

11226

2 ej 100



Universidad Nacional Autónoma de México

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

MORBIMORTALIDAD MATERNO-INFANTIL, EN
EMBARAZADAS QUE ACUDEN A CONTROL
PRENATAL EN EL PRIMER Y TERCER TRIMES-
TRE DEL EMBARAZO EN LA UMF. NUM. 8
TLAXCALA, TLAX.

T E S I S

QUE PARA OBTENER LA ESPECIALIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR
PRESENTA

Dra. Ma. Candelaria Varela Pérez

U.M.F. No. 1

IMSS



IMSS

PUEBLA, PUE.

1986-1988

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



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.

INDICE

	PAGS.
INTRODUCCION	1
MATERIAL Y METODOS	11
RESULTADOS	13
DISCUSION	26
CONCLUSIONES	27
RESUMEN	28
BIBLIOGRAFIA	29

INTRODUCCION.

La reproducción humana ha sido perenne preocupación y reflejo de la sociedad--- de la que es barómetro sensible de sus condiciones socioeconómicas y del nivel general de salud y bienestar, que ha llevado a conocer mejor la historia-natural y la fisiopatogenia de los procesos mórbidos y a controlar y reducir los efectos nocivos de muchos de ellos. Los hechos alrededor de la gestación- y el nacimiento han recibido los efectos de esta evolución.

Se ha precisado la relación y se han ubicado la importancia y la magnitud de los fenómenos biosocioculturales, gestacionales y del parto con las condiciones de la madre y el homi^génito, con su salud o enfermedad, su muerte o secue- las. (1,4,5).

Así se han identificado los factores que aumentan el riesgo, llamados por -- ello de "alto riesgo perinatal" y han quedado enfocados como cojetivos de -- los programas de salud pública perinatal, cuyas metas son: reducir la morbi- mortalidad materno-infantil y favorecer el nacimiento del producto de la ges- tación con las potencialidades óptimas de crecimiento y desarrollo.(1,6,7).

El conocimiento más amplio y profundo del microambiente intrauterino, el ma- croambiente y su fisiopatología, y de las características de crecimiento y de sarrollo del homi^génito, la cronología de su maduración, sus rangos de norma- lidad y las desviaciones patogénicas con sus consecuencias, ha modificado los criterios de atención médica para el feto y el neonato. (1,8,10).

A través del estudio de nuestras estadísticas y de su comparación con la de - otros países, y en el marco de las definiciones internacionales de la salud - perinatal, hace dos o tres décadas se estableció que en la población mexicana dentro de su heterogeneidad, predominan hechos como los siguientes: Alta fe- cundidad, frecuente gestación en edades inapropiadas, gran multiparidad, ca-

rancia de atención médica, deterioro físico de la mujer y pobres condiciones socioeconómicas y culturales, lo que ocasiona natalidad excesiva, población joven con predominio de menores de 15 años y gran proporción de mujeres en edad reproductiva, elevados índices de embarazo de alto riesgo, alta mortalidad materna, neonatal e infantil y grandes sectores con déficit de crecimiento y desarrollo. (8,9,10).

En países desarrollados se ha observado que aquellas mujeres que han acudido a control prenatal desde el primer trimestre del embarazo tuvieron un menor número de morbimortalidad materno-infantil. (6).

En nuestro país aún no se cuenta con estadísticas sobre la posible asociación del incremento de morbimortalidad materno-infantil dependiendo de la primera consulta prenatal, sólo se ha considerado el número de consultas, las cuáles sí influyen en la disminución de la morbimortalidad materno-infantil. (11,15).

En el marco conceptual antes expuesto se realizó un estudio prospectivo y --- transversal en la UMF. No. 8 Delegación Tlaxcala durante los meses de Septiembre a Diciembre de 1987, en mujeres embarazadas que acudieron a control prenatal, se realizó un estudio comparativo de mujeres que acuden a control prenatal desde el primer trimestre del embarazo con aquellas que acuden sólo a control prenatal en el tercer trimestre del embarazo, para conocer las tasas de morbimortalidad materno-infantil y si estas son predecibles, llevando a cabo un control prenatal adecuado y de calidad, y conocer hasta que punto influye en nuestro medio que la mujer embarazada acuda a control prenatal desde el primer trimestre y en ocasiones sólo durante el tercer trimestre.

ANTECEDENTES CIENTIFICOS.

La causalidad de la morbimortalidad materno-infantil en México y en Instituciones de Seguridad Social como el IMSS, no han sufrido grandes modificacio--

nes sensibles en los últimos 10 años, la mortalidad perinatal de 1968 a 1971 fue de 31.96 y en 1983 de 23.87. (1,13).

A través de nuestras estadísticas encontramos, que uno de los aspectos más -- preocupantes de la salud perinatal es la atención del embarazo y del parto. Este último ha recibido el impacto de un notable esfuerzo estatal a través -- de las instituciones públicas, así encontramos que en 1970 de 2,000,000 las - instituciones de salud atendieron 513,029 y en 1980, de 2,400,000 atendieron- 855,103 , evidentemente la c. fra total de partos atendidos se incrementó en - esa década en 300,000 anuales. Cabe comentar que paralelamente a este fenómeno reproductivo, se ha dado el de una disminución notoria de la mortalidad ge neral que de 11.5 en 1960, pasó a 6.5 en 1982. (1,6).

Desde hace varias décadas ha existido interés entre los investigadores acerca de los factores que contribuyen en la morbilidad materna-infantil y se - han publicado diversos estudios sobre observaciones aisladas de la participa- ción de ellos. Fue sin embargo una encuesta británica publicada en 1957 sobre factores de riesgo perinatal, la que permitió establecer la magnitud de esa - influencia y el efecto de factores relacionados sobre la mortalidad perina -- tal. (6,7,8).

En los últimos años se han realizado en varias partes del mundo investigacio- nes epidemiológicas similares con el propósito de conocer la situación parti- cular de cada país.

En el Instituto Mexicano del Seguro Social durante el año de 1974 a 1978 y -- con base en datos del Banco de Datos, se analizó la relación de las caracte- rísticas biosocioculturales, gestacionales y obstétricas con la mortalidad pe rinatal para establecer su magnitud e importancia. Así se elaboró un perfil -

perinatal óptimo que incluye: Aspectos biológicos (edad, talla, peso), socio -- culturales (ocupación, escolaridad, estado civil), gestacionales (gesta, para, - abortos, césareas), patología durante la gestación, pérdidas perinatales, patología agregada, condiciones del parto (ruptura prematura de membranas, sufrimiento fetal, trabajo de parto nulo, etc).

El perfil perinatal de alto riesgo toma en cuenta todos estos aspectos, agregándose aspectos de la atención perinatal, número de consultas, calidad de la atención médica, para la detección oportuna de embarazos de alto riesgo y por ende disminución de la morbilidad materno-infantil. (6,8,9).

De la observación de los datos de los perfiles óptimos y de alto riesgo, se encuentra que en cuanto a la condición reproductiva óptima, se presentan en nuestro medio las situaciones que se describen a continuación:

Desde el punto de vista biológico, un poco más de la mitad de las gestaciones se producen a edades óptimas de la mujer, 35% en edades que pueden considerarse subóptimas. 3% en mujeres mayores de 40 años y 15% en menores de 15 años - cifras similares a las que registran países más desarrollados. (6,10,12).

La talla y el peso relacionados con riesgos sólo se encuentran en 12% de la población de ella, constituyen factores de alto riesgo 27.1% por muy baja talla y 50.8% por sobrepeso relacionado con la talla.

Desde el punto de vista sociocultural, la escolaridad de 15 años, que es óptima en nuestro medio, sólo la alcanzó 6.4% de esta población, y la ocupación de mayor estabilidad económica, que resultó la de comerciante sólo en un 2.7% el analfabetismo como factor de alto riesgo se encontró en un 19.9%.

Así también se considera 80-90% de las mujeres reúnen características gestacionales correctas, pero esto implica que 10-20% tienen condicionantes coincidentes con las más altas cifras de mortalidad.

Dentro de los aspectos condicionantes de máxima mortalidad perinatal durante el parto se considera, la ruptura precoz de membranas con amniotia, el sufri

miento fetal crónico y el trabajo de parto precipitado.

Cabe mencionar por lo tanto que en la población con derecho a los sistemas -- de salud de la seguridad social, es la estructura biológica y la condición so cioeconómica que origine analfabetismo y desconocimiento de la reproducción y salud perinatal, como por ejemplo, la regulación de la fertilidad mediante la planificación de la familia, la que influye de manera más importante, en el - deterioro perinatal. (1,6,10,12).

La mortalidad materna en México con fines de estadística biomédica se define -- como la muerte materna, al fallecimiento de una mujer, debida a cualquier cau -- sa mientras esté embarazada, o dentro de los 42 días que siguen a la termina -- ción del embarazo, independientemente de la duración y sitio del mismo. Con - propósito de unificar los criterios de evaluación, se ha tomado internacional mente como tasas de mortalidad, el número de muertes maternas, que ocurren -- por cada 10,000 nacidos vivos. (2,8,12).

Desde el año de 1972 se creó el Comité de Mortalidad Materna, en 1973 se fun -- dó en el IMSS el Comité; todos estos organismos tienen como base los crite -- rios y normas enunciados por la Federación Internacional de Ginecología y Obs -- tetricia.

Se calcula que aproximadamente no son más de 20 países que en el mundo tie -- nen tasas de mortalidad menores a 5 por 10,000 nacidos vivos, llegando en al -- gunos de ellos a tasas de 0.5 a 0.1 por cada 10,000 nacidos vivos.

En México estamos seguros que los sistemas de captación son deficientes, pero -- aún así para el año de 1981 se calculaba una tasa de 9.5 . En esa época y es probable que aún en el momento actual, la muerte materna ocupaba el segundo - lugar como causa de fallecimiento en mujeres en edades entre 15 y 44 años (2, 8, 12).

La mortalidad materna de muchas de las Instituciones del sector salud es comparable a la de Alemania Federal o del Japón en el año de 1969 (5 por 10,000-nacidos vivos) y superior en más de 100% a la de países muy desarrollados, como Suiza, Israel, y Suecia. Estas tasas se pueden comparar a la de Estados Unidos y Canadá para los años de 1950 a 1972, pero las tasas de mortalidad materna en la República Mexicana y América Latina son infinitamente superiores. La muerte obstétrica directa (toxemia, infección y hemorragia) siguen siendo - en nuestro país la causa principal de muerte materna y en los países desarrollados son complicaciones médicas como la Diabetes, Cardiopatía etc., que en conjunto integran las muertes obstétricas indirectas. (8,12).

La toxemia como causa de muerte en nuestro medio no parece disminuir, por el contrario ocupa desde hace varios años el primer lugar y al parecer todo indica que irá en aumento, su disminución no se puede lograr creando mayor número de salas de Terapia Intensiva, sólo se logrará si se otorga control prenatal de mejor calidad e interrupción oportuna del embarazo si el padecimiento ya está presente. A eso se debe que la mortalidad perinatal no se ha modificado con el incremento de la operación césarea en este padecimiento, pero habrá -- que observar que influencia tiene en esto la césarea corporal en embarazos -- pretérmino donde es necesario interrumpir por esta vía. (2,8,13).

Es probable que la mortalidad materna por hemorragia y por infección se pueda disminuir con una mejor atención a nivel hospitalario, pero la muerte materna por toxemia se debe tratar como una gran deficiencia del sistema en las instituciones encargadas de la atención a la mujer embarazada.

En el INSS dentro de las causas maternas encontramos las siguientes:

CAUSAS	%
Toxemia del embarazo	32.4%
Hemorragia del embarazo y parto	12.8%
Sepsis Puerperal	10.1%
Abortos	8.2%
Otras complicaciones del puerperio	3.8%
Todas las demás causas obstétricas directas.	17.8%
Muertes Obstétricas Indirectas	6.0%
Muertes No Obstétricas	5.2%
Causas no determinadas	1.7%

Fuente: Lista Básica CIE. 9a. revisión.
Reportes Confidenciales Muerte Materna 1982.

En cuanto a la causalidad de la muerte perinatal continúan siendo las condiciones asociadas a la inmadurez e hipoxia y causas específicas como infecciones y malformaciones congénitas las causas principales de mortalidad, lo cuál es también factible de disminuir con un control prenatal adecuado. (7,13,14). Prematuridad: certificado en diversas partes del mundo el hecho de que el nacimiento pretérmino (prematuridad) y el peso bajo al nacer (menor de 2500 -- grs), y particularmente el peso bajo en relación con la edad gestacional, -- constituyen factores de gran importancia porque multiplican el riesgo perinatal, consideramos capital realizar estudios epidemiológicos para determinar -- su realidad y relación con los más importantes aspectos socioeconómicos y bio físicos de la gestante. Así en México estudios realizados revelaron que la ta sa de nacidos con un peso inferior a 2500 grs. es más elevada en las zonas -- del sur y el sureste que en la zona norte de México, dato que refleja las me-

iores condiciones socioculturales y económicas en el norte del país, puestas de manifiesto por porcentajes más elevados de población alfabetizada que disfruta de habitación, agua potable, drenaje y energía eléctrica y que consume con mayor frecuencia alimentos con alto contenido de proteínas animales (leche, carne, huevos). La mortalidad es concordante en estas situaciones.

Se observó el más alto riesgo de prematuridad, es decir, el porcentaje más alto de nacidos antes de término, en algunas de las siguientes condiciones; edad menor de 15 años, talla menor de 1,40 mts, peso de 46 a 50 Kg, analfabeta, y con malos antecedentes reproductivos (2 o más pérdidas perinatales, existencia de patología gestacional, como diabetes y toxemia, embarazo múltiple, ruptura de membranas ovulares de más de 12 hrs).

Las cifras de morbilidad perinatal de los prematuros señalan que mueren 2.5 veces más, que los nacidos a término y 3 veces más que los nacidos de 42-semanas o más; y que desarrollan cuadros morbidos tres veces más que los nacidos a término y dos veces más que los postérmino. (1,6,9,17).

Si unimos este dato con el de mortalidad neonatal, se confirma la menor resistencia de los prematuros a las alteraciones patológicas, pues fallece uno de cada 3 que enferman, mientras que los nacidos a término fallecen uno de cada 10, y en los de postérmino 1 de cada 6 (1,6,17).

Factores señalados como acompañantes de más alta frecuencia de nacimiento pre término se encontraron relacionados también con peso bajo al nacer y la pequeña edad gestacional. (6,9).

No obstante lo señalado, cuando se comparan los datos de gestantes en diversas zonas geoeconómicas del país podemos precisar notorias diferencias de manera que cabe inferir que no es un sólo factor siempre el determinante, sino

más frecuentemente la concurrencia de situaciones deficitarias.

Atención al recién nacido: En los últimos 20 años, el amplio y profundo conocimiento que se ha producido sobre el neonato ha generado un cambio substancial en su asistencia. Ha aumentado notoriamente la capacidad de intervención de los médicos, y el panorama de la morbilidad se ha transformado descubriendo una patología del desarrollo que al ser identificada, ha propiciado - no sólo su reconocimiento, sino en muchos casos su abatimiento.

Tenemos cuatro padecimientos que constituyen los principales de la patología neonatal en nuestro medio como síndrome de Insuficiencia Respiratoria, Idiopática, Septicemia, Meningitis y Enterocolitis Necrozante, por su frecuencia el primero y por su letalidad todos. (9, 17).

Los datos sobre el SIRA en 4 departamentos neonatales, nos indican que existe una mortalidad general por 1000 nacidos vivos varía entre 2.6 y 7, en tanto que la mortalidad hospitalaria varía entre 55 y 30%.

La enterocolitis necrozante, la septicemia, y la meningitis han sido tradicionalmente entidades graves, en el neonato y de alta letalidad pero cada vez se tratan mejor.

En el panorama general de la prevención se enfocan de manera especial los siguientes propósitos, en relación con la salud perinatal:

Prevención Primaria	Producción satisfactorios	alimento, vivienda
Promoción Salud		vestido, escuela -
Protección específica		empleo, distracciones.
	Educación Comunitaria	
	Planificación Familiar	
	Vigilancia Salud Mujer.	

Prevención Secundaria
 Diagnóstico precoz
 Tratamiento oportuno
 Limitación del daño.

Regionalización de la
 atención perinatal.
 Atención perinatal y-
 parto.

Atención recién nacido
 adecuada y oportuna.

Organización de los -
 Servicios Médicos por -
 niveles de atención.
 Detección oportuna del -
 grado de riesgo.

Vigilancia y diagnóstica -
 de la condición fetal y --
 neonatal, criterios de eva
 luación de riesgos.

Dentro de este marco conceptual se persigue mejorar, las condiciones que su -
 mentan la morbilidad materno-infantil, para lograr la salud materna y pe
 rinatal. (8,9,13).

En la Delegación IMSS Tlaxcala, la morbilidad perinatal durante el año de
 1985 fue de 81 muertes con una tasa de 22.70 por 1000 nacidos vivos, y duran
 te el año de 1986 fue de 103 muertes con una tasa de 28.40 por 1000 nacidos -
 vivos.

Durante el año de 1987 encontramos los siguientes datos:

MES	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO
Muertes	3	4	1	3	2	1
Nacidos vivos	312	244	296	278	292	284
Mortalidad perinatal x1000 NV.	22.22	20.16	10.10	14.24	23.81	21.05

MES	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DIC.
MUERTES	3	4	7	7	2	-
Nacidos Vivos	275	300	310	310	301	
Mortalidad perinatal x1000 NV.	17.99	19.74	41.01	44.16	16.50	

FUENTE: SUI 32, 4-30-13a/10

La mortalidad materna fue de 5 defunciones en 1985 y de 3 defunciones en 1986 durante 1987 encontramos los siguientes datos:

MES	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
Muertes	0	0	0	2	0	0	0	1	0	0	0	0
Total 2												

Fuente: SUI 32, 4-30-13a/10

La cobertura de atención prenatal fue de 216.85 durante el año de 1985 y de 162.17 en 1986.

El porcentaje de embarazos de alto riesgo fue de 5.00 durante 1985 y de 7.24 en 1986. (-15 años y más 35 años).

En cuanto al promedio de atención prenatal (número de consultas) fue de 4 en 1985 y de 4.19 en 1986. No se encuentran datos sobre el número de pacientes que acuden durante el primer trimestre del embarazo en relación a las que acuden sólo durante el tercer trimestre.

En la UMF. No. 8 Delegación Tlaxcala el número de consultas de primera vez -- fue de 667 con un promedio de 55 por mes, las consultas subsecuentes fueron de 2470 con un promedio de 205 consultas subsecuente por mes.

Fuente: SUI 32.

MATERIAL Y METODOS.

Se realizó un estudio prospectivo transversal en la UMF. No. 8 Tlaxcala durante los meses de Septiembre a Diciembre de 1987, el estudio fue comparativo entre mujeres que acuden a control prenatal desde el primer trimestre del embarazo y aquellas que acuden sólo en el tercer trimestre del embarazo.

Se tomaron los datos de las formas 4-30-6 de los 6 consultorios de Consulta Externa de Medicina Familiar, tanto del horario AC y BD, periódicamente se --

informó a los médicos familiares sobre el estudio y la necesidad de anotar -- los datos solicitados en las cédulas, así como en la forma 4-30-6 anotar si -- la paciente era de primera vez o subsecuente y la edad del embarazo. Se ennu-- meraron progresivamente cada una de las pacientes y por medio del azar núme-- ros aleatorios cada mes, se tomó la muestra del estudio. El número de pacien-- tes obtenidas fue de 120 durante los meses de Septiembre a Diciembre de 1987. La cédula contenía en la primera parte los siguientes datos: número progresi-- vo, afiliación, domicilio, escolaridad, edad madre, gestaciones, para, abortos césareas, semana de embarazo que ingresó a control prenatal, número de consul-- tas durante todo el embarazo, patología durante el embarazo, embarazo de alto o bajo riesgo, estos datos fueron llenados por los médicos familiares y por -- el médico responsable de la investigación.

Se procedió posteriormente a llenar la 2a. parte de la cédula, que contenía -- los siguientes datos: fecha, parto, tipo de parto, características del producto vivo, sano, enfermo, semanas de gestación, apgar a los 5 minutos, peso del pro-- ducto, causa de muerte materna o fetal, sexo, estos datos se obtuvieron de -- los expedientes. El médico responsable de la investigación, realizó el segui-- miento de las pacientes.

Criterios:

Inclusión: Incluye a todas aquellas pacientes que acuden por primera vez a -- control prenatal a la UMF. No. 8 Tlaxcala durante el 1er. trimestre del emba-- razo o el 3er. trimestre del embarazo, durante los meses de septiembre a Di-- ciembre de 1987. La toma de la muestra fue al azar.

Exclusión: Se excluye a todas aquellas pacientes a los cuáles no se les atien-- da su parto en la UMF. No. 8 Tlaxcala, Tlax.

No inclusión: No se incluirán pacientes que hayan recibido control prenatal -- en medio particular, durante los primeros meses del embarazo.

RESULTADOS:

En nuestras pacientes de acuerdo a los parámetros mencionados encontramos:

TABLA I**GRUPOS DE EDAD MATERNA EN CADA TRIMESTRE.**

Edad madre.	1er. TRIMESTRE	3er. TRIMESTRE	TOTAL.
Menos 20 años	2 / 1.70%	5 / 4.10%	7 / 5.80
20-30 años	49 / 41.00%	42 / 35.00%	91/75.80%
31-34 años	5 / 4.00%	9 / 7.50%	14/11.70%
Más 34 años	4 / 3.30%	4 / 3.40%	8/ 6.70%
TOTAL	60 / 50.00%	60 / 50.00%	120/ 100%

Fuente: Datos obtenidos cédula y expediente clínico.

En la tabla No. I observamos que en la edad de 20-30 años es donde hay más - mujeres en control prenatal y que no existe gran diferencia entre el primer y tercer trimestre del embarazo que corresponde a un 41% y 35% respectivamente. Se observa que en las edades de alto riesgo de embarazo en pacientes de menos de 20 años del total de 7, sólo 2 (1.70%) acuden a control prenatal durante - el primer trimestre, y las 5 restantes (4.10%) acuden hasta el tercer trimestre. Así también en las pacientes que son un grupo de embarazo de alto riesgo, como son aquellas de más de 34 años, del total de 8 que representan un -- 6.70%, la mitad es decir 3.30% acuden durante el primer trimestre y la otra mitad en el tercer trimestre, siendo que estos grupos de edad por ser embarazos de alto riesgo, ameritan un control desde el inicio del embarazo.

TABLA No. 2

ESCOLARIDAD DE ACUERDO A CADA TRIMESTRE.

ESCOLARIDAD	1er. TRIMESTRE	3er. TRIMESTRE	TOTAL
PRIMARIA	27 / 22.50%	43 / 35.80%	70 / 58.30%
SECUNDARIA	33 / 27.50%	17 / 14.20%	50 / 41.70%
TOTAL	60 / 50.00%	60 / 50.00%	120 / 100%

Fuente: Expediente clínico , cédula de investigación.

En la Tabla No. 2, observamos del total de la muestra la escolaridad primaria se presenta en 70 pacientes que representa un 58.30%, de éstas la mayoría 43-pacientes (35.80%) son aquellas mujeres que acuden a control prenatal sólo durante el tercer trimestre del embarazo, lo que está de acuerdo a las investigaciones en distintos países, de que los aspectos socioculturales (escolaridad) influyen en el control prenatal.

Así observamos que del total de 50 mujeres con instrucción secundaria o más - (41.70%) sólo 17 (14.20%) ó sea el número menor de la muestra, acuden durante el tercer trimestre.

TABLA No. 3

NUMERO DE GESTAS DE ACUERDO A CADA TRIMESTRE.

No. GESTA	1er. TRIMESTRE	3er. TRIMESTRE	TOTAL
I	18 / 15.00%	15 / 12.50%	33 / 27.50%
2-3	23 / 19.20%	27 / 22.50%	50 / 41.70%
4-5	15 / 12.50%	11 / 9.20%	26 / 21.70%
Más 5	4 / 3.30%	7 / 5.80%	11 / 9.10%
TOTAL	60 / 50.00%	60 / 50.00%	120 / 100%

Fuente: Cécula Investigación, expediente clínico.

En la Tabla No. 3, observamos que predominan las mujeres con gesta de 2-3 --- siendo un total de 50 (41.70%) sin existir gran diferencia en cuanto a las -- que acuden a primer trimestre o el tercer trimestre.

Sin embargo hay que hacer notar que las mujeres de más de 5 gestas, que son - pacientes de alto riesgo del total de 11 sólo 4 (3.30%) acuden a control pre-natal desde el inicio del embarazo y 7 (5.80%) acuden hasta el tercer trimestre.

TABLA No. 4

NUMERO DE ABORTOS DE ACUERDO A CADA TRIMESTRE.

No. ABORTOS	1er. TRIMESTRE	3er. TRIMESTRE	TOTAL
0	54 / 45.00%	46 / 38.30%	100 / 83.30%
I	5 / 4.20%	11 / 9.20%	16 / 13.40%
2 ó más	1 / .80%	3 / 2.50%	4 / 3.30%
TOTAL	60 / 50.00%	60 / 50.00%	120 / 100%

Fuente: Cédula investigación, expediente clínico.

En la Tabla No. 4, observamos que la mayoría de las mujeres tanto en el --- primer trimestre como en el tercer trimestre no tienen antecedentes de abortos.

Sin embargo las mujeres con antecedentes de abortos, que representan en global 20 (16.70%) de éstas, la mayoría ó sea 14 (11.70%) acuden hasta el tercer trimestre del embarazo a control, y hay que considerar que el antecedente de abortos estadísticamente es uno de los factores que aumentan la mortalidad materno-infantil.

TABLA No. 5
 NO. DE CESAREAS DE ACUERDO A CADA TRIMESTRE.

CESAREAS	1er. TRIMESTRE	2er. TRIMESTRE	TOTAL
0	54 / 45.00%	52 / 43.30%	106 / 88.30%
1	5 / 4.20%	6 / 5.00%	11 / 9.20%
2 ó más.	1 / .80%	2 / 1.70%	3 / 2.50%
TOTAL	60 / 50.00%	60 / 50.00%	120 / 100 %

Fuente: Cédula investigación, Expediente clínico.

Se observa en la Tabla No. 5 que la mayoría de las pacientes no tienen antecedentes de cesárea, 106 (88.30%), sin embargo de las pacientes que tienen antecedente de cesárea, que son en total 14 (11.70%) un porcentaje importante ó ó sea al 6.70% que son mujeres que desde el inicio de su embarazo deben acudir a control prenatal, lo hacen hasta el tercer trimestre del embarazo.

TABLA No. 6

PATOLOGIA DURANTE EL EMBARAZO DE ACUERDO A CADA TRIMESTRE.

PATOLOGIA DTE. EMBARAZO.	1er. TRIMESTRE	3er. TRIMESTRE	TOTAL
SI	16 / 13.30%	8 / 6.70%	24 / 20.00%
NO	44 / 36.70%	52 / 43.30%	96 / 80.00%
TOTAL	60 / 50.00%	60 / 50.00%	120 / 100 %

Fuente: Cédula de Investigación, expediente clínico.

En la Tabla No. 6, observamos que la mayoría de las pacientes que tienen patología, pertenecen al grupo de mujeres que acuden al primer trimestre del embarazo a control, probablemente por la misma patología. Sin embargo hay que considerar que toda paciente con patología durante su embarazo debería llevar su control desde el primer trimestre del embarazo.

La patología que encontramos durante el primer trimestre fue la siguiente:

PADECIMIENTO	No. CASOS
Infección urinaria	5
Preeclampsia leve	4
Preeclampsia moderada	2
Hemorragia por placenta previa	1
Apandicectomía (Apendicitis aguda)	1
Anemia Hipocrómica	1
Cardiopatía Congénita	1
Hipertiroidismo y Madre RH -	1
	TOTAL= 16

Observamos de acuerdo a lo anterior, que los problemas de toxemia continúan - siendo uno de los motivos, que pueden causar morbimortalidad materno-infantil. Durante el tercer trimestre encontramos la siguiente:

PADECIMIENTO	NO. CASOS
Eclampsia	1
Toxemia leve	1
polihidramnios	1
Anemia hipocrómica	1
Anemia Hipocrómica más Enterocolitis	1
Amenaza de Parto con producto inmaduro	1
Amenaza Parto Prematuro más Inf. urinaria	1
Toxemia moderada	1
TOTAL	8

Dentro de estos casos también encontramos la toxemia del embarazo en número 4 de 3, hay que hacer la mención que dentro de este grupo que acudió a control prenatal sólo durante el tercer trimestre del embarazo encontramos, 2 pacientes con producto pélvico completo, que no se consigna en la MF-7 como patología durante el embarazo.

TABLA No. 7

EMBARAZO ALTO RIESGO DE ACUERDO A CADA TRIMESTRE DE EMBARAZO.

EMBARAZO	1er. TRIMESTRE	3er. TRIMESTRE	TOTAL
ALTO RIESGO FRa4 ó más	21 / 17.50%	25 / 20.80%	46 / 38.30%
BAJO RIESGO	39 / 32.50%	35 / 29.20%	74 / 61.70%
TOTAL	60 / 50.00%	60 / 50.00%	120 / 100 %

Fuente: Cédula Investigación, expediente clínico.

En la tabla No. 7, observamos que un porcentaje importante 46 pacientes ó -- sea un 38.30% son embarazos de alto riesgo y de éstas 25 pacientes, el 20.80% acuden a consulta sólo en el tercer trimestre, lo cuál aumenta el riesgo de morbilidad materno-infantil.

TABLA No. 8

TIPO DE PARTO DE ACUERDO A CADA TRIMESTRE.

TIPO PARTO	1er. TRIMESTRE	3er. TRIMESTRE	TOTAL
EUTOCICO	48 / 48.00%	46 / 38.30%	94 / 78.30%
DISTOCICO PELVICO	0 / 0%	2 / 1.70%	2 / 1.70%
DISTOCICO POR FORCEPS	3 / 2.50%	1 / .80%	4 / 3.30%
DISTOCICO GEMELAR VAGINAL	1 / .80%	0 / 0%	1 / .80%
CESAREA	8 / 6.70%	11 / 9.20%	19 / 15.90%
TOTAL	50 / 50.00%	60 / 50.00%	120 / 100 %

Fuente: Expediente clinico, cédula investigación.

En la Tabla No. 8, observamos que durante el tercer trimestre la cesárea se--
realizó en 11 pacientes (9.20%) y la presencia de 2 partos distócicos pélvi--
cos, uno de los cuales el producto falleció.

TABLA No. 9

MORTALIDAD PERINATAL DE ACUERDO A CADA TRIMESTRE.

PRODUCTOS	1er. TRIMESTRE	3er. TRIMESTRE	TOTAL
VIVO	58 / 48.30%	57 / 47.50%	115 / 95.80%
MUERTO	2 / 1.70%	3 / 2.50%	5 / 4.20%
TOTAL	60 / 50.00%	60 / 50.00%	120 / 100 %
Mortalidad Perinatal x 1000 NV.	34.48	52.60	43.47

Fuente: Expediente clínico, cédula investigación, certificados defunción. SUI 32.

En la Tabla No. 9, observamos que es durante el tercer trimestre donde encontramos una tasa mayor de mortalidad perinatal., pero hay que considerar que el número encontrado es una cifra muy alta , pero hay que tomar en cuenta que la muestra fue tomada en los meses de Septiembre a Diciembre donde el número de muertes perinatales fue mayor en la Delegación Tlaxcala, según datos ya mencionados.

La causalidad de la mortalidad perinatal fue la siguiente.

Muertes de productos de madres que acudieron durante el 1er. Trimestre:

- 1.- Producto de 36 semanas, cuya causa de muerte fue interrupción de la circulación feto-placentaria, por placenta previa, fue obtenido por césares

2.- Obito fetal, por Pb. Interrupción de la circulación foto-placentaria por presentar triple circular de cordón.

Causalidad de productos de Madres que acudieron durante el Tercer trimestre:

1.- Obito fetal, cuya paciente no había percibido movimientos fetales desde 1 mes antes, con embarazo de 37 semanas sólo acudió a 2 consultas en la semana 30 y 37, la causa probable de mortalidad: Interrupción de la circulación foto-placentaria.

2.- I Obito: en madre de 34 años de edad, con producto anencéfalo, de 34 semanas de embarazo, peso producto 1680 gra.

3.- Distócico pélvico completo, de embarazo de 38 semanas, peso 3050 gra, -- con circular de cordón, y con hiperextensión cefálica.

TABLA No. 10

MORBILIDAD PERINATAL DE ACUERDO A CADA TRIMESTRE.

PRODUCTOS	1er TRIMESTRE	3er. TRIMESTRE	TOTAL
SANOS	56 / 48.70%	54 / 46.90%	110/ 95.90%
ENFERMOS	2 / 1.70%	3 / 2.60%	5/ 4.30%
TOTAL	58 / 50.04%	57 / 49.60%	115 / 100%
MORBILIDAD PERINATAL X 1000 NV.	34.48	52.63	43.47

FUENTE: Expediente clínico

En la Tabla No. 10, observamos que la morbilidad es mayor en mujeres que acuden a control prenatal sólo en el tercer trimestre del embarazo. Entre las causas encontramos:

1er. Trimestre:

1) Apnea secundaria, hipoxia neonatal, ameritó respiración asistida, Apgar de 4-5-5.

2) Luxación Congénita de cadera.

3er. Trimestre:

1) Prematuraz, acidosis severa, peso 1650 grs, 35 sem, apgar 5-5-5, ameritó respiración asistida.

2) Prematura, bajo peso 1600 grs, apgar 7-8-8, octencionalmente infectado por RPM de 40 hrs. evolución.

3) Hipoplasia del pabellón auricular y parálisis facial.

TABLA No. 11

SEMANAS GESTACION PRODUCTOS DE ACUERDO A CADA TRIMESTRE.

SEM. GESTACION	1er. TRIMESTRE	3er. TRIMESTRE	TOTAL
36 sem. ó menos	3 / 2.50%	5 / 4.20%	8 / 6.70%
37 semanas.	4 / 3.30%	6 / 5.00%	10 / 8.30%
38-42 sem.	53 / 44.20%	47 / 39.20%	100 / 83.40%
Más 42 sem.	0 / 0 %	2 / 1.60%	2 / 1.60%
TOTAL	60 / 50.00%	60 / 50.00%	120 / 100 %

Fuente: Expediente clínico, cédula investigación.

En la Tabla No. 11, observamos que el número de embarazos de pretérmino es mayor en el tercer trimestre del embarazo. En el primer trimestre del embarazo vemos que sólo 3 son de 36 semanas pero no menores. En las mujeres que acceden en el tercer trimestre encontramos lo siguiente:

- 1.- 1 producto de 31 semanas con RPM de 40 hrs. evolución, pélvico completo.
- 2.- Producto 34 sem., con desprendimiento prematuro placenta normoinserta.
- 3.- Un producto 34 sem. anencéfalo.
- 4.- Un producto de 35 semanas con apnea secundaria y acidosis severa.

Cabe mencionar en relación a la mortalidad materna, no se encontró en nuestra muestra ningún caso de muerte. Sólo encontramos patología del puerperio en 3-pacientes: 1 caso de retención restos placentarios que ameritó revisión de su vida, y 2 pacientes que cursaron con anemia hipocrómica postparto.

DISCUSION.

De acuerdo al trabajo realizado y los resultados obtenidos encontramos que de las 120 pacientes estudiadas, áquellas que acuden durante el primer trimestre del embarazo a control prenatal, de acuerdo con lo reportado en la literatura mundial disminuye su riesgo de morbimortalidad materno-infantil, así como los factores socioculturales siguen predominando en nuestra población. (6,7,8).

Así la escolaridad es un factor que todavía influye en nuestro medio para que la mujer acuda oportunamente a control prenatal, además la multiparidad, así como el embarazo de alto riesgo siguen estando sin un control adecuado, lo -- que probablemente va de acuerdo a los aspectos socioculturales de nuestra población.

Siguen predominando, la patología reportada como causa de mortalidad materno-infantil, así en nuestro estudio encontramos , que la patología predominante es la toxemia del embarazo, en nuestra muestra 9 pacientes.

En el presente trabajo de acuerdo a los estudios realizados en otras instituciones como el Hospital Morones Prieto, IMSS de Monterrey Nuevo León, Hospital Pediatría CMN, IMSS y del Hospital General de SSA, continúan siendo las -- condiciones asociadas a la inmadurez, hipoxia, interrupción circulación feto-placentaria, las causas principales de mortalidad, en nuestro estudio 4 de -- las muertes perinatales de las 5 mencionadas, presentaron prematuridad o hipoxia.

El adecuado control de la mujer embarazada desde el primer trimestre del embarazo y una atención médica de buena calidad, nos permitirá un cambio substancial, para disminuir la morbimortalidad materno-infantil.

En nuestro estudio no encontramos muerte materna, durante el tiempo que se -- realizó este estudio.

CONCLUSIONES

- 1.- Los aspectos socioculturales continúan siendo factores de riesgo, que incrementan la morbimortalidad perinatal. En nuestro estudio 43 pacientes (35.80%) con escolaridad primaria acuden a control prenatal sólo en el tercer trimestre del embarazo.
- 2.- Las causas de patología durante el embarazo y que se reportan en la literatura Mundial como causas de morbimortalidad materno-infantil continúan siendo las mismas, la toxemia del embarazo, en nuestro estudio 9 pacientes, presentaron esta patología, en relación a la mortalidad perinatal prevalecen las condiciones asociadas a la inmadurez, hipoxia e interrupción circulación feto placentaria, de las 5 muertes reportadas en este estudio, 4 presentaron dicha patología.
- 3.- Las pacientes multiparas, en la mayoría de los casos sólo acudieron a control prenatal durante el tercer trimestre del embarazo 7 (5.80%) de 11 pacientes. (9.20%).
- 4.- Las pacientes con antecedentes de abortos 14 (11.70%) de 20, sólo se presentaron a control prenatal durante el tercer trimestre, siendo el aborto uno de los factores de riesgo de morbimortalidad materno-infantil.
- 5.- La morbimortalidad perinatal fue mayor en los pacientes que sólo acudieron durante el tercer trimestre a control prenatal, 3 muertes con una tasa de $52,63 \times 1000 \text{ NV}$, en comparación con el 1er. trimestre: 2 muertes tasa de $34,46 \times 1000 \text{ NV}$.
- 6.- Un porcentaje importante de embarazos de alto riesgo 25 pacientes (20.80%) son pacientes que acuden a control prenatal sólo durante el tercer trimestre de embarazo, siendo que son pacientes que desde el inicio del embarazo debentener control, y en cuyo caso lo ideal sería evitar ese embarazo de alto riesgo, ofreciendo un método adecuado de planificación familiar.

RESUMEN.

Se realizó un estudio prospectivo transversal en la UMF. No. 8 Tlaxcala durante los meses de Septiembre a Diciembre de 1987, el estudio fue comparativo entre mujeres que acuden a control prenatal desde el primer trimestre del embarazo y aquellas que sólo acuden durante el 3er. trimestre, fue una muestra de 120 pacientes.

Los resultados obtenidos nos permiten observar que aspectos socioculturales -- como la escolaridad, continúan siendo factores que impiden que la mujer acuda a control prenatal desde el inicio de su embarazo. El 35.80% con escolaridad primaria acuden durante el tercer trimestre.

Las causas de Morbimortalidad Materno-Infantil continúan siendo las mismas -- que las reportadas en la literatura Mundial y en países en desarrollo como el nuestro.

La atención prenatal desde el inicio del embarazo nos permite detectar patología y poder ofrecer una atención médica adecuada y por lo tanto tratar de disminuir las tasas de morbilidad perinatal, se encontró una morbilidad perinatal en el primer trimestre 34.48 y en el tercer trimestre 52.63 por 1000 nacidos vivos.

No se observó mortalidad materna en este estudio.

Merece subrayarse el esfuerzo del sector salud, para la ampliación de la cobertura del programa hacia todo el ámbito, ya que es necesario disminuir las tasas de morbilidad materno-infantil en nuestro país.

BIBLIOGRAFIA.

- 1.- Díaz C.E., Flores G.H., Salud Perinatal en México; Rev. Med. IMSS, Mex. --- 1984, 391-403.
- 2.- Garza C, Saldama R; Análisis Biosocial de las pacientes que ingresan a control prenatal. Ginec. Obstet. Mex. 1984, 37-41, 127-138.
- 3.- Casal M; Correlación de los antecedentes Obstétricos con la Mortalidad Neonatal, Journal Pediatrics, 1986, 43;6; 359-360.
- 4.- James MD; Clinical Application of a High Risk scoring system en a family - practice Obstetric Service, The Journal of Family practice, 28,2,139-144 - 1985.
- 5.- Uargos L; Maldonado A; JD, Sosa G, A; Epidemiología de Alto riesgo Materno - Ginec Obstet Mex, 54;79-85; 1986.
- 6.- Frank K, Schuyler K, Epidemiología del parto a término, Clinicas Ginecoobstetricas. 1984, 17-31.
- 7.- Fernández L, León C.U, Cols; Perfil Pediátrico del Neonato de Alto Riesgo-- Journal Pediatrics, 1986, 43,6, 33-343.
- 8.- Chávez A.J, Mortalidad Materna en México; Ginecología y Obstetricia de México, 54, 135-137. 1986.
- 9.- Martínez E, GA, y cols; Morbimortalidad perinatal en productos macrosómicos.- Ginec. Obstet Mex. 1986, 54;72-75.
- 10.- De la Garza Q.C., Cantú H.R, Morbimortalidad perinatal en el sufrimiento fetal agudo. Ginec. Obstet Mex. 1986, 54; 115-118.
- 11.- La morbilidad materna y sus 5 principales causas, IMSS, curso monográfico. Noviembre 1985.
- 12.- Gibbs C.P, Lacke. JE. Maternal Deaths in Texas, 1969-1973. AM. J. Obstetate-gynecal 126;687. 1976.
- 13.- Benson Ralph C. Diagnóstico y Tratamiento Ginecoobstétrico. El Manual Moderno, 2a. edición. México . 1982.
- 14.- Baez c.g., Varela S.M., Cols; Estudio de Patología de Alto riesgo Obstétrico en Población rural. R. v. Chilena Obstet Gynecal, 1984, 37-41.
- 15.- Canales E.S; y cols; Diabetes Mellitus y Embarazo, Ginec Obstet Mex, 1986, - 54; 141-147.
- 16.- Hallman Louis M, Pritchard J.A., Williams Obstetrics, Salvat, Editores, 2a. Edición Méx. 1960.
- 17.- Greenhill J.F. Obstetrics, Nueva ED. Interamericana. 1a. edición . 1977.