



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE M. ^{BC} 21

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
HOSPITAL REGIONAL "GRAL IGNACIO ZARAGOZA"
I.S.S.T.E.

"DETECCION DEL EMBARAZO DE ALTO RIESGO EN
EL PRIMER NIVEL DE ATENCION MEDICA Y SU
ENVIO EFICIENTE Y OPORTUNO AL TERCER NIVEL"

TESIS DE POSTGRADO

QUE PARA OBTENER EL TITULO EN;
LA ESPECIALIDAD DE
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
P R E S E N T A :

DRA. LINDA FLORENCIA SOLANO ESCALANTE

DIRECTOR DE TESIS:
DR. CARLOS VARGAS GARCIA

ASESOR DE TESIS:
DR. JUAN MIRANDA MURILLO





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

I N D I C E .

1. INTRODUCCION	.....	1
2. JUSTIFICACION	.....	7
3. HIPOTESIS	.....	8
4. OBJETIVO	.....	9
5. MATERIAL Y METODO	.....	10
6. RESULTADOS	.....	15
7. ANALISIS	.....	28
8. CONCLUSIONES	.....	30
9. RESUMEN	.....	31
10. BIBLIOGRAFIA	.....	32

I N T R O D U C C I O N .

EL RIESGO ES LA POSIBILIDAD DE EXPOSICION A LA ACCION DE UN AGENTE NOCIVO SOBRE LA INTEGRIDAD BIO-PSICO-SOCIAL DE UN INDIVIDUO O DE UNA COLECTIVIDAD (35). EN EL CASO QUE NOS OCUPA DE LAS MUJERES EMBARAZADAS.

EL RIESGO SE HA CALIFICADO EN BAJO, MEDIO O ALTO SEGUN SEA LA POSIBILIDAD EN MENOR O MAYOR GRADO DE TENER AGRAVAMIENTO, MUERTE, COMPLICACIONES O SECUELAS.

EL PRIMER NIVEL DE ATENCION MEDICA ES AQUEL EN DONDE SE DETECTA EL PROBLEMA EN SU FASE PRE-PATOGENICA Y DEBE EJERCERSE PROMOCION PARA LA SALUD Y MEDIDAS DE PROTECCION ESPECIFICAS CONTRA LA ACCION DE AGENTES PATOGENOS O MODIFICAR EL AMBIENTE CON EL PROPOSITO DE QUE NO SE PRESENTE LA ENFERMEDAD, ESTE NIVEL DEBE REALIZARSE EN LAS CLINICAS PERIFERICAS DE SALUD. ESTABLECIENDO UN DIAGNOSTICO TEMPRANO, UNA TERAPEUTICA OPORTUNA Y ADECUADA PARA REDUCIR AL MAXIMO LAS COMPLICACIONES PREVIENIENDO ASI LAS ENFERMEDADES Y LA INVALIDEZ DE LAS PACIENTES. DE TAL MANERA, QUE SOLAMENTE LAS EMBARAZADAS EN DONDE POR ALGUN MOTIVO HAYAN FALLADO LOS NIVELES DE PREVENCION PRIMARIA Y SECUNDARIA SEAN ENVIADAS AL TERCER NIVEL DE ATENCION MEDICA ES DECIR, EL HOSPITAL. EN DONDE DEBERAN ADMINISTRARSE LAS MEDIDAS TERAPEUTICAS ADECUADAS, EL SEGUIMIENTO DE LOS CASOS Y LA REHABILITACION O HABILITACION PARA EVITAR SECUELAS INVALIDANTES (35, 36 y 37).

EL EMBARAZO DE ALTO RIESGO ES AQUEL QUE TIENE O PROBABLEMENTE TENGA ESTADOS CONCOMITANTES CON LA GESTACION, PARTO Y PUERPERIO QUE AUMENTEN LOS PELIGROS PARA LA SALUD DE LA MADRE O DE SU HIJO (1, 28).

EL EMBARAZO DE ALTO RIESGO DEBE DETECTARSE OPORTUNAMENTE YA QUE SU VIGILANCIA PERMITIRA TRATAR Y EVITAR LAS COMPLICACIONES ALCANZANDO ASI UN MAXIMO EN LA CALIDAD

DEL PRODUCTO DE LA CONCEPCION HUMANA, COMO TAMBIEN UNA MADRE SANA PARA EL CUIDADO DE SU RECIEN NACIDO. (1).

LA PERINATOLOGIA CONSIDERA LOS BENEFICIOS Y PERJUICIOS DEL BINOMIO MADRE-HIJO Y TIENE LA INQUITUD PRIMARIA DE PRESERVAR EL BIENESTAR DEL SER HUMANO DURANTE SU VIDA INTRAUTERINA, TRABAJO DE PARTO Y PRIMEROS DIAS DE VIDA EXTRAUTERINA (13).

EL FETO ES UN PACIENTE LEGITIMO, CUYAS NECESIDADES PROFILACTICAS, DIAGNOSTICAS Y TERAPEUTICAS PUEDEN Y DEBEN RESOLVERSE (1, 13).

LAS MADRES PORTADORAS DE EMBARAZO DE ALTO RIESGO TIENEN GRANDES POSIBILIDADES DE TENER NEONATOS DE "RIESGO ELEVADO", ESTO SE TRADUCE EN LA POSIBILIDAD DE TENER NEONATOS CON ALGUN IMPEDIMENTO FISICO, INTELECTUAL, SOCIAL O DE LA PERSONALIDAD QUE DIFICULTE SU CRECIMIENTO Y DESARROLLO NORMAL ASI COMO SU CAPACIDAD DE APRENDER (1).

LA DETECCION DEL EMBARAZO DE RIESGO ES BASICA PARA EVITAR LAS SECUELAS DE RIESGO PERINATAL, EVITANDO ASI LAS ALTERACIONES ANATOMICAS, FISIOLÓGICAS O DE CONDUCTA CONSECUTIVAS AL EVENTO PERINATAL.

EL PERINATOLOGO MANEJA LA POBLACION CON MAYOR MORTALIDAD QUE CUALQUIER OTRO GRUPO HUMANO, CON EXCEPCION DE LOS PACIENTES SENILES (13).

EL PAPEL QUE JUEGA LA MEDICINA PREVENTIVA CON SUS PROGRAMAS DE CONTROL PRENATAL Y EVALUACION DE RIESGO REPRODUCTIVO ES INDISPENSABLE PARA LA DETECCION DEL EMBARAZO DE RIESGO ELEVADO ASI COMO PARA SU CANALIZACION OPORTUNA AL HOSPITAL, CON LO QUE SE DISMINUYE EL INDICE DE MORBI MORTALIDAD MATERNO-FETAL (6,8).

REVISIONES CIENTIFICAS DE PASISES DESARROLLADOS NO DAN ENFASIS A LA ATENCION DEL PRIMER NIVEL PUES CUENTAN CON METODOS DIAGNOSTICOS DE LABORATORIO Y GABINETE SUMAMENTE ESPECIALIZADOS, ADEMAS DE TENER CONDICIONES SOCIOECONOMICAS ADECUADAS PARA EL TRATAMIENTO DE SUS PACIENTES.

EN MEXICO COMO PAIS EN VIAS DE DESARROLLO, LA MORBI MORTALIDAD MATERNO-FETAL DERIVA DE CONDICIONES INADECUADAS DE VIDA Y PUEDEN SER MODIFICADAS CON ATENCION PRIMARIA PARA LA SALUD (9,18 y 21).

PARA EVALUAR APROPIADAMENTE LOS RESULTADOS DE CUALQUIER ESTUDIO PERINATAL ES INDISPENSABLE UTILIZAR DEFINICIONES ESTANDARIZADAS PARA DESCRIBIR SUCESOS ASOCIADOS CON EL EMBARAZO COMO SON :

MUERTE MATERNA: ES EL FALLECIMIENTO DE UNA MUJER DEBIDO A CUALQUIER CAUSA, MIENTRAS ESTA EMBARAZADA O DENTRO DE LOS 42 DIAS POSTERIORES A LA TERMINACION DEL EMBARAZO (6,34).

MUERTE OBSTETRICA DIRCTA: ES LA MUERTE MATERNA RELACIONADA DIRECTAMENTE CON COMPLICACIONES OBSTETRICAS.

MUERTE OBSTETRICA INDIRECTA: ES LA MUERTE MATERNA RESULTADO DE UNA ENFERMEDAD PREVIA O DE UNA ENFERMEDAD

DESARROLLADA DURANTE EL EMBARAZO, QUE SE AGRAVO CON LOS -
EFECTOS FISIOLÓGICOS DEL MISMO.

NACIDO VIVO: PRODUCTO DEL NACIMIENTO QUE MUESTRA AL -
GUN SIGNO DE VIDA DESPUES DE ESTE COMO RESPIRACION, LATIDO
CARDIACO, LATIDO DEL CORDON UMBILICAL O MOVIMIENTOS .

NACIDO MUERTO: SI NO PRESENTA NINGUN SIGNO DE VIDA AL
NACER.

MUERTE FETAL: ES EL FALLECIMIENTO DEL PRODUCTO DE LA -
CONCEPCION DESDE LA SEMANA 20 Y MAS DE LA GESTACION HASTA -
ANTES DEL NACIMIENTO.

MUERTE NEONATAL: ES EL FALLECIMIENTO DEL PRODUCTO DE
LA CONCEPCION DESDE EL MOMENTO DEL NACIMIENTO HASTA LOS 28
DIAS DE VIDA.

MUERTE NEONATAL TEMPRANA: MUERTE DEL RECIEN NACIDO
ANTES DE COMPLETAR LOS 7 DIAS DE VIDA.

MUERTE NEONATAL TARDIA: MUERTE DEL RECIEN NACIDO DES -
PUES DE HABER CUMPLIDO 7 DIAS PERO ANTES DE LOS 28 DIAS DE
VIDA.

MUERTE PERINATAL TIPO 1: MUERTE DE UN FETO DE 28 SEM.
HASTA ANTES DE LOS 7 DIAS DE VIDA.

MUERTE PERINATAL TIPO 2: MUERTE DE UN FETO DE 20 SEM.
HASTA LOS 28 DIAS DE VIDA.

MUERTE POST-NEONATAL: MUERTE DE UN NACIDO VIVO LUEGO
DE COMPLETAR 28 DIAS DE VIDA PERO MENOS DE 365 DIAS DE VIDA

MUERTE INFANTIL: MUERTE DE UN NIÑO NACIDO VIVO DURAN-
TE EL PRIMER AÑO DE VIDA.

MUERTE PRE-ESCOLAR: FALLECIMIENTOS OCURRIDOS ENTRE 1
AÑO Y 4 AÑOS DE VIDA.

PREMATUREZ: TODO AQUEL NACIMIENTO ANTES DE LA SEMANA
37 DE LA GESTACION INDEPENDIENTEMENTE DE SU PESO.

ANOMALIA CONGENITA: DESARROLLO FETAL ANORMAL PRESENTE
(PERO NO SIEMPRE EVIDENTE) EN EL MOMENTO DE NACER, QUE PUE-
DE INTERFERIR CON EL FUNCIONAMIENTO NORMAL DEL INDIVIDUO.

LA TASA DE MORTALIDAD MATERNA SE REFIERE AL NUMERO DE
MUERTES MATEERNAS ENTRE 10 000 NACIDOS VIVOS.

LA TASA DE MORTALIDAD MATERNA EN MEXICO EN EL AÑO DE
1961 A 1986 FUE DE 15.68/10 000 NACIDOS VIVOS (7).

LA MORTALIDAD OBSTETRICA DIRECTA, FUE DE 14.94/10 000
NACIDOS VIVOS, 9.1/1000. LA MORTALIDAD MATERNA EN ALEMANIA
ES DE 0.5/1000 NACIDOS VIVOS Y EN U.S.A. ES DE 0.8/1000
(6,34).

EN MEXICO LA TASA DE MORTALIDAD PERINATAL ES DE -
41.9/1000 (20).

ESTAS CIFRAS TRADUCEN LA NECESIDAD DE IDEAR ALGUN ME-
TODO EFICIENTE PARA LA DETECCION OPORTUNA DE LAS PACIENTES
PORTADORAS DE EMBARAZO DE ALTO RIESGO Y SE CONSIDERA AL -
CONTROL PRENATAL COMO PIEDRA ANGULAR PARA LA DETECCION DE
EMBARAZO DE RIESGO ELEVADO.

EN ESTUDIOS REALIZADOS RECIENTEMENTE POR EL INSTITUTO
DE SALUD PUBLICA DE MEXICO, SE SABE QUE DE 2 A 2.5 MILLONES

DE NIÑOS NACEN POR AÑO, DE LOS CUALES MENOS DEL 60% SON -
 ATENDIDOS POR PERSONAL CALIFICADO, Y MENOS DEL 70% RECI -
 BIERON UNA O MAS CONSULTAS PRENATALES (8). LO CUAL REPERCU -
 TE ENORMEMENTE EN LA ALTA MORBI-MORTALIDAD MATERNO-FETAL
 QUE PREVALECE EN NUESTRO PAIS.

LAS PRINCIPALES CAUSAS DE MORBI-MORTALIDAD MATERNO -
 FETAL EN MEXICO SON: (6,7,15 y 16).

- I.- TOXEMIA (30-60%)
- II.- INFECCION (25%)
- III.- HEMORRAGIA (15%).

LAS PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE EN ESTADOS UNIDOS -
 DE AMERICA SON:

- I.- ABORTO PROVOCADO
- II.- EMBARAZO ECTOPICO
- III.- EMBOLISMO.

OBSERVANDOSE QUE LA TOXEMIA, HEMORRAGIA E INFECCION OCUPAN
 EL 4o.5o. Y 6o. LUGAR RESPECTIVAMENTE.

ESTO REFLEJA UN MEJOR NIVEL DE VIDA DE LAS PACIENTES
 ESTADOUNIDENSES. (11).

LOS PRINCIPALES FACTORES QUE AFECTAN A LA SALUD DE -
 MADRES E HIJOS MEXICANOS SON RESULTADO DE LA DESNUTRICION,
 INFECCIONES Y FALTA DE REGULACION DE LA FERTILIDAD, ESTO
 OCASIONA UN CIRCULO VICIOSO Y ES RESULTADO DE PATOLOGIA DE
 LA POBREZA (11,26).

ENTRE LOS FACTORES DE RIESGO DE IMPORTANCIA POR CON-
 TRIBUIR A ELEVARLO EN EL EMBARAZO SE ENCUENTRAN LOS SIGUIEN-
 TES:

EDAD MATERNA: EL EMBARAZO EN LA ADOLESCENTE (LIMITE
 SUPERIOR 17 AÑOS). ES PSICOLOGICO, SOCIAL Y ECONOMICAMENTE
 INDESEABLE, YA QUE EXISTE MAYOR PELIGRO DE PREMATUREZ, -
 MUERTE NEONATAL, AUMENTO DE PESO EXCESIVO, TOXEMIA, TRABAJO
 DE PARTO ESTACIONARIO, DEFECTOS NUTRICIONALES, DESPROPOR -
 CION CEFALO-PELVICA, VICIOS DE PRESENTACION Y LACERACIONES
 DEL CANAL DE PARTO (2,12). POR OTRO LADO, EL EMBARAZO EN
 LA MUJER POR ARRIBA DE 35 AÑOS SE HA VISTO ACOMPAÑADO MUY
 FRECUENTEMENTE DE ENFERMEDADES CRONICAS Y DEGENERATIVAS -
 COMO LA HIPERTENSION ARTERIAL SISTEMICA (12%), DIABETES -
 MELLITUS (3.8%), PRE-ECLAMPSIA (3.07%), ABORTOS (38%), PAR-
 TO INMADURO (16%), CESAREAS (19%) ASI COMO DISFUNCIONES -
 UTERINAS (5.3%). LO CUAL AUMENTA ENORMEMENTE EL INDICE DE
 MORBI-MORTALIDAD (12,27).

PESO Y TALLA: SE HAN RELACIONADO ESTAS VARIABLES CON
 LAS CARACTERISTICAS DE LA PELVIS, PUES A MENOR ESTATURA Y
 MAYOR PESO EXISTE MAYOR PROBABILIDAD DE OPERACION CESAREA
 (24).

NIVEL SOCIO-ECONOMICO: SE ASOCIA CON LOS DEFICIENTES
 HABITOS HIGIENICO-DIETETICOS Y CON LA PORRE ESCOLARIDAD.
 ENTRE MAS BAJOS SON LOS RECUSOS SOCIO-ECONOMICOS MAYOR ES
 LA FRECUENCIA DE INFECCIONES Y CARENCIAS NUTRICIONALES.

AUSENCIA DE CONYUGE: CREA EN LA PACIENTE EMBARAZADA -
 - TRASNTORNOS PSICOLOGICOS QUE REPERCUTEN SOBRE SU PRODUCTO. -
 - SE OBSERVA QUE LAS PACIENTES QUE TIENEN CONYUGE SON PACIEN -
 TES MAS SEGURAS Y MANTIENEN UNA RELACION MATERNO-FETAL MAS
 ESTABLE. SUS HIJOS EN LA MAYORIA DE LOS CASOS SON DESEADOS Y
 ESPERADOS (20).

PARIDAD: LA MITAD DE LOS CASOS DE MORTALIDAD PERINA -
 TAL OCURRE EN PRIMIGESTAS Y LA OTRA MITAD EN MULTIGESTAS DE
 6 O MAS HIJOS (25). 28% DE LA MORTALIDAD MATERNA ES ENCONTRA
 DA EN PRIMIGESTAS Y 48% EN MULTIPARAS (12). EN LAS PACIENTES
 GRAN MULTIPARAS SE ENCONTRO QUE 19.6% CURSAN CON PRE-ECLAM -
 SIA LEVE, 10.6% SEVERA, 1.6% ECLAMPسيا, 5% HEMORRAGIA POST -
 PARTO Y 16.2% TERMINAN EN CESAREA COMO CONSECUENCIA DE ALGU -
 NA DE ESTAS PATOLOGIAS AGREGADAS AL EMBARAZO (16).

CONTROL PRENATAL: ES LA PIEDRA ANGULAR PARA LA DETEC -
 CION DEL EMBARAZO DE CUALQUIER GRADO DE RIESGO, SIN EMBARGO,
 SE ENCONTRO QUE DEL 50 AL 53% DE LAS PACIENTES EMBARAZADAS
 NO TIENEN CONTROL PRENATAL (3, 12, 16 Y 20).

ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD CRONICA Y DEGENERATIVA:
 LA HIPERTENSION ARTERIAL SISTEMICA, DIABETES MELLITUS, CAR -
 DIOPATIAS, NEFROPATIAS, ETC. CONSTITUYEN FACTORES DE RIESGO
 DEL EMBARAZO PUES SE ASOCIAN CON PRODUCTOS DE BAJO PESO AL
 NACIMIENTO, MACROSOMIA, HIPOGLICEMIA SEVERA AL NACIMIENTO,
 PREMATUREZ, HIPOXIA, ABORTO, ETC. CON LO QUE LA MORTALIDAD
 NEONATAL SE ENCUENTRA LIGERAMENTE AUMENTADA (4,7).

OTROS FACTORES DETERMINANTES DEL RIESGO EN EL EMBARAZO SON:

- a) ANTECEDENTE DE CESAREAS PREVIAS.
- b) ANTECEDENTE DE ABORTOS, MORTINATOS, PARTOS PREMATUROS,
 PRODUCTOS DE BAJO PESO O MACROSOMICOS.
- c) PERIODOS INTERGENESICOS CORTOS (MENOR DE 30 SEM. O MAYOR
 DE 200 (20).
- d) COMPLICACIONES OBSTETRICAS PREVIAS O ACTUALES (TOXEMIA,
 DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA NORMOINSERTA, ISO -
 INMUNIZACION, POLI U OLIGOHIDRAMNIOS, RUPTURA PREMATURA
 DE MEMBRANAS. ETC.
- e) EMBARAZO MULTIPLE.
- f) PRESENTACIONES ANORMALES.
- g) FETO DE MAS DE 42 SEM. GESTACIONALES.
- h) TABAQUISMO O TOXICOMANIAS.
- i) ANTECEDENTE DE INFERTILIDAD.
- j) ANTECEDENTE DE EXPOSICION A INFECCIONES, RADIACIONES, -
 STRESS, CHOQUE, ANESTESIA GENERAL. ETC.

EXISTE CORRELACION ENTRE LOS ANTECEDENTES OBSTETRICOS
 Y LA MORTALIDAD NEONATAL. EN EL 90% DE LAS MUJERES EMBARAZA -
 DAS CON ANTECEDENTES OBSTETRICOS DE RIESGO ALTO SE ENCONTRO
 38% DE INMADUREZ FETAL, 36% PREMATUREZ, 50% SIRI, 20% HEMO -
 RRAGIA INTRAVENTRICULAR, 17% INFECCION, 11% HEMORRAGIA PUL -
 MONAR. Y 10.7% DE MALFORMACIONES MAYORES.

ANALIZANDO TODO LO ANTERIOR SURGE LA INQUIETUD DE -
- APLICAR EL FORMATO DE EVALUACION DE RIESGO DURANTE EL EMBA-
- RAZO, EXISTENTE EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL
- HOSPITAL IGNACIO ZARAGOZA. PARA DETECTAR EL EMBARAZO DE
- ALTO RIESGO DESDE EL PRIMER NIVEL DE ATNCION MEDICA Y ASI
- PODER REFERIR A LA PACIENTE OPORTUNAMENTE AL HOSPITAL PARA
SU CORRECTO DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO, PUES DEL 60 AL 70%
DE LAS COMPLICACIONES EN EL EMBARAZO SON PREVISIBLES (7.10,
12,15 Y 18). Y, UN GRAN PORCENTAJE DE ESTAS COMPLICACIONES
TIENE IMPLICACION MEDICA. (50 Y 25% DE CARACTER INSTITUCIO-
NAL Y POR CUESTIONES PERSONALES DE LA PACIENTE.

POR LO QUE EL PRESENTE TRABAJO RELATA LOS BENEFICIOS
OBTENIDOS AL APLICAR ESTE FORMATO EN EL PRIMER NIVEL DE -
- ATENCION MEDICA.

J U S T I F I C A C I O N .

MEDIANTE EL SISTEMA DE EVALUACION DE RIESGO EN EL -
EMBARAZO SE FACILITA LA UTILIZACION RACIONAL Y ADECUADA DE
LOS DIFERENTES NIVELES DE ATENCION MEDICA EN FORMA EFICIENTE
Y OPORTUNA.

H I P O T E S I S .

**LA FALTA DE NORMATIVIDAD EN EL PRIMER NIVEL DE ATEN -
CION MEDICA NO PERMITE LA EVALUACION, CLASIFICACION Y REFE -
RENCIA OPORTUNA Y EFICIENTE DE LAS PACIENTES CON EMBARAZO
DE ALTO RIESGO AL HOSPITAL.**

O B J E T I V O .

**DEMOSTRAR QUE ES NECESARIA LA SISTEMATIZACION EN LA
EVALUACION DE RIESGO PERINATAL BAJO NORMAS ESTRICTAS COMO
FACTOR IMPORTANTE PARA DETECTAR EL ENBARAZO DE ALTO RIESGO
Y PROPICIAR SU REFERENCIA OPORTUNA.**

M A T E R I A L Y M E T O D O .

SE ESTUDIARON 40 PACIENTES VALORADAS Y REFERIDAS DE LA CLINICA DE PRIMER NIVEL DE ATENCION MEDICA PANTITLAN AL HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA" DEL I.S.S.S.T.E. EN EL PERIODO COMPRENDIDO DEL 1o. DE JUNIO AL 30 DE AGOSTO DE 1988.

LA EVALUACION SE EFECTUO MEDIANTE LA APLICACION DEL FORMATO DE RIESGO EN EL EMBARAZO A TODA MUJER EMBARAZADA, SIN IMPORTAR LA EDAD GESTACIONAL.

EL FORMATO DE EVALUACION CONSTA DE 31 REACTIVOS AGRUPADOS EN TRES CAPITULOS, EL PRIMERO EVALUA DATOS GENERALES (REACTIVOS 1 AL 7), EL SEGUNDO INCLUYE ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS (REACTIVOS 8-17) Y EL TERCERO EVALUA EL EMBARAZO ACTUAL (REACTIVOS 18-31).

CADA REACTIVO SE CALIFICA EN CUATRO GRADOS QUE SE SEÑALAN EN COLUMNAS DE COLORES.

1a. COLUMNA	BLANCO	SIN RIESGO.
2a. COLUMNA	VERDE	RIESGO BAJO.
3a. COLUMNA	AMARILLO	RIESGO MEDIO.
4a. COLUMNA	ROJO	RIESGO ALTO.

CUANDO EXISTEN TRES FACTORES EN UNA COLUMNA SE PASA EL RIESGO A LA SEGUNDA COLUMNA, UN SOLO FACTOR DE RIESGO ALTO SE CONSIDERA COMO TAL.

CUANDO EN LA EVALUACION DEL FORMATO SE ENCONTRABA: SIN RIESGO O RIESGO BAJO.- LA PACIENTE ERA MANEJADA EN SU CLINICA.

RIESGO MEDIO .- LA PACIENTE ERA REFERIDA A LA CONSULTA EXTERNA DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL IGNACIO ZARAGOZA.

RIESGO ELEVADO .- LA PACIENTE ERA ENVIADA AL SERVICIO DE URGENCIAS DE LA UNIDAD DE TOCOCIRUGIA DEL HOSPITAL IGNACIO ZARAGOZA.

SE CORRELACIONARON LOS SIGUIENTES DATOS CON EL GRADO DE RIESGO, SE OBTUVIERON PORCENTAJES, TABLAS DE CONTINGENCIA Y FINALMENTE SE APLICO ANALISIS ESTADISTICO POR MEDIO DE LA PRUEBA DE X²

EDAD
 PESO
 TALLA
 NIVEL SOCIOECONOMICO
 ESTADO CIVIL
 ANTECEDENTES
 EMBARAZO ACTUAL
 CLASIFICACION DE RIESGO

SEMANAS DE GESTACION Y CORRELACION CON EL RIESGO.
PESO DEL PRODUCTO Y SU CORRELACION CON EL RIESGO.
APGAR AL MINUTO Y A LOS CINCO MINUTOS Y SU CORRELACION CON -
EL RIESGO.

METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR Y SU CORRELACION CON EL -
RIESGO.

MORTALIDAD MATERNA.

MORBI-MORTALIDAD FETAL.

LOS RESULTADOS SE TOMARON DEL ARCHIVO DE LA CLINICA -
PANTITLAN, DEL ARCHIVO DEL HOSPITAL IGNACIO ZARAGOZA, DEL -
REGISTRO DE LA UNIDAD TOCOQUIRURGICA Y DEL REGISTRO DE LA
UNIDAD DE PERINATOLOGIA DEL HOSPITAL IGNACIO ZARAGOZA.

LA INFORMACION OBTENIDA SE VACIO EN TABLAS DE CONTIN -
GENCIA Y GRAFICAS PARA SU MEJOR COMPRESION.

NOMBRE DEL PACIENTE _____ 12

NÚMERO DE EXPEDIENTE _____

Fecha de llenado: [][] [][] [][] Fecha de Envío: [][] [][] [][]

LUGAR EN CUE SE HIZO LA EVALUACION

<input type="checkbox"/>	HOGAR	_____
<input type="checkbox"/>	CLINICA	_____
<input type="checkbox"/>	HOSPITAL	_____

SEMANAS DE GESTACION POR F.U.H. [][] O APROXIMADAMENTE [][]

EVALUACION DE RIESGO

1.- SIN	<input type="checkbox"/>	F A C T O R E S D E R I E S G O	
2.- BAJO	<input type="checkbox"/>	CLAVE Nº	C O L O R
3.- MEDIO	<input type="checkbox"/>	_____	_____
4.- ALTO	<input type="checkbox"/>	_____	_____

SE CANALIZA A:

1.-	<input type="checkbox"/>	MANEJO EN SU HOGAR (VISITA DOMICILIARIA)		
2.-	<input type="checkbox"/>	CLINICA DE I NIVEL		
3.-	<input type="checkbox"/>	CLINICA DE II NIVEL		
4.-	<input type="checkbox"/>	HOSPITAL:	<input type="checkbox"/>	SERVICIO DE USUARIAS
			<input type="checkbox"/>	CONSULTA ALTO RIESGO
			<input type="checkbox"/>	CONSULTA BAJO RIESGO

ESPECIFIQUE LA CAUSA DEL ENVIO: _____

RECOMENDACIONES A LA EMBARAZADA: _____

NOMBRE _____	CLAVE _____	FIRMA _____
MEDICO GENERAL <input type="checkbox"/>	ENFERMERA SANITARISTA <input type="checkbox"/>	
MEDICO ESPECIALISTA G.O. <input type="checkbox"/>	OTRO <input type="checkbox"/>	
	ESPECIFIQUE: _____	

3.- TRANSPLADO POR RIESGO PERINATAL .

1.-

D A T O S G E N E R A L E S

01 EDAD (años)	<input type="checkbox"/> 20 a 34	<input checked="" type="checkbox"/> 35 a 49	<input type="checkbox"/> 50 a 64	<input type="checkbox"/> 65 - 75	<input type="checkbox"/> 76 y >
02 PESO	<input type="checkbox"/> 51 - 64	<input type="checkbox"/> 65 - 75	<input type="checkbox"/> 76 - 90	<input type="checkbox"/> 91 - 50	<input type="checkbox"/> 70 y <
03 ESTATURA EN cms.	<input type="checkbox"/> 1.50 ó más	<input checked="" type="checkbox"/> 1.45 - 1.49	<input type="checkbox"/> 1.44 ó menos		
04 NIVEL SOCIOECONOMICO	<input type="checkbox"/> ALTO-MEDIO	<input checked="" type="checkbox"/> MEDIO-BAJO	<input type="checkbox"/> MUY-BAJO		
05 ESTADO CIVIL	<input type="checkbox"/> CASADA	<input checked="" type="checkbox"/> SIN CONYUGE			
06 ACTITUD	<input type="checkbox"/> UNION LIBRE	<input checked="" type="checkbox"/> PARCIALMENTE	<input type="checkbox"/> INADECUADA	<input checked="" type="checkbox"/> MUY ALTERAC	
07 PARIDAD	<input type="checkbox"/> 1 a 5	<input checked="" type="checkbox"/> NULLIPARA	<input type="checkbox"/> 6 a 9	<input checked="" type="checkbox"/> 10 ó más	

2.-

A N T E C E D E N T E S

08 ABORTOS CONSECUTIVOS	<input type="checkbox"/> N O	<input checked="" type="checkbox"/> U N C	<input type="checkbox"/> D O S	<input checked="" type="checkbox"/> 3 ó más
09 PARTO ANTERIOR	<input type="checkbox"/> FACIL		<input type="checkbox"/> PROLONGADO	<input checked="" type="checkbox"/> TRAUMATICO
10 GINECOLÓGICOS (PELVIS)	<input type="checkbox"/> UTIL		<input type="checkbox"/> DUDOSA	<input checked="" type="checkbox"/> ESTRECHEZ
11 CESAREAS PREVIAS	<input type="checkbox"/> N O		<input type="checkbox"/> UNA	<input checked="" type="checkbox"/> 2 ó más
12 CIRUGIA PREVIA	<input type="checkbox"/> N O	<input checked="" type="checkbox"/> ABDOMINAL	<input type="checkbox"/> GINEC.	<input checked="" type="checkbox"/> UTERINA
13 MUERTES PERINATALES	<input type="checkbox"/> N O		<input type="checkbox"/> UNA	<input checked="" type="checkbox"/> 2 ó más
14 PREECLAMPSIA	<input type="checkbox"/> N O		<input type="checkbox"/> MODERADA	<input checked="" type="checkbox"/> SEVERA
15 PARTOS PRETERMINO	<input type="checkbox"/> N O		<input type="checkbox"/> U N C	<input checked="" type="checkbox"/> 2 ó más
16 HIJO CON BAO PESO	<input type="checkbox"/> N O < 2500 g.		<input type="checkbox"/> U N C	<input checked="" type="checkbox"/> 3 ó más
17 HIJO MACROSONICO	<input type="checkbox"/> N O > 4000 g.			<input checked="" type="checkbox"/> 5 1

3.-

E M B A R A Z O A C T U A L

18 HIPERTENSION CRONICA	<input type="checkbox"/> N O		<input checked="" type="checkbox"/> S I
19 CARDIOPATIA	<input type="checkbox"/> N O		<input checked="" type="checkbox"/> S I
20 NEFROPATIA	<input type="checkbox"/> N O		<input checked="" type="checkbox"/> S I
21 DIABETES	<input type="checkbox"/> N O		<input checked="" type="checkbox"/> S I
22 AMENAZA DE ABORTO	<input type="checkbox"/> N O	<input type="checkbox"/> CONTROLADO	<input checked="" type="checkbox"/> ACTUAL
23 HEMORRAGIA 2a. MITAD	<input type="checkbox"/> N O	<input type="checkbox"/> CONTROLADO	<input checked="" type="checkbox"/> ACTUAL
24 AMENAZA PARTO PRETERMINO	<input type="checkbox"/> N O	<input type="checkbox"/> CONTROLADO	<input checked="" type="checkbox"/> ACTUAL
25 RUPTURA MEMBRANAS	<input type="checkbox"/> N O		<input checked="" type="checkbox"/> S I
26 HIPERTENSION EMBARAZO	<input type="checkbox"/> N O		<input checked="" type="checkbox"/> S I
27 FACTOR Rh	<input type="checkbox"/> POSITIVO	<input type="checkbox"/> NEGATIVO NO INMUNIZADA	<input checked="" type="checkbox"/> NEGATIVO INMUNIZADA
28 ANEMIA Hb	<input type="checkbox"/> 11g. ó más	<input type="checkbox"/> 10 a 10.9g.	<input checked="" type="checkbox"/> 0-9.9 g.
29 TABACQUISMO	<input type="checkbox"/> N O	<input type="checkbox"/> 3 ó MÁS DIAS	<input type="checkbox"/> EXACERBADO
30 TOXICOMANIA	<input type="checkbox"/> N O		
31 ALCOHOLISMO	<input type="checkbox"/> N O		<input type="checkbox"/> CONTROLABLE
32 O T R O S	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> S I
33 ESPECIFIQUE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> EXACERBADO SIN CONTROL
34	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

1.- EVALUACION PRIMARIA DE RIESGO PERINATAL

35 Presión Arterial	1 Sist. <input type="checkbox"/>	80-139	<input type="checkbox"/>	140-160	<input type="checkbox"/>	160 y >
	2 Diast. <input type="checkbox"/>	60- 90	<input type="checkbox"/>	91-109	<input type="checkbox"/>	110 y >
36 Incremento de Peso/mes	1 <input type="checkbox"/>	1 a 1.5	<input type="checkbox"/>	1.5 a 2.5	<input type="checkbox"/>	2.501 y >
	2 <input type="checkbox"/>	0.5 a 1.5	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Disminución
37 Incremento F.U. cms./mes 4 ^o al 8 ^o mes	1 <input type="checkbox"/>	3 - 5	<input type="checkbox"/>	6 o 7	<input type="checkbox"/>	8 y >
	2 <input type="checkbox"/>	3 - 5	<input type="checkbox"/>	< 2	<input type="checkbox"/>	2
38 Líquido Amniótico	<input type="checkbox"/>	Normal	<input type="checkbox"/>	↑ Moderado ↓	<input type="checkbox"/>	↑ Exagerado ↓
39 Movimientos Fetales	<input type="checkbox"/>	Normal	<input type="checkbox"/>	↑ Moderado ↓	<input type="checkbox"/>	↑ Exagerado ↓
40 Hemorragia Genital	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Mínima	<input type="checkbox"/>	Regular \uparrow
41 Membranas Oculares	<input type="checkbox"/>	Integras	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Rotas
42 Contracciones Uterinas	1 <input type="checkbox"/>	Normales	<input type="checkbox"/>	2 a 3	<input type="checkbox"/>	4 ó más
	2 <input type="checkbox"/>	< 1 por hora	<input type="checkbox"/>	par hora	<input type="checkbox"/>	por hora
43 Aborto	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Amenazo	<input type="checkbox"/>	Evaluación
44 Parto Pretermino	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Amenazo	<input type="checkbox"/>	Evaluación
45 Infección Urinaria	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Controlable	<input type="checkbox"/>	Persistente
46 Otras Alteraciones Maternas	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
47 Otras Alteraciones fetales	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
48 Otros _____	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
49 _____	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
50 _____	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

2.- Evaluación de Riesgo Perinatal durante la Evolución del Embarazo

R E S U L T A D O S .

EDAD EN AÑOS	No.	%
20-34	36	90
15-19	4	10

PESO EN KG.	No.	%
51-64	26	65
65-75	9	22.5
+76 Y -40	5	12.5

TALLA EN MTS.	No.	%
1.50 ó MAS	38	85
1.45-1.49	5	12.5
1.44 ó -	1	2.5

NIVEL SOCIOECONOMICO	No.	%
MEDIO-BAJO	38	95
MEDIO-ALTO	2	5

EDO. CIVIL.	No.	%
CON CONYUGE	38	95
SIN CONYUGE	2	5

ACTITUD	No.	%
ADECUADA	35	87.5
PARCIAL	4	10
INADECUADA	1	2.5

PARIDAD	No.	%
1 A 5	31	77.5
NULIPARA	6	15
6 - 9	3	7.5

ANTECEDENTES :

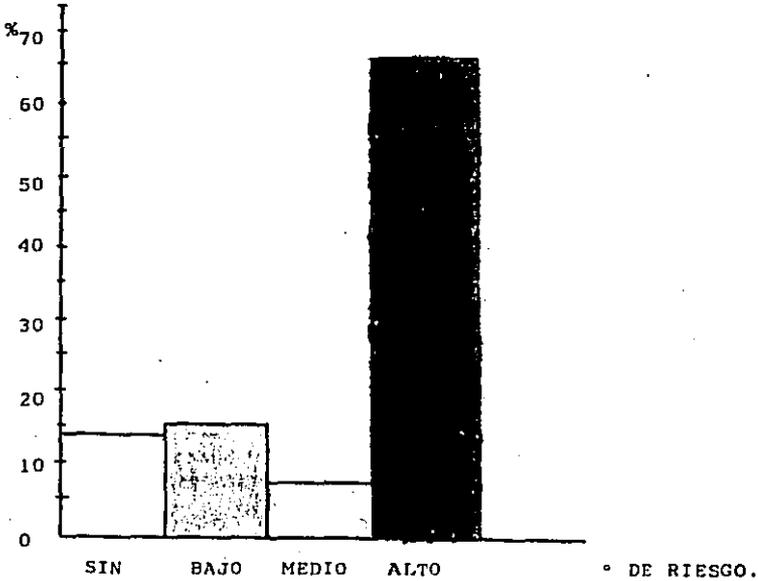
FACTOR	NO		UNO		DOS O MAS	
	No.	%	No.	%	No.	%
ABORTO CONS	38	95	2	5	0	
CESAREA PREV	29	72.5	8	20	3	7.5
MUERTE PERIN	37	92.5	2	5	1	2.5
PARTO PRET	35	87.5	5	12	0	
BAJO PESO	32	80	6	15	2	5
MACROSOMICOS	34	85	6	25	0	
PRE-ECLAMP	37	92.5	3	7.5	0	
PARTO ANT.	FACIL	67.6	PROL	17.6	TRAUMA	14.7

EMBARAZO ACTUAL :

FACTOR	NO		SI		AMENAZA	
	No.	%	No.	%	No.	%
HIPERT. CRON.	38	95	2	5		
CARDIOPATIA	40	100				
NEFROPATIA	40	100				
DIABETES	40	100				
R.P.M.	36	90	4	10		
HIPERT. EMB.	38	95	2	5		
TABAQUISMO	37	92	3	7.5		
TOXICOMANIAS	40	100				
ANEMIA	ONCE	95	DIEZ	5		
HEMORR. 2a. MIT	36	90	4	10		
MEMBRANAS	INTEG	87	ROTAS	12.5		
CONT. UTER. TERM	22	55	18	45		
ABORTO	38	95	1	2.5	1	2.5
P. PRET.	38	95	1	2.5	1	2.5
INF. VIAS URIN	37	92	3	7.5		
OTRAS ALT. MAT.	39	97	1	2.5		
OTRAS ALT. FET.	36	90	4	10		

TABLA I .
CLASIFICACION DE RIESGO EN EL EMBARAZO.

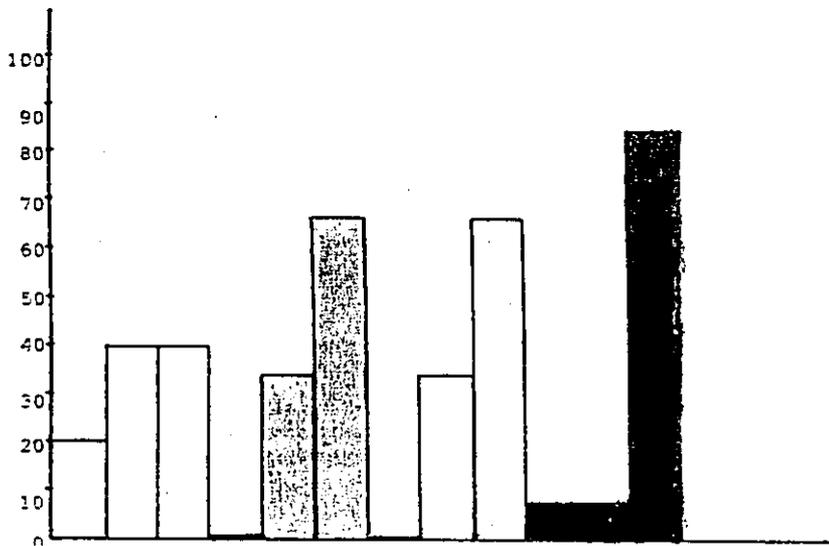
RIESGO	No.	%
SIN	5	12
BAJO	6	15
MEDIO	3	7.5
ALTO	26	65



SEMANAS DE GESTACION AL ENVIO DE LA PACIENTE.

SEMANAS	% SIN	% BAJO	% MEDIO	% ALTO
MENOS 20	20	0	0	2.8
25-36	40	33	33	7.6
37-42	40	66	66	84.6
42 Y MAS	0	0	0	3.8

$$\chi^2 = 8.69 \quad p > .05$$



-20

-42 SEM. PRIMERA COLUMNA DE CADA GRADO DE RIESGO.

28-36 SEM. SEGUNDA COLUMNA DE CADA GRADO DE RIESGO

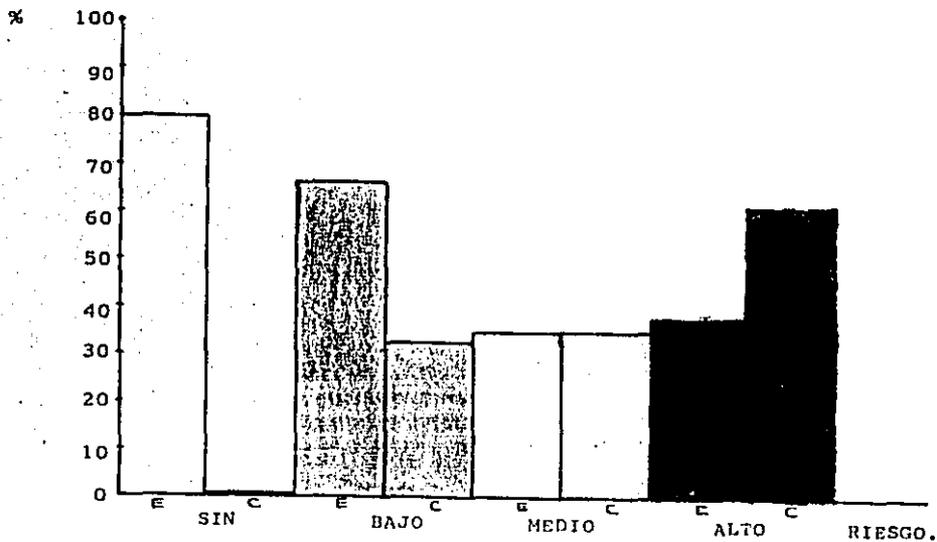
37-42 SEM. TERCERA COLUMNA DE CADA GRADO DE RIESGO.

RESOLUCION DEL EMBARAZO.

PROCEDIMIENTO	SIN %	BAJO %	MEDIO %	ALTO %
ABORTO	0	0	0	3.8
EUTOCIA	80	66	33	38.4
CESAREA	0	33	33	53.9
NO HA NACIDO	20	0	33	4

$$\chi^2 = 11.27$$

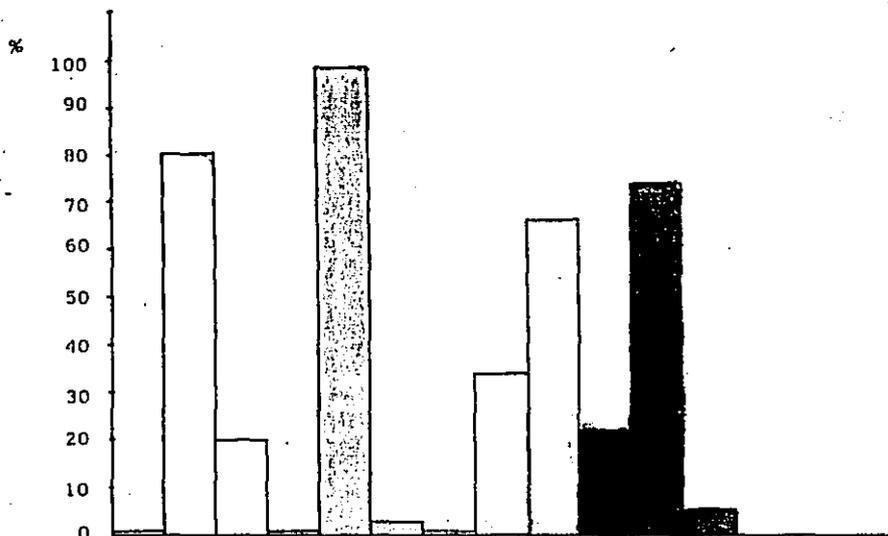
$$p > .05$$



PESO DEL PRODUCTO AL NACIMIENTO.

PESO EN GR.	SIN %	BAJO %	MEDIO%	ALTO %
MENOS 2500	0	0	0	15.3
2500-3500	80	99	33	61.4
3501-4000	0	0	0	11.5
4001 Y MAS	0	0	0	7.6
NO PESADO	20	1	66	3.8
$\chi^2 = 16.17$				

p= .05

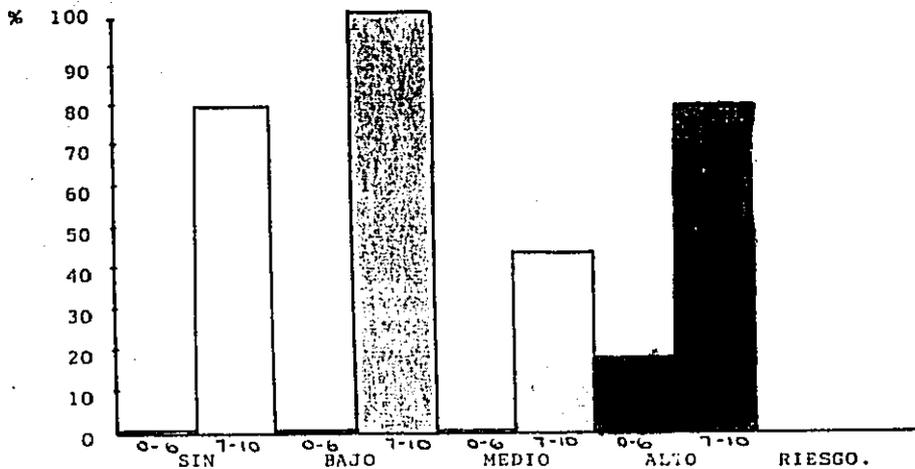


- 2500 Y MAS DE 4000 GR. PRIMERA COLUMNA .
 DE 2501 A 4000 GR. SEGUNDA COLUMNA.
 NO PESADO TERCERA COLUMNA.

CALIFICACION DE APGAR AL PRIMER MINUTO.

APGAR 1'	SIN %	BAJO %	MEDIO %	ALTO %
0-6	0	0	0	19.2
7-10	80	100	33	76.9
NO EVALUADO	20	0	66	3.8

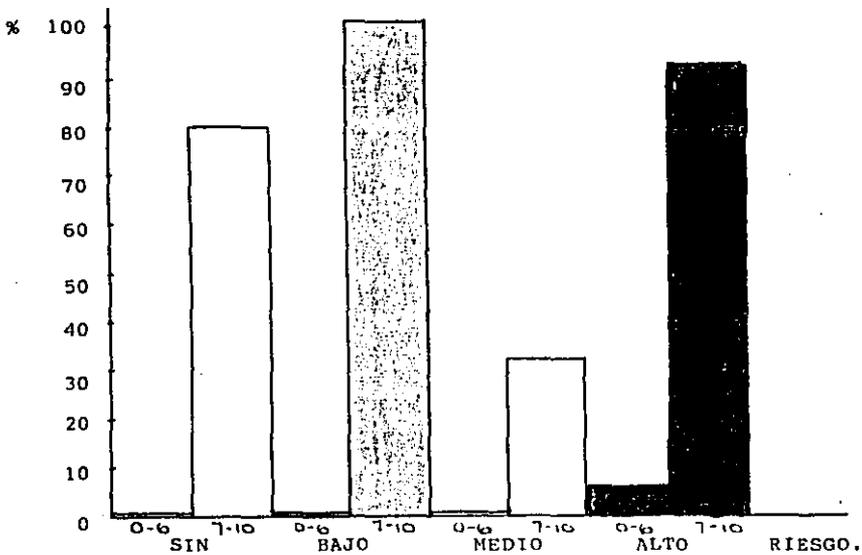
$$\chi^2 = 15.56 \quad p < .05$$



CALIFICACION DE APGAR A LOS CINCO MINUTOS.

APGAR 5'	SIN %	BAJO %	MEDIO %	ALTO %
0-6	0	0	0	3.8
7-10	80	100	33	92.3
NO EVALUADO	20	0	66	3.8

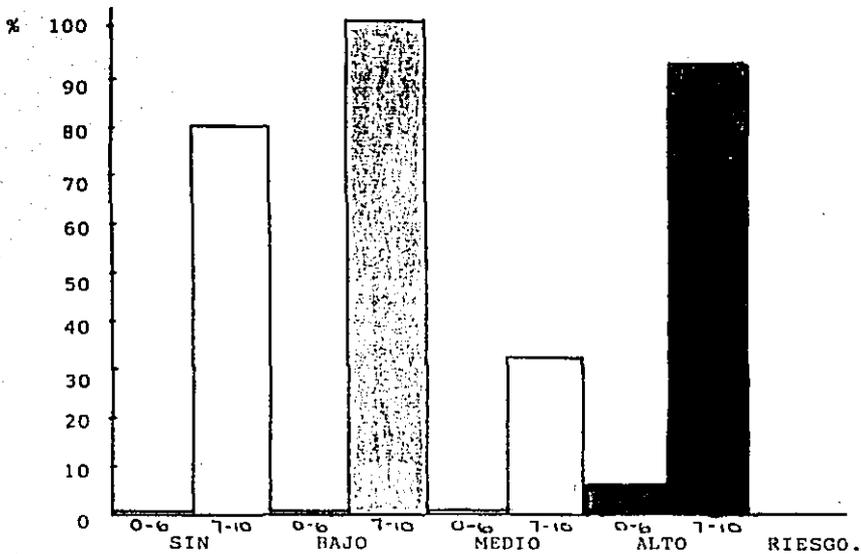
$$\chi^2 = 13.47. \quad P < .05$$



CALIFICACION DE APGAR A LOS CINCO MINUTOS.

APGAR 5'	SIN %	BAJO %	MEDIO %	ALTO %
0-6	0	0	0	3.8
7-10	80	100	33	92.3
NO EVALUADO	20	0	66	3.8

$$\chi^2 = 13.47. \quad p < .05$$

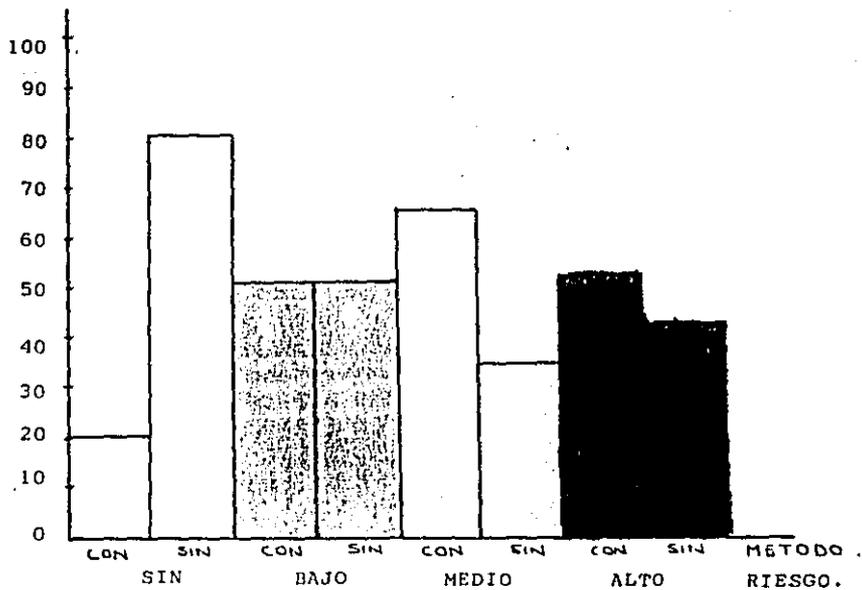


METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR EMPLEADO AL EGRESO.

METODO	SIN %	BAJO %	MEDIO %	ALTO %
S.C.B.	0	50	66	46.1
D.I.U.	20	0	0	7.6
NINGUNO	80	50	33	44.1

$$X^2 = 5.55$$

$$p > .05$$



SEXO DEL PRODUCTO.

SEXO	SIN %	BAJO %	MEDIO %	ALTO %
MASCULINO	40	50	33	26.9
FEMENINO	40	50	33	65.3
INDIF.	0	0	0	3.8
NO NACIDO	20	0	33	3.8

$$\chi^2 = 6.97$$

$$p > .05$$

FACTOR	SIN,BAJO MEDIO		ALTO			
	No.	%	No.	%	No.	%
BAJO PESO	11	0	0	25	4	15.2
CESAREA	12	3	25	25	14	56
APGAR 1'	11	0	0	25	5	20
APGAR 5'	11	0	0	25	1	4
ABORTO	12	0	0	25	1	4
MACROSOMICO	11	0	0	25	2	7.6
NO P.FAM.	14	8	17	26	11	42.3
MORTALIDAD MAT	14	0	0	26	0	0
MORT .FET.	12	0	0	25	1	4
MALFORMACION	12	0	0	25	1	4

ANALISIS .

- EL 85% DE LAS PACIENTES ACUDEN AL SERVICIO DE URGENCIAS.
10% ACUDEN A CONSULTA DE ALTO RIESGO.
5% ACUDEN A CONSULTA DE BAJO RIESGO.
 - EL MAYOR PORCENTAJE DE PACIENTES ACUDE EN CONDICIONES DE APREMIO.
 - 100% DE LAS PACIENTES FUERON ENVIADAS POR EL MEDICO GENERAL, DE ELLAS SOLO EL 72.5% TUVIERON ALTO RIESGO O MEDIO.
 - 90% DE LAS PACIENTES EMBARAZADAS TIENEN ENTRE 20 Y 34 - AÑOS DE EDAD.
 - 12.5% PESAN MAS DE 76 KG. Y MENOS DE 40 KG.
 - 2.5% MIDEN 1.44MTS. O MENOS.
 - 95% TIENEN MEDIO SOCIO-ECONOMICO BAJO.
 - 5% NO TIENEN CONYUGE.
 - 10% PRESENTARON ACTITUD INADECUADA PARCIALMENTE
2.5% PRESENTARON ACTITUD TOTALMENTE INADECUADA.
 - 15% ERAN NULIPARAS
7.5% MULTIPARAS.
 - 32.3% TUVIERON PARTO ANTERIOR PROLONGADO A TRAUMATICO.
 - 27.5% TUVIERON ANTECEDENTE DE CESAREA.
 - 7.5% HABIAN TENIDO UNA O MAS MUERTES PERINATALES.
 - 7.5% PRESENTARON PRE-ECLAMPSIA MODERADA.
 - 20% TUVIERON UNO O MAS HIJOS CON BAJO PESO AL NACIMIENTO.
ES DECIR, MENOS DE 2500 GR.
25% TUVIERON UNO O MAS HIJOS CON PESO MAYOR DE 4000 GR.
 - 2% PRESENTARON HIPERTENSION ARTERIAL SISTEMICA CRONICA.
 - NINGUNA PACIENTE PRESENTO CARDIOPATIA, NEFROPATIA, DIABETES MELLITUS , TOXICOMANIA O ALCOHOLISMO.
 - 11% CON HEMORRAGIA EN LA SEGUNDA MITAD DEL EMBARAZO Y AMENAZA DE PARTO PREMATURO.
 - 10% RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS.
DURANTE EL EMBARAZO ACTUAL:
5% TUVIERON TOXEMIA LEVE- MODERADA.
7% FUMADORAS
37% TUVIERON HIJOS DE BAJO PESO.
DE LA CLASIFICACION DE RIESGO SE OBTUVO:
- | | |
|--------------------|-------|
| 12.5% SIN RIESGO | |
| 15 % BAJO RIESGO | 27.5% |
| 7.5% RIESGO MEDIO | |
| 65% RIESGO ELEVADO | 72.5% |

EL PORCENTAJE DE CESAREA EN PACIENTES SIN, BAJO Y MEDIANO RIESGO FUE DE 25% (3 PACIENTES), EN EL ALTO RIESGO FUE DE 56% (14 PACIENTES).

NINGUN RECIEN NACIDOS DE MADRES SIN, BAJO O MEDIANO RIESGO PRESENTARON MENOS DE 2500 GR. NI MAS DE 4000 GR. (11 PACIENTES), 16% DE LAS PACIENTES DE ALTO RIESGO PRESENTARON HIJOS DE MENOS DE 2500 GR.(4 PACIENTES), Y 8% HIJOS MAYORES DE 4000 GR.(2 PACIENTES).

NINGUN RECIEN NACIDO DE PACIENTES SIN, BAJO O MEDIANO RIESGO PRESENTARON MENOS DE 6 EN LA CALIFICACION DE APGAR AL PRIMER MINUTO, NI A LOS CINCO MINUTOS. 20% DE LOS RECIEN NACIDOS DE ALTO RIESGO PRESENTARON MENOS DE 6 EN LA CALIFICACION DE APGAR AL PRIMER MINUTO (5 PACIENTES), Y 4% DE ESTOS NIÑOS CONTINUARON CON MENOS DE 6 EN LA CALIFICACION DE APGAR A LOS CINCO MINUTOS (1 PACIENTE).

17.5% DE LAS PACIENTES SIN, BAJO Y RIESGO MEDIO NO ACEPTARON ALGUN METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR (8 PACIENTES). 42.3% DE LAS PACIENTES DE ALTO RIESGO NO ACEPTARON ALGUN METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR (11 PACIENTES).

SOLO UN TERCIO DE LOS PACIENTES NACIDOS FUERON DEL SEXO MASCULINO.

NO HUBO MORTALIDAD MATERNA, EN NINGUN GRADO DE RIESGO.

NO HUBO MORTALIDAD FETAL NI MALFORMACIONES DEL RECIEN NACIDO DE MADRES SIN, BAJO Y MEDIANO RIESGO.

4% DE MORTALIDAD FETAL Y MALFORMACIONES SE ENCONTRO EN RECIEN NACIDOS DE MADRES DE ALTO RIESGO.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

C O N C L U S I O N E S .

- 1.- LAS PACIENTES ACUDEN A LA CLINICA SOLO POR ENFERMEDAD.
- 2.- LOS MEDICOS DE LA CLINICA CON LOS SISTEMAS HABITUALES DE EVALUACION NO DETECTAN EL ALTO RIESGO PERINATAL.
- 3.- ESTO ORIGINA QUE LA PACIENTE EMBARAZADA LLEGUE A LOS-HOSPITALES EN FORMA INOPORTUNA (TRADIA) CON COMPLICACIONES GRAVES O NO TRATABLES.
- 4.- CUANDO SE UTILIZA UN SISTEMA CODIFICADO DE VALORACION DE RIESGO ESTE SE HACE VISIBLE.
- 5.- EL DETECTAR FACTORES DE RIESGO IMPLICA UNA ACTITUD DE RESPONSABILIDAD PARA EL MEDICO GENERAL EN EL PRIMER NIVEL.
- 6.- DE ACUERDO CON NUESTROS RESULTADOS ES NECESARIO, QUE-SE GENERALICE EL USO DE MODELOS PREDICTIVOS DE RIESGO EN FORMA SISTEMATIZADA PARA MEJORAR LA CALIDAD DE ATENCION A NUESTRAS PACIENTES.
- 7.- ESTA SISTEMATIZACION PERMITIRA :
 - a) DETECTAR EL RIESGO
 - b) CALIFICARLO
 - c) CLASIFICARLO
 - d) TOMAR DECISIONES
 - e) REFERIR OPORTUNAMENTE
 - f) SUPERVISAR RESULTADOS
 - g) ASESORAR PROGRAMAS
 - h) EVALUARLOS
 - i) UTILIZAR ADECUADAMENTE LOS RECURSOS.

RESUMEN

EL PRESENTE TRABAJO ES EL ESTUDIO DE 40 PACIENTES -
 EMBARAZADAS QUE FUERON EVALUADAS EN UNA CLINICA DE PRIMER -
 NIVEL DE ATENCION MEDICA, EN DONDE SE APLICO UN MODELO PRE-
 DICTIVO DE RIESGO SIN IMPORTAR LA EDAD GESTACIONAL, SE CALI-
 FICO AL EMBARAZO EN: SIN, BAJO, MEDIANO Y ALTO RIESGO, SE
 MANEJO A ESTE EN SU CLINICA CUANDO EL RIESGO ERA BAJO O SIN
 RIESGO; SE REFIRIO A LA CONSULTA EXTERNA DE OBSTETRICIA -
 DEL HOSPITAL IGNACIO ZARAGOZA DEL I.S.S.S.T.E. CUANDO EL -
 EMBARAZO ERA DE MEDIANO RIESGO; Y SE REFIRIO A LA UNIDAD DE
 URGENCIAS TOCOQUIRURGICA CUANDO EL EMBARAZO ERA CALIFICADO
 COMO DE ALTO RIESGO.

27.5% DE LAS PACIENTES RECIBIDAS EN EL HOSPITAL NO -
 TENIAN RIESGO O ESTE ERA BAJO.

SE CORRELACIONO EL GRADO DE RIESGO CON:

- a) EDAD GESTACIONAL AL ENVIO DE LA PACIENTE.
- b) RESOLUCION DEL EMBARAZO.
- c) PESO DE LOS PRODUCTOS.
- d) APGAR AL MINUTO Y A LOS CINCO MINUTOS.
- e) METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR AL EGRESO DE LA PACIEN-
 TE.
- f) MORBI-MORTALIDAD MATERNO-FETAL .

DE LAS 40 PACIENTES SE OBTUVIERON 35 RECIEN NACIDOS.

LOS RESULTADOS OBTENIDOS SE ANALIZARON MEDIANTE TA -
 BLAS DE CONTINGENCIA, GRAFICAS Y PRUEBAS DE SIGNIFICANCIA
 ESTADISTICA COMO LA DE χ^2

DE ESTE TRABAJO SE CONCLUYE QUE ES NECESARIA LA UTI -
 LIZACION DE MODELOS PREDICTIVOS DE RIESGO PERINATAL, PUES -
 CON LA UTILIZACION DE ESTOS EL FUTURO DEL BINOMIO MADRE -
 HIJO SE HACE MAS FAVORABLE. MEJORANDO ASI LA CALIDAD DE -
 ATENCION MEDICA A NUESTRAS DERECHOHABIENTES.

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

- 1.- KARCHMER K.S, SHOR P.V, LOPEZ G.R; OBSTETRICIA Y MEDICINA PERINATAL; GINEC. OBSTET. MEX; 48(287):341-353,1980.
- 2.- HERRERA L.F, DIAZ D.J; EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA ; GINEC. OBSTET. MEX.; 48(285):59-68,1980.
- 3.- CHAVEZ R.G; LOZANO C.V, GOMEZ G.M; CORRELACION DE LOS ANTECEDENTES OBSTETRICOS CON LA MORTALIDAD NEONATAL ; - BOL. MED.HOSP.INFANT.MEX; 43(6):359-363,1986.
- 4.- MARTINEZ E.G.,GONZALEZ G.R, MUÑOZ P.M.; MORBI-MORTALIDAD PERINATAL EN PRODUCTOS MACROSOMICOS. GINEC.OBSTET.MEX.; 54:61-68,1986.
- 5.- BOBADILLA J.L, CERON S, SUAREZ P.; EVALUACION DE LA CALIDAD DE LOS DATOS SOBRE MORTALIDAD PERINATAL. REGISTROS VITALES EN MEXICO. SALUD PUBLICA DE MEX; 30(1):101-113, 1988.
- 6.- CHAVEZ A.J.; MORTALIDAD MATERNA EN MEXICO; GINEC.OBSTET. MEX.;54(1):135,1986.
- 7.- GAVIÑO G.F, BARRAGAN C.M., AHUED A.R.; MORTALIDAD MATERNA DURANTE 25 AÑOS EN EL HOSPITAL REGIONAL "20 DE NOV" I.S.S.S.T.E. GINEC. OBSTET. MEX.; 55:196-200, 1987.
- 8.- EDITORIAL. LA INVESTIGACION DE LA SALUD PERINATAL EN MEXICO;SALU PUBLICA 30(1):3,1988.
- 9.- LANGER A. ENFOQUES DE LA INVESTIGACION PERINATAL. SALUD PUBLICA DE MEXICO;30(1):43-46,1988.
- 10.- VARGAS L.E, MALDONADO A.J, SOSA G.A.;EPIDEMIOLOGIA DEL ALTO RIESGO MATERNO. GINEC.OBSTET.MEX; 54:79-85,1986.

- 11.- KAUNITZ M.A., HUGHES M.J., GRIMES A.D.; CAUSES OF MATERNAL MORTALITY IN U.S.A.; JOURNAL OF THE AMERICAN COLLEGE OF GINEC. OBST. ; 65(5):5, 1985.
- 12.- LOZANO A., LEAL T.G., GOMEZ G.C.; MORTALIDAD MATERNA EN NUEVO LEON DURANTE 1984 .FACTORES MEDICO-SOCIALES . GINEC. OBSTET.MEX.; 55:119-127, 1987.
- 13.- KARCHMER K.S., LOPEZ G.R.; LA INVESTIGACION EN EL CAMPO - DE LA MEDICINA PERINATAL. GINEC.OBSTET.MEX.; 45(268):161-177, 1979.
- 14.- LUNA DE LA O.E.; RESULTADO PERINATAL DEL EMBARAZO MULTIPLE CON UN PROTOCOLO ESTANDAR. GINEC.OBSTET.MEX; 55:248-252, 1987.
- 15.- TREJO.R.C.; MORTALIDAD MATERNA EN EL HOSPITAL DE LA MUJER S.S. GINEC.OBSTET.MEX; 53(335):69-74, 1985.
- 16.- PLASCENCIA M.N., HERNANDEZ G.J.; FACTORES DE RIESGO EN - LA PACIENTE GRAN MULTIPARA. GINEC. OBSTET. MEX.; 53(336): 87-89; 1985.
- 17.- AYON L.J. MORTALIDAD MATERNA EN LA CIUDAD DE VILLAHERMOSA TABASCO. GINEC.OBSTET.MEX; 53(336):97-99, 1985.
- 18.- MANTEROLA A. CARDIOTOCOGRAFIA ANTEPARTO EN EMBARAZO DE RIESGO ELEVADO Y SU EFECTO SOBRE LA MORBI-MORTALIDAD - PERINATAL. GINEC.OBSTET.MEX; 55:101-106, 1987.
- 19.- GARZA DE LA Q.C, CANTU M.R.; MORBIMORTALIDAD PERINATAL EN EL S.F.A. GINEC.OBSTET.MEX; 54:115-118, 1986.
- 20.- RUELAS O.G., GUZMAN J. LOS FACTORES DE RIESGO DE LA MORTALIDAD PERINATAL EN UN ESTUDIO DE CASOS Y CONTROLES. BOL.MED.HOSP.INFANT.MEX; 42(3):153-157, 1985.
- 21.- LANGER A, BOBADILLA J.J., BRONFMAN M.; EL APOYO PSICOLOGICO DURANTE EL PERIODO PERINATAL. REVISION CONCEPTUAL Y BIBLIOGRAFICA. SALUD PUBLICA DE MEX. ; 30(1):81-86, 1988.
- 22.- CHERVENAK F.A., McCULLOUGH L.; ETICA PERINATAL. UN METODO PRACTICO DE LAS OBLIGACIONES DE LA MADRE Y EL FETO. OBST & GINEC ; 66(3):442-446, 1985.
- 23.- HEIN H., LATHROP S. COMPARING PERINATAL MORTALITY . OBST. & GINEC; 66(3):346-349, 1985.

- 24.- FLORES T.M., CORNU M., REYES Z.H.; FACTORES DE RIESGO - DE MUERTE POSTNATAL. BOL.MEX.HOSP.INFANT.MEX.;44(7): 63-69,1987.
- 25.- FLORES H.A, TEJERO S.T, CANO T.J.; ANALISIS DE 100 CASOS DE MUERTE PERINATAL. GINEC.OBSTET.MEX;46(274):107-114,1979.
- 26.- INFORMACION GENERAL. GINEC.OBSTET.MEX.;47(282):293-298, 1980.
- 27.- RUIZ M.J., REYNA A.C.; PROBLEMAS OBSTETRICOS EN LA MUJER DE 40 AÑOS O MAS. GINEC.OBSTET.MEX;49(293):181-187, 1981.
- 28.- VILLAVERDE C.G., VARGAS G.C., TORRES H.R.; ANALISIS DE LA MORTALIDAD MATERNA Y PERINATAL EN EL HOSPITAL GENERAL "GRAL.I.ZARAGOZA". TESIS DE POSTGRADO. ISSSTE-UNAM,1986.
- 29.- NARVAEZ R.E, CERON S.J., BRISEÑO Z.J.; EVALUACION DE - RIESGO EN EL EMBARAZO. TESIS DE POSTGRADO. ISSSTE-UNAM 1986.
- 30.- DIAZ A.J., GAVIÑO G.F.; EVALUACION CLINICA DE RIESGO PERINATAL DURANTE EL TRABAJO DE PARTO. TESIS DE POSTGRADO. ISSSTE-UNAM,1986.
- 31.- ZUÑIGA G.G., EVALUACION DE RIESGO DURANTE EL EMBARAZO. TESIS DE POSTGRADO. ISSSTE-UNAM,1985.
- 32.- MICHEL R.G., VARGAS G.C., TISCAREÑO L.M.; EVALUACION PRIMARIA DE RIESGO EN EL EMBARAZO EN EL HOSPITAL, REG. DEL ISSSTE EN LEON, GTO. TESIS DE POSTGRADO. ISSSTE-UNAM, 1987.
- 33.- DEXEUS P.S.; EMBARAZO DE ALTO RIESGO. PATOLOGIA OBSTETRICA. TOMO II : 1150-1164. BARCELONA 1981.
- 34.- VARGAS M.G., VARGAS G.C.; CORRELACION DE RIESGO REPRODUCTIVO CON DAÑO MATERNO Y PERINATAL. TESIS DE POSTGRADO. ISSSTE-UNAM,1988.
- 35.- JURADO G.E. CONCEPTOS Y NIVELES DE PREVENCIÓN. GEN : 29-32,1981.
- 36.- KACHMER K.S., PEREZ S.J.; PATOLOGIA DEL EMBARAZO Y DEFECTOS AL NACIMIENTO. GEN :91-97,1983.

37.- VARGAS G.C. EL FETO Y SU AMBIENTE. GEN:99-103,1983.