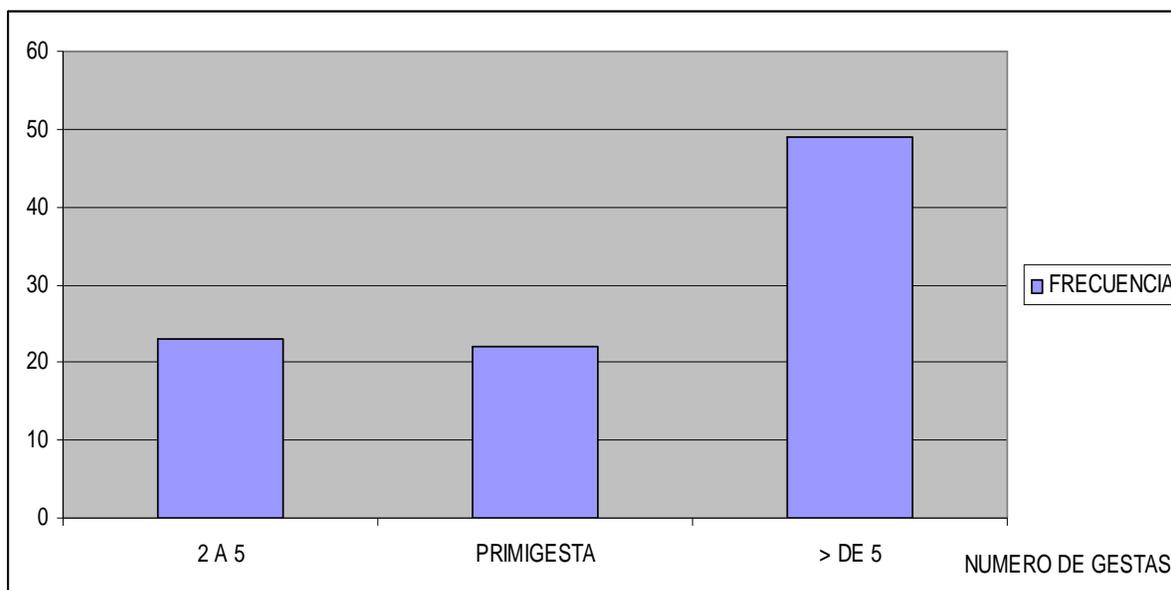


FUENTE: MF 7/85, UMF 51, IMSS

TABLA # 5
FRECUENCIA DE GESTA EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL

No. de Gestas	Mujeres en edad fértil	Porcentaje
2 a 5	23	25
Primigesta	22	23
+ de 5	49	52
Total	94	100

GRAFICA # 5
FRECUENCIA DE GESTA EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL

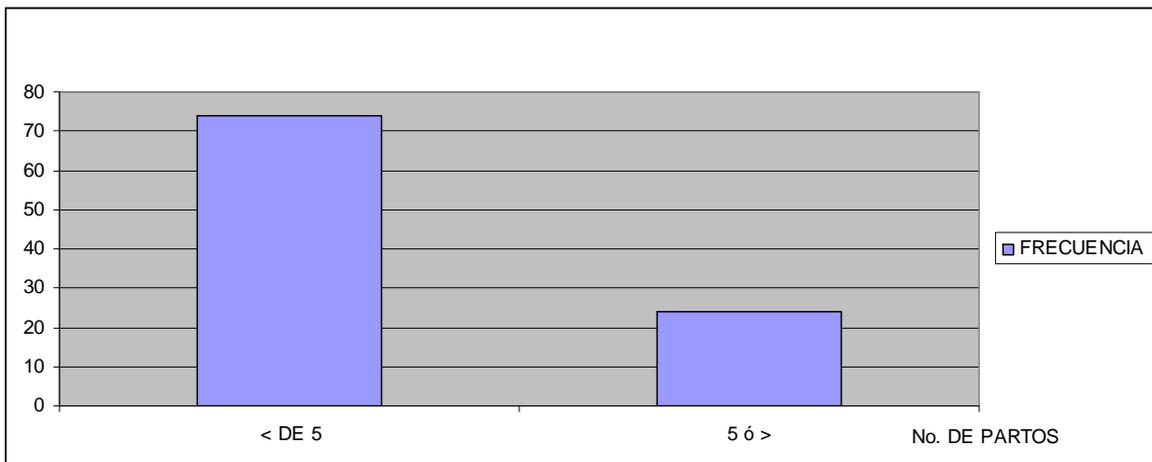


FUENTE: MF 7/85, UMF 51, IMSS

TABLA # 6
FRECUENCIA DE PARTOS EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL

No. de Partos	Mujeres en edad fértil	Porcentaje
Menos de 5	70	74
5 ó +	24	26
Total	94	100

GRAFICA # 6
FRECUENCIA DE PARTOS EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL

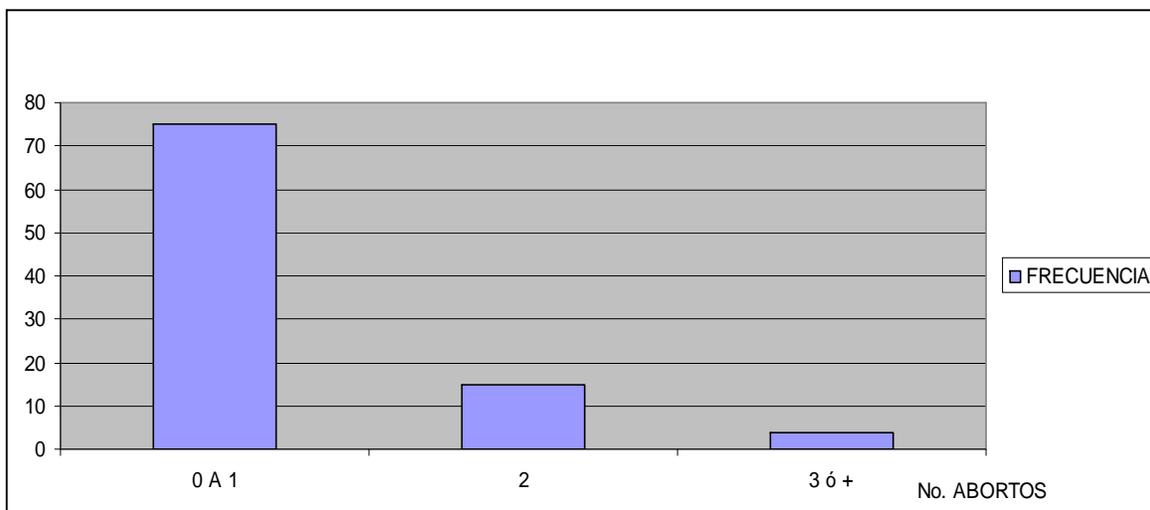


FUENTE: MF 7/85, UMF 51, IMSS

TABLA # 7
FRECUENCIA DE ABORTO EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL

No. de Abortos	Mujeres en edad fértil	Porcentaje
0 a 1	75	80
2	15	16
3 ó +	4	4
Total	94	100

GRAFICA # 7
FRECUENCIA DE ABORTO EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL

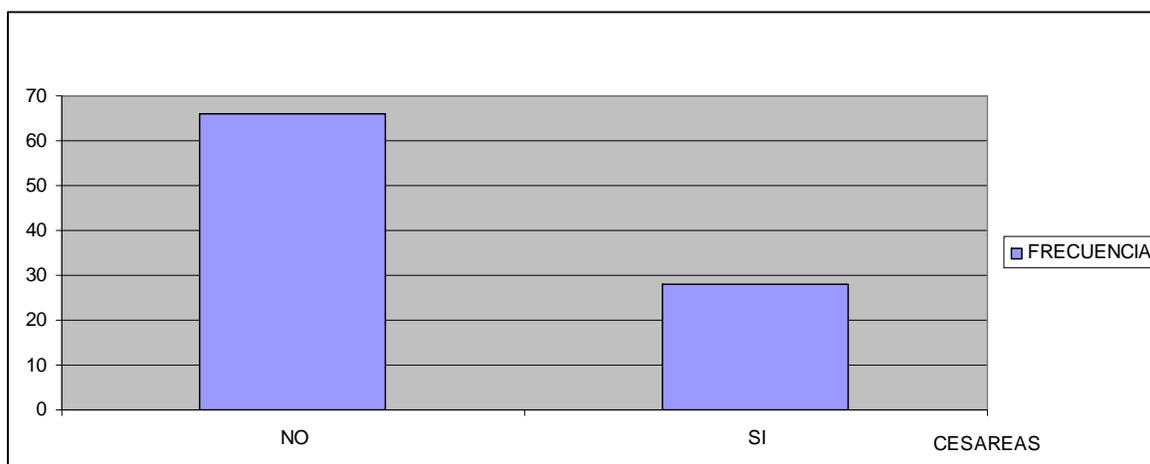


FUENTE: MF 7/85, UMF 51, IMSS

TABLA # 8
FRECUENCIA DE CÉSAREAS EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL

Casáreas	Mujeres en edad fértil	Porcentaje
NO	66	70
SI	28	30
Total	94	100

GRAFICA # 8
FRECUENCIA DE CESAREAS EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL

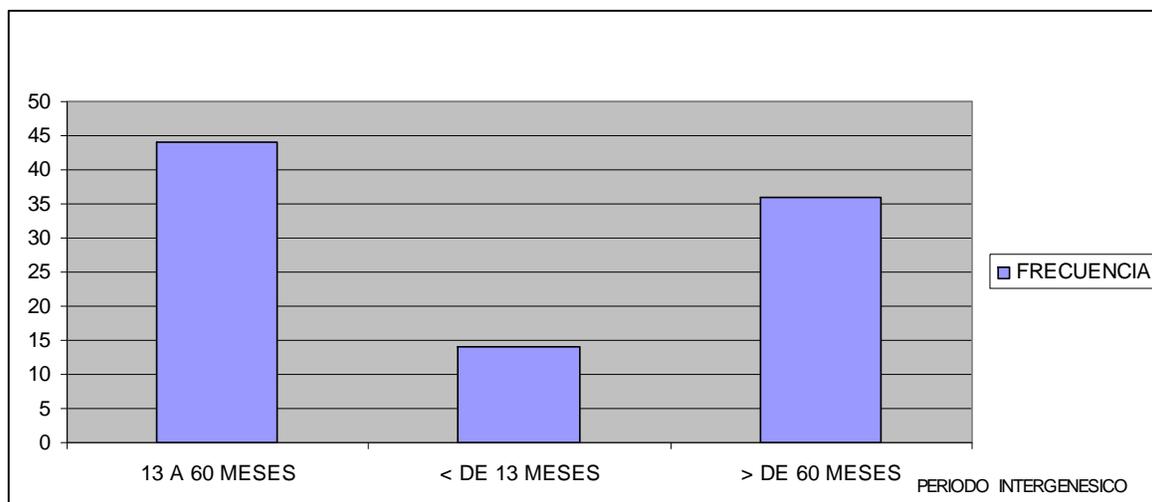


FUENTE: MF 7/85, UMF 51, IMSS

TABLA # 9
FRECUENCIA DE PERIODO INTERGENESICO EN MUJERES EN
EDAD FÉRTIL

Período intergenesico	Mujeres en edad fértil	Porcentaje
13 a 60 meses	44	47
Menos de 13 meses	14	15
+ de 60 meses	36	38
Total	94	100

GRAFICA # 9
FRECUENCIA DE PERIODO INTERGENESICO EN MUJERES EN
EDAD FERTIL

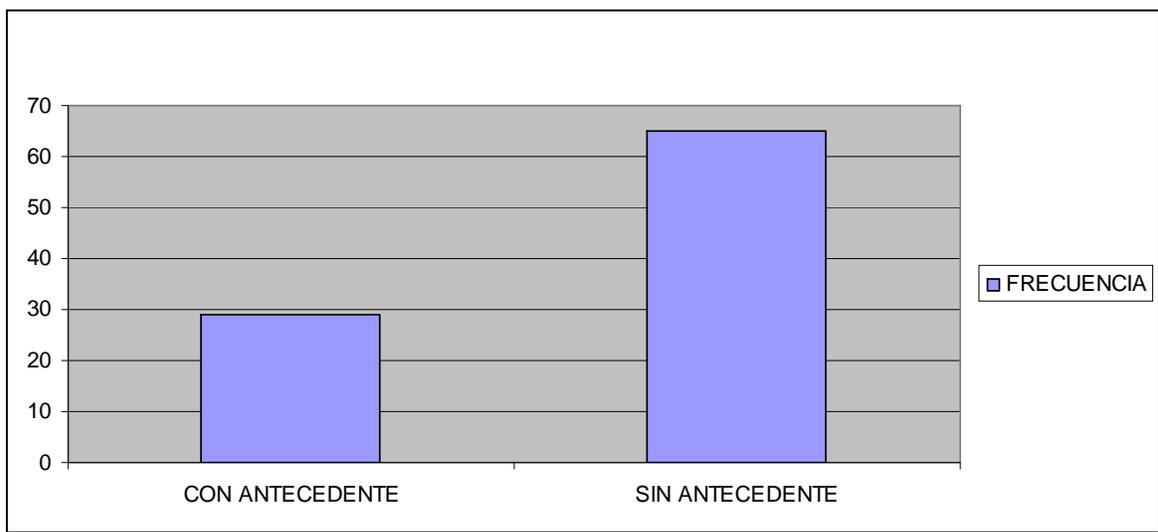


FUENTE: MF 7/85, UMF 51, IMSS

TABLA # 10.
FRECUENCIA DE ANTECEDENTES OBSTETRICOS EN MUJERES
EN EDAD FERTIL

Antecedente	Mujeres en edad fértil	Porcentaje
Con antecedente	29	31
Sin antecedente	65	69
Total	94	100

GRAFICA # 10
FRECUENCIA DE ANTECEDENTES OBSTETRICOS EN MUJERES
EN EDAD FERTIL

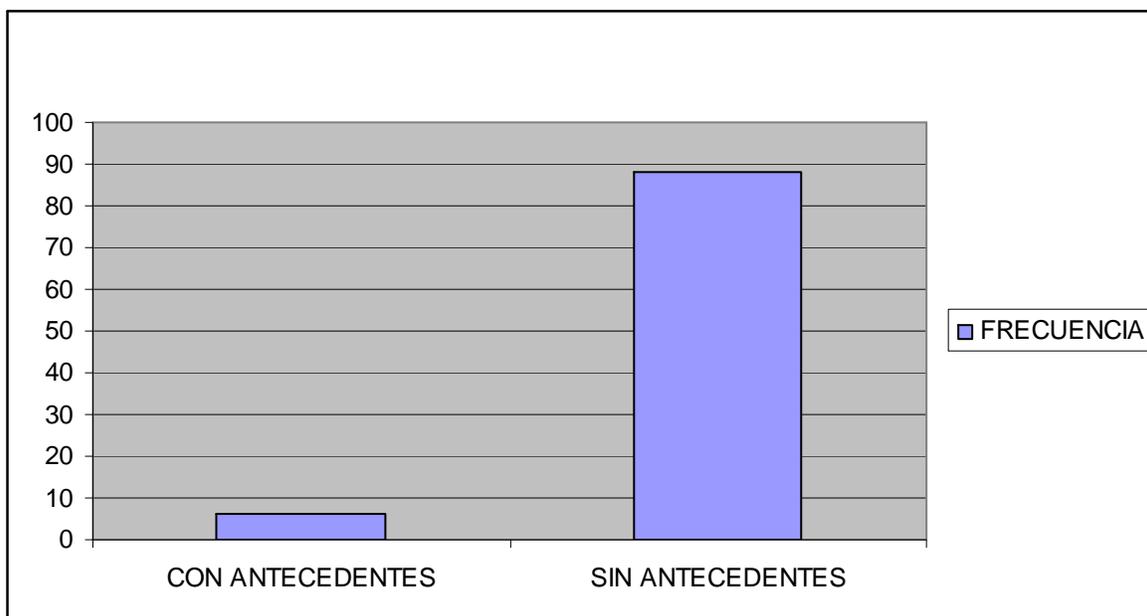


FUENTE: MF 7/85, UMF 51, IMSS

TABLA # 11
FRECUENCIA DE ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS
EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL

Antecedente	Mujeres en edad fértil	Porcentaje
Con antecedente	6	6
Sin antecedente	88	94
Total	94	100

GRAFICA # 11
FRECUENCIA DE ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS
EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL

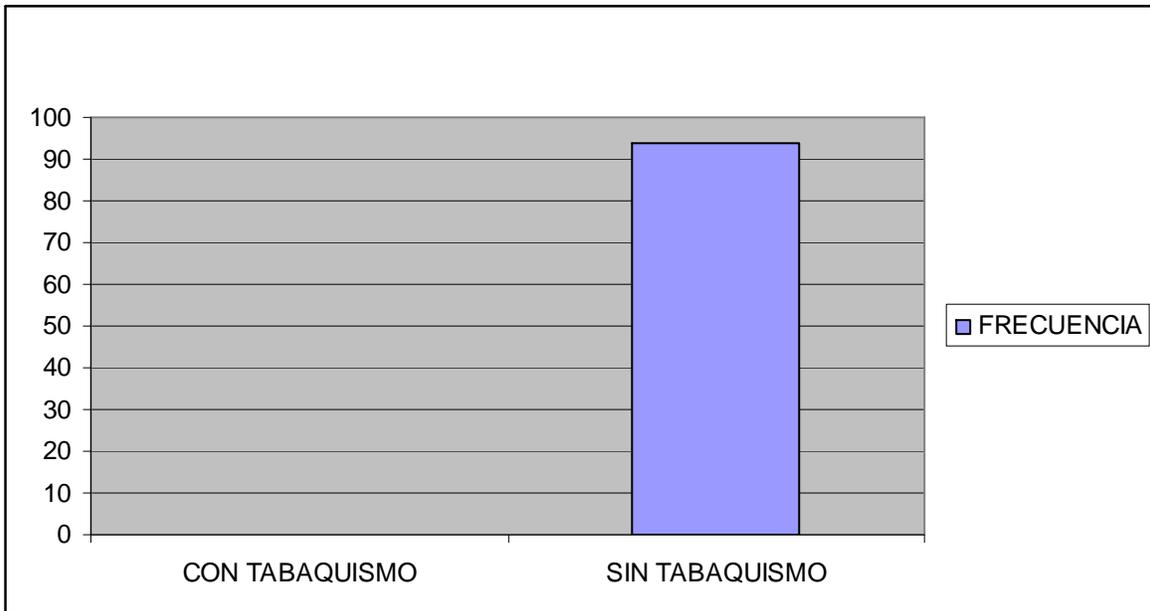


FUENTE: MF 7/85, UMF 51, IMSS

TABLA # 12
FRECUENCIA DE TABAQUISMO EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL

Tabaquismo	Mujeres en edad fértil	Porcentaje
Con tabaquismo	0	0
Sin tabaquismo	94	100
Total	94	100

GRAFICA # 12
FRECUENCIA DE TABAQUISMO EN MUJERES EN EDAD FERTIL

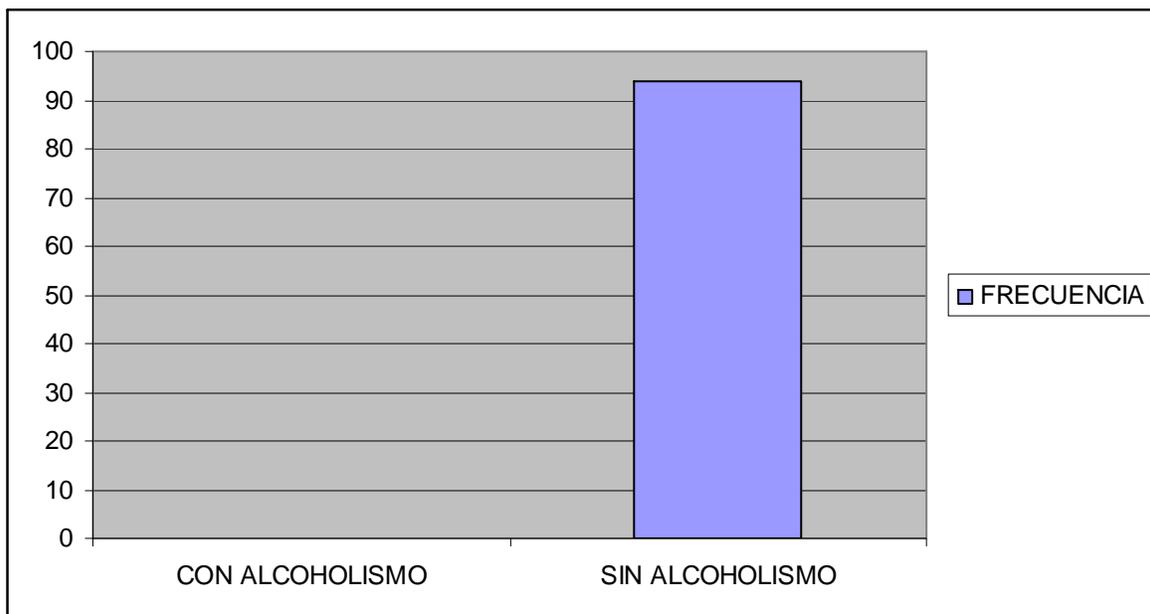


FUENTE: MF 7/85, UMF 51, IMSS

TABLA # 13
FRECUENCIA DE ALCOHOLISMO EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL

Alcoholismo	Mujeres en edad fértil	Porcentaje
Con alcoholismo	0	0
Sin alcoholismo	94	94
Total	94	100

GRAFICA # 13.
FRECUENCIA DE ALCOHOLISMO EN MUJERES EN EDAD FERTIL

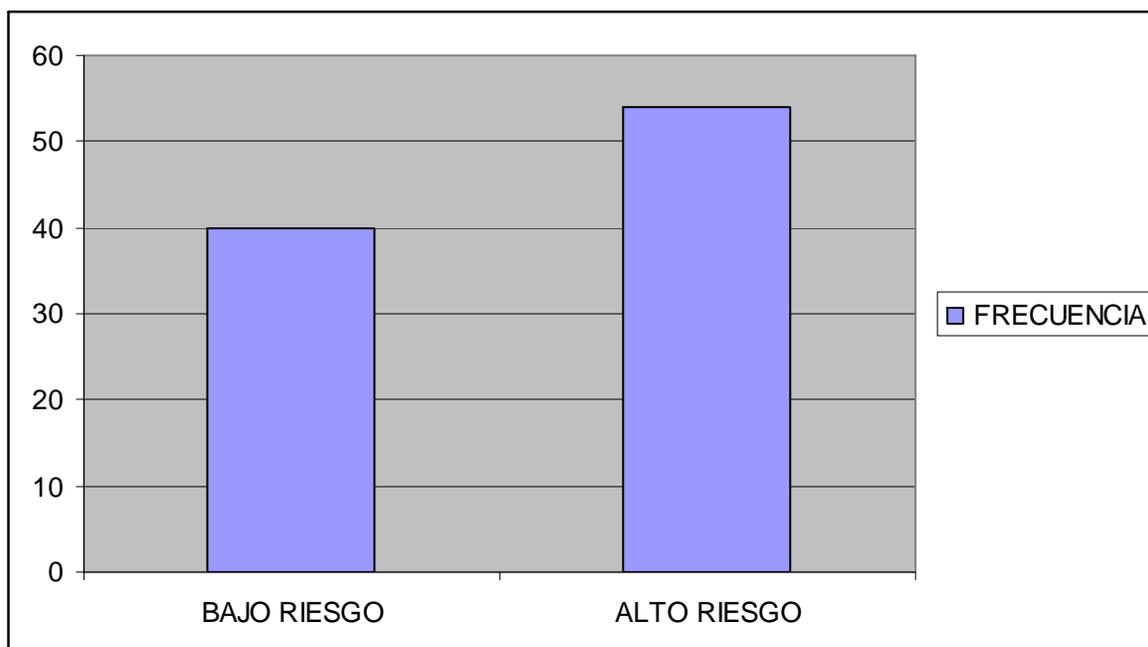


FUENTE: MF 7/85, UMF 51, IMSS

TABLA # 14
FRECUENCIA DE RIESGO REPRODUCTIVO EN MUJERES EN
EDAD FÉRTIL

RIESGO REPRODUCTIVO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
BAJO RIESGO	40	42
ALTO RIESGO	54	58
TOTAL	94	100

GRAFICA # 14
FRECUENCIA DE RIESGO REPRODUCTIVO EN MUJERES EN
EDAD FERTIL



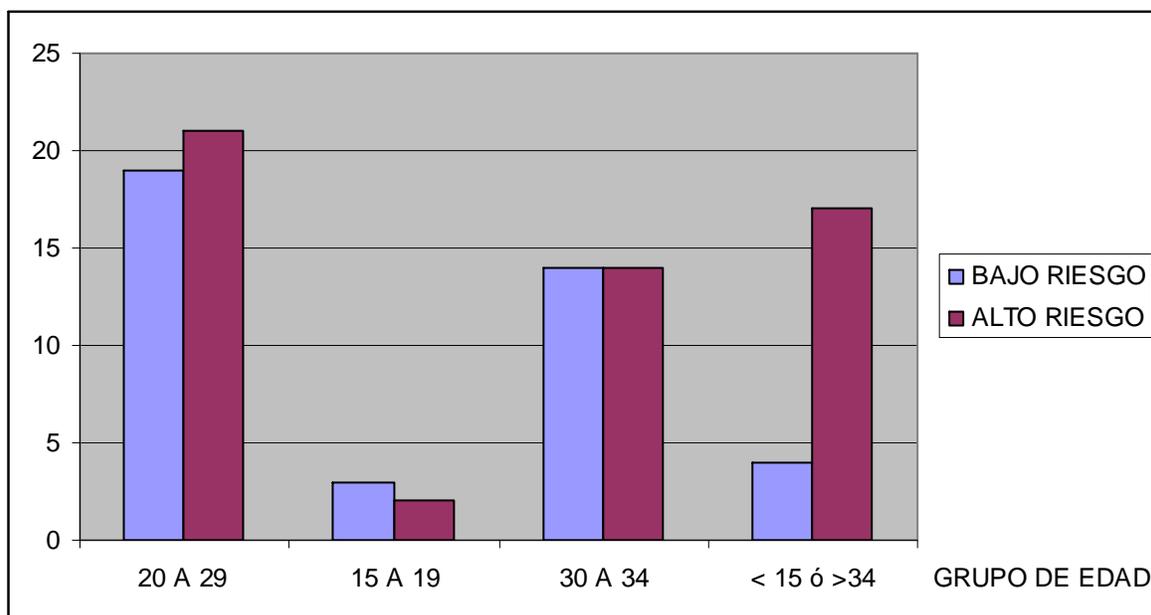
FUENTE: MF 7/85, UMF 51, IMSS

TABLA # 15
RIESGO REPRODUCTIVO POR GRUPO DE EDAD, EN MUJERES
EN EDAD FÉRTIL *

Riesgo reproductivo	Grupo de edad			
	20 a 29 (%)	15 a 19 (%)	30 a 34 (%)	- 15 ó + 34 (%)
Bajo riesgo	19 (20)	3 (3)	14 (15)	4 (4)
Alto riesgo	21 (23)	2 (2)	14 (15)	17 (18)
Total (%)	40 (43)	5 (5)	28 (30)	21 (22)

* $p = 0.094$

GRAFICA # 15
FRECUENCIA DE RIESGO REPRODUCTIVO EN MUJERES EN
EDAD FÉRTIL



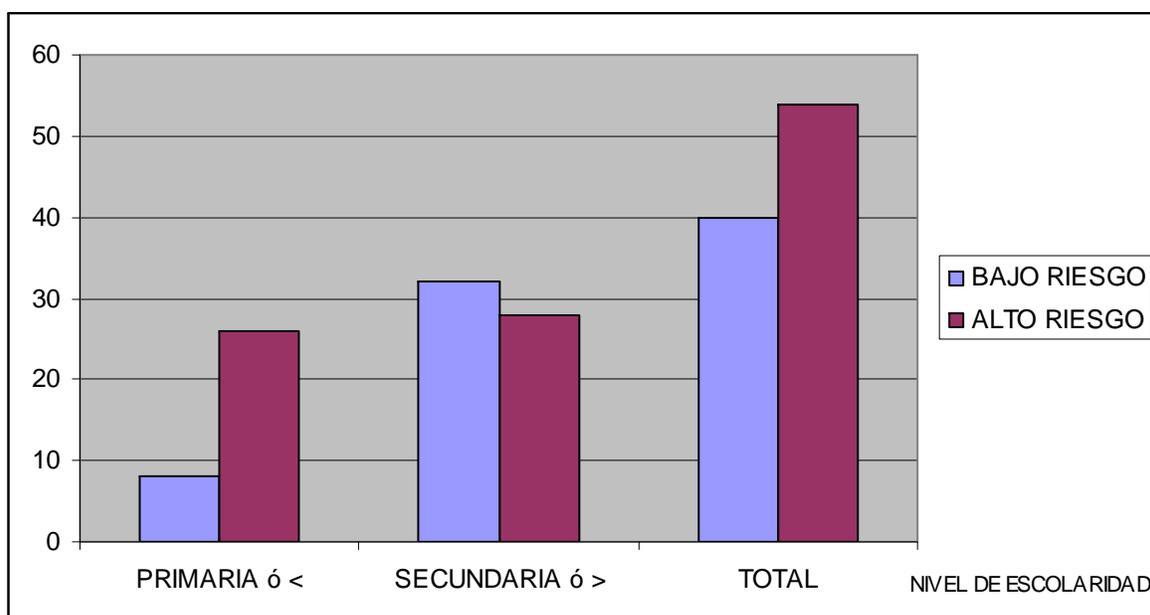
FUENTE: MF 7/85, IMSS

TABLA # 16
RIESGO REPRODUCTIVO Y NIVEL DE ESCOLARIDAD EN
MUJERES EN EDAD FERTIL

Riesgo reproductivo	Nivel de escolaridad		Total (%)
	Primaria ó menos (%)	Secundaria ó + (%) *	
Bajo riesgo	8 (8)	32 (34)	40 (42)
Alto riesgo	26 (28)	28 (30)	54 (58)
Total	34 (36)	60 (64)	94 (100)

* $p = 0.005$

GRAFICA # 16
RIESGO REPRODUCTIVO Y NIVEL DE ESCOLARIDAD EN
MUJERES EN EDAD FERTIL



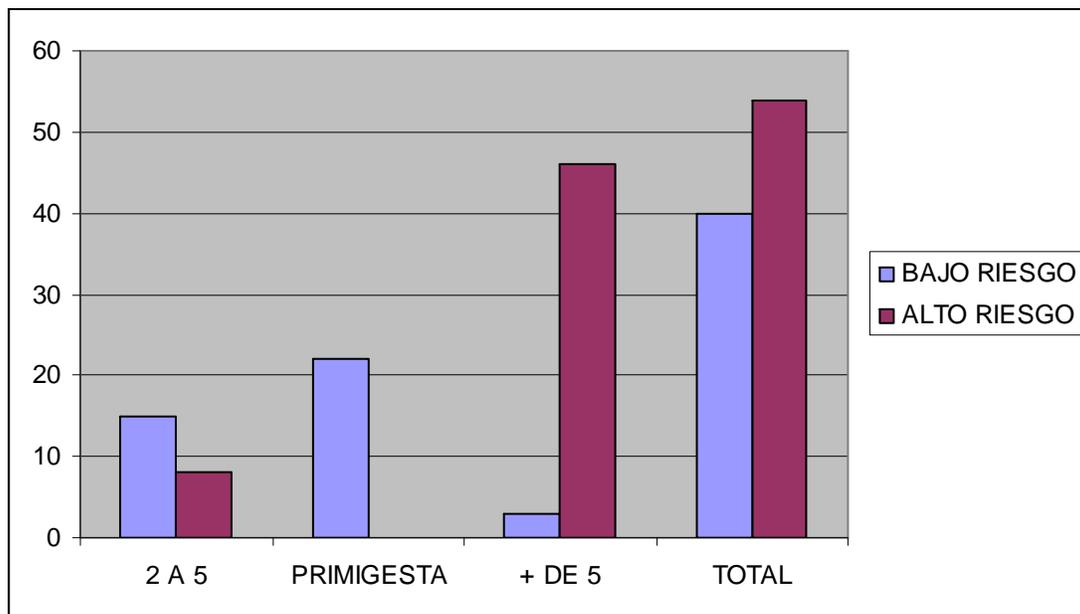
FUENTE: MF 7/85, IMSS

TABLA # 17
RIESGO REPRODUCTIVO Y NÚMERO DE GESTAS EN MUJERES
EN EDAD FÉRTIL

Riesgo reproductivo	Número de Gestas			Total
	2 a 5 (%)	Primigesta (%)	+ de 5 (%)*	
Bajo riesgo	15 (16)	22 (23)	3 (3)	40 (43)
Alto riesgo	8 (8)	0 (0)	46 (49)	54 (57)
Total	23 (24)	22 (23)	49 (52)	94 (100)

* $p = 0.000$

GRAFICA # 17
RIESGO REPRODUCTIVO Y NÚMERO DE GESTAS EN MUJERES
EN EDAD FÉRTIL



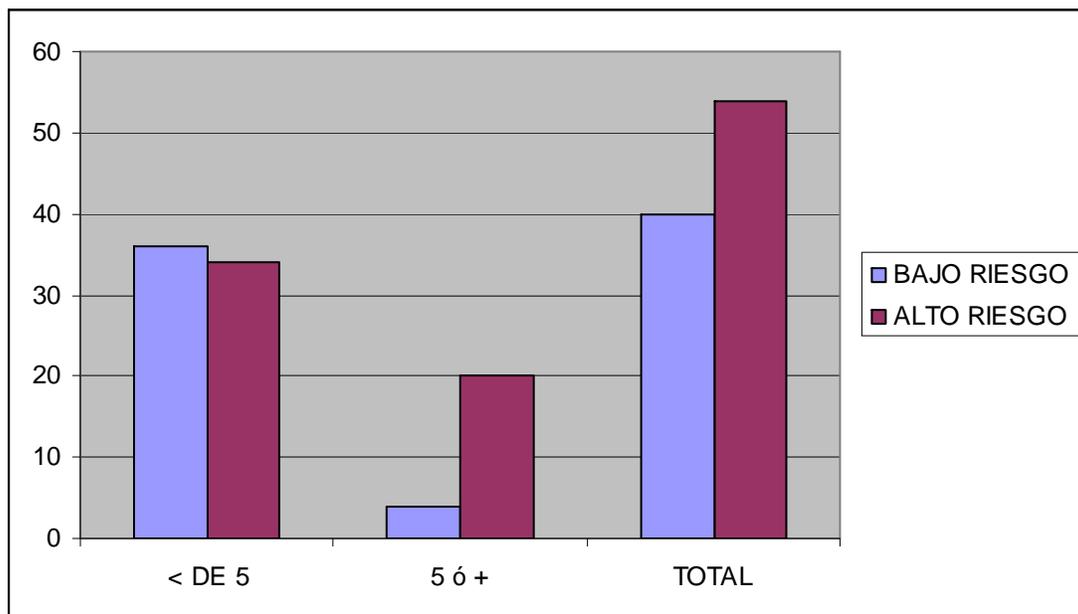
FUENTE: MF 7/85, IMSS

TABLA # 18
RIESGO REPRODUCTIVO Y NÚMERO DE PARTOS DE MUJERES
EN EDAD FÉRTIL

Riesgo reproductivo	Número de partos		Total
	Menos de 5 (%) [*]	5 ó + (%)	
Bajo riesgo	36 (38)	4 (4)	40 (43)
Alto riesgo	34 (36)	20 (21)	54 (57)
Total	70 (74)	24 (25)	94 (100)

* $p = 0.003$

GRAFICA # 18
RIESGO REPRODUCTIVO Y NÚMERO DE PARTOS DE MUJERES
EN EDAD FÉRTIL



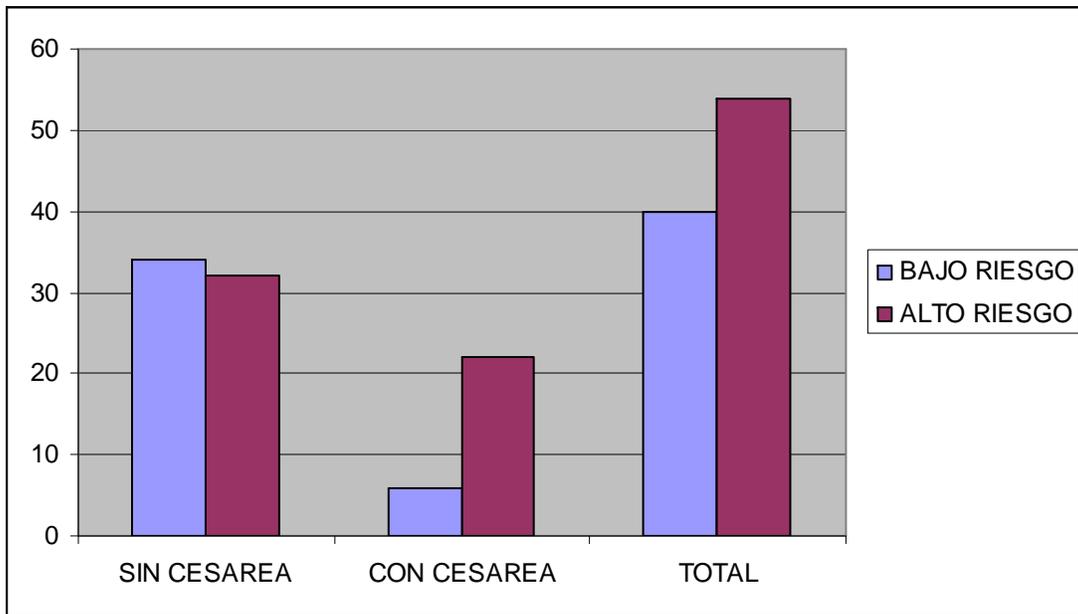
FUENTE: MF 7/85, IMSS

TABLA # 19
RIESGO REPRODUCTIVO Y NUMERO DE CESAREAS EN
MUJERES EN EDAD FERTIL

Riesgo reproductivo	Sin cesárea (%)*	Con cesárea (%)	Total
Bajo riesgo	34 (36)	6 (7)	40 (43)
Alto riesgo	32 (34)	22 (23)	54 (57)
Total	66 (70)	28 (30)	94 (100)

* $p = 0.007$

GRAFICA # 19
RIESGO REPRODUCTIVO Y NUMERO DE CESAREAS EN
MUJERES EN EDAD FERTIL



FUENTE: MF 7/85, IMSS

DISCUSIÓN

En el presente estudio se encontró un riesgo reproductivo alto en mujeres de 20 a 29 años (4 de cada 10 mujeres); cabe mencionar que este rango de edad de la mujer no es considerado de alto riesgo reproductivo de acuerdo a la literatura, siendo la edad ideal para la concepción, donde se observó que influyeron la suma ponderal de la puntuación de los demás factores de riesgo, lo cual nos incremento el riesgo reproductivo.¹⁰

En relación al peso y la talla nuestros resultados son similares a los que establecen otros estudios, donde existe menor riesgo reproductivo en mujeres con talla mayor de 150 centímetros y peso habitual mayor de 50 kg.¹⁰

Llama la atención; los resultados respecto al nivel de escolaridad son diferentes a los demás estudios realizados por otros investigadores, encontrándose 6 de cada 10 mujeres con secundaria o más quienes tienen alto riesgo reproductivo; tomando en cuenta que influye la suma ponderal de los demás factores de riesgo y no tanto la propia escolaridad; considerando que en la población de la Unidad de Medicina Familiar No. 51, existe un mayor nivel de escolaridad a diferencia de la localizada en la periferia de la ciudad.¹⁰

Respecto al número de gestas: las multíparas y primigestas presentaron alto riesgo reproductivo; notándose que de estas mujeres que se están embarazando 2 de cada 10 tienen antecedente de 5 ó más partos, 2 de cada 10 con más de 2 abortos y 3 de cada 10 mujeres con cesárea, lo cual nos incrementa el riesgo reproductivo, al obtener la suma ponderal de calificación de riesgo.¹⁰

En relación al periodo intergenesico, se encontró que las mujeres (5 de cada 10) se están embarazando antes de 13 y después de 60 meses, a partir de la fecha de última gestación, lo cual nos incrementa también el riesgo reproductivo.²

Se encontró que 3 de cada 10 mujeres tienen antecedentes obstétricos y 6 de cada 10 tienen antecedentes personales patológicos lo cual nos incrementa el riesgo reproductivo al sumar el puntaje de

estos con los demás factores de riesgo; ya que cada antecedente tiene un valor alto de riesgo.¹⁰

CONCLUSIONES

El grupo de 20 a 29 años fue el que predominó (siendo esta la edad ideal para la concepción), el cual se vio influido por los demás factores de riesgo.

Considero necesario que se debe prestar especial atención en mujeres menores de 15 años, mayores de 30 años, multíparas, las que tienen antecedentes obstétricos y personales patológicos; realizando estrategias para prevenir la concepción en estas mujeres, trabajando en forma conjunta con el equipo salud de la Unidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICA

- 1.- DeCherney A H, Nathan L. Diagnóstico y tratamiento ginecoobstétrico: Metodos de valoración del embarazo con riesgo; 8ª Edición México: Editorial El Manual Moderno, 2003, pág. 220-22; 289-91.
- 2.- Maria de la C. P, Wilfredo W, Isabel G, Elsa S. Riesgo preconcepcional en la consulta de planificación familiar; Rev Cubana Med Gen integral. 2001; 17(4):360-6.
- 3.- Guibert W, Grau J, Prendes MC. ¿Cómo hacer más efectiva la educación en salud en la APS?; Rev Cubana Med Gen Integral. 1999;15(2)176-83.
- 4.- Goleman D. La práctica de la inteligencia emocional. Barcelona: Kairos, 1999:330-3.
- 5.- Ortiz E, Estrategias para la prevención del bajo peso al nacer en una población de alto riesgo según la medicina basada en la evidencia; Colomb. Med. 2001;32:159-62.
- 6.- Gibbs N; Making time for baby. TIME 2002;159(15):30-6.
- 7.- Guyer B, Hoyert DL, Martin JA, Ventura SJ, Mac Doman MF, Strobino DM. Annual Summary of vital Statistics-1998.Pediatrics 1999;1229-46.

8.- Enrique D, Jorge B, Luis V. Evolución de la natalidad y riesgo reproductivo en mujeres de 4 o más años en la década de los 90, Rev Chil Obstet Ginecol 2002;67(2):139-142.

9.- Norma oficial Mexicana, NOM-007-SSA-1993, Atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio a recién nacidos. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio, 1995;pág.4.

10.- Juan T., Blanca H, Daniel D, Leopoldo V, Patricia T, Salud positiva; Guía Clínica para la atención prenatal del I.M.S.S.; págs. 44-53.

11.- Reducción de la Mortalidad Materna en Chile 1990-2000, Rev. Panam. Salud Pública, 2004; Vol.15(5), Washington,

12.- Oyarzú E, Badía J I; Alto riesgo obstetrico, Esc. Med. Pulc/Dpto. Obstetricia.

13.- Merck Sharp y Dohme, Problemas de Salud de la mujer, Embarazo de alto riesgo;Secc. 22, Cap. 244; Madrid España. 2003

14.- Herrera J A, M.D.; Evaluación del riesgo obstétrico en el cuidado prenatal, Facultad de Salud, Universidad del Valle, Cali, Colombia

15.- Montesano J; Manual de protocolo de investigación: Ejemplo de un protocolo de investigación; parte IV: Editorial Auroch, 2001, pág.130-31.

ANEXOS

Formato MF 7/85 (Atención médica prenatal y riesgo reproductivo), del Instituto Mexicano del Seguro Social.



DIRECCION DE PRESTACIONES MEDICAS

ATENCION MEDICA PRENATAL Y RIESGO REPRODUCTIVO

CIRCULE DONDE HAYA CUADROS

PROCEDECIA U.M.F.

ENVIO H.G.Z.

ANTECEDENTES

1. EDAD (EN AÑOS) 20 A 29 <input type="checkbox"/> 0 15 A 19 <input type="checkbox"/> 1 30 A 34 <input type="checkbox"/> 1 - DE 15 ó + 34 <input type="checkbox"/> 4	7. GESTA 2 A 5 <input type="checkbox"/> 0 PRIMIGESTA <input type="checkbox"/> 1 + DE 5 <input type="checkbox"/> 3	12. ANTECEDENTES OBSTETRICOS NINGUNO PATOLOGICO <input type="checkbox"/> 0 TOXEMIA <input type="checkbox"/> 4 POLIHIDRAMNIOS <input type="checkbox"/> 4 SANGRADO 3er. TRIMESTRE <input type="checkbox"/> 4 PRE - TERMINO - 38 SEMANAS <input type="checkbox"/> 4 BAJO PESO AL NACER - 2,500 g. <input type="checkbox"/> 4 MALFORMACION CONGENITA <input type="checkbox"/> 4 MUERTE FETAL TARDIA + 28 semanas <input type="checkbox"/> 4 MACROSMIA + 4,000 g <input type="checkbox"/> 4 CIRUGIA PELVICO UTERINA <input type="checkbox"/> 4 OTROS <input type="checkbox"/>
2. PESO HABITUAL (KILOS) 50 ó + <input type="checkbox"/> 0 - DE 50 <input type="checkbox"/> 1	8. PARA - DE 5 <input type="checkbox"/> 0 5 ó + <input type="checkbox"/> 4	13. ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS NINGUNO <input type="checkbox"/> 0 HIPERTENSION ARTERIAL <input type="checkbox"/> 4 DIABETES MELLITUS <input type="checkbox"/> 4 INFECCION SISTEMICA CARDIOPATIA <input type="checkbox"/> 4 OTROS <input type="checkbox"/>
3. TALLA (CENTIMETROS) + DE 150 <input type="checkbox"/> 0 150 ó - <input type="checkbox"/> 1	9. ABORTOS 0 A 1 <input type="checkbox"/> 0 2 <input type="checkbox"/> 2 3 ó + <input type="checkbox"/> 4	14. TABAQUISMO NO ó - 10 CIGARROS AL DIA <input type="checkbox"/> 0 10 ó + CIGARROS AL DIA <input type="checkbox"/> 1
4. ESCOLARIDAD MATERNA SECUNDARIA ó + <input type="checkbox"/> 0 PRIMARIA ó - <input type="checkbox"/> 5	10. CESAREA NO <input type="checkbox"/> 0 SI <input type="checkbox"/> 4	15. ALCOHOLISMO/OTRA TOXICOMANIA NO <input type="checkbox"/> 0 SI <input type="checkbox"/> 1
5. F.U.M. DIA MES AÑO	11. INTERVALO ENTRE EL ULTIMO PARTO Y EL ACTUAL (MESES) 13 A 60 <input type="checkbox"/> 0 - DE 13 <input type="checkbox"/> 5 - DE 60 <input type="checkbox"/> 5	EL ULTIMO EMBARAZO FUE DE TERMINO? SI NO <input type="checkbox"/> ASORTO <input type="checkbox"/> EL PARTO FUE NORMAL? SI NO <input type="checkbox"/> CÉSAREA <input type="checkbox"/> HUBO MORTALIDAD PERINATAL? SI NO <input type="checkbox"/>
6. F.P.P. DIA MES AÑO	VIDA SEXUAL ACTIVA SI NO <input type="checkbox"/>	NUMERO DE HIJOS VIVOS <input type="checkbox"/> F.R. <input type="checkbox"/>

ESTADO ACTUAL

15.	17.	18.	19.	20.	21.	22.	23.	24.		
CONSULTAS PRENATALES	SEMANAS DE AMENORREA	PESO (KILOS)	MEDICO TRATANTE	AFU (PUBIS/FOUNDO) cm.	SALIDA LIQUIDO AMNIOTICO (-) (+)	FOCO FETAL PRESENCIA (+) (-)	MOV. FETALES SI NO	T.A. DIASTOLICA	SANGRADO GENITAL	EDEMA
FECHA 1 DIA MES										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										

INCREMENTO MAYOR DE PESO X TRIMESTRE
 1er. TR. 300 g. POR MES
 2o. TR. 1 Kg. POR MES
 3er. TR. 2 Kg. POR MES

INCREMENTO MAYOR AL ESPERADO EN 2 CONSULTAS CONSECUTIVAS
 (+) 4
 (-) 4

20-25 CC. (+) 1
 (+) 2
 (+ +) 4

(+) 1
 (+ +) 2
 (+ + +) 3

DIAGNOSTICOS CONSULTAS

25. DIAGNOSTICO (PATOLOGIA AGREGADA) F.R. F.R.

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

SIN PATOLOGIA AGREGADA 0
 * HIPERTENSION ARTERIAL 4
 * DIABETES MELLITUS 4
 * INFECCION SISTEMICA 4

* CARDIOPATIA 4 ENVIÓ ODONTOLOGIA PREVENTIVA
 * TOXEMIA 4 SI 0 NO 5

* SI ESTAN ANOTADOS EN ANTECEDENTES NO SUMAR NUEVAMENTE LOS PUNTOS

TRATAMIENTO CONSULTAS

26. TRATAMIENTO (SOLO ANOTAR EL NOMBRE DEL MEDICAMENTO)

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

TOXOIDE TETANICO MEDICAMENTO DE INCLUIDAD COMPROBADA EN EL EMBARAZO

SI 0 NO 1 SI 0 NO 4

LABORATORIO CONSULTAS

NUMERO DE LA CONSULTA PRENATAL	27. HEMOGLOBINA	28. EXAMEN GENERAL DE ORINA					29. UROCULTIVO	30. GLUCEMIA	31. FACTOR Rh.
	EN GRAMOS	ALBUMINA	HEMOGLOBINA	LEUCOCITOS	BACTERIAS	+ 100.000 COL.	mg %		
		SI NO		Rh. POSITIVO & COMPATIBLE CON EL ESPOSO					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	+ 9.5 gms. <input type="checkbox"/> 0	NO <input type="checkbox"/> 0	NO <input type="checkbox"/> 0	NO <input type="checkbox"/> 0	NO <input type="checkbox"/> 0	NO <input type="checkbox"/> 0	NORMAL	MADE Rh. - PADRE Rh. + <input type="checkbox"/> 4	
	- 9.5 gms. <input type="checkbox"/> 2	SI <input type="checkbox"/> 2	SI <input type="checkbox"/> 2	SI <input type="checkbox"/> 2	SI <input type="checkbox"/> 2	SI <input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 0	32. V.D.R.L.	
	HASTA SEMANA 34 <input type="checkbox"/> 2	(EN 2 EGO CONSECUTIVOS)						NEGATIVO <input type="checkbox"/> 0	
	- 9.5 gms. <input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	POSITIVO <input type="checkbox"/> 2	
	DESPUES SEMANA 34							<input type="checkbox"/> 4	32. V.D.R.L. MAYOR A VALORES NORMALES

INCAPACIDAD	PRENATAL	FOLIO	DIAS AMPARADOS	INICIO
	POSTNATAL	FOLIO	DIAS AMPARADOS	INICIO

Vo. Bo. JEFE DEPTO. CLINICO _____ (PARA SER LLENADO POR EL MEDICO QUE ATIENDE EL PARTO)

EVALUACION DEL EMBARAZO

33. RESUMEN DEL ENVIO

34. TIPO DE PARTO FECHA _____

ESPONTANEO FORCEPS CESAREA

35. CONDICIONES DEL PRODUCTO AL NACER

VIVO APGAR (S) MUERTO

PESO AL NACER _____ g. SEMANAS DE GESTACION _____ (POR EXAMEN SOMATICO)

PATOLOGIA PRODUCTO: _____

PATOLOGIA MADRE: _____

P.F.	METODO SOLICITADO	DEFINITIVO	FIRMA DE LA PACIENTE	REALIZADO	SPC
		TEMPORAL			DIU