



11226
29.151

Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Medicina
División de Estudios de Postgrado
Instituto Mexicano del Seguro Social
HRGZMF No. 1



VALORACION DE FACTORES DE RIESGO REPRODUCTIVO EN
MUJERES NO EMBARAZADAS EN EDAD FERTIL

TESIS

Que para Acreditar la Especialidad de
Medicina Familiar

PRESENTA LA

DRA. MARCELA GUADALUPE PADILLA RODRIGUEZ

ASESORA DE TESIS:

Dra. Patricia C. Vallejo Díaz
Post-graduada en Medicina Familiar
Jefe del Dpto. Clínico del Sistema Médico Familiar

MORELIA, MICH.

ENERO DE 1986.

FALLA DE ORIGEN



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I N D I C E

INTRODUCCION	1
MATERIAL Y METODOS	27
RESULTADOS OBTENIDOS	28
DISCUSION	40
CONCLUSIONES	42
SUGERENCIAS	43
BIBLIOGRAFIA.	44

INTRODUCCION.

Se tiene como meta "Salud para todos en el año 2000", lo cual constituye un desafío para los gobiernos, empresas privadas, personal -- de salud y las comunidades. A largo plazo una mejor salud exige muchos cambios, desde una mayor educación y mejor nutrición hasta la ampliación de servicios médicos. Todo esto es fundamental para la atención primaria a la salud, tal como lo define la Organización Mundial de la Salud.

Refiriéndose específicamente a las mujeres en edad fértil, se ha observado que determinadas características de este grupo se encuentran relacionadas a una evolución desfavorable del embarazo, tales como - la mortalidad materna y perinatal. Es en ese sentido que se ha definido el riesgo reproductivo como el grado de peligro que tienen las - mujeres en edad fértil, así como su producto de sufrir enfermedad, - lesión o muerte en caso de embarazo.

Diferentes experiencias han demostrado que con la identificación de - los factores que en alguna medida determinan o propician la mortalidad materna y perinatal, es posible detectar una proporción elevada de las mujeres expuestas a los riesgos mencionados si tiene un nuevo embarazo.

La validación y determinación de los factores de riesgo relacionados con el embarazo, así como la ponderación o valor específico de cada uno de ellos permite la elaboración de un modelo predictivo de riesgo reproductivo que aplicado a la población de mujeres en edad fértil, sirve para detectar a aquellos que tengan la mayor probabilidad de experimentar un daño traducido en morbilidad o mortalidad materno infantil.

Los factores de riesgo se dividen en biológicos y socioeconómicos, los biológicos se encuentran bien definidos y varían en frecuencia de presentación, son de carácter universal y tienen relación causal con la mortalidad materna y perinatal. Los factores socioeconómicos son variados, menos definidos y su asociación con la mortalidad es de tipo favorecedor y sinérgico cuando se presenta en forma múltiple. Los programas de planificación familiar voluntaria, atienden importantes problemas de salud. Las tasas de mortalidad materna e infantil son muy elevadas en los países en desarrollo, por eso la planificación familiar se usa como un medio para disminuir las tasas de morbi-mortalidad materna e infantil, previniendo o evitando los embarazos de alto riesgo.

ANTECEDENTES CIENTIFICOS.

Existen pruebas de que en los países desarrollados, de los embarazos en mujeres "demasiado jóvenes o demasiado mayores, demasiado numerosos y demasiado seguidos" ponen en peligro la salud de la madre y el niño, ahora existen datos de que estos efectos negativos son tan severos, y aun más en los países en desarrollo.

En todos los países los embarazos en adolescentes, en mujeres mayores de 34 años y en mujeres que han tenido muchos partos, tienen más probabilidad de presentar riesgos mortales, como hemorragias e hipertensión arterial, los partos muy seguidos pueden contribuir a la mala nutrición y otros problemas de salud de la madre.

Los niños nacidos como resultado de embarazos de alto riesgo son aún más vulnerables. El espaciamiento de menos de dos años entre los nacimientos es especialmente peligroso porque significa menos peso al nacer y nutrición deficiente, que incluye posiblemente un período más corto de lactancia materna y mayor competencia por los recursos y la atención familiar; desde la infancia hasta la adolescencia, los niños nacidos en familias grandes o poco espaciadas experimentan más enfermedades, crecimiento más lento y niveles más bajos de rendimiento escolar.

No hay que olvidar que la baja condición socioeconómica tiene efectos similares, las tasas elevadas de mortalidad materno infantil señalan el grave problema de salud en los países en desarrollo.

Las estimaciones regionales de mortalidad materna en 1977 oscilan desde una tasa baja de 11 muertes por 100 000 nacidos vivos; en América del Norte, hasta una tasa alta de 522 muertes por 10 000 nacidos vivos, en Asia, con un promedio mundial de 351 por 100 000. En encuestas realizadas en las zonas rurales de países en desarrollo arrojan tasas de mortalidad materna de más de 500 y en algunas zonas hasta 1 000 por 100 000 nacidos vivos o sea el 1%. La tasa de mortalidad materna para la totalidad de los países en desarrollo se ha estimado en 400 por 100 000 nacidos vivos (1).

En el marco del grado de desarrollo de nuestro país, analizando el periodo de 1970-1980 en la mortalidad materna, se encontró una disminución del 143.0 a 94.5 por 100 000 nacidos vivos registrados representando una mejora global de 29.8 por ciento, lo cual hace evidente que la salud materna ha mejorado, pero está lejos todavía de alcanzar los niveles de cobertura necesarias.

Las principales causas de letalidad materna en la República Federal Alemana de acuerdo a Kaser y col. fueron Hemorragias, infecciones,

toxemias, abortos, en Chicago fueron el aborto séptico, infección puerperal, casos de muerte por anestesia; mientras que en los últimos 50 años han descendido a una décima parte las complicaciones mortales obstétricas y con ello los peligros asociados al parto, los casos de muerte materna han aumentado a más del décuplo. En Chicago se consideran evitables todos los casos, ya que consideran que los percances ocurridos son fundamentalmente por una práctica equivocada de la anestesia, en parte debido a errores del anestesista y por otra parte al poco acierto de la elección del método.

Casos de muerte de base obstétrica inditecta o sea, son los casos de fallecimiento que fué provocado por una enfermedad que se desarrolló antes o durante la gestación y experimentó una evidente agravación a causa del embarazo. Se incluye en éste grupo: Cardiopatías reumáticas, hipertensión cardiovascular, cardiopatía arterioesclerótica, cardiopatía congénita, cardiopatías no diagnosticadas.

Enfermedades Vasculares: Vasculopatías hipertensivas, hipertensión vascular esencial, tromboflebitis, trombosis y embolia pulmonar y cerebral.

Otras enfermedades vasculares.

Enfermedades del aparato genital: Anomalías del útero, de los ovarios y de otros órganos genitales.

Tumores.

Enfermedades de las vías urinarias: Glomerulonefritis, pielonefritis, --
pio e hidronefrosis.

Otras enfermedades del tramo urinario.

Hepatopatías: Hepatitis infecciosa, necrosis aguda, cirrosis hepática, -
hepatopatías.

Neumopatías: Tuberculosis, neumonías.

Enfermedades metabólicas: Diabetes sacarina, disfunción suprarrenal, -
otras enfermedades del metabolismo.

No cabe duda alguna que gran número de casos de muerte materna --
de causa no obstétrica son evitables.

3. - Revisando las principales causas de mortalidad materna de 1968
a 1980 en la República Mexicana se nota la presencia de seis causas -
que mantuvieron los primeros lugares durante el periodo señalado; en
primer lugar aparece la toxemia del embarazo y del puerperio con --
una tasa de 21.2 por 100 000 nacidos vivos registrados (NVR) en 1980

las hemorragias del embarazo y del parto en segundo lugar con una tasa de 16.8 por 100 000 NVR, en tercer lugar la sepsis del parto -- y del puerperio, así como los abortos, con una tasa de 31.4 y 13.4 respectivamente; en quinto lugar "parto" sin especificar complicaciones con una tasa de 0.04 por 100 000 NVR y sexto lugar las complicaciones de embarazo, parto y puerperio, con una tasa de 36.6 por 100 000 NVR en el periodo señalado. (2)

En el hospital de la mujer durante los años de 1981 a 1983 encontraron como principales causas de muerte materna las toxemias, siguiendo en orden progresivo las infecciones, hemorragias, problemas anestésicos, otras son las causas indirectas y las no obstétricas.

La toxemia con un porcentaje que oscila entre el 64 y 66 %, siguiendo las infecciones y las hemorragias, salvo en 1981 que tuvieron exagerada afluencia de pacientes con cuadros de placenta previa, ruptura uterina, inercia uterina post-parto, que llegaron a hospitalizarse en estado de choque hipovolémico.

Todas las muertes ocurrieron durante el puerperio temprano, la mayor parte de las pacientes no habían tenido atención pre-natal y su -- nivel socio-económico era bajo. (3)

Las tasas de mortalidad no sólo son altas en mujeres en periodo de gestación y en niños productos de esa gestación, sino también en mul

jerès en edad fértil y sus hijos los que conforman una gran proporción del total de la población.

CAUSAS DE MUERTE EN RELACION CON LA PARIDAD Y LA EDAD.

La edad progresiva de la parturienta implica un mayor peligro. En Alemania Occidental según grupo de edad para los años de 1956 a 1961, se demostró que hasta 29 años de edad las cifras de letalidad por 100 000 N. V. R. se hayan por debajo del promedio total, pero después de los 30 años, ascienden de un modo vertical. En el grupo de 40 años y más representan casi un quíntuplo del valor medio total, además de que en igual forma aumenta la gestosis y las hemorragias. Por todas éstas razones en Inglaterra se procura que toda paciente primípara de 30 años o multípara de más de 35 años sean atendidas en medios hospitalarios. Hasta ahora se ha concedido escasa importancia a la relación entre la letalidad materna y la paridad. Los investigadores Ingleses y Norteamericanos afirman que las primíparas corren mayor peligro, después sigue un descenso de frecuencia hasta el quinto parto, siguiendo en aumento notable en mujeres de seis o más partos, siendo el motivo predominante la gestosis y las hemorragias

(4)

Los riesgos de la maternidad se ven considerablemente acentuados --

por la edad de la mujer y el número de hijos que ha tenido antes. Esta influencia son inevitables y ha persistido en países desarrollados a pesar de que la tasa de mortalidad materna ha descendido.

No cabe duda de que la desigualdad socio-económica, que representan diferencias en el acceso a la obtención de salud y en las condiciones de vida, son en parte responsables de la asociación entre los patrones de embarazo y mortalidad materna.

En general las tasas de mortalidad materna son ligeramente más elevadas en casos de madres de menos de 20 años, llegan a su punto más bajo entre los 20 y los 25 años, y luego ascienden con la edad llegando a su punto más alto después de los 40 años.

Las tasas de morbilidad de Inglaterra, Gales y Nigeria señalan que el grupo de menores de 16 años de edad, corren con riesgo de 2 a 4 veces mayor que el grupo comprendido entre los 16 y los 19 años. En Jamaica y Matlab Thana en Bangladesh, las tasas de mortalidad entre las más jóvenes es aún más elevada que entre las mujeres mayores de 40 años.

Existe también un patrón definido de mortalidad materna, afectado por el número de partos con tasas de mortalidad son mujeres tanto en el

caso que no han tenido un hijo, como el caso de mujeres con un número elevado de hijos, así lo reporta Matlab Thana, Bangladesh, Chile, - Sri Lanka y México. (5)

Incluso si el niño sobrevive, a los embarazos que ocurren antes de que la mujer cumpla 18 años y después de los 35 años de edad, en familias de más de 4 hijos, o con un espaciamiento menor de 2 años pueden dar origen a una variedad de problemas al niño. Los más importantes son:

- Bajo peso al nacer, nutrición deficiente durante la niñez, episodios frecuentes de enfermedades infecciosas, Crecimiento y desarrollo lento mayor riesgo de anomalías congénitas, menor inteligencia y rendimiento escolar. (6)

ESTADO NUTRICIONAL

El embarazo en mujeres obesas o desnutridas, representa una situación de alto riesgo ya que eleva las posibilidades de presentar una serie de problemas de salud que ponen en peligro la vida de la madre y la de su producto.

Entre los problemas más severos se encuentran los siguientes: En --

mujeres obesas la toxemia gravídica, diabetes, macrosomias fetales, trabajo de parto prolongado.

En la paciente desnutrida se presenta con más frecuencia la toxemia gravídica, productos de bajo peso al nacer, prematurez.

En muchas regiones la mala nutrición corporal, las parasitosis intestinales y otras enfermedades endémicas, combinadas con el trabajo físico arduo hace que la mujer sufra ya de anemias y desnutrición antes del embarazo. Las necesidades adicionales del embarazo y la lactancia empeoran el estado nutricional. Según las normas de la Organización Mundial de la Salud en los países en desarrollo cerca de la mitad de las mujeres que no están embarazadas y casi un tercio de las mujeres embarazadas padecen de anemia por deficiencia férrica.

En Asia se encontró que del 20 al 45 % de las mujeres de 15 a 44 años de edad, la ingesta de calorías era insuficiente. En Europa se observó que alrededor del 1 % de las mujeres que daban a luz por primera vez tenían anemia, mientras que las mujeres que daban a luz a su cuarto hijo o más, el 2% sufrían anemias; en América Central alrededor del 6% de las mujeres que daban a luz por primera vez padecían anemia, frente al 11% que daban a luz a su --

cuarto hijo; en la India el 40% de las mujeres que daban a luz por primera vez tenían anemia. (7)

Así la desnutrición y la obesidad se asocian con un aumento en la frecuencia de la patología obstétrica ya mencionadas tantas veces como la toxemia gravídica, bajo peso al nacer, macrosomias, distosias de concentración y complicaciones hemorrágicas, todas ellas relacionadas con la mortalidad materna y perinatal. (8)

ABORTO.

En el campo de la salud materno-infantil, el aborto es sin duda uno de los problemas de Salud Pública de especial importancia, tanto por sus repercusiones en la morbilidad materna, como por sus implicaciones éticas, políticas, sociales y legales.

INCIDENCIA.

No se dispone de estadísticas precisas sobre la frecuencia del aborto inducido en el mundo, ya que solamente los países de legislación liberal disponen de información confiable. Sin embargo, en una revisión mundial del aborto inducido efectuado por Tietze en 1983, se encontró que cada año se practican entre 33 y 35 millones de los cuales, al-

rededor de 50 por ciento se realizaron en países en vías de desarrollo y son las causas de un alto porcentaje de mortalidad y morbilidad en el grupo de mujeres en edad fértil.

Respecto a las características de las mujeres que recurren a este procedimiento se encontró que en general se trata de mujeres jóvenes, -- solteras y sin hijos, con excepción, entre las áreas que informaron -- en 1980, de Checoslovaquia, y Estados Unidos.

En un estudio realizado en 39 hospitales del Salvador, Guatemala, Chile, México, Colombia, y Brasil, entre otros, así como en algunas -- encuestas realizadas en México y Chile, se encontró una situación diferente a las comentadas anteriormente en cuanto a las características de las mujeres, y así se observa que la mayor proporción corresponde a mujeres casadas, con edades comprendidas entre los 25 y 35 años y con más de dos hijos, para los cuales el aborto constituye -- un medio de regular la fertilidad.

MORBILIDAD Y MORTALIDAD.

Si es difícil medir las incidencias del aborto inducido en los países -- en vías de desarrollo, tiene un grado mayor de dificultad valorar sus repercusiones en la salud materna, los datos proporcionados por las

fuentes de información deben de interpretarse con particular cuidado, ya que precisamente el aborto tiene un grado alto de omisión, así - en la Dirección General de Estadística, la sección de estadísticas -- vitales registró un total de 164 defunciones por aborto durante el año de 1970 y de 194 en 1980, en todo el territorio nacional; la realidad supera estas cifras, pues solamente en el IMSS, en el último año - se registraron 54 222 egresos por complicaciones de aborto y se informaron 28 defunciones por esa causa.

Se ha visto que el aborto en los últimos 10 años ha ocupado el cuarto lugar como causa de muerte materna en las estadísticas nacionales y aun que se aprecia un descenso en la tasa por 100 000 nacidos vivos de 7.7 en 1970 a 6.3 en 1976; a partir de 1977 esa tendencia - se invierte hasta llegar a 8.6 en 1979 y 8.0 en 1980, lo cual podría explicarse en función de la disminución observada en el número de - nacidos vivos. (9)

ENFERMEDAD HIPERTENSIVA DEL EMBARAZO.....TOXEMIA.

La enfermedad hipertensiva del embarazo comprende un grupo de padecimientos que tiene como denominador común la elevación de las cifras de tensión arterial.

En el Hospital de Gineco-Obstetricia No. 1 del IMSS, la incidencia de problemas graves de esta enfermedad fué de 0.45%. En una evaluación de 1000 casos de embarazos de alto riesgo, vistos consecutivamente en consulta prenatal de alto riesgo, la incidencia de la enfermedad hipertensiva fué de 34 %.

La experiencia del mismo hospital en relación a la mortalidad materna por preeclampsia, aparece con mayor frecuencia que las que reportan estudios extranjeros, de 1971 a 1975 fué de 19,94 %, corrigiendo esta cifra dejando únicamente aquellas muertes consideradas como previsibles al ingreso, se tiene el 15.7% de mortalidad materna. Esta cifra para 1976 lapso en que se modifican algunos aspectos terapéuticos, fué del 6.6% en este tiempo también fué igual de elevada la mortalidad por eclampsia.

En relación a la morbilidad y mortalidad perinatal; se conoce que la toxemia en el producto ocasiona prematuridad, pobre desarrollo fetal, -

bajo peso al nacer, incremento en el número de óbitos y muertes -- neonatales. En el producto se ocasiona acidosis metabólica, hipovo-- lemia, hipocloremia, hipocalcemia, hipomagnesemia, hiponatremia, - depresión neurológica, malformaciones graves, etc. En el caso de - preeclampsia al parecer no hay lesión sobre el producto, pero si se tienen índices elevados de prematuridad. (10)

Prevención de las muertes maternas por enfermedad hipertensiva del embarazo.

Para lograr estos aspectos profilácticos se requiere:

- a) Detección de los casos en etapa inicial.
- b) Hospitalización temprana.
- c) Interrupción oportuna del embarazo.

a) Detección de los casos en sus etapas iniciales.

En la actualidad las pruebas clínicas que pueden predecir la susceptibilidad de una paciente aparentemente normal para desarrollar - - preeclampsia son:

1. - El aumento de la T.A. con el cambio de decúbito (Roll Over test). Esta prueba se hace entre las 28 y 32 semanas de gestación; descrita por Gant, consiste en la toma de la

T.A. en decúbito lateral izquierdo después de 15 minutos para que se estabilice la T.A. después se cambia al decúbito derecho y a los 5 minutos se vuelve a tomar. Si hay un aumento de 20 mm. de Hg. o más en la diastólica, la prueba se considera positiva. La paciente tiene entonces 93 % de posibilidades de desarrollar hipertensión inducida por el embarazo.

2. - La relación de la presión arterial media (PAM) del segundo trimestre del embarazo, con la aparición subsecuente de problemas hipertensivos y mayor mortalidad perinatal.

Descrita por Page y Christianson, consiste en el cálculo en el segundo trimestre del embarazo de la PAM (suma de la mínima más un tercio de la presión del pulso que es la diferencia entre la máxima y la mínima). Si es de 90 ó más, la incidencia de - mortinatos, inmaduros y problemas hipertensivos ocurrirá con una frecuencia significativa superior. Esto se hace más notable con valores de PAM de 95 mm. de Hg. o más. La PAM elevada coloca automáticamente a la paciente en la categoría de riesgo elevado.

b) Hospitalización temprana.

Idealmente a las primeras manifestaciones de enfermedad hipertensiva,

se debería hospitalizar a la paciente. Esto que ha sido posible realizarlo en otros países como en Canada, redundaría en beneficio enorme para la madre y el hijo. Desafortunadamente en nuestro medio no es posible lo anterior. Se interna a la paciente con pre-eclampsia leve, rebelde al tratamiento, si no hay remisión de las manifestaciones -- o hay progreso de ellas, o el embarazo tiene más de 37 semanas, -- se termina la gestación.

c) Interrupción oportuna del embarazo.

Primero hay que tomar en cuenta los intereses maternos, Dentro de la forma grave, los casos de "gravedad extrema", suceden con frecuencia igual a los primeros. La interrupción del embarazo en condiciones óptimas, debe reducir los peligros de muerte materna y no tomar en cuenta los intereses del producto (11)

DIABETES Y EMBARAZO.

La Diabetes Mellitus se manifiesta como complicación del embarazo y ambos estados sufren modificaciones importantes. Su frecuencia -- en nuestro medio es del 2 %.

Efectos del embarazo sobre la Diabetes Mellitus. El embarazo tiene efectos diabetogénicos a causa de la sobrecarga del metabolismo de

los hidratos de carbono, por lo que los requerimientos de insulina aumentan descubriéndose hiperglucemia, o bien por transformar una diabetes subclínica en una diabetes clínica. Durante el embarazo el tratamiento de la diabetes puede ser más difícil por diferentes complicaciones, como náusea, vómito, en el primer trimestre, aumento de la resistencia periférica a la insulina, infecciones, desequilibrio hidroelectrolítico en el esfuerzo muscular durante el periodo expulsivo.

Efectos de la Diabetes sobre el Embarazo.

Las complicaciones producidas por la Diabetes Mellitus varían según el tipo de trastorno glucídico y el tratamiento del mismo; las complicaciones más frecuentes son:

Complicaciones maternas:

1. - Aborto.
2. - Polihidramnios.
3. - Preeclampsia.

Complicaciones Fetales.

1. - Macrosomias.
2. - Muerte Fetal.
3. - Hipoglucemias.
4. - Síndrome de Insuficiencia Respiratoria.

5. - Malformaciones Congénitas. (12)

MORTALIDAD INFANTIL.

La mortalidad infantil abarca de 20 a 60 muertes por 1000 nacidos vivos en muchos países de Asia y América Latina, pero alcanza a 200 por 1000, o sea el 20 % en algunos países especialmente en África. En países desarrollados las tasas de mortalidad infantil son generalmente inferiores al 15 por 1000.

Las tasas de mortalidad infantil registradas en los países en desarrollo reflejan los numerosos peligros para la salud que corren los niños. Muchos lactantes están amenazados por varios problemas, desde deficiencias neurológicas, hasta crecimiento retardado, debido a su bajo peso al nacer, menos de 2 500 grs.

Unos 20 millones de los 122 millones de niños que nacen actualmente acusan un bajo peso al nacer y un número desproporcionado de estos, nacen en los países en desarrollo.

Mientras en América del Norte se registran apenas un 7% y en Europa un 8% de niños de bajo peso al nacer, en América Latina es el 11 % de los niños que nacen, el 15 % en África y el 20 % en Asia.

La revisión de tasas de mortalidad infantil en el país así como sus posibles causas, tienen importancia fundamental, ya que reflejan la calidad de los cuidados médicos que la madre tuvo durante las etapas del embarazo y parto, así como la atención del niño durante su primer año de vida. Las principales causas de mortalidad de menores de un año en el periodo de 1960 a 1980 continúa siendo prácticamente la misma, es decir las enfermedades de vías respiratorias e intestinales. La mortalidad fetal, vista como indicador de la calidad de la atención prenatal y materno-infantil temprana, disminuye en 38.8 % durante los años de 1976 a 1978.

La mortalidad perinatal en el periodo de 1976 a 1978 muestra una disminución de 24 a 22 por 1000 nacidos vivos registrados (NVR), lo que representa una mejora de 8 %, sin embargo una gran proporción de esta mortalidad está dada por las muertes fetales ocasionadas como ya se mencionó, por la carencia de control prenatal y el mal estado físico de la gestante. (13)

En la ciudad de León, Gto. durante 1982 se estudiaron "Los factores de riesgo de la mortalidad perinatal" encontrando 18 factores de los cuales los más relevantes fueron: menos de 30 y más de 22 semanas de periodo intergenésico, hipertensión arterial, edad materna menor de 18 años y mayor de 35 años, historia de mortinatos --

previa y falta de control prenatal. (14)

Dentro de los factores de riesgo encontrados en la ciudad de León, - Gto. por el Dr. Malacara y Cols. determinaron que la edad temprana tiene importancia directa en la mortalidad perinatal, encontrando que - mujeres de 17 años tienen y factor de riesgo de 3.85 y mayores de -- 35 años un factor de 2.93. (15)

En una revisión del año 1979 en el IMSS en la delegación de Puebla -- con un total de 75 casos de pacientes embarazadas menores de 16 a -- ños analizan antecedentes obstétricos y sus repercusiones en el producto, obtuvieron que la mayor incidencia de estas pacientes fueron pro-- blemas distócicos por variedad de posición transversa y un gran por-- centaje de intervenciones quirúrgicas por desproporción cefalopélvica el 83.3 % son de estado socioeconómico medio bajo, con una escola-- ridad de 4o. año de primaria y observándose que el 13.3 % corresponde a recién nacidos de pre-término, con el 11.9 % de peso subnormal y el 61.3 % con bajo Apgar. La mortalidad fué baja sólo por prematurez y alteraciones congénitas. (16)

Contamos con la referencia sobre un estudio realizado en 1983 en las Delegaciones de Chiapas, Oaxaca y Tamaulipas, sobre el riesgo re-- productivo en 3513 mujeres de las cuales 252 corresponden a estudio

de muertes maternas, se encontró que en un 91.7% existió uno o más factores de riesgo claramente identificables cuya protección y prevención oportuna podría haber evitado dichas muertes. Se encontró que el factor más frecuente sobre todo en el área rural es de multigravidez.

El intervalo intergenésico corto se encontró en una relación de 1:7. - En los antecedentes personales resaltó el factor riesgo, la enfermedad cardiovascular representado en su mayoría por hipertensión arterial y cardiopatía reumática. (17)

Referencia sobre un estudio en la U.M.F. No. 1 de Morelia con una muestra no representativa de 75 casos, encontrando en 24 % menores de 19 años y mayores de 35 años, 38.7% con espaciamiento de embarazos menor a los 18 meses, un 33.3 % tenían más de 5 hijos, el 29.4 % antecedentes de muerte neonatal y el 53.3 % con antecedentes de patología obstétrica. (18)

Referencia sobre un estudio realizado en el servicio de Pediatría del H.G.Z.M.F. No. 1 de Morelia, Mich., en 1984 donde se observa - que del 70% al 80 % de las muertes perinatales aparecen justamente - en el 20 % de gestaciones de alto riesgo reproductivo. Encontrando - en dicho estudio una mortalidad neonatal del 1.6 %.(19)

Complicaciones del Embarazo y el Parto.

Algunos patrones de procreación son más peligrosos para la vida y la salud de la madre porque están asociados con complicaciones obstétricas capaces de poner en peligro la vida. En los países en desarrollo, tres problemas de la mayoría de las muertes maternas: la hemorragia que es más frecuente en mujeres mayores y multiparas, la HTA inducida por el embarazo que afecta más a mujeres nulíparas y a las mayores y multiparas. La sepsis (infección) que no está en relación directa con la edad ni la paridad pero puede acompañar cualquiera de las complicaciones del parto. (20)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En el H.R.Z.M.F. No. 1 de Morelia, Mich., contamos con 27,048 mujeres en edad fértil adscritas, de las cuales 4,946 tienen protección anticonceptiva. En un estudio con muestra no significativa realizado al azar, en mujeres en edad fértil adscritas a esta unidad, se encontró aproximadamente un 40% de riesgo reproductivo. Entre los más importantes se obtuvieron: 24% menores de 19 años y mayores de 35 años, 38 % con período intergenésico menor de 18 meses, 33 % tenían más de 5 hijos y el 53 % con antecedentes de patología obstétrica, y un 18 de protección anticonceptiva. Creemos que existe la necesidad de llevar un control de mujeres en edad fértil, no embara-

zadas y así poder prevenir el riesgo reproductivo alto antes de que -
dicho embarazo se lleve a cabo. Ante esta situación y sabiendo que -
el problema es vulnerable y factible de resolver nos interesa conocer
¿Cuál es el riesgo reproductivo en mujeres en edad fértil no embara-
zadas en nuestra unidad?

JUSTIFICACION.

Se ha observado que se valora el riesgo reproductivo de la mujer - -
cuando ésta ya está embarazada, de esta manera ya sólo queda llevar
el control del embarazo, sin embargo valorando dicho riesgo antes -
del embarazo no sólo se puede controlar sino también prevenir com--
plicaciones que pudieran existir con dicho embarazo, ya que la infor__
mación sobre el estado de cada una de las mujeres sería a tiempo -
de evitarlo, aplazarlo, corregir o controlar primero las deficiencias
orgánicas, por esto creemos necesario conocer el riesgo reproducti-
vo de nuestra población femenina en edad fértil no embarazada.

OBJETIVO

I. - Conocer el factor de riesgo reproductivo de las mujeres en e - -
dad fértil no embarazadas en la unidad y así poder ayudar a cada --
una dependiendo de su problema en especial a que el embarazo se a__
place, se evite y/o tratarla de acuerdo a la patología que presente.

HIPOTESIS.

Hipótesis nula. - En el H. R. Z. M. F. No. 1 de Morelia, Mich., consideramos que menos del 40% de mujeres en edad fértil, no embarazadas presentan riesgo reproductivo.

Hipótesis de trabajo. - En el H. R. Z. M. F. No. 1 de Morelia, Mich., - consideramos que más del 40% de las mujeres en edad fértil no embarazadas presentan riesgo reproductivo.

CRITERIOS DE INCLUSION.

- Mujeres en edad fértil.
- No embarazadas.
- Con vida sexual activa.
- Derechohabiente del H. R. Z. M. F. No. 1 de Morelia, Mich.

CRITERIOS DE EXCLUSION.

- Mujeres en edad no fértil.
- Embarazadas.
- Sin vida sexual activa.
- Histerectomizadas.
- No adscritas al H. R. Z. M. F. No. 1 de Morelia, Mich.

MATERIAL Y METODOS.

El procedimiento para obtener la muestra es un muestreo probabilístico aleatorio, el cual consiste en utilizar una estimación para el estudio sencillo, en función de porciones.

El tamaño de la muestra se determina de la siguiente manera: La población usuaria de 1984 fué de 117,172 derechohabientes de las cuales 27,048 son mujeres en edad fértil, de estas 4,022 son beneficiarias hijas o solteras y 3.035 embarazadas, (éste último dato es tomado del número de partos, no es posible precisar pues no existe un registro total de las mismas). Quedando pues un total de 19,991 mujeres con riesgo latente de embarazo, por ello constituyen el universo de trabajo, y la muestra que consideramos representativa es de 369.

Se analizaron las 369 formas MF7/83 correspondientes a la muestra de la unidad, tomando en cuenta: Edad, peso, talla, No. de embarazos, No. de gestaciones, No. de abortos, cesáreas, Intervalo Inter-genésico, antecedentes obstétricos y antecedentes personales patológicos, y tabaquismo de mujeres en edad fértil no embarazadas. Se realizó la concentración de datos por rubros separados.

RESULTADOS OBTENIDOS.

La captación de datos, tomados para la siguiente investigación, se realizó tomando en cuenta la parte superior de la forma MF7/83, se realizó la selección de los criterios de inclusión. Existieron algunos problemas ya que en los rubros de peso, talla, intervalo intergenésico y tabaquismo se encontraban incompletos en los expedientes.

Los resultados fueron los siguientes:

Se estudiaron 369 mujeres en edad fértil, no embarazadas, adscritas al HRZMF No. 1 Morelia, Mich.

Los datos obtenidos fueron tomados de acuerdo a la MF7/83, de los expedientes clínicos y en entrevista directa.

En relación a la edad en años.

Grupos de edad.	No. de Mujeres	Porcentaje
Menores de 20 años	30 mujeres	8.10%
Entre 20 y 30 años	192 mujeres	52.11%
Mayores de 30 años	61 mujeres	16.55%
Menores de 15 y mayores de 34	86 mujeres	23.24%

En relación al Peso Materno.

Peso	No. de Mujeres	Porcentaje
Mayores de 50 Kg.	260 mujeres	70.46 %
Menores de 50 Kg.	54 mujeres	14.64 %
Sin datos registrados	55 mujeres	14.90 %

Nota: De estos porcentajes, se tomaron en cuenta la relación talla-peso y de acuerdo a las tablas de las guías dietológicas del IMSS - obtuvimos no sólo el bajo peso sino también el sobrepeso; encontrando: bajo peso efectivo 29 mujeres; sobrepeso efectivo 48 mujeres.

En relación a la Talla.

Más de 1.50 mts. 257 mujeres que corresponde al 69.64 %.

Menos de 1.50 mts. 53 mujeres lo que equivale al 14.37 %.

Sin datos registrados 59 mujeres que corresponden al 15.99%

En relación a la Escolaridad.

Escolaridad	No. de Mujeres	Porcentaje
Secundaria terminada o más	149	40.37 %
Primaria o menos	178	48.24 %
Sin datos registrados	42	11.38 %

En relación al No. de Gestaciones.

No. de Gestaciones	No. de mujeres	Porcentaje
0 Gestaciones	2 mujeres	0.5 %
1 "	58 "	15.7 %
2 "	88 "	23.3 %
3 "	77 "	20.8 %
4 "	44 "	12 %
5 "	36 "	9.3 %
6 "	19 "	5.1 %
7 "	18 "	4.9 %
8 "	14 "	3.8 %
9 "	4 "	1.1 %
10 "	5 "	1.3 %
Más de 10 embarazos	4 "	1.1 %

En cuanto al número de Partos.

No. de Partos	No. de mujeres	Porcentaje
0 Partos	18 mujeres	4.8 %
1 "	76 "	20.6 %
2 "	92 "	24.9 %
3 "	53 "	14.3 %
4 "	29 "	7.8 %
5 "	39 "	10.5 %
6 "	19 "	5.1 %
7 "	19 "	5.1 %
8 "	12 "	3.2 %
9 "	3 "	1.0 %
10 "	5 "	1.3 %
Más de 10 partos	4 "	1.1 %

En relación al número de Abortos

No. de Abortos	No. de mujeres	Porcentaje
0 Abortos	164 mujeres	44.4 %
1 "	129 "	34.9 %
2 "	49 "	13.4 %
3 "	23 "	6.1 %
4 "	3 "	1. %
5 "	1 "	0.2 %

En relación al número de Cesáreas.

No. de Cesáreas	No. de mujeres	Porcentaje
0 Cesáreas	296 mujeres	80.21 %
1 "	62 "	16.8 %
2 "	7 "	1.9 %
3 "	4 "	1. %

En relación al Intervalo Intergenésico.

Intervalo Intergenésico	No. de mujeres	Porcentaje
De 13 a 60 meses	173 mujeres	46.97 %
Menores de 13 meses	75 "	20.30 %
Mayores de 60 meses	69 "	18.84 %
Sin datos registrados	52 "	13.89 %

En cuanto a antecedentes obstétricos mencionados en la MF7/83 obtuvimos :

Ningún antecedente. - 331 mujeres que corresponde al 89.79 %

Con diferentes antecedentes: 38 mujeres que corresponde al 10.21 %

Este porcentaje tomado como total y dividido entre los diferentes antecedentes obstétricos nos dá como resultado:

Ant. Obstétricos	No. de mujeres	Porcentaje
Toxemia	20 mujeres	51.73 %
Polihidramnios	0 "	0
Placenta Previa	4 "	10.35 %
Pre-termino	1 "	3.44 %
Bajo peso al nacer	3 "	6.90 %
Malformación mayor	0 "	0
Muerte fetal tardía	4 "	10.35 %
Macrosomía	5 "	13.79 %
Cirugía pélvico-uterina	1 "	3.44 %

En relación a los Antecedentes personales patológicos.

Ant. Pers. Patológicos	No. de mujeres	Porcentaje
Sin antecedente	356 mujeres	96.48 %
Con antecedentes	13 mujeres	3.52 %

Divididos como anteriormente se realizó en Ant. Obstétricos nos dá:

Hipertensión arterial	7 mujeres	53.86 %
Diabetes Mellitus	1 "	7.69 %
Infección sistêmica	1 "	7.69 %
Cardiopatía	4 "	30.76 %

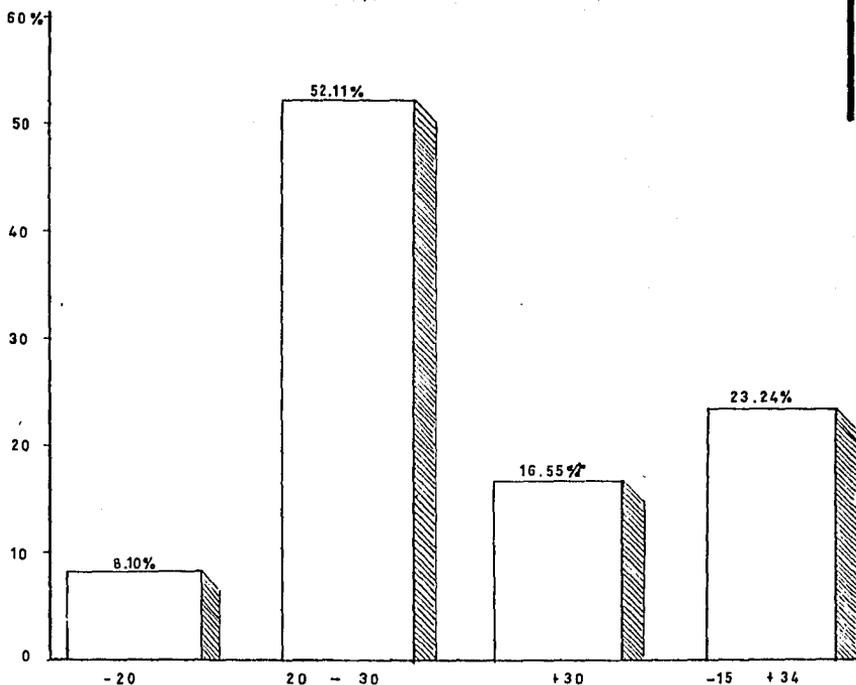
Del total de 369 mujeres estudiadas encontramos que 288 presentaron alguna calificación de riesgo reproductivo, o sea el 78.17% y este riesgo lo encontramos desde 0.5 hasta 22 puntos teniendo como rango 11 puntos.

Del total de 369 mujeres, 81 no presentó ninguna calificación de riesgo reproductivo, esto corresponde al 21.83 %.

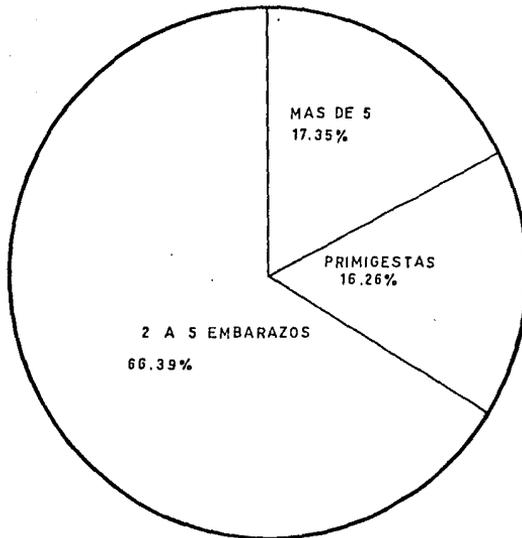
Se realizó un análisis de cada uno de los rubros que se investigaron, con los cuales contamos en la forma MF 7/83, de estos mencionamos los porcentajes más relevantes.

De algunos rubros debemos hacer una aclaración ya que lo considera mos necesario.

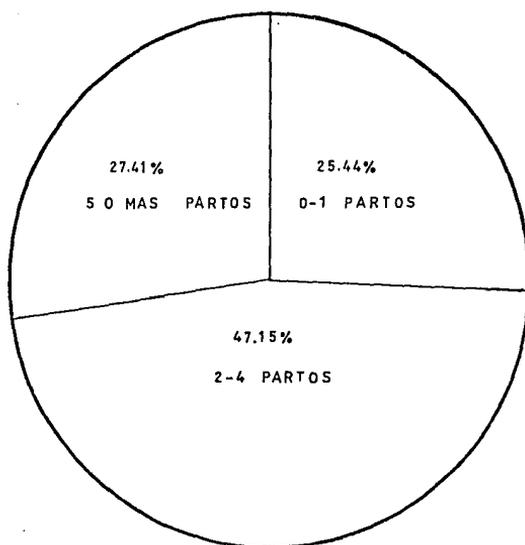
VALORACION DE RIESGO REPRODUCTIVO EN M.E.F.
NO EMBARAZADAS
EDAD EN AÑOS
H.R.G.Z.M.F. No.1 MORELIA



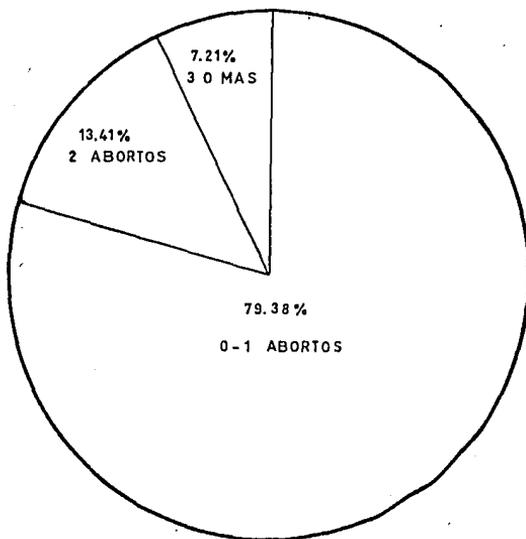
VALORACION DE RIESGO REPRODUCTIVO EN M.E.F.
NO EMBARAZADAS
NUMERO DE EMBARAZOS
H.R. G.Z. M.F. No. 1 MORELIA



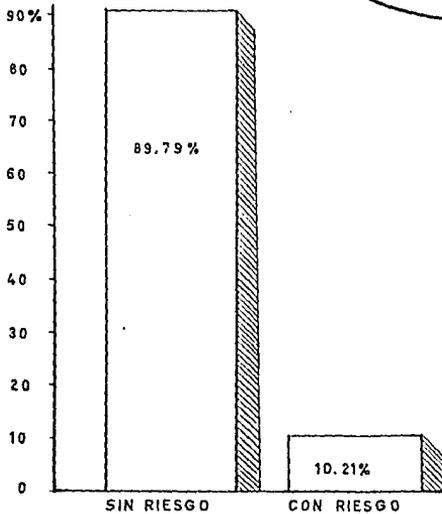
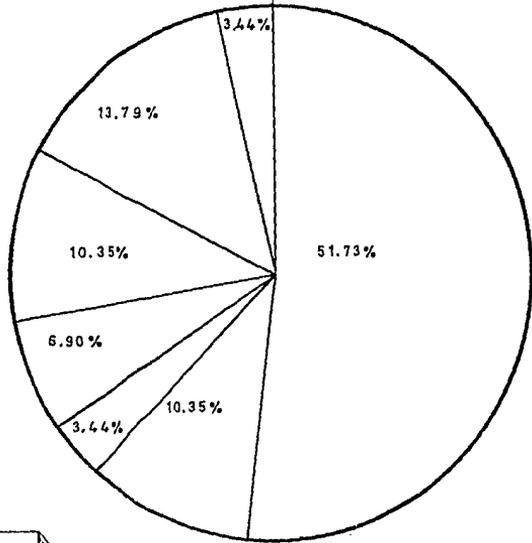
VALORACION DE RIESGO REPRODUCTIVO EN M.E.F.
NO EMBARAZADAS
NUMERO DE PARTOS
H.R.G.Z.M.F. No.1 MORELIA



VALORACION DE RIESGO REPRODUCTIVO EN M.E.F.
NO EMBARAZADAS
NUMERO DE ABORTOS.
H.R.G.Z.M.F. No.1 MORELIA

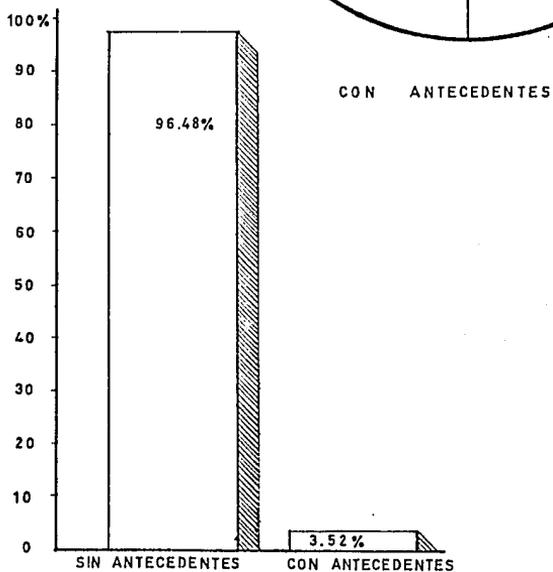
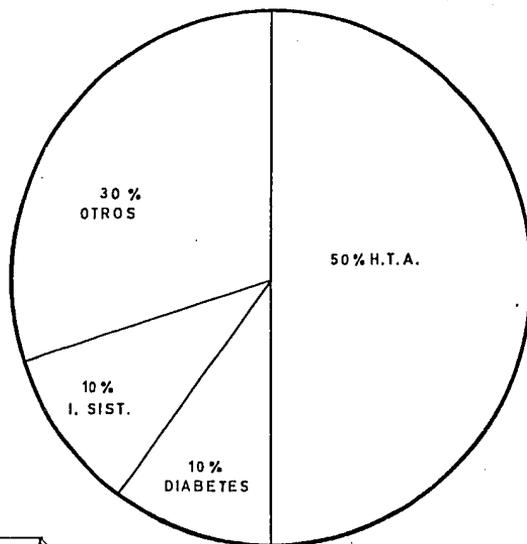


VALORACION DE RIESGO REPRODUCTIVO EN M. E. F.
 NO EMBARAZADAS
 ANTECEDENTES OBSTETRICOS
 H.R.G.Z.M.F. No.1 MORELIA

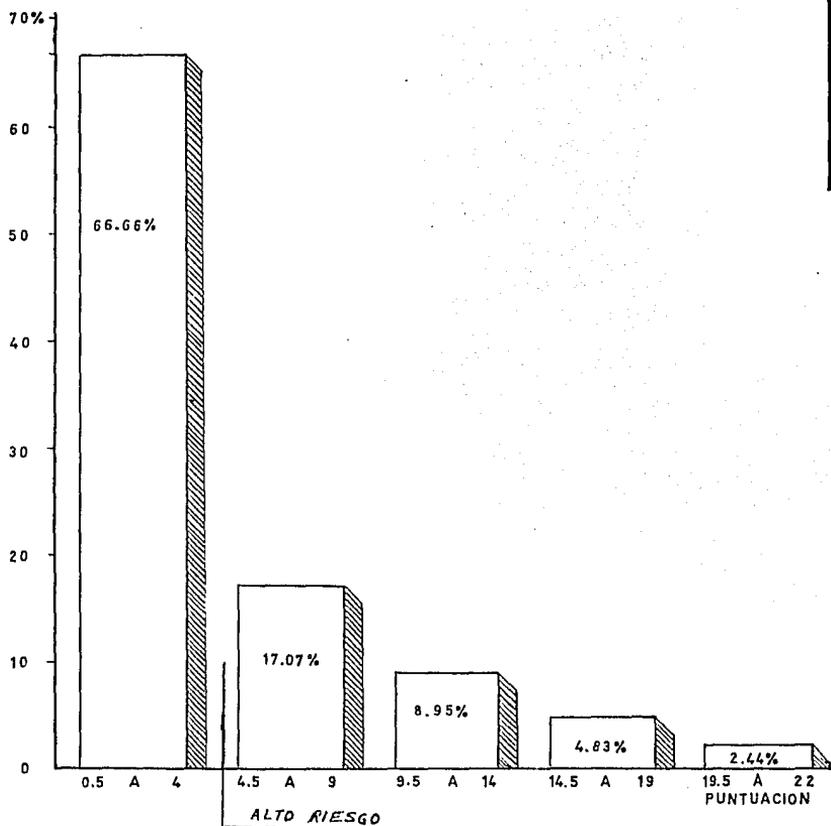


- 51.73% TOXEMIA
- 10.35% PLACENTA PREVIA
- 3.44% PRETERMINO
- 6.90% BAJO PESO AL HACER
- 10.35% MUERTE FETAL TARDIA
- 13.79% MACROSOMIA
- 3.44% CIRUGIA PELVICA

VALORACION DE RIESGO REPRODUCTIVO EN M.E.F.
NO EMBARAZADAS
ATECEDENTES PATOLOGICOS
H.R.G.Z.M.F. No.1 MORELIA



VALORACION DE RIESGO REPRODUCTIVO EN M.E.F.
NO EMBARAZADAS
PUNTUACION OBTENIDA
H.R.G.Z.M.F. No.1 MORELIA



En relación a la talla y peso, en dicha forma sólo se marca como factor de riesgo reproductivo mujeres con talla menor de 1.50 mts. y peso menor de 50 kgs., sin tomar en cuenta la relación talla peso de acuerdo a las tablas aceptadas por el IMSS, factor que nosotros hemos tomado en cuenta al igual que el factor obesidad.

En cuanto a la escolaridad en general podemos decir que encontramos un gran porcentaje con primaria o menos, pero que al igual que el intervalo intergenésico, el tabaquismo, talla y peso fueron rubros que se encontraron incompletos en varios expedientes.

En relación a la edad, se encontró el 52 % dentro de la edad que se considera adecuada para la reproducción, es decir entre 20 a 30 años. Con riesgo de un punto o sea mayores de 30 años y menores de 34 un 17 %; menores de 20 años pero mayores de 15 encontramos el 25 %. Y con riesgo para el binomio con puntuación de cuatro, o sea menores de 15 y mayores de 34 años obtuvimos el 23. %

De las 192 mujeres que tienen la edad ideal para el embarazo se encontró que el 12.5 % tienen problemas de bajo peso, el 3.1% problema de obesidad y el 15 % con talla menor de 1.50 mts. las cuales en cada uno de los rubros mencionados tienen un punto de valor

de riesgo, sin embargo es importante hacer la observación que el 9.3% de las mujeres que aparecen con problema de bajo peso, la talla también es menor de 1.50 mts. lo que nos indica que el peso es normal en relación a la talla y estas mujeres sólo presentan el riesgo de la talla. En relación a la escolaridad encontramos que el 34. % tiene la primaria o menos. En cuanto al número de embarazos, se tiene que el 32% ha tenido dos embarazos, el 31 % cuatro o más encontrando un máximo de 9 embarazos.

En la paridad se encontró que el 28 % habían tenido dos partos, el 22% cuatro o más partos. En relación a los abortos se encontró que el 19 % ha tenido un aborto y el 4 % dos abortos. En cuanto a las cesáreas se observó que el 14 % de este grupo de mujeres se les ha realizado una cesárea, el 8.% dos, y el 1 % tres cesáreas. En relación al intervalo intergenésico, el 13 % ha tenido un intervalo menor de 13 meses y el 1 % más de 60 meses. En antecedentes obstétricos, se tiene el 4 % con problemas de toxemia, el 1 % con problemas tanto de pretérmino como de bajo peso al nacer y el 1 % con macrosomía y placenta previa. En antecedentes personales patológicos se obtuvo el 1 % con problema de cardiopatía, el 1% con problema de H.T.A., renopatía e hipertiroidismo. Y en tabaquismo el 1 % fumadoras de más de 10 cigarrillos.

En el grupo de las 30 mujeres menores de 20 años, pero mayores -- de 15 años, se encontró que el 7 % tienen problema de bajo peso, el 20 % de obesidad y el 7 % de talla. En relación a la escolaridad el 40 % tiene la primaria o menos. En cuanto al número de embarazos - se obtuvo el 80 % ha tenido un embarazo, el 20 % ha tenido 2 y 3 em- barazos. En cuanto a la paridad el 60 % ha tenido un parto, y el 20 % dos partos. El 11 % ha tenido un aborto y al 13 % se la ha practicado una cesárea.

En relación al intervalo intergenésico encontramos el 27 % ha tenido - un lapso menor de 13 meses y el resto sin datos. En antecedentes obs- tétricos se encontró un 7 % con problemas de toxemia. En anteceden- tes personales patológicos se encontró también el 7 % con problemas de HTA. En cuanto al tabaquismo encontramos el 7 % como fumado- ras de más de 10 cigarrillos, pero un 13 % fumadoras de 1 a 4 ciga- rrillos.

En el grupo de las 61 mujeres mayores de 30 años pero menores de 34 se encontró que el 7 % tienen problemas de bajo peso, el 14 % son obesas y un 14 % con problemas de baja talla, en este grupo es impor- tante hacer la observación de que el 7 % que aparentemente tuvo -- problemas de bajo peso el problema real es únicamente la talla. En relación a la escolaridad el 48 % sólo tiene la primaria o menos --

En cuanto al número de embarazos se obtuvo que un 55 % han tenido 4 embarazos o más Teniendo un máximo de 10 embarazos, el 23 % ha tenido 2 y 3 embarazos en este grupo no se observó ninguna que sólo haya tenido un embarazo.

En relación a la paridad se obtuvo un 45 % que ha tenido 4 o más y el 11 % un sólo parto. De estas mujeres el 27.0 % han presentado un aborto y el 11 % dos y tres abortos. Se les ha practicado una cesárea al 7 % y dos cesáreas al 5 %. En relación al intervalo intergenésico ha sido el 16 % menor de 13 meses el resto se ignora. En antecedentes obstétricos se obtuvo un 5.0% para los problemas de toxemia, macrosomía y bajo peso al nacer respectivamente y el 2 % para el antecedente de cirugía pélvico-uterina. En cuanto a antecedentes personales patológicos se encontró también un 2.2 % tanto para la HTA como para los problemas de Hipertiroidismo. En relación al tabaquismo encontramos el 2 % como fumadoras de más de 10 cigarrillos y el 9 % fumadoras de menos de 10 cigarrillos.

En el grupo de 84 mujeres de más de 34 años y dos mujeres de menos de 15 años se encontraron: el 6 % con problemas de bajo peso, -- el 24 % con obesidad y el 4 % con problemas de baja talla. En relación a la escolaridad el 63 % sólo tiene la primaria o menos. En relación al número de embarazos se encontró que el 72 % han tenido -

4 o más embarazos con un máximo de 14 embarazos y un 8 % con un embarazo. De la paridad encontramos el 65 % que ha tenido 4 o más hijos con un máximo de 12 hijos y el 6 % un parto. En relación a -- los abortos el 22 % ha tenido un aborto, el 15 % dos abortos y el 5 % tres o más abortos encontrando un máximo de 5 abortos. De las cesáreas al 13 % se les ha practicado una cesárea, el 5 % dos cesáreas - y al 3 % tres cesáreas. Del intervalo intergenésico el 5 %, menos de 13 meses y más de 60 meses respectivamente. En antecedentes obstétricos se obtuvo el 11 % con problemas de toxemia, el 4 % con muerte fetal, el 3 % con malformaciones congénitas y bajo peso al nacer, - el 1 % con problemas de placenta previa y cirugía pelvico uterina.

En antecedentes personales patológicos el 11 % con HTA el 3 % con Diabetes Mellitus, y no se encontraron antecedentes de tabaquismo.

*

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

DISTRIBUCION DE LA FORMA MF7/83 Y LA PUNTUACION DE RIESGO
REPRODUCTIVO.

	Nombre		Cédula
1. - Edad en años		7. - Gestaciones	
20 a 30	0	2 a 5	0
- de 20	1	Primigesta	1
+ de 30	1	+ de 5	3
2. - Peso materno		8. - Paridad	
(kilos)	0	- de 5	0
50 ó +	0	= + de 5	4
- de 50	1		
3. - Talla (Metros)		9. - Abortos	
+ de 1.50	0	0 a 1	0
- de 1.50	1	2	2
		3 ó +	4
4. - Escolaridad		10. - Cesárea previa	
Secundaria ó +	0	No	0
Primaria ó -	0.5	Sí	4
5. - F.U.M. no se tomó en		11. - Intervalo Inter-genésico en meses	
cuenta.		13 a 60	0
6. - F.P.P. no se tomó en		- de 13	0.5
cuanta		+ de 60	0.5
12. - Antecedentes Obstétricos.		13. - Antecedentes Personales. patoló-	
Ningún patológico	0	gicos.	
Toxemia	4	Ninguno	0
Polihidramnios	4	Hipertensión art.	4
Placenta prev. o DOONI	4	Diabetes Mellitus	4
Pre-término	4	Infección sistémica	4
Bajo peso al nacer-2500	4	Cardiopatía	4
Malformación mayor	4		
Muerte fetal tarfa	4	14. - Tabaquismo	
Macrosomía + de 4 kgs.	4	No o - de 10 cigarrillos	0
Cirugía pélvico uterina	4	al día	
		+ de 10 cig. al día	1

TABLA DE PESO Y TALLA EN ADULTOS.

MUJERES.

TALLA	MINIMO	MEDIO	MAXIMO
142	43.125	46.000	50.750
145	44.250	47.250	51.750
147	45.250	48.500	53.596
150	46.750	49.750	54.500
152.5	48.125	51.250	55.750
155	49.375	52.750	57.625
157.5	50.750	54.125	58.750
160	52.250	55.750	60.625
162.5	53.750	57.875	62.250
165	55.500	59.650	64.250
167.5	57.500	61.500	66.000
170	59.125	63.250	68.229
172.5	61.250	65.000	69.875
175	63.125	67.000	71.750
177.5	64.750	68.750	74.000
180	65.159	69.318	76.249

DISCUSIONES.

En nuestro estudio, analizando los resultados en forma integral, encontramos que uno de los factores de riesgo predominantes fué la edad, ya que del total de pacientes estudiadas el 47.8 % están entre - menos de 20 y más de 30 años predominando un 23 % en mayores de 34 años.

A lo anterior se suma la multigravidez, en este rubro de pacientes - el 27 % han tenido más de 5 embarazos agrupándose por razón lógica la multiparidad con un 27 % de pacientes que han tenido más de 5 hijos, encontrando un máximo de 14 hijos.

Otro factor importante que es necesario comentar por su presencia en cualquiera de los grupos de edad estudiados, es el aborto ya que el 34.9 % de las pacientes han tenido un aborto, predominando en -- las mujeres mayores de 34 años la presencia de 2 o más abortos -- encontrando un máximo de 5 abortos.

La césárea tiene importancia, porque aunque su presencia se señala en pacientes de los 20 a los 30 años, hay un grupo importante que - ha tenido 2 cesáreas o más.

De los antecedentes patológicos ginecoobstétricos, predominan al - -

igual que en otras fuentes de la literatura la toxemia, estando presente en todos los grupos de edad, sin embargo tiene un aumento del 10.46 % en pacientes mayores de 34 años. El bajo peso al nacer se presentó en el 6.9 %, la muerte fetal tardía en el 10.3 %, las malformaciones congénitas en el 2.5 % y con problema de placenta previa el 10.3 %. En antecedentes patológicos, predomina la presencia de hipertensión arterial y la diabetes mellitus en pacientes mayores de 34 años.

CONCLUSIONES.

Tomando como finales los datos que resultaron en la presente investigación de tipo descriptivo, tenemos que el 78.17 % de nuestra población presenta algún factor de riesgo reproductivo, encontrado desde 0.5 hasta 22 puntos de acuerdo a la forma MF7/83,

Tomando en cuenta que en términos generales de la valoración de riesgo reproductivo de 4.5 puntos hacia arriba deben considerarse de alto riesgo reproductivo según la forma mencionada, entonces tenemos que el 33.29 % de nuestro estudio está dentro de la calificación de alto riesgo reproductivo. Consideramos que este porcentaje es más alto pero no se cuenta con el debido llenado de las formas MF7 /83 y el conocimiento de los médicos familiares de su población adscrita, aún ni siquiera en embarazadas para su control prenatal mucho menos en mujeres no embarazadas, de mejorarse dicha anomalía y promover más el programa de planificación familiar disminuiría el porcentaje de alto riesgo reproductivo.

SUGERENCIAS.

1. - Establecer que se llene la forma MF7/83 en mujeres en edad -- fértil no embarazadas y así valorar su riesgo reproductivo.
2. - Establecer una conversación especial con todas aquellas que presenten alto riesgo reproductivo.
3. - Continuar con mayor entereza el programa de planificación familiar voluntaria, que en determinados casos debería ser prescrita médicamente con apoyo legal.
4. - Intensificación de las medidas higiénico-sociales, en cuanto a la higiene, cuidados de la salud sobre todo en el embarazo, parto y el comportamiento durante los diferentes periodos.

BIBLIOGRAFIA.

1. - Population Reports. Serie J. No. 27 Mayo 1985. Pags. J. 5-390-392.
2. - Jorge Martínez M. y Cols. Planificación Familiar y Demografía Médica. Pags. 386-388 y 424.
3. - Cesar A. Trejo R. Ginecología y Obstetricia, México. Vol. 53 No. 335 Marzo 1985 Pags. 69-71.
4. - O. Kaser, V. Friedberg, y Cols. Ginecología y Obstetricia. Vol. II, Pags. 997-1012 Ed. Salvat.
5. - Population Reports. Serie J. No. 27 Mayo 1985 Pags. J. 5-390-392
6. - Problemas de Salud de la Infancia y el Embarazo de Alto Riesgo. Population Reports. No. 27 Mayo-Junio 1984 Pags. 1.33-1.38.
7. - Boletín Médico del Hospital Infantil de México. Factores de Riesgo de la Mortalidad Perinatal. Vol. 42, Marzo 1985 Pag. 156.
8. - Jorge Martínez M. y Cols. Planificación Familiar y Demografía Médica. Pags. 386-388 y 424.
9. - Jorge Martínez M. y Cols. Planificación Familiar y Demografía -- Médica. Pag. 424.

10. - Dr. Aridrew V. Scholly Carlos Mc. Gregor. Progresos Recientes de Ginecología y Obstetricia. IMSS Jefatura de los Servicios de Enseñanza e Investigación 1978 Pags. 71-74.
11. - Dr. Aridrew V. Scholly Carlos Mc. Gregor. IMSS Jefatura de los Servicios de Enseñanza e Investigación. 1978 Pags. 71-74.
12. - Jorge Delgado V. Carlos E. Rufz H. Diabetes y Embarazo. Medicina al Día. IMSS. Abril 1978 Pag, 16
13. - Bakketing L. S. and Hoffman H. J. Perinatal Mortality by birth order within cohorts based on sibship size. British Medical Journal 6192:693-696 Sept. 1979.
14. - Juan Malacara y Cols. Boletín Médico del Hospital Infantil de México. Vol. 42, Marzo 1985 Pág. 153.
15. - Boletín Médico del Hospital Infantil de México. Factores de Riesgo de la Mortalidad Perinatal. Vol. 42, Marzo 1985 Pag. 156.
16. - Rafael Marín Rufz y Cols. Embarazo en la Adolescente. Vol. 51 No. 314, Junio 1983.
17. - Comunicación Personal de la Jefatura de Servicios Médicos. Departamento de Planificación Familiar del IMSS. Chiapas.
18. - Comunicación Personal de la Jefatura de los Servicios Médicos - Departamento de Planificación Familiar del IMSS. Morelia, Mich.

19. - Heriberto Villaseñor A. Comunicación Personal. H.R.Z.M.F. No. 1. Morelia, Mich.
20. - Population Reports. Madres y Niños más Sanos mediante la Planificación Familiar Serie J. No. 27 Mayo-Junio 1984 Págs. 1-2.
21. - Gufas diatológicas del IMSS 1977 Pag. 20.