

11226
20/2/1



**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO**



FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
Instituto Mexicano del Seguro Social

"INCIDENCIA DE LA TOXEMIA EN EL
H.G.R.M.F. No. 1 DE MORELIA MICH."

TESIS DE POSTGRADO

PARA OBTENER EL TITULO EN:
LA ESPECIALIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR
P R E S E N T A :

DRA. MARIA EUGENIA AYALA GUTIERREZ

ASESOR DE TESIS,
DRA. PATRICIA C. VALLEJO DIAZ

MORELIA, MICH.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

FEBRERO DE 1989



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

	Pág.
INTRODUCCION.....	1
OBJETIVOS.....	3
HIPOTESIS.....	4
ANTECEDENTES.....	5
MATERIAL Y METODOS.....	10
RESULTADOS.....	12
DISCUSION.....	35
CONCLUSIONES.....	38
BIBLIOGRAFIA.....	39

*Toda enfermedad avisa, nuestra incapacidad radica
en no poder o no querer ver la señales a tiempo.*

Mario López-Llerena Méndez

INTRODUCCION.

Dentro de los daños a la salud que sufre la mujer embarazada y el recién nacido, la toxemia gravídica es sin lugar a duda uno de los más trascendentes, fundamentalmente porque esta patología con frecuencia deja secuelas en cualquiera de los dos.

Pese a lo anterior, hasta hace poco tiempo se ha puesto interés en investigar la naturaleza de este proceso morboso. Hoy sabemos de la existencia de diversos factores etiológicos y conocemos sus manifestaciones clínicas con cierta precisión, sin embargo, en nuestro medio desconocemos realmente el comportamiento epidemiológico de la toxemia y sus complicaciones.

Teóricamente, el Programa Materno-Infantil con enfoque de riesgo que se desarrolla desde 1982 en el Instituto Mexicano del Seguro Social, significa la mejor estrategia que se ha diseñado para controlar el embarazo, detectar oportunamente los riesgos inherentes a éste y limitar los daños tanto a la madre como al producto.

Este trabajo es un intento por evaluar hasta qué punto las estrategias del Programa Materno-Infantil, tanto en el primero como en el segundo nivel de atención médica, han impactado en el control de los daños atribuibles a la toxemia.

Esta es la primera vez que se realiza una investigación de esta naturaleza, y aunque el universo estudiado se limita a un Hospital General Regional, el tamaño de la muestra es estadísticamente significativo como para extrapolar los resulta

dos por lo menos a los Hospitales Generales de Zona de la Delegación Michoacán. En este sentido, nuestras conclusiones podrían servir como punto de partida para formular nuevas hipótesis, hacer estudios comparativos y diseñar un programa de nivel delegacional para normatizar la atención médica en la toxemia gravídica.

Por todo lo anterior, es evidente que este estudio es so lo un primer intento por identificar los factores de riesgo - relacionados con esta patología, así como las condiciones en las que se está dando el control prenatal y la atención del - parto a las pacientes toxémicas. También es evidente que la responsabilidad de proteger a estas pacientes con métodos anticonceptivos seguros debe ser compartida por todo el equipo multidisciplinario de salud.

Es importante señalar que nuestra intención al realizar el presente estudio es, ante todo, la de motivar a todo el - personal médico y paramédico involucrado en la atención a la mujer en edad reproductiva, para mejorar la calidad de esta - atención. Estamos convencidos de que, en la medida en que to dos conozcamos con certeza la magnitud, la trascendencia y la vulnerabilidad de este problema de salud, mejor podremos incí dir en su control.

OBJETIVOS.

Conocer la incidencia de la toxemia gravídica en el Hospital General Regional con Medicina Familiar No. 1 del IMSS en Morelia, Mich.

Objetivos Específicos:

1. Identificar otros factores de riesgo reproductivo relacionados con la toxemia.

2. Valorar la repercusión de la toxemia en el producto (período perinatal).

3. Evaluar el control prenatal de las pacientes toxémicas.

4. Valorar la protección anticonceptiva de estas pacientes al egreso hospitalario.

5. Conocer la información otorgada a las pacientes toxémicas por su médico familiar y en el hospital, por el servicio de gineco-obstetricia.

HIPOTESIS.

1- La incidencia de la toxemia gravídica en el Hospital General Regional con Medicina Familiar No. 1 del IMSS en Morelia, Mich., es menor o igual en relación a la incidencia reportada a nivel nacional (8 %).

2- La incidencia de la toxemia gravídica está aumentando en la edad reproductiva considerada como de bajo riesgo.

ANTECEDENTES.

El embarazo y el parto han sido considerados tradicionalmente como procesos naturales, como procesos fisiológicos que debieran desarrollarse sin problemas para la madre; sin embargo, sabemos bien que tanto uno como el otro pueden ser motivo de complicaciones serias que, desgraciadamente, conducen a la muerte con frecuencia variable, según muy diversos factores, entre los cuales destaca, muy particularmente y en ciertos ambientes, la calidad de la atención médica (1).

La mortalidad materna constituye uno de los varios indicadores de salud que se han aceptado como expresión confiable del grado de desarrollo socioeconómico alcanzado por un país o por cualquier grupo de población en estudio (2).

La muerte obstétrica directa, es decir, la que resulta de enfermedades o complicaciones del embarazo, sigue siendo la principal causa de muerte materna en los países subdesarrollados, donde influyen elementos relacionados con la disponibilidad, accesibilidad y calidad de los servicios de salud y con el bajo nivel económico, educativo y cultural que impera en el sector mayoritario de sus poblaciones (3,4).

Tenemos así que, por ejemplo, en países desarrollados como Estados Unidos, Suecia e Inglaterra, la tasa de mortalidad materna es menor de 1 x 10,000 nacidos vivos, comparada con la de países Latinoamericanos donde las tasas de mortalidad materna son superiores, alcanzando en nuestro país la tasa de 9.5 x 10,000 nacidos vivos en 1981 (4).

En orden de frecuencia, la causalidad de muerte obstétrica

ca directa obedece a cuatro complicaciones básicas: toxemia gravídica, hemorragias obstétricas, sepsis puerperal y abortos, que constituyen cerca de las dos terceras partes de los casos (67.5%) (5), las cuales comparten las características de tener un alto grado de previsibilidad, es decir, se originan en embarazos que se producen en presencia de factores de riesgo reproductivo que pueden ser identificables antes de producirse la gestación (2,4).

La toxemia gravídica, como ya se mencionó, constituye la primera causa de muerte materna en muchos países Latinoamericanos, en cifras que van del 30 al 60 % del total de fallecimientos de todas las mujeres embarazadas (6); porcentaje que irá en aumento debido a la falta de información sobre esta patología, a la mujer en edad fértil con alto riesgo reproductivo y a la gran deficiencia del sistema en las instituciones de salud encargadas de la atención a la mujer embarazada (2,6).

La toxemia gravídica apareció como primera causa de mortalidad materna en nuestro país desde 1980. En el Instituto Mexicano del Seguro Social ha constituido la primera causa de muerte materna desde 1984, representando el 35 % de las muertes obstétricas, lo que ratifica plenamente su particular importancia como grave factor de riesgo obstétrico y reproductivo para las mujeres embarazadas o en edad fértil (5).

En cuanto se refiere a morbilidad, la toxemia puede fluctuar entre cifras mínimas inferiores al 1 % y cifras máximas superiores al 20 %. En México se calcula que el índice de su frecuencia se ubica alrededor del 8 %, cifra que no puede darse con exactitud debido a los deficientes sistemas de captación de información y a los pocos estudios epidemiológicos que existen sobre esta patología. En el Hospital de Gineco -

Obstetricia No. 2 del Centro Médico Nacional del Instituto Mexicano del Seguro Social, la toxemia se encuentra en el 12 % de las mujeres embarazadas (7).

La toxemia gravídica contribuye en forma importante a la morbi-mortalidad perinatal, debido a que ocasiona hipoxia fetal crónica que puede causar la muerte *in útero* del producto, así como bajo peso al nacer, por retraso en el crecimiento *in*trauterino, y prematuridad, por la interrupción temprana del *em*barazo como parte del tratamiento; además del riesgo que *re*presenta el efecto adverso de algunos medicamentos sobre el feto (8).

La toxemia afecta principalmente a las embarazadas con las siguientes características: edades extremas de la vida reproductiva, primigestas y grandes multiparas, obesas y desnutridas, mujeres con padecimientos crónicos como hipertensión arterial sistémica, cardiopatías, diabetes mellitus, nefropatías, hepatopatías y vasculopatías (7).

La toxemia se presenta con frecuencia en las primigestas y adquiere mayor severidad mientras más joven es la paciente. También la mayor gravedad de la toxemia se encuentra en las mujeres mayores de 35 años, primigestas o multiparas, probablemente porque muchas de ellas padecen hipertensión arterial crónica clínica o subclínica y por consiguiente tienen lesiones cardiovasculares y renales, a las que frecuentemente se agrega la diabetes.

La reaparición de la toxemia en embarazos subsiguientes dependerá en gran medida de que el síndrome toxémico previo haya sido puro o agregado a una patología vasculo-renal pre-existente. Chesley, observó la repetición de toxemia en el -

71 % de casos con patología vasculo-renal previa y reportó un alto índice de mortalidad materno-fetal (5).

Para la detección de la toxemia es necesario realizar una vigilancia prenatal adecuada, siendo más estrecha en mujeres con factores predisponentes como son: edad, número de gestas, antecedentes de toxemia o de enfermedades crónicas como hipertensión arterial, diabetes o enfermedad renal, así como la sobre distensión uterina.

Entre los aspectos importantes para el diagnóstico precoz de la toxemia durante la consulta prenatal, debe incluirse la valoración correcta de la presión arterial, edema o mayor aumento de peso y la proteinuria que caracterizan la etapa de la preeclampsia.

La integración o valoración de signos de preeclampsia debe repetirse con la periodicidad normalizada en el Instituto Mexicano del Seguro Social para la consulta prenatal y el médico además, debe estar alerta a los signos de otras enfermedades médicas, quirúrgicas y obstétricas, así como proporcionar información a la embarazada sobre la toxemia, sus manifestaciones iniciales y sus complicaciones.

Los síntomas que más frecuentemente refiere la paciente preecláptica, además del edema, son: cefalea intensa, dolor epigástrico y disnea; datos tardíos de la preeclampsia que indican la proximidad inminente de complicaciones, las cuales - en orden de frecuencia son: coagulación intravascular diseminada, accidente vascular cerebral, hemorragia subcapsular hepática y ruptura hepática.

La eclampsia indica la presencia de crisis convulsivas asociadas al síndrome toxémico.

La toxemia gravídica rara vez se desarrolla en pocos días, sin signos y síntomas precedentes anormales, que aunque sean mínimos, pueden ser descubiertos con cuidados prenatales adecuados, que disminuyen la incidencia de morbilidad materna y perinatal.

La literatura es extensa sobre informes referentes a definiciones, clasificaciones, etiología, tratamiento y cambios clínicos de la toxemia, pero muy escasa con respecto a aspectos epidemiológicos, datos que sin duda nos darían una idea clara sobre la incidencia real de este padecimiento.

En el Hospital General Regional de Morelia, Mich., del I.M.S.S., en un estudio realizado en 1984 sobre factores de riesgo reproductivo, el 5.42 % de la población encuestada tenía el antecedente de haber presentado toxemia (9), pero desconocemos los aspectos reales de su incidencia en la población femenina en edad fértil, así como su relación con otros factores de riesgo reproductivo y su repercusión en el feto, lo que nos ha motivado a realizar el presente estudio.

MATERIAL Y METODOS.

Se revisaron las formas 4-30-113/87 de Egreso Hospitalario, la libreta de control de planificación familiar del Servicio de Gineco-Obstetricia, la libreta de egresos de la Unidad de Cuidados Intensivos y los certificados de muerte perinatal, del Hospital General Regional con Medicina Familiar No. 1 de Morelia, Mich., en el periodo comprendido de enero a septiembre de 1988.

Se incluyeron en el estudio a todas las pacientes egresadas con el diagnóstico de toxemia (preeclampsia, eclampsia, enfermedad hipertensiva del embarazo) y a las madres de los productos que fallecieron en el periodo perinatal a causa de la toxemia.

Se revisaron los expedientes clínicos de estas pacientes para analizar y evaluar el control prenatal, el factor de riesgo reproductivo, el manejo clínico en el primero y segundo nivel de atención médica, la protección anticonceptiva otorgada al egreso hospitalario y las condiciones del producto.

Para complementar el estudio, con la colaboración del Departamento de Trabajo Social de la Unidad, se citó a todas las pacientes para ser entrevistadas y conocer la información que recibieron sobre su patología y su riesgo reproductivo, así como los antecedentes obstétricos y patológicos relacionados con la toxemia, el periodo anticonceptivo indicado a su egreso hospitalario y el control del puerperio (ver anexo).

ANEXO

CEDULA DE ENTREVISTA																	
NOMBRE Y No. AFILIACION	UNIDAD MEDICA	CON-SULTO RIO	EDAD	CONTROL PRENATAL		INFORMACION MED. FAMILIAR		INFORMACION EN HOSPITAL		METODO DE P.F.	ANTECEDENTE DE TOXEMIA		ANTECEDENTE DE H.T.A.-S.		CONTROL PUERPERIO		
				SI	NO	P.F.	F.R.	P.F.	F.R.		SI	NO	SI	NO	SI	NO	

RESULTADOS.

En la revisión del número de casos de toxemia que se presentaron en el período comprendido de enero a septiembre de 1988, llama la atención el incremento progresivo de las pacientes toxémicas, iniciando con 3.5 % en enero, hasta alcanzar el 6 % en mayo, descender aparentemente en agosto al 2.6% y nuevamente ascender en septiembre al 4 %, generando un promedio de 3.8 % en los nueve meses estudiados. Esta cifra es sensiblemente mayor a la reportada en otros estados, por ejemplo Guanajuato, que reporta una incidencia del 2.8 % en un estudio realizado en 1987 (10), lo que nos habla en forma directa del estado de salud de nuestra población (Cuadro No.1).

En relación a la edad, la paciente más joven del estudio fue de 13 años y la de mayor edad de 45 años, encontrando que el 58 % de los casos se presentaron entre los 20 y 29 años, siguiendo los grupos en edades extremas de la vida reproductiva, es decir, menores de 20 años (16%) y mayores de 35 años (15%), que en conjunto constituyen el 31 % (Cuadros 2 y 3).

Ahora bien, es importante hacer la observación de que el 52 % de las pacientes toxémicas fueron primigestas y el 11 % grandes múltiparas (más de 5 embarazos), dos factores predisponentes para la presencia de la toxemia (Cuadro No.4).

Respecto a la clasificación de los casos de acuerdo a la gravedad de la toxemia, al 27 % de las pacientes se les diagnosticó toxemia leve, al 20 % moderada, al 23 % severa, al 3.4 % convulsiva y al 0.6 % comatosa, tratándose este último caso de una defunción a causa de la toxemia. En el resto de las pacientes la toxemia no fue clasificada (26%). (Cuadro No. 5).

Cabe mencionar que en los expedientes revisados no se encontró un criterio unificado para la clasificación de la toxemia.

En cuanto se refiere a los efectos de la toxemia sobre el producto, se reportaron 60 casos con morbimortalidad perinatal (33 %), distribuidos de la siguiente manera: 18 casos de prematuridad (30%), 14 con bajo peso al nacer (23%), 3 con hipoxia neonatal severa (5%), 21 obitados (35 %) y 4 que - fallecieron en las primeras 24 horas de vida extrauterina (7%) (Cuadro No. 6).

En forma global, en nuestro grupo estudiado la morbilidad perinatal fue del 19 % (35 casos) y la mortalidad perinatal del 14 % (25 defunciones); datos que coinciden con los reportados en la literatura a nivel nacional, así como la de - otros países subdesarrollados (Cuadro No.7).

Analizando la mortalidad perinatal de acuerdo al grupo de edad de la madre, encontramos que el mayor número de muertes perinatales ocurrió en los grupos de edades extremas de la vida reproductiva: 11 defunciones que representan el 44 % de esta muestra (Cuadro No. 8).

Se analizaron los factores de riesgo reproductivo pre-vios al embarazo de 50 de las pacientes toxémicas (28 % del - grupo) y se observó que el 52 % tenían un riesgo reproductivo alto, siendo el grupo de edad mayor de 35 años el más afectado: 12 pacientes que representan el 46 % de este grupo, en - las cuales se podría haber evitado el embarazo con métodos anticonceptivos (Cuadros 9 y 10).

Se revisaron 50 expedientes clínicos de las pacientes toxémicas de los cuales solo se estudiaron 32, debido a la -

ausencia de datos clínicos y registros en los demás expedientes.

De los expedientes analizados se encontró que 28 pacientes (88%) acudieron a control prenatal: 14 lo hicieron desde el primer trimestre del embarazo (44%), 8 a partir del segundo trimestre (25%) y 6 en el tercero (19%). Las 4 pacientes restantes (12%) no recibieron atención médica durante el embarazo, observando que 3 de ellas presentaron toxemia severa (75%) y la otra, toxemia convulsiva (25 %) (Cuadro No.11).

Conociendo que los signos relativamente característicos de la toxemia son: edema, hipertensión, proteinuria, crisis convulsivas y estado de coma, se encontró que el primero en manifestarse en nuestro grupo de pacientes estudiadas fue el edema (38%), edema más hipertensión en el 21%, hipertensión sola en una paciente (4%), y proteinuria sola en otra (4%). La triada clásica: edema, hipertensión y proteinuria se encontró en una primigesta de 18 años de edad (4%). El resto de las pacientes (29%) no presentaron ningún signo o síntoma durante el control prenatal (Cuadro No.12).

Respecto a trimestre de presentación de los signos de toxemia, en un solo caso se encontró huellas de albúmina en orina en el primer trimestre (13a. semana de gestación); el 40 % de las pacientes presentó signos de toxemia en el segundo trimestre y el resto (55 %), hasta el tercero (Cuadro No.13).

En relación al tiempo de aparición de los síntomas y la gravedad de la toxemia, el caso de proteinuria del primer trimestre no fue calificado; las del segundo trimestre, el 63 % se calificaron como toxemia leve, el 12 % moderada y el 25 % no clasificada; y las del tercer trimestre, el 18 % fueron toxémicas leves, el 36 % severas y el 45 % no clasificadas (Cua

dro No.14).

De las pacientes que no presentaron signos o síntomas durante el control prenatal, 12.5 % tuvieron toxemia leve, 12.5% moderada, 37.5 % severa y el resto (37.5 %) no clasificada (Cuadro No. 15).

La protección anticonceptiva se otorgó a 77 de las 180 pacientes de nuestra muestra, lo que representa el 43 %; quedando desprotegidas el resto de las pacientes (51%). De 11 - pacientes (6%) se desconoce si recibieron algún método anticonceptivo (Cuadro No. 16).

De los métodos anticonceptivos indicados, el dispositivo intrauterino se aplicó al 48 % de las pacientes; se realizó salpingoclasia bilateral al 49 % y a un 3 % se les indicó hormonales orales (Cuadro No. 17).

De las pacientes con alto riesgo reproductivo, considerando solo a la edad como factor de riesgo, el 68 % de las menores de 20 años y el 26 % de las mayores de 35 años egresaron sin método anticonceptivo. Cabe mencionar que de las pacientes mayores de 35 años, sólo al 44 % se le protegió con método definitivo cuando, de acuerdo al Programa de Planificación Familiar debería ser al 100 % de este grupo de edad, no habiendo contraindicación médica.

Para complementar el estudio, se entrevistaron a 34 pacientes que representan el 19 % de nuestra muestra, obteniéndose los siguientes resultados: 30 pacientes acudieron a control prenatal (88%), de éstas, a 11 (32%) su médico familiar les informó sobre su riesgo reproductivo y a 18 (53%) sobre los métodos de planificación familiar. Durante la estancia

hospitalaria, sólo a 8 se les informó acerca de la toxemia y su riesgo reproductivo (24%) y a 16 se les ofreció algún método de planificación familiar (47%) (Cuadro No. 18).

Respecto a los antecedentes obstétricos y patológicos, 5 pacientes (15%) habían presentado toxemia en el embarazo anterior (dato no registrado en el expediente clínico) y 4 (12%) tenían problemas de hipertensión arterial crónica (Cuadro No. 18).

Por último, sólo 8 pacientes (24%) acudieron a control del puerperio. Es de llamar la atención que el porcentaje de pacientes que recibió información sobre la toxemia y su riesgo reproductivo en el hospital, coincide con el porcentaje de pacientes que acudieron a control del puerperio.

CUADRO No. 1

INCIDENCIA MENSUAL DE TOXEMIA EN EL H.G.R.M.F.
No.1 DE MORELIA. ENERO A SEPTIEMBRE 1988

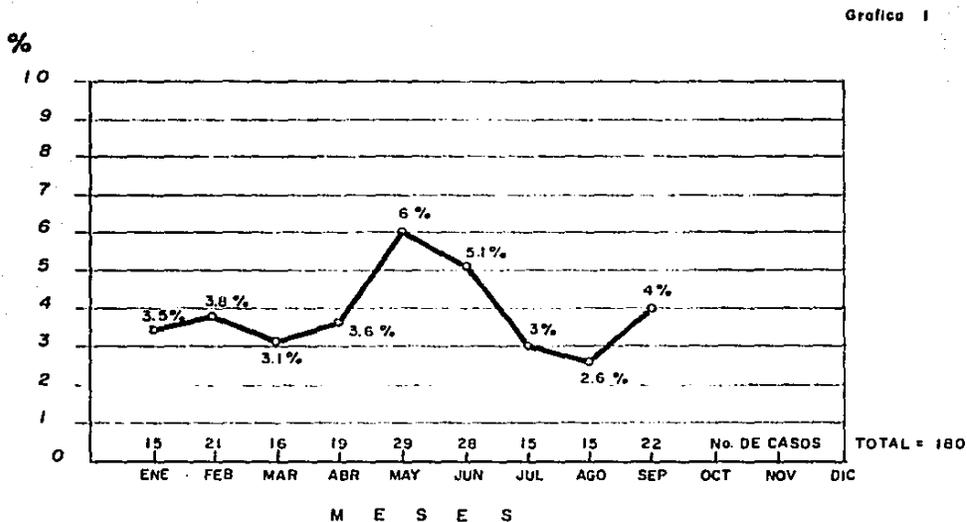
MES	EGRESOS HOSP. POR PARTOS Y CESAREAS	PACIENTES TOXEMICAS	
		No. DE CASOS	%
ENERO	434	15	3.5
FEBRERO	572	21	3.8
MARZO	520	16	3.1
ABRIL	521	19	3.6
MAYO	487	29	6.0
JUNIO	546	28	5.1
JULIO	502	15	3.0
AGOSTO	580	15	2.6
SEPTIEMBRE	547	22	4.0
T O T A L	4,709	180	3.8

FUENTE: Formas 4-30-113/87, control int. de P.P.F.
Informe mensual P.P.F., H.G.R.M.F. No.1
Morelia. 1988.



DELEGACION REGIONAL EN MICHOACAN.
JEFATURA DELEG. SERVICIOS MEDICOS
PLANIFICACION FAMILIAR

INCIDENCIA MENSUAL DE TOXEMIA



FUENTE: FORMAS 4-30-113/87. INF. MENS. P.P.F.
CONTROL INTERNO DE P.P.F. -
H. R. Z. M. F. No. 1 MORELIA

ENE - SEP, 1988

CUADRO No. 2

INCIDENCIA DE LA TOXEMIA EN RELACION A LA EDAD

EDAD	No. DE CASOS	%
Menos de 15	3	2
15 - 19	25	14
20 - 29	104	58
30 - 34	20	11
35 - 39	15	8
Más de 40	13	7
T O T A L	180	100

FUENTE: Formas 4-30-113/87, Control Int. de P.P.F
H.G.R.M.F. No. 1 Morelia. enero a sep-
tiembre de 1988.

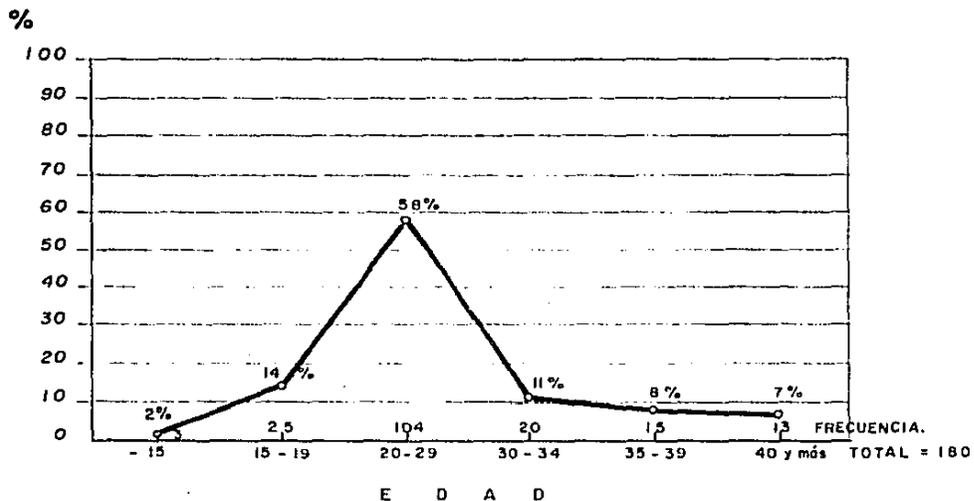


DELEGACION REGIONAL EN MICHOACAN.
JEFATURA DELEG. SERVICIOS MEDICOS
PLANIFICACION FAMILIAR

IMSS

INCIDENCIA DE LA TOXEMIA EN RELACION A LA EDAD

Grafico 2



FUENTE: FORMAS 4-30-113/87
CONTROL INTERNO DE P.P.F.
H. R. Z. M. F. No. 1 MORELIA

ENE - SEP. 1988

CUADRO No. 3

EDAD Y EXTREMOS DE LA VIDA REPRODUCTIVA

EDAD	No. DE CASOS	%
-15 y +35	56	31
20 - 29	104	58
30 - 34	20	11
T O T A L	180	100

FUENTE: Formas 4-30-113/87, Control Int. de P.P.F. H.G.R.M.F. No.1 Morelia. enero a septiembre de 1988.

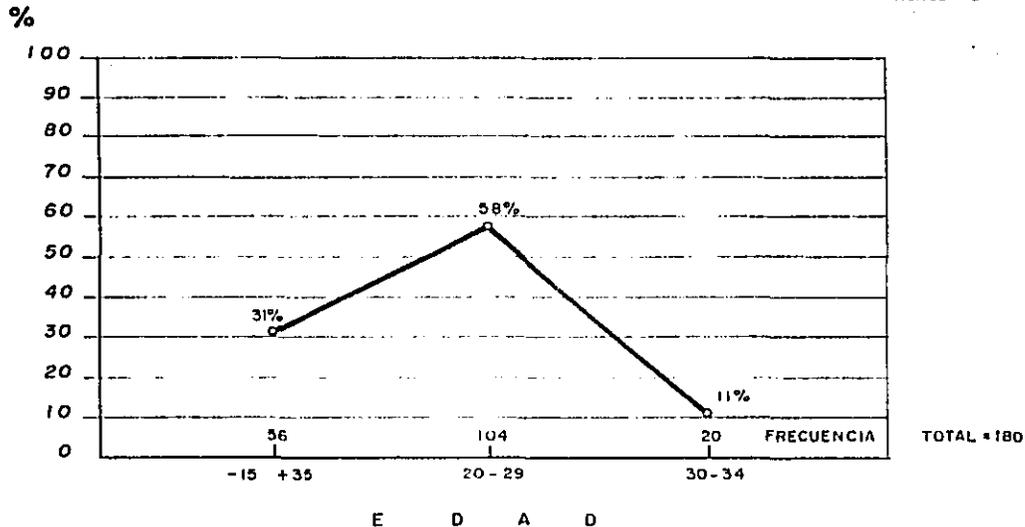


DELEGACION REGIONAL EN MICHOACAN.
JEFATURA DELEG. SERVICIOS MEDICOS
PLANIFICACION FAMILIAR

IMSS

EDAD Y EXTREMOS DE LA VIDA REPRODUCTIVA

Grafico 3



FUENTE: FORMAS 4-30-113/87
CONTROL INTERNO DE P.P.F.
H. R. Z. M. F. No. 1 MORELIA

ENE - SEP. 1988

CUADRO No. 4

INCIDENCIA DE LA TOXEMIA EN RELACION A LA EDAD
Y EL NUMERO DE EMBARAZOS

EDAD	GESTAS			SIN DATOS	TOTAL
	1a.	2 a 5	6 ó +		
Menos de 15	3	-	-	-	3
15 - 19	20	5	-	-	25
20 - 29	45	31	2	26	104
30 - 34	3	8	3	6	20
35 - 39	1	5	4	5	15
Más de 40	1	3	6	3	13
T O T A L	73	52	15	40	180
	52%	25%	11%	22%	100%

FUENTE: Formas 4-30-113/87 y expediente clínico.
H.G.R.M.F. No.1 Morelia. enero a septiem
bre de 1988.

CUADRO No. 5

INCIDENCIA DE LA TOXEMIA DE ACUERDO A SU CLASIFICACION

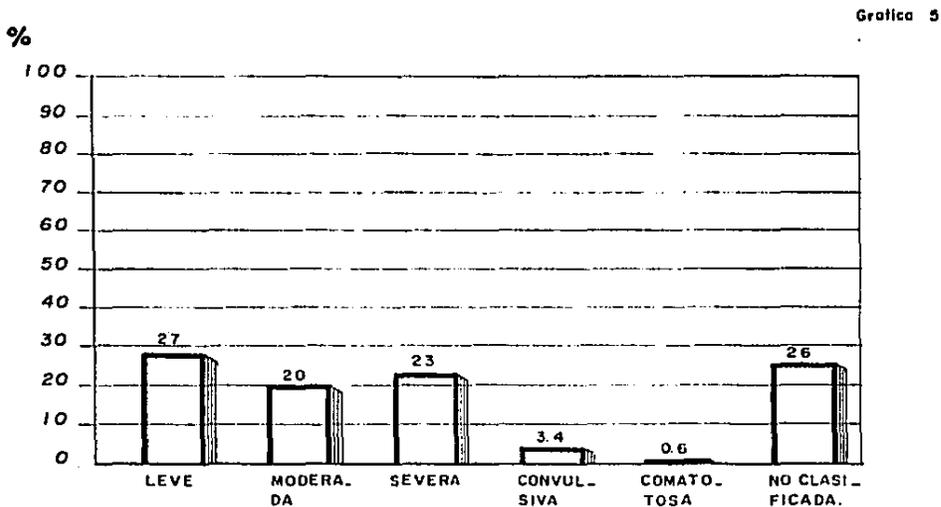
GRADO EDAD	LEVE		MODERADA		SEVERA		CONVULSIVA		COMATOSA		NO CLASIF		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
- de 15	1	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	2
15 a 19	7	15	2	5	9	22	3	50	-	-	4	9	25	14
20 a 29	33	69	20	54	22	54	3	50	-	-	26	55	104	58
30 a 34	2	4	6	16	4	10	-	-	1	100	7	15	20	11
35 a 39	3	6	4	11	3	7	-	-	-	-	5	11	15	8
40 y más	2	4	5	14	3	7	-	-	-	-	3	6	13	7
SUBTOTAL	48	100	37	100	41	100	6	100	1	0.6	47	100	180	100
TOTAL	48	27	37	20	41	23	6	3.4	1	0.6	47	26	280	100

FUENTE: Formas 4-30-113/87 y expediente clínico. H.G.R.N.F. No.1 Morelia. enero a septiembre de 1988.



DELEGACION REGIONAL EN MICHOACAN.
JEFATURA DELEG. SERVICIOS MEDICOS
PLANIFICACION FAMILIAR

INCIDENCIA DE LA TOXEMIA DE ACUERDO A SU CLASIFICACION



FUENTE: FORMAS 4-30-113/87
CONTROL INTERNO DE P.P.F.
H.R.Z.M.F. No.1 MORELIA

ENE - SEP. 1988

CUADRO No. 6

CAUSAS DE MORBILIDAD Y MORTALIDAD PERINATAL
POR TOXEMIA

C A U S A		No.DE CASOS	%
MORBILIDAD	PREMATUREZ	18	30
	BAJO PESO AL NACER	14	23
	HIPOXIA NEONATAL SEVERA	3	5
MORTALIDAD	OBITO	21	35
	MUERTE PERINATAL	4	7
T O T A L		60	100

FUENTE: Formas 4-30-113/87. Exp. clínico. Depto. T.S., Control
Int. P.P.F. H.G.R.M.F. No.1 Morelia.
enero a septiembre de 1988.

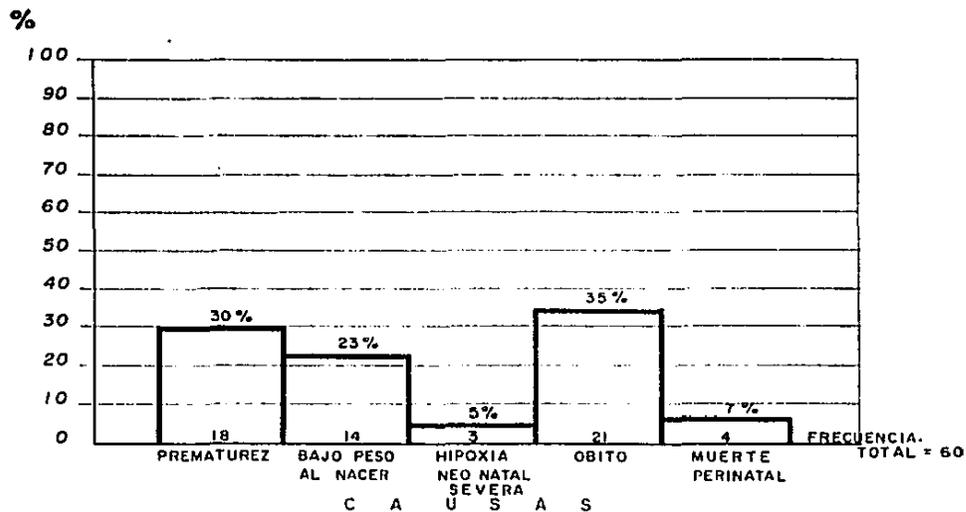


DELEGACION REGIONAL EN MICHOACAN.
JEFATURA DELEG. SERVICIOS MEDICOS
PLANIFICACION FAMILIAR

IMSS

CAUSAS DE MORBIMORTALIDAD POR TOXEMIA

Gráfico 6



FUENTE: FORMAS 4-30-113/87 EXP CLIN. Depto. T. S.
CONTROL INTERNO DE P.P.F.
H.R.Z.M.F. No. 1 MORELIA

ENE - SEP. 1988

CUADRO No. 7

MORBILIDAD Y MORTALIDAD PERINATAL POR TOXEMIA

CONCEPTO	No. DE CASOS	%
MORBILIDAD PERINATAL	35	19
MORTALIDAD PERINATAL	25	14
R.N. SIN PATOLOGIA	120	67
T O T A L	180	100

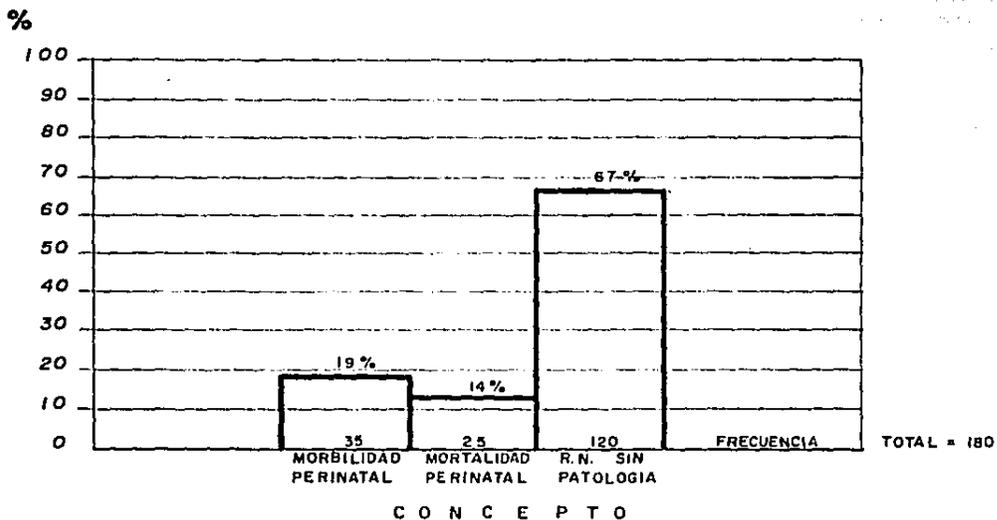
FUENTE: Formas 4-30-113/87, Exp. Clínico. Depto. T.S., Control Int. P.P.F. H.G.R.M.F.No.1 Morelia. enero a septiembre de 1988



DELEGACION REGIONAL EN MICHOACAN.
JEFATURA DELEG. SERVICIOS MEDICOS
PLANIFICACION FAMILIAR

MORBIMORTALIDAD PERINATAL POR TOXEMIA

Grafica 7



FUENTE: FORMAS 4-30-113/87 - EXP. CLIN. Depto. T.S.
CONTROL INTERNO DE P.P.F.
H.R.Z. M.F. No. 1 MORELIA

ENE - SEP. 1988

CUADRO No. 8

MORTALIDAD PERINATAL POR GRUPOS DE EDAD DE LA MADRE

EDAD	No. DE DEFUNCIONES	%
Menos de 15	-	-
15 - 19	7	28
20 - 29	9	36
30 - 34	5	20
35 - 39	1	4
40 ó más	3	12
T O T A L	25	100

FUENTE: Formas 4-30-113/87, Exp. Clínico, Depto. T.S., Control Int. P.P.F. H.G.R.M.P. No. 1 Morelia. enero a septiembre de 1988.



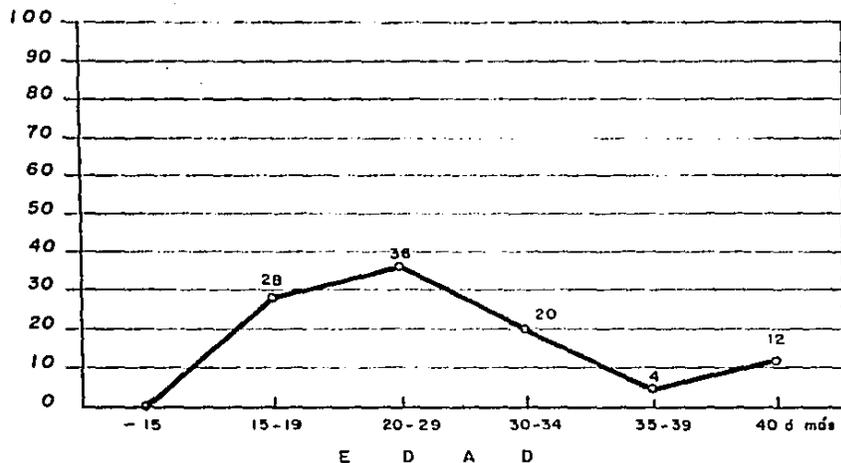
DELEGACION REGIONAL EN MICHOACAN.
JEFATURA DELEG. SERVICIOS MEDICOS
PLANIFICACION FAMILIAR

INSS

MORTALIDAD PERINATAL POR GRUPOS DE EDAD

%

Grafico 8



FUENTE: FORMAS 4-30-113/87. EXP. CLIN. Depto T.S.
CONTROL INTERNO DE P.P.F.
H.R.Z. M. F. No. 1 MORELIA

ENE - SEP. 1988

CUADRO No. 9

GRADO DE RIESGO REPRODUCTIVO PREVIO AL ULTIMO EMBARAZO

EDAD	FACTOR DE RIESGO REPRODUCTIVO						TOTAL	
	0 - 3.5		4 - 9.5		10 - más		No.	%
	No.	%	No.	%	No.	%		
Menos 15	-	-	1	2	-	-	1	2
15 - 19	5	10	1	2	-	-	6	12
20 - 29	18	36	7	14	2	4	27	54
30 - 34	1	2	2	4	1	2	4	8
35 - 39	-	-	2	4	2	4	4	8
40 a más	-	-	-	-	8	16	8	16
TOTAL	24	48	13	26	13	26	50	100

FUENTE: Exp. Clínico H.G.R.M.F. No. 1 Morelia.
enero a septiembre de 1988.

CUADRO No. 10

RIESGO REPRODUCTIVO PREVIO AL ULTIMO
EMBARAZO

CONCEPTO	No. DE CASOS	%
PACIENTES CON BAJO RIESGO REPRODUCTIVO	24	48
PACIENTES CON ALTO RIESGO REPRODUCTIVO	26	52
T O T A L	50	100

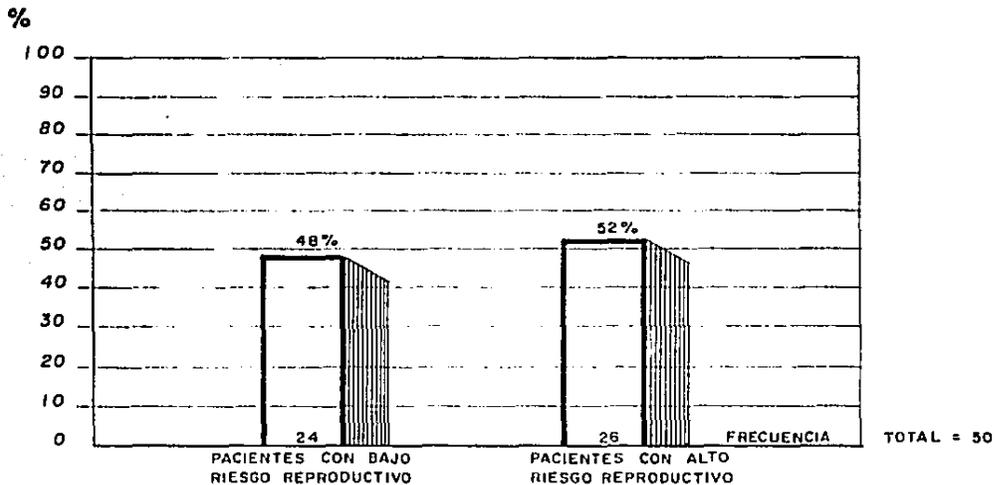
FUENTE: Exp. Clínico H.G.R.M.F. No.1 Morelia
enero a septiembre de 1988.



DELEGACION REGIONAL EN MICHOACAN.
JEFATURA DELEG. SERVICIOS MEDICOS
PLANIFICACION FAMILIAR

RIESGO REPRODUCTIVO PREVIO AL ULTIMO EMBARAZO

Gráfica No. 10



C O N C E P T O

FUENTE:
EXPEDIENTE CLINICO
H. R. Z. M. F. No. 1 MORELIA

ENE - SEP. 1988

CUADRO No. 11

CONTROL PRENATAL DE LAS PACIENTES CON TOXEMIA

TRIMESTRE	C L A S I F I C A C I O N												TOTAL	
	LEVE		MOD.		SEVERA		CONVULSIVA		COMATOSA		NO CLASIF.			
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
PRIMERO	3	21	2	14	5	36	-	-	-	-	4	28	14	44
SEGUNDO	1	13	3	38	1	13	-	-	-	-	3	38	8	25
TERCERO	1	17	1	17	1	17	-	-	-	-	3	50	6	19
SIN CONTROL	-	-	-	-	3	75	1	25	-	-	-	-	4	12
TOTAL	5	17	6	19	10	31	1	3	-	-	10	31	32	100

FUENTE: MF-7 y expediente clínico. H.G.R.M.F. No.1 Morelia.
enero a septiembre de 1988.

CUADRO No. 12

PRIMER SIGNO DE TOXEMIA QUE SE PRESENTO EN LAS PACIENTES EN CONTROL PRENATAL

NINGUNO		EDEMA		H.T.A.		EDEMA + H.T.A.		EDEMA + H.T.A. + PROT.		PROTEINURIA		TOTAL	
No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
8	29	11	38	1	4	6	21	1	4	1	4	28	100

FUENTE: Expediente clínico. H.G.R.M.F. No.1 Morelia enero a septiembre de 1988.

CUADRO No. 13

TRIMESTRE EN QUE APARECIO EL PRIMER SIGNO DE TOXEMIA

TRIMESTRE	EDEMA		H.T.A.		EDEMA + H.T.A.		EDEMA + H.T.A + PROT.		PROTEINURIA		TOTAL	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
PRIMERO	-	-	-	-	-	-	-	-	1	5	1	5
SEGUNDO	6	30	1	5	-	-	1	5	-	-	8	40
TERCERO	5	25	-	-	6	30	-	-	-	-	11	55
TOTAL	11	55	1	5	6	30	1	5	1	5	20	100

FUENTE: Expediente clínico. H.G.R.M.F. No.1 Morelia.
enero a septiembre de 1988.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

CUADRO No. 14

RELACION DE LA APARICION DE LOS SIGNOS/Y LA GRAVEDAD DE LA TOXEMIA

TRIMESTRE	LEVE		MODERADA		SEVERA		CONVULS.		COMATOSA		NO CLAS.		TOTAL	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
PRIMERO	-	-	-	-	-	-	-	-	4	4	1	100	1	5
SEGUNDO	5	63	1	12	-	-	-	-	-	-	2	25	8	40
TERCERO	2	18	-	-	4	36	-	-	-	-	5	45	11	55
TOTAL	7	35	1	5	4	20	-	-	-	-	8	40	20	100

FUENTE: Expediente clínico . H.G.R.M.F. No.1 Morelia.
enero a septiembre de 1988.

CUADRO No. 15

RELACION DE PACIENTES SIN DATOS EN EL CONTROL PRENATAL Y LA GRAVEDAD DE LA TOXEMIA

PACIENT. SIN SIGNOS	LEVE		MODERADA		SEVERA		CONVULS.		COMATOSA		NO CLAS.		TOTAL	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
	1	12.5	1	12.5	3	37.5	-	-	-	-	3	37.5	8	100

FUENTE: Expediente clínico. H.G.R.M.F. No.1 Morelia
enero a septiembre de 1988

CUADRO No. 16

PROTECCION ANTICONCEPTIVA EN PACIENTES
CON DIAGNOSTICO DE TOXEMIA

CONCEPTO	No.DE CASOS	%
PROTEGIDAS	75	42
DIU	37	49
SCB	36	48
H.ORAL	2	3
SIN PROTECCION	91	51
SIN DATOS	11	6
TOTAL	177*	100

* Se excluyeron del grupo a 3 pacientes:
1 por defunción y 2 por histerectomía.

FUENTE: Formas 4-30-113/87, control Int.
P.P.F., H.G.R.M.F. No.1 Morelia
enero a septiembre de 1988.

CUADRO No. 17

PROTECCION ANTICONCEPTIVA EN PACIENTES TOXEMICAS

EDAD	CON PROTECCION			SIN PROTECCION	SIN DATOS	TOTAL
	DIU	SCB	H.O.			
- de 15	1	-	1	1	-	1
15 a 19	7	-	-	18	-	25
20 a 29	24	15	1	57	6	103*
30 a 34	1	9	-	8	1	19**
35 a 39	1	9	-	4	1	15
40 ó más	3	3	-	3	3	12*
TOTAL	37	36	2	91	11	177

* Pacientes excluidas por histerectomía.

** Paciente excluida por defunción

FUENTE: Formas 4-30-113/87, Control Int. P.P.F.
G.P.R.M.F. No. 1 Morelia.
enero a septiembre de 1988

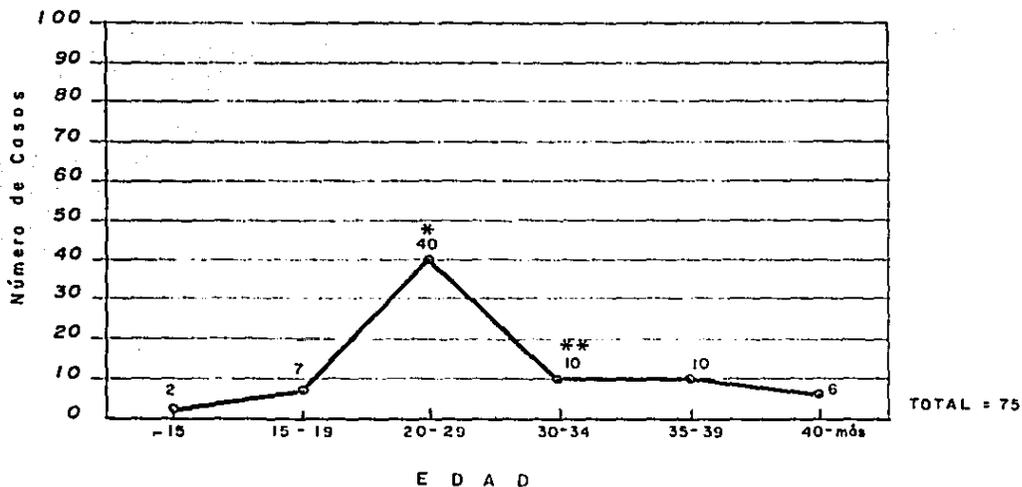


DELEGACION REGIONAL EN MICHOACAN.
JEFATURA DELEG. SERVICIOS MEDICOS
PLANIFICACION FAMILIAR

IMSS

PROTECCION ANTICONCEPTIVA EN PACIENTES TOXEMICAS

Grafica No. 17



FUENTE: FORMAS 4-30-113/87
CONTROL INTERNO DE P.P.F.
H.R.Z. M.F. No.1 MORELIA

* Pacientes excluidas por histerectomía
** Paciente excluida por defunción

ENE - SEP. 1988

CUADRO No. 18

RESULTADOS DE LA ENTREVISTA PERSONAL A 34 PACIENTES TOXEMICAS

a) CONTROL PRENATAL

CONTROL PRENATAL				INFORMACION MEDICO FAMILIAR							
				RIESGO REPRODUCTIVO				PLANIFICACION FAM.			
SI		NO		SI		NO		SI		NO	
No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
30	88	4	12	11	32	23	68	18	53	16	47

b) ATENCION HOSPITALARIA

INFORMACION HOSPITAL								PLANIFICACION FAMILIAR			
RIESGO REPRODUCTIVO				PLANIFICACION FAM.							
SI		NO		SI		NO		SI		NO	
No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
8	24	26	76	16	47	18	53	15	44	19	56

c) ANTECEDENTES PATOLOGICOS Y CONTROL DE PUERPERIO

ANTECEDENTE DE TOXEMIA				ANTECEDENTE DE H.T.A.S.				CONTROL DE PUERPERIO			
SI		NO		SI		NO		SI		NO	
No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
5	15	29	85	4	12	30	88	8	24	26	76

FUENTE: Entrevista personal con las pacientes.
H.G.R.M.F. No.1 Morelia.
enero a septiembre de 1988.

DISCUSION.

La incidencia de toxemia en el Hospital General Regional con Medicina Familiar No. 1 del IMSS en Morelia, Mich., resultó ser menor (3.8%) que la establecida a nivel nacional (8%), lo que comprueba nuestra primera hipótesis. Sin embargo, se deja ver que es mayor a la reportada en otros estados, donde es inferior al 3 %.

Tradicionalmente se ha considerado a la toxemia como una enfermedad de la primera gestación, como lo confirma el presente estudio, en donde las primigestas representaron el 52 % de la muestra. Nos llamó la atención el predominio de esta patología en las pacientes de 20 a 29 años de edad (58 %), de mostrándonos que la incidencia de la toxemia está aumentando en la edad reproductiva considerada como de bajo riesgo, comprobando así nuestra segunda hipótesis. Esto nos obliga a establecer un control prenatal de calidad y estar alerta ante cualquier signo de toxemia en una paciente embarazada.

Se puede considerar que hubo menos pacientes toxémicas jóvenes y añosas porque ha disminuído el embarazo en este tipo de población quizá debido al uso de métodos anticonceptivos, sin embargo, la toxemia presentó mayor severidad en estas pacientes.

No fué posible determinar cual fue realmente la severidad de la toxemia, ya que no hubo un criterio uniforme en relación al grado de la misma, sumándose a esto, el alto número de pacientes no clasificadas.

Por lo que se refiere al producto, es evidente que la mortalidad perinatal más elevada se encontró en los extremos

de la vida reproductiva, situación que ha sido comentada ya por algunos autores (2,8). En relación a la morbilidad perinatal, se comprobó que una de las repercusiones más frecuentes es la prematuridad, debida a la necesidad de interrumpir el embarazo como parte del tratamiento, seguida de los productos con bajo peso al nacer y por último, la hipoxia neonatal severa.

Es indudable el beneficio de la atención materna con enfoque de riesgo reproductivo, un control prenatal adecuado y un diagnóstico oportuno; las pacientes de alto riesgo reproductivo previo al embarazo representó el 52 % de la muestra, siendo casi la mitad de ellas pacientes añosas con antecedentes de hipertensión arterial crónica, toxemia en el embarazo anterior, multiparidad, período intergenésico corto y muerte perinatal previa; pacientes que de haber sido protegidas con oportunidad no habrían presentado la toxemia.

Con este estudio corroboramos una vez más lo referido por otros autores: que para la detección oportuna de la toxemia es necesario un control prenatal adecuado, debiendo ser más estrecho en las mujeres con factores de riesgo predisponentes.

Se continúa sin prevenir los embarazos de alto riesgo, lo cual se comprobó al egreso hospitalario de 177 pacientes toxémicas: sólo se otorgó protección anticonceptiva al 42 %, quedando desprotegidas aquellas con mayor riesgo reproductivo.

Se persiste en no proporcionar información a las pacientes sobre esta patología y sus factores de riesgo, ya que sólo al 24 % se les dió a conocer que habían presentado toxemia; hecho que dará lugar al aumento de embarazos de alto

riesgo.

También resulta necesario orientar a las pacientes sobre el control puerperal, más aún a las que egresan con riesgo reproductivo alto. De nuestro grupo estudiado, solo el 24 % - acudió con su médico familiar a control del puerperio, coincidiendo este porcentaje con el que recibió información a nivel hospitalario.

Por último, queremos comentar que uno de los factores - que contribuyó en forma importante para realizar el análisis completo de los casos fué la ausencia de datos en cada una de las etapas del estudio, ya que no concuerdan los registros entre las formas de egreso hospitalario, los controles internos del hospital y los expedientes clínicos.

CONCLUSIONES.

1. La toxemia tiene relación directa con la edad y la paridad, aunque hay que pensar en ella ante cualquier -paciente embarazada, aun sea ésta de bajo riesgo re-productivo.
2. La atención médica, tanto de medicina familiar como -de gineco-obstetricia no se otorga con enfoque de -riesgo reproductivo.
3. La toxemia contribuye en forma importante a la morbimortalidad perinatal en el Hospital General Regional con Medicina Familiar No.1 del IMSS en Morelia, Mich.
4. La atención prenatal con calidad y oportunidad es un factor relevante en la detección de la toxemia gravidica.
5. Tomando en consideración el alto riesgo reproductivo de estas pacientes y el alto grado de previsibilidad de esta complicación, deberá otorgarse la anticoncepción como parte integral del tratamiento de la toxemia.
6. La información a la paciente toxémica sobre su patología evitará el aumento de embarazos de alto riesgo.

BIBLIOGRAFIA

1. Trejo R, C.A.: Mortalidad Materna en el Hospital de la Mujer de la S.S.A. (1981-1983). Ginec. Obst. Méx. 1985: 53:69.
2. IMMS - AMIDEM. Mortalidad Materna. En: Temas de Planificación Familiar. México. 1986.
3. Gaviño G, F. y col: Mortalidad Materna durante 25 años en el Hospital Regional "20 de Noviembre", ISSSTE. Ginec. Obst. Méx. 1987: 55:196-199.
4. Lozano E, A. y col: Mortalidad Materna en Nuevo León - durante 1984. Factores medicosociales. Ginec. Obst. Méx. 1987: 55: 120-121.
5. IMSS. La Mortalidad Materna y sus cinco principales causas en el IMSS. Unidad de Instrucción programada. Subdirección General Médica. 1985.
6. Chávez, A,J.: Mortalidad Materna en México. Ginec. Obst. Méx. 1987: 55: 135.
7. López-Llera M, M.: La toxemia del embarazo. Edit. Limusa, México. 1985: 26-34.
8. Maldonado A, JD y col: Mortalidad Materno Fetal en la Toxemia Severa. Ginec. Obst. Méx. 1987: 55: 37-39.
9. Padilla, R,M.: Estudio de Factores de Riesgo en las mujeres en edad fértil no embarazadas del H.G.R.M.F. No.1 Morelia. IMSS-UNAM. México, 1984.
10. Vallejo D,F.: Prevalencia de los Factores de Riesgo en el H.G.Z.No.2 Irapuato, Gto. IMSS-UNAM: México 1987.
11. Hellamn L, M. y col: Williams Obstetricia. Edit. Salvat. México, 1980.

12. Benzon R, C.: Diagnóstico y Tratamiento Gineco-Obstétricos. Edit. Manual Moderno; México, 1982: 345-378.
13. IMSS - AMHGO No. 3 Ginecología y Obstetricia. Edit. Men
dez Oteo; México, 1980: 172-198.