

2 ej.
6



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia
Centro de Investigación Materno Infantil
del Grupo de Estudios al Nacimiento
C. I. M. I. G. E. N.

Evaluación de la Atención Perinatal en Base al Sistema de Riesgo Perinatal

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN ENFERMERIA
Y OBSTETRICIA
P R E S E N T A N

ESTRADA VALDES JOSUE
HERNANDEZ ROJAS ESTHER
LEÓN BALAN SONIA DEL CARMEN
MERINO SANCHEZ EMILIO
RIVERA MONTIEL ANGELINA

Director de Tesis: Dr. Gregorio Valencia Pérez
Asesores: Dr. Carlos Vargas García
Lic. Severino Rubio Domínguez

MEXICO D. F.

1988.

FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I N D I C E

	PAG.
INTRODUCCION	1
OBJETIVOS	3
HIPOTESIS	4
METODOLOGIA	5
MARCO TEORICO	8
CUADROS	92
ANALISIS	106
CONCLUSIONES	113
A N E X O S	115
BIBLIOGRAFIA	119

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

La atención primaria de salud, es fundamentalmente sanitaria y puesta al alcance de todos los individuos, es la clave para alcanzar un nivel aceptable.

La preservación de ésta en la madre y en el niño, se consigue a través de la prevención y detección oportuna de aquellos factores de riesgo que pudiesen ponerlos en peligro, a través de la atención materno-infantil y de la aplicación de programas preventivos que ha sido una de las metas del Centro de Investigación Materno Infantil del Grupo de Estudios al Nacimiento (C.I.M.I. G.E.N.).

Las normas para la atención materno-infantil, tienen como finalidad la preservación de la salud mediante la aplicación de programas preventivos a la población de mujeres en edad reproductiva y a niños desde recién nacidos hasta el año de edad; así como, la disminución de la morbilidad materno-infantil a través de la detección, evaluación y clasificación oportuna de riesgos y daños para una adecuada referencia al nivel de atención según el riesgo.

La detección de los factores de riesgo, así como su clasificación se lleva a cabo mediante el "SISTEMA DE EVA--

LUACION DE RIESGO PERINATAL PARA EL ESTABLECIMIENTO DE ATEN
CION MATERNO INFANTIL POR NIVELES PROGRESIVOS", modelo elab
orado y desarrollado en el presente trabajo donde se da --
una explicación más amplia de su importancia para el manejo
del binomio madre-hijo.

En el desarrollo de esta investigación se hablará -
sobre la influencia que tienen los factores de riesgo de --
las etapas pregestacional, gestacional y postgestacional, -
así como en el producto de la concepción, del material y mé
todos utilizados para la investigación, de los resultados -
obtenidos, el análisis de éstos, las conclusiones a las que
se llegó y por último las sugerencias.

Esperamos que éste trabajo sea útil en investigacio
nes posteriores y que contribuya al mejoramiento de la aten
ción materno-infantil en el primer nivel de atención en --
nuestro país, redundando en la calidad de vida de los mexi
canos.

O B J E T I V O S . -

- 1.- Estudiar a la población que acudió al Centro de Investigación Materno Infantil del Grupo de Estudios al Nacimiento (C.I.M.I.G.E.N), desde su apertura, el 10. de Enero hasta el 31 de septiembre de 1988, evaluando a las mujeres comprendidas en la etapa reproductiva (14 a 49 años), durante la gestación, así como a su producto.
- 2.- Correlacionar estadísticamente la evaluación del riesgo con el daño y los factores que influyen durante el manejo de la madre, el feto y el recién nacido.

H I P O T E S I S . -

GENERAL:

La Atención Perinatal en base al Sistema de Riesgo Reproductivo y Perinatal contribuye a disminuir los defectos al nacimiento y la morbimortalidad perinatal.

DE TRABAJO:

A control prenatal más adecuado, corresponde menor índice de morbilidad materna y perinatal .

METODOLOGIA.

Se trata de un estudio retrospectivo, longitudinal, tipo cohorte que se inició el 2 de octubre y terminó el 15 de diciembre de 1988.

La muestra estuvo conformada por pacientes en edad reproductiva (14-49 años, gestantes y no gestantes) que acudieron a la consulta externa del C.I.M.I.G.E.N., desde su apertura: 1o. de Enero al 31 de septiembre de 1988.

En esta práctica la información se obtuvo a través de la revisión de los expedientes, de las pacientes que acudieron a la consulta externa del centro; dentro del período señalado anteriormente, así como, la realización de visitas domiciliarias a mujeres que conforman el servicio de control prenatal, para evaluar y detectar riesgo, llenar el Previgén VIII en caso de que se halla resuelto el embarazo y proporcionar a la madre la cartilla para control del crecimiento y desarrollo del niño sano, así como, una breve explicación del uso de la misma.

Los resultados obtenidos se tabularon y codificaron en cuadro para ver la utilidad del Sistema de Atención Perinatal, el cual se aplica en el Centro y se proyecta su utilización hacia el sector salud.

Los elementos que participaron en la realización de este estudio fueron 5 pasantes de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia, bajo la dirección y asesoramiento del Dr. Gregorio Valencia Pérez y del Dr. Carlos Vargas García, respectivamente, así como del Licenciado en Enfermería y -- Obstetricia Severino Rubio Domínguez.

Para la evaluación del riesgo este se clasifica en:

Bajo: En el se ubican las pacientes en las cuales no se detectan factores que pongan en riesgo la salud de la mujer o de su hijo; por lo que estas pacientes pueden ser controladas con los recursos del primer nivel de atención.

Medio: En este se detecta la presencia previa actual o prevista de 1 o varios factores que aumenten la probabilidad de daño para la mujer en edad fértil o de su hijo, los cuales deben ser controlados con los recursos del 2o. nivel de atención.

Alto: En este se detecta de 1 o varios factores que aumenten la probabilidad de daños para la mujer en edad fértil o de su hijo, los cuales requieren de la utilización del tercer nivel para su control.

Para mayor claridad del manejo del sistema de Riesgo Perinatal; en la sección de anexos se incluye el formato correspondiente.

MARCO TEORICO.

El embarazo es un fenómeno fisiológico que modifica profundamente el organismo materno y aumenta su vulnerabilidad a la enfermedad. Por lo que respecta al sector infantil las circunstancias relacionadas con la gestación, el nacimiento, el crecimiento y el desarrollo constituyen factores que influyen en el pronóstico de salud y vida.

Uno de los avances más importantes logrados en epidemiología, es la utilización del enfoque de riesgo para la atención de la salud, lo que permite identificar los grupos de población que tienen mayor probabilidad de presentar daño, lesión o muerte.⁽¹⁾

Concepto de Riesgo:

Se define como la probabilidad que tiene un individuo o grupo de individuos o una comunidad de sufrir un daño.

(1) Carlos Vargas. Normas La Atención Materno Infantil, - G.E.N. 1988, p. 3.

Factor de Riesgo:

Son todas aquellas características o circunstancias que aumentan la probabilidad de que un daño ocurra, sin pre juzgar si éste es o no una de las causas del daño.

Riesgo Reproductivo:

Es la probabilidad de que uno o varios factores de riesgo previos, presentes o previstos puedan ocasionar daño a la mujer en edad fértil o su hijo en el caso de que ocurra un embarazo. (2)

El Centro de Investigación Materno Infantil del grupo de Estudios al Nacimiento a creado un modelo de atención perinatal en base al Sistema de Riesgo, el cual evalúa y -- considera algunos factores de riesgo reproductivo (Previgen I) en las mujeres en edad reproductiva no gestante lo que -- permite la prevención de embarazos de alto riesgo, mediante el uso de métodos anticonceptivos.

Este Centro también realiza atención prenatal en el

(2) Carlos Vargas. Normas la Atención Materno Infantil, -- G.E.N. 1988, p. 3
Idem pag. 3

identifica a mujeres embarazadas que presentan ciertos factores que pueden propiciar daño perinatal, lo que permite brindarle una atención médica más cuidadosa durante la gestación, para ello existe una clasificación del riesgo perinatal en el embarazo (Previgen II).

Riesgo perinatal en el embarazo:

Bajo: En él se ubican las pacientes en las cuales no se detectan factores que pongan en riesgo la salud de la mujer o de su hijo; por lo que estas pacientes pueden ser controladas con los recursos del primer nivel de atención.

Medio: En éste se detecta la presencia previa actual o prevista de uno o varios factores que aumenten la probabilidad de daño para la mujer en edad fértil o de su hijo, los cuales deben ser controlados con los recursos del segundo nivel de atención.

Alto: Es la condición en la que se detecta la presencia previa, actual o prevista de uno o varios factores que aumenten la probabilidad de daño para la mujer en edad fértil o de su hijo, los cuales requieren de la

utilización de recursos del tercer nivel para su control lo anterior hace operativo el manejo de la paciente en condiciones adecuadas ya que éstos son fácilmente detectados.

Tasa de Mortalidad General:

Es el más antiguo y clásico indicador de nivel de salud siendo en México de:

- 1970-1975= 8.6%
- 1975-1980= 7.6% por mil hab. (3)

Mortalidad Materna:

Refleja las condiciones de atención durante el embarazo, el parto y el puerperio.

- En México: 10.52% por 10 mil nacidos vivos en 1980.

Sus principales causas:

La infección, la toxemia y la hemorragia. (4)

(3) Carlos Vargas, Vigilancia prenatal. Prevención de los defectos al nacimiento. GEN, 1981, p. 33

(4) Ibidem. p. 34

Tasas de Mortalidad Infantil:

Se han considerado como indicadores muy sensibles de las condiciones de salud en un país:

- En México 1965-1970 = 78.5% (5)
- 1975-1980 = 49.6%

ANTECEDENTES GENERALES.

Nivel Socioeconómico.

La mortalidad y la morbilidad materna, perinatal e infantil está muy relacionada con el estado socioeconómico. Las privaciones crónicas de la pobreza son peligros importantes para el embarazo. Por ejemplo, se sabe que la privación nutricional crónica, aún si se corrige durante el embarazo, es una simplificación excesiva relacionar todos los peligros perinatales aunados a un estado socioeconómico bajo con el estado de nutrición. La pobreza es un estilo total de vida caracterizado por hacinamiento, higiene deficiente, ignorancia o indiferencia por las necesidades bási-

(5) Idem

cas para la salud, tensión crónica, educación deficiente y motivación o medios inadecuados para mantener la salud personal. Idealmente, será útil el mejoramiento económico a través de la educación, el empleo y la asistencia pero esta meta es poco factible de alcanzar en el futuro próximo en cualquier país.⁽⁶⁾

Escolaridad. -

La asociación del grado de escolaridad de la mujer con la frecuencia de hijos prematuros ofrece diferencias -- marcadas sobre los extremos del rango pues la frecuencia en la mayoría de los grupos de primaria elemental, preparatoria, va entre el 10.3 y 11.7%, mientras en las analfabetas se registró de 12.9% y en las profesionistas de 9.7%. De importancia resulta observar en esta encuesta las analfabetas constituyeron el 16.9% del grupo y las profesionistas -- solo 2.5%.⁽⁷⁾

-
- (6) Ralph C. Benson, Diagnóstico y Tratamiento Gineco Obstétrico, México, 1979. p. 610.
- (7) Ernesto Díaz del Castillo. Factores que predisponen a prematuridad y bajo peso al nacimiento. Prevención de los defectos al nacimiento. GEN, p. 9

Edad.-

Los riesgos materno, fetal y neonatal son más altos cuando la embarazada es muy joven o comparativamente vieja para la reproducción.

El embarazo es más seguro para la madre y su proge-
nie cuando la edad de la madre es entre 20 y 29 años la con-
cepción en la edad de la madre menor de 20 años se asocia -
con una tasa aumentada de muerte perinatal, y más del 18% -
de los partos prematuros ocurren en éste grupo de edad. En
la actualidad cada vez es mayor el número de nacimientos en
el grupo, etáreo de las adolescentes, único que no ha pre-
sentado disminución en la tasa de natalidad el 18% de los -
nacimientos ocurren en madres menores de 20 años y tanto la
morbilidad como la mortalidad subsecuente ha convertido es-
ta situación en un problema más grave de salud. La concep-
ción después de los 35 años de edad plantea un riesgo cre-
ciente de defectos genéticos y se asocia a una tasa aumen-
tada de muerte perinatal. Las pacientes entre 16 y 19 años
de edad y 30-34 tienen cierto riesgo aumentado perinatal --
(8)
así como materno.

(8) Ralph Benson. Op cit. p. 58

El efecto de la edad como elemento deletéreo para el recién nacido parece limitarse a los extremos de la edad reproductiva. Se han hecho 3 tipos de asociaciones para las madres adolescentes y mayores de 35 años: mal desempeño obstétrico con aumento de enfermedad hipertensiva del embarazo y partos distócicos; mayor frecuencia de bajo peso al nacer de sus hijos y mayor porcentaje de niños con síndrome de Down.⁽⁹⁾

El menor peso al nacer de hijos de mujeres adolescentes y mayores de 35 años está apoyado en trabajos realizados en México por Gutiérrez Calderón, que encontró que la proporción de menores de 2,550 g nacidos vivos en unidades de asistencia pública de la provincia mexicana, era de 18% cuando la madre era menor de 20 años y de 1.5% en total de recién nacidos vivos.⁽¹⁰⁾

Estatura.-

El porcentaje de nacidos vivos (pretérmino), fue -- tanto mayor cuanto menor era la talla de las madres, de manera que para el grupo de aquellas que medían 1.61 mts, o -

(9) Antonio Saldivar G. Características biológicas de la madre y defectos al nacimiento. El feto y su ambiente. GEN, 1983, p. 84

(10) Ibidem.

más se registró una cifra de 8.8% para el grupo de mujeres que median 1.40 mts. o menos fué de 12.9%, es decir, un riesgo por este concepto 50% mayor. Cabe señalar que en nuestro medio este dato adquiere mayor significación por que el grupo de mujeres de talla baja como el de 1.50 mts. o menos alcanzó el 27.8% de la muestra global. (11)

Lechtig y Cols en poblaciones indígenas de Guatemala encontraron que el peso de los recién nacidos es 200 grs. más bajos cuando la mujer mide menos de 1.42 mts. que cuando mide más de 1.50 mts. correlaciones similares fueron encontradas por Thomson que mostró además aumento de morbilidad y mortalidad neonatal en los hijos de mujeres de talla pequeña. (12)

Estado Civil.

En nuestra sociedad y por tradición cultural, el embarazo fuera del matrimonio o unión libre; se considera un factor de riesgo, ya que la mujer que carece del apoyo de --

(11) Ernesto Díaz del Castillo. Op. Cit. pag. 10 Factores que predisponen a prematuridad y bajo peso al nacimiento Prevenición de los defectos al nacimiento.

(12) Antonio Saldivar G. Op. Cit. p. 84.

su pareja sexual; presentará problemas de índole principalmente económico y psicológico lo que impedirá el correcto desarrollo del mismo, ya que tendrá que satisfacer sus necesidades por sí misma. Lo que condicionará que la mujer generalmente sea rechazada en la sociedad; realizará trabajos inadecuados que le impedirán tener el reposo óptimo, así mismo traerá un estado nutricional deficiente y estados de angustia o estrés que se verán reflejados en la evolución de su embarazo.

Alcoholismo.

El abuso del alcohol socava la salud de la madre -- porque origina mal nutrición en particular carencia de ácido fólico y tiamina, hepatopatía y supresión de la médula ósea, además de complicaciones infecciosas como neumonía.

Como el alcohol etílico atraviesa la barrera placentaria, sus niveles en la sangre fetal son más o menos los mismos que en la madre. Se sabe que ocurre intoxicación fetal. El neonato de una madre que está ebria en el momento del -- parto, incluso cuando se administra alcohol para detener el trabajo de parto prematuro nace intoxicado. Las manifestaciones de toxicidad aguda por alcohol en el neonato son: -- Letargo, gastritis e hipoglucemia con bajos puntajes --

(13)
de apgar.

Tabaquismo.

La asociación del Consumo de cigarrillo y la mayor incidencia de pérdidas fetales y de neonatos de bajo peso - al nacer es importante de mencionar. En varios estudios - se comprobó una reducción media del peso al nacer comprendida entre 115 y 400 grs. en neonatos de mujeres que fumaban durante el embarazo. En otros estudios se demostró -- una asociación entre el tabaquismo materno y la mayor incidencia de abortos y mortinatos. Los hijos de madres fumadoras siguen exhibiendo cierto retardo del crecimiento hasta la edad de 11 años. (14)

Exposición a Radiaciones.

Las radiaciones a las cuales está más expuesto el hombre son los rayos alfa, beta y gamma, emitidos por sustancias radiactivas, y los rayos x generados por aparatos de diversos tipos. Estos son capaces de interferir con el

(13) Gerard N. Burrow, Complicaciones médicas durante el embarazo. Ed. Panamericana. p. 590

(14) Idem p. 590

crecimiento, producir muerte embrionaria y deficit funcional post-natal si se utilizan en dosis altas muy superiores a las empleadas para diagnóstico radiológico. (15)

Los efectos clásicos de la radiación sobre los embriones de mamíferos son: Retardo del crecimiento intrauterino y extrauterino, muerte embrionaria, fetal o neonatal, malformaciones congénitas. La estructura que más fácilmente se ve afectada es el Sistema Nervioso Central. (16)

Cada órgano y tejido es particularmente sensible a la acción teratógena de la radiación cuando está en proliferación o en proceso de diferenciación. El periodo crítico es decir el comprendido entre las 2 a 6 semanas de vida, es el momento durante el cual se produce una amplia gama de malformaciones. La lesión embrionaria no produce fatalmente el aborto solo dosis por arriba de 360 r puede asegurar el aborto en el 90% de los casos. Un efecto desfavorable puede observarse después del periodo crítico, hasta el término de la gestación. (17)

(15) Juana Ines Navarrete. Prevención de los defectos al Nacimiento. GEN, 1981. Ed. Ceutes. p. 19.

(16) David N. Danforth. Tratado de Obstetricia y Ginecología. México, 1987. Ed. Interamericana. p. 1191.

(17) Juana Inés Navarrete. Prevención de los defectos al Nacimiento. Op. Cit. p. 21

Exposición a Tóxicos.-

El ambiente desempeña un papel importante en la génesis del 80% de las malformaciones congénitas y dado que el deterioro ambiental es cada vez mayor tanto por la compleja tecnología de nuestro tiempo como por el desorbitado crecimiento de la población, la participación ambiental cobra cada vez mayor importancia, no solo como causante de malformaciones sino de otros defectos al nacimiento como la prematuridad, la desnutrición intrauterina y las lesiones causadas por deficiencias de oxigenación.⁽¹⁸⁾

Metales pesados, insecticidas germicidas, pesticidas aditivos de los alimentos de los contaminantes del aire el monóxido de carbono representa una amenaza mayor día a día por la industria, por los automoviles y los denominados contaminantes sociales como el tabaco, el alcohol, la marihuana y numerosas drogas de empleo cada vez mayor.⁽¹⁹⁾

(18) Juan Urrusti S. El Micro-Ambiente como condicionador de defectos al nacimiento. El feto y su Ambiente. -- GEN Ed. Ceutes. p. 69.

(19) Ibidem p. 70.

Trabajo Materno.-

Existe insignificante mayor frecuencia de nacimientos pretérmino entre las mujeres que realizaron trabajo remunerado (11.4%) con respecto de aquellas que sólo hacían labores hogareñas (10.%)⁽²⁰⁾.

Sin embargo es importante mencionarlo ya que pone a la mujer que trabaja fuera del hogar en desigual circunstancias de aquellas que solo trabajan en el hogar.

Antecedentes Gineco-Obstétricos.-

Multigravidez y Multiparidad.-

Considerados estos con más de 4 gestaciones o más de 4 partos coincide con un aumento discreto de la frecuencia de prematuros en relación a la que se observa en mujeres con 4 o menos gestaciones.

El número excesivo de embarazos es un factor de riesgo para la salud materna y perinatal ya que a partir de la quinta gestación se encuentra un aumento sensible de las

(20) Díaz del Castillo Op. Cit. p. 8.

tasas correspondientes de morbi-mortalidad, dadas por distorciones de contracción, que originan trabajos de parto prolongado y aumentan la probabilidad de ruptura uterina espontánea, hemorragias anteparto y transparto, como consecuencia de mayor frecuencia de inserciones o adherencias anormales de la placenta y hemorragias posparto que son debidas con mayor frecuencia a cuadros de hipotonía o atonía uterina.

Se debe mencionar el efecto diabetogénico de los embrazos numerosos, aparentemente condicionados por la producción de sustancias antagonistas de la insulina por la placenta que puede ocasionar la aparición clínica de la enfermedad en las mujeres con carga genética propiciatoria.

Intervalo Intergénésico.-

En términos generales se acepta que un intervalo intergénésico corto (menor de 2 años) constituye un factor de riesgo especialmente cuando es menor de este lapso. Lo anterior obedece a que los espacios intergénésicos breves se acompañan de depleción o deterioro nutricional materno que a su vez, se asocia a un aumento de la probabilidad de originar productos prematuros o de bajo peso al nacer así como a un incremento de la mortalidad posneonatal. Este último aspecto se considera determinado por el llamado fenómeno de

competencia, que aumenta el peligro de desnutrición a edades tempranas y reduce las posibilidades de supervivencia del hijo previo al ocurrir destete precoz y disminuir, por tanto, la duración de la lactancia materna.⁽²¹⁾

Abortos.

El antecedente de aborto previo en la historia reproductiva de una mujer se considera un factor de riesgo tanto por su tendencia a recurrir, como por ser esta complicación una de las causas principales de muerte materna.

En el caso del aborto espontáneo, el peligro de recurrencia es especialmente patente del tercero en adelante y causa morbimortalidad materna principalmente por hemorragia grave; también, ha sido con muerte fetal temprana.

Por su parte, el aborto inducido también tiende a repercutirse en aquellas mujeres que lo emplean como recurso para limitar el tamaño de la familia y es especialmente peligroso como causante de mortalidad materna, debido a la alta frecuencia y gravedad de las complicaciones infecciosas que la acompañan a lo anterior debe agregarse los problemas de incompatibilidad istmico cervical, resultante de

(21) Riesgo Reproductivo I. I.M.S.S., México, 1984. p.30-31

una instrumentación agresiva de la dilatación del cervix. Finalmente, ambos tipos de abortos pueden dar origen a infertilidad secundaria, en el primer caso por muerte fetal repetida y en el segundo por aborto habitual.

El aborto consecutivo o habitual es aquel que se sucede en forma espontánea en 3 ocasiones sucesivas o 5 o más no sucesivas.⁽²²⁾ Constituye un factor de riesgo para un posible embarazo, tanto por su tendencia a recurrir como por ser esta una causa principal de muerte materna.

Muerte Fetal.-

El antecedente de muerte fetal en la historia reproductiva de una mujer constituye un factor de riesgo porque, tiende a presentarse nuevamente en embarazos futuros. Las causas más importantes de mortalidad fetal se encuentran -- las enfermedades crónico-degenerativas como es la diabetes mellitus, hipertensión arterial lo que ocasiona trastornos vasculares uteroplacentarios que a su vez provoca hipoxia fetal crónica grave. Otro tipo de causas son aquellas que se presentan en el trabajo de parto, como consecuencia de la disminución de la oxigenación provocada por las contracciones uterinas.⁽²³⁾

(22) I.M.S.S. Manual de Normas y Procedimientos en Obstetricia. p. 55.

(23) Riesgo Reproductivo I, Op. Cit. p. 32-33.

Muertes Neonatales.-

Al igual que en la muerte fetal, el antecedente de muerte neonatal en la historia reproductiva de una mujer -- constituye un factor de riesgo, porque con cierta frecuencia es la manifestación obstétrica de un problema que tiende a recurrir o de la presencia de patología de tipo crónico degenerativo. Es causada básicamente por prematurez, bajo peso al nacer y defectos graves al nacimiento. La propi²⁴ cian el trauma obstétrico secundario al intervencionismo -- que motivan las distocias generales por situaciones de riesgo obstétrico.

Hijos con bajo peso.-

El recién nacido de bajo peso se considera a aquel cuyo peso es menor de 2500 grs. el bajo peso puede estar -- asociado al acortamiento de la gestación (prematurez), o -- por inadecuado crecimiento intrauterino (pequeñez para la edad o hipotrofia), se consideran como factores predisponentes algunas características biológicas (edad, talla, peso) socioculturales (clase social, nivel de escolaridad, ocupa-

(24) Riesgo Reproductivo I. Op. Cit. p. 33

ción y nutrición), gestacionales, (número de fetos, patología gestacional, sufrimiento fetal) y del parto (trabajo de parto, ruptura de membranas). El antecedente de hijos con bajo peso, es importante para un posible embarazo, ya que al no corregirse los elementos que la predisponene, es probable que se presente nuevamente aumentando la posibilidad de morbimortalidad del producto de la concepción.

Antecedentes de Hijos Macrosómicos.-

El recién nacido hipertrófico o macrosómico se considera a aquel cuyo peso al nacimiento es mayor de 3,800 -- grs. La importancia como antecedente en la mujer embarazada es la patología a la cual se asocia: la diabetes que influye desfavorablemente en el desarrollo del producto aumentando la morbimortalidad del mismo, aumentando así el número de cesareas por la macrosomía fetal.

Antecedentes de Hijos con Malformaciones.-

Malformación congénita es: "Toda alteración funcional o morfológica presente en el momento del nacimiento en forma notoria a latente, que impide la correcta adaptación al medio extrauterino en los aspectos: Biológicos, psicológicos y sociales; ocasionando muerte o incapacidad limitan-

te para crecer y desarrollarse en las mejores condiciones".

Constituye un factor de riesgo reproductivo y durante el embarazo porque tienen una probabilidad definida de repetir en embarazos subsecuentes.

La probabilidad de recurrencia a la que nos hemos referido depende del tipo de transmisión genética del defecto ejemplo de esto es, los de tipo dominante casi siempre aparecerán de nuevo; en cambio los de tipo recesivo se manifestarán solo en ciertas ocasiones; por lo cual existe indicación clara para prevenir un embarazo cuando el defecto al nacimiento tiene transmisión genética dominante; en caso de que la transmisión sea recesiva debe valorarse la probabilidad de recurrencia para indicar anticoncepción temporal o definitiva.

Otros aspectos de considerar son los agentes teratogenos por ejemplo las radiaciones, los medicamentos el contacto con virus durante el embarazo y las toxicomanfas.

(25) Nicolas Martín del C. Manejo de las malformaciones con
génitas más comunes. Prevención de los defectos al Na
cimiento GEN. 1981, p. 51

Prematurez.-

Es definida: como el nacimiento que se produce entre el final de la 20ava. semana y el final de la 36a. semana de gestación.

La prematurez tiene mayor importancia como causa de muerte neonatal aunque también es responsable de muerte fetal. Existen múltiples causas que puede dar lugar a un parto prematuro. Las principales son: Enfermedades crónicas de generativos de la madre, complicaciones agudas del embarazo edad menor de 20 años, intervalos intergenésicos cortos y anomalías morfológicas o funcionales del aparato genital.

Sin embargo, en la gran mayoría de los casos, la causa precisa del parto prematuro no logra determinarse; por ello la simple historia de partos prematuros previos entre los antecedentes obstétricos de una mujer, debe hacer pensar en una elevada probabilidad de que esta complicación se presente en caso de un nuevo embarazo.

Cesareas Previas.-

Este aspecto conlleva ciertos riesgos en la mujer con este antecedente en caso de que se embarace, la existen

cia de una o más cicatrices uterinas anteriores, se asocia con una mayor frecuencia de inserción baja de placenta, ---acretismo placentario y lesiones viscerales accidentales. Puede presentarse ruptura de cicatriz uterina al presentarse el trabajo de parto espontáneo, produciendo hemorragia in traabdominal que compromete de inmediato la vida de la mujer.
(26)

(26) Manual de Normas y Procedimientos en Obstetricia. Op. Cit. p. 55

Patologías previas y durante el embarazo

Diabetes y Embarazo.

La asociación del embarazo-diabetes siempre ofrece riesgos, porque este tiene una acción diabética que agrava la diabetes y a su vez en el trastorno metabólico ejerce grandes efectos nocivos sobre la madre y el feto.

La asociación diabética del embarazo propicia las siguientes complicaciones:

- Esterilidad primaria
- Aborto habitual o parto prematuro
- Preeclampsia
 - 25% con control
 - 45% sin control
- Polihidramnios del 15-25%
- Malformaciones congénitas
- Mortalidad fetal y neonatal
- Macrosomía fetal que produce aumento de distocias operatorias obstétricas, morbilidad fetal y antrofia uterina.
- Infecciones maternas.

La diabetes resulta nociva para el embarazo, de diferentes maneras. Es probable que se encuentren las consecuencias adversas a la madre:

- 1) El riesgo de preclampsia-eclampsia esta aumentando alrededor de cuatro veces. Se señala un aumento importante de riesgo, incluso cuando no existen pruebas de enfermedad vascular preexistentes.
- 2). La infección se presenta muy amenudo y es probable que sea más aguda en mujeres con diabetes.
- 3) El feto con frecuencia es muy grande, de modo que su tamaño puede crear dificultades durante el parto con lesiones del canal del parto.
- 4) La propensión del feto a morir antes del comienzo del -- parto espontáneo así como la posibilidad de distocias, - aumenta el número de cesáreas y los riesgos maternos con secuentes a esta operación.
- 5) El hidramnios es frecuente y en ocasiones, la gran cantidad de líquido amniótico unido a la macrosomía fetal puede causar a la madre síntomas cardiorespiratorios (Disnea, taquicardia, cansancio fácil, etc.).

6) La hemorragia post parto, es más frecuente que en la población general obstétrica. La diabetes materna perjudica al feto y al recién nacido en diversas formas:

- La cifra de muertes perinatales es considerablemente alta comparada con la población en general. Si bien las cifras perinatales están varias veces multiplicadas al aborto, no es más probable que en la población obstétrica general.

- La morbilidad es frecuente en el recién nacido de madre diabética en algunas ocasiones es consecuencia directa de la macrosomía fetal, con desproporción entre el tamaño del recién nacido y la pelvis materna, elongación del plexo braquial, fracturas de clavícula, hemorragia subaracnoidea etc. En otras ocasiones se presenta en forma de trastornos respiratorios agudos y alteraciones metabólicas que incluyen hipogluceemia e hipocalcemia.

- Estas anomalías se han encontrado con su mayor frecuencia en fetos de mujeres con diabetes.

- Es posible que el recién nacido herede la diabetes.

Hipertensión Arterial.-

El embarazo puede producir hipertensión en mujeres previamente normotensas o gravarla en mujeres que ya eran hipertensas. El edema generalizado, una proteinuria o ambos acompañan a menudo la hipertensión inducida a agravada en el embarazo.

Puede aparecer convulsiones como consecuencia del estado hipertensivo, especialmente en mujeres cuya tensión arterial se ignora.

La hipertensión durante el embarazo según Zuspan se define por el incremento en la presión arterial en 30 o 15 mmHg sistólica o diastólica respectivamente en relación a las tomadas en controles previos o en su defecto una presión arterial de 140/90 mmHg. Las presiones sanguíneas citadas tienen que hacerse manifiestas por lo menos dos veces en seis horas o más separadamente.

Los trastornos hipertensivos del embarazo son complicaciones de la gestación y forman una de las grandes triadas de complicaciones (hemorragia, hipertensión y sepsis) responsables de la mayoría de las muertes maternas, como causas de mortalidad perinatal son todavía más importan-

tes. La causa o causas de la preclampsia-eclampsia siguen siendo desconocidas en su mayor parte, a pesar de las décadas de investigación intensivas se mantienen entre los más importantes problemas obstétricos todavía sin resolver.

El crecido tributo de las vidas maternas, perinatales puede ser cobrado por la hipertensión muy a menudo es evitable, una buena supervisión prenatal reposo, dieta y la detección precoz de los signos y síntomas de la preclampsia proxima y un tratamiento adecuado, seguirán muchos casos la mejoría para el desenlace de la madre y el niño casi siempre sean satisfactorios.

Epilepsia.-

Muchas enfermedades distintas incurrentes con el embarazo pueden presentar entre sus manifestaciones clínicas síndromes neurológicos más o menos graves, alguna de estas enfermedades no son específicamente afectadas por la gravidez mientras que otras resultan alteradas en su curso clínico por el embarazo instituido.

Dado que ciertas complicaciones corrientes directamente relacionadas con el embarazo pueden ofrecer signos -- neurológicos, es difícil diagnosticar una enfermedad neurológica determinada durante la gravidez. La toxemia y la enfermedad cardiovascular hipertensiva ambas complicaciones -

serias de la gravidez pueden asociarse con manifestaciones cerebrales que con facilidad se confunden con enfermedades neurológicas no relacionadas con el embarazo.

Las convulsiones de la preclampsia deberfan distinguirse de la epilepsia idiopatica.

Las habituales alteraciones hormonales del embarazo producen en ocasiones manifestaciones pseudoneurológicas.

Entre los diagnósticos más vagos, pero posiblemente más formulados de complicaciones neurológicas durante el embarazo figura el trastorno neuropsiquiátrico de cualquier indole es evidente que la gestante deba efectuar algunos -- reajustes psicológicos durante su gravidez es posible que el desarrollo de tendencias psicóticas no directamente relacionadas con el embarazo y que actua como situación en espe cífica que sea una lesión orgánica.

En íntima relación con ataques convulsivos figuran diversas formas de coma, este último suele sumarse más a menudo convulsiones primarias del sistema nervioso como que ser una manifestación secundaria de un trastorno no convulsivo. (27)

(27) Hayns M. Douglas. Complicaciones médicas durante el embarazo. Ed. Salvat 1973. Barcelona, España, 252-253.

Se dice que el embarazo tiene efecto nocivo sobre la epilepsia. En algunos casos, sin embargo, la enferma se ve libre durante toda la gestación, en ocasiones los ataques epilépticos se confunden con la eclampsia y se sujetan innecesariamente a las pacientes a las medidas terapéuticas indicadas en la toxemia convulsivamente.

Por otra parte debe recordarse que la mujer epiléptica puede desarrollar eclampsia y requerir el tratamiento recomendado para éstos padecimientos. El tratamiento de la epilepsia durante el embarazo es similar al que se emplea en mujeres no embarazadas debe individualizarse a cada paciente y dar especial atención a la dieta, la eliminación,⁽²⁸⁾ el reposo y evitar preocupaciones y fatiga.

Cardiopatía.-

En la madre con cardiopatía existe una sobrecarga cardiovascular debida al incremento del volúmen plasmático que fisiológicamente ocurren de la semana 28 a la 32 de gestación, puede hacer caer en insuficiencia al miocardio previamente lesionado.

(28) Alfred. C. Beck M.O. Prácticas de Obstetricia, México, 1981 Ed. Prensa Médica Mexicana 3a. Ed. p. 521 - 522.

El daño perinatal obedece a la hipoxia fetal crónica debida a la baja perfusión tisular en los casos de insuficiencia cardiaca y puede generar el síndrome de bajo peso al nacer, prematuridad inducida.

Para preservar a la madre requiere de evaluación clínica particularmente cuidadosa por el equipo multidisciplinario.⁽²⁹⁾

Tiroides.-

El Hipertiroidismo:

Es el aumento del funcionamiento de la glándula tiroidea con hiperproducción de las hormonas tiroideas y el hipotiroidismo es el estado patológico en el que existe una producción insuficiente de las mismas, su desequilibrio origina la utilización de fármacos que alteran la homeostasis materno fetal. Espinoza de los Monteros en un trabajo reciente dice que es más perjudicial el hipertiroidismo que el hipotiroidismo.

(29) Riesgo reproductivo Op. Cit. 41-42.

Preclampsia y Eclampsia.

Llamada también toxemia gravídica es un padecimiento que se presenta en la mujer embarazada y que complica el embarazo parto y puerperio caracterizada por presentar hipertensión arterial, edema, proteinuria y en caso severo -- convulsiones y coma, las mujeres predispuestas a cuadros -- toxémicos son principalmente: primigestas jóvenes, adolescentes embarazadas, madre desnutrida, multipara añosa con -- patología subyacente; puede ser una patología recurrente -- por lo que es importante el control de la fertilidad temporal o definitiva, y una detección oportuna durante el embarazo de los factores de riesgo.

Torch.

La incidencia global de las infecciones congénitas es difícil de valorar. El aumento de inmunoglobulina M -- (IgM) en el suero neonatal sugiere infección fetal, porque esta gran inmunoglobulina no atraviesa la placenta y por -- lo tanto, representa una respuesta fetal endógena de anticuerpos. Un 3% de todos los recién nacidos tienen una con-centración significativamente positiva de IgM en la sangre del cordón.

Toxoplasmosis.-

El *Toxoplasma Gondi* es un protozoo. Se cree que -- los vehiculos de la infecci3n son la carne y las heces de - gato. Se presume que la mujer gestantes podria infectarse por comer carne poco cocinada, por ingesta o posible inhala³ cion de los quistes en heces de gato.

La frecuencia de la infecci3n durante el embarazo - varia en los diferentes pa3ses. Ya que la infecci3n mater- na es difcil de reconocer, los medios m3s efectivos de evi³ tar la Toxoplasmosis cong3nita ser3n los de prevenci3n de - la infecci3n materna. Como no existe hasta ahora vacuna la 3nica medida eficaz es la prevenci3n, evitando la carne cru³ da y las heces del gato.

Los efectos de esta grave enfermedad en los reci3n nacidos pueden ser microcefalia, hidrocefalias, calcifica- ciones cerebrales, corriorretinitis y menos frecuentes, ence³ falitis miocarditis, hepatoesplenomegalia, diarrea, ictericia y convulsiones.⁽³⁰⁾

(30) John Cloherty P. Manual de Cuidados Neonatales. Ed. Interamericana 4a. ed. M3x. D.F., 1987 p. 28-29

Rubeóla.

La rubeóla o sarampión alemán ha sido responsable de múltiples embarazos abortados y de malformaciones graves en los lactantes nacidos vivos.

La rubeóla durante el primer mes de la gestación -- probablemente origine una malformación grave hasta en un 50% de los embriones y probablemente de una cifra superior si se consideran los que abortan espontáneamente. Durante el segundo mes de gestación, la tasa parece reducirse al 25% y durante el tercer mes al 15%.

Actualmente se ha puesto de manifiesto que un gran número de lactantes que nacen vivos sufren signos de infección intrauterina y neonatal continua por rubeóla. El síndrome de alteraciones:

- Lesiones oculares que incluyen entre otras anomalías cataratas, glaucoma y microoftalmia.
- Cardiopatía que comprende persistencia del conducto arterioso, trastornos septales y estenosis de la arteria pulmonar.
- Trastornos auditivos.
- Trastornos de SNC, incluida meningoencefalitis.

- Alteraciones hematológicas que comprenden trombocitopenia.
- Hepatoesplenomegalia e ictericia.
- Neumonitis Interasticial difusa crónica
- Alteraciones oseas
- Alteraciones cromosómicas

Los lactantes que nacen con rubeola congénita pueden eliminar el virus durante varios meses y en consecuencia constituir una amenaza para todos los lactantes, así como para adultos sensibles en contacto con los lactantes --
 (31)
 afectados.

Citomegalovirus.

La infección por citomegalovirus humano (CMV) esta llena de misterios y sus complejidades se parecen a las del estrechamente relacionado herpesvirus. Incluso la vía de inoculación primaria de CMV no se ha definido claramente. Los recién nacidos prematuros que reciben múltiples transfusiones de sangre corren riesgo de infección de origen sanguíneo por CMV.

(31) Jack A. pritchard. Obstetricia. Salvat 3a. ed. 1986 p. 762-763.

El 1% de todos los recién nacidos tienen viruria -- por CMV si bien casi todos ellos parecen normales, no obstante del 5 al 15% de todos los recién nacidos virúricos -- que parecen normales al nacer presentan más adelante, anomalías del desarrollo clínicamente significativas, tales como sordera o retraso mental. Esto quiere decir que la infección congénita por CMV es un problema extremadamente importante ya que cada año al menos 1:750 recién nacidos en E.U. que parecen normales al nacer, desarrollan subsecuentemente serios problemas relacionados con esta infección.

Los recién nacidos afectados pueden padecer microcefalia, calcificaciones cerebrales, hepaesplenomegalia, ictericia y convulsiones.

Herpesvirus.-

La infección durante el embarazo es responsable de una frecuencia de aborto espontáneo, mortinatos y muertes -- al nacer. El herpes genital durante el embarazo es en especial muy devastador para el feto. El riesgo global para -- la progenie de 32 semanas es alrededor de 10%. Las pacientes con esta infección que se quejan de fiebre, malestar, -- anorexia, dolor genital local, leucorrea, disuria e incluso sangrado vaginal.

Sífilis.-

La sífilis no tratada que ha sido adquirida poco tiempo antes de la concepción, generalmente producen aborto a medio trimestre o muerte fetal inutero y el feto casi invariablemente tiene los estigmas de la sífilis. La sífilis adquirida durante el embarazo produce generalmente el parto prematuro; si la sífilis se adquiere en etapas avanzadas -- del embarazo, el niño puede o no tener la enfermedad al nacimiento. La sífilis contraída en etapas tempranas del embarazo responde en su forma similar a la sífilis no tratada en etapas tardías del embarazo y puede esperarse el parto prematuro de un niño con sífilis congénita.⁽³²⁾

Infección Urinaria.-

En el embarazo las vías urinarias son susceptibles a infecciones debido a las secreciones alteradas de estrógenos y otros, porque la presión ejercida por el útero sobre los ureteros, la vejiga causa hipotonía y congestión -- predisponiendo al reflujo uretrovesical y estasis urinaria. En la mayoría de las pacientes el microorganismo agresor es

(32) Krupp, Chalton. Diagnóstico Clínico y Tratamiento. - México, p. 498.

Escherichia coli.

En la mujer embarazada ocurre bacteriuria asintomática y el 5 % lo constituye este factor. La infección sintomática aumentó considerablemente la incidencia de trabajo de parto y partos prematuros.

Casi el 10% de las mujeres embarazadas sufren de infección de las vías urinarias, infección prenatal grave ocurre en 5/8% de las mujeres embarazadas. Un 5% adicional desarrolla las infecciones de las vías urinarias después del parto.⁽³³⁾

La infección urinaria aumenta la posibilidad de parto prematuro y la morbilidad perinatal también se puede llegar a complicar con toxemia.

La infección urinaria se clasifica en:

- Bacteriuria asintomática.
- Bacteriuria asintomática significativa.
- Infección urinaria con manifestaciones clínicas.
- Pielonefritis.

(33) Héctor C. Mondragón. Obstetricia Básica Ilustrada. México, 1982, p. 314.

Bacteriuria asintomática.

En ella se presenta más de cien colonias de gérmenes por ml. de orina sin que exista sintomatología.

Bacteriuria asintomática significativa.

Además de los gérmenes se encuentra leucocituria acetona acentuada (mas de 10 leucocitos por campo). Para diagnosticar las infecciones subclínicas son útiles las -- pruebas siguientes:

- Prueba de Trifenil-Tetrazaliu.
- Prueba de los nitritos (Griess)
- Prueba de la catalasa

Infección urinaria con manifestaciones clínicas.

Aquí puede predominar los síntomas de vías urinarias inferiores o de las superiores.

Quando la infección se instala en vías urinarias inferiores el sitio de infección se implantará en uretra, vejiga urinaria, mitad de ureteros y el cuadro clínico aparecerá poco a poco como son en los síntomas generales, ano---

rexia, náusea, escalofríos, fiebre y los síntomas urinarios polaquiuria, disuria terminal, tenesmo vesical, hematuria - ocasional, ardor a la micción, dolor abdominal a la palpación de la vejiga y por vía vaginal.

Cuando se instala en vías urinarias superiores se -- implantará en mitad superior de ureteros, pelvicilla renal y riñones la aparición es súbita, los síntomas generales son fiebre, elevada y los síntomas específicos: dolor en uno o ambos flancos (de predominio el derecho), dolor a la percusión de una o ambas fosas renales (ángulo costo vertebral), disuria, hematuria frecuente y cilindruria.

Anemia.-

Es un estado patológico que se caracteriza por disminución de ciertos elementos constituidos de la sangre fundamentalmente la hemoglobina y los eritrocitos.

Los mecanismos que median el incremento fisiológico de la actividad hematopoyética durante el embarazo son hormonales y en gran medida representan regulación placentaria del ambiente extrauterino. A causa del aumento de las necesidades de oxígeno durante el embarazo, se incrementa de manera sostenida la actividad de eritropoyetina plasmática materna.

Se ha demostrado que el lactógeno placentario incrementa la acción de la eritropoyetina y estimula la secreción de aldosterona y que por lo tanto afecta tanto a la ma ⁽³⁴⁾sa de eritrocitos como volumen plasmático.

Las causas más frecuentes en la madre son:

- Carencias alimenticias
- Carencias de hierro
- Avitaminosis
- Hemorragias frecuentes y prolongadas.

La importancia de la anemia que ocurre durante el embarazo radica en la frecuencia con que se presenta ya que dependiendo fundamentalmente del medio socioeconómico de la gestante varía entre el 10 y 70% de los embarazos, esta variación se debe a:

- Tipo de alimentación de la paciente
- Raza
- Religión
- Número considerable de embarazos ⁽³⁵⁾

(34) Hohn T. Queenan. Atención del embarazo de alto riesgo. México Manual Moderno 1987, p. 191.

(35) Héctor Castro Mondragón. Op. Cit. p. 314.

El organismo almacena una cantidad de hierro que varía entre 3500 y 400 mg, el 75% de esa cantidad se encuentra en la hemoglobina circulante y el 25% se almacena como ferritina en la médula ósea, bazo e hígado. Para que el organismo materno pueda cubrir las necesidades fetales requiere de mayor cantidad de hierro durante el embarazo.

En un 95% predomina la anemia ferropénica como la forma clínica más frecuente de las anemias aunque también existen otras formas:

- Anemia Megaloplástica
- Anemia Hemolítica
- Anemia falciforme o semilunar

Si bien es cierto que la anemia es una complicación grave del embarazo, también lo es que el diagnóstico y tratamiento oportuno son fundamentales para erradicarla. Es por ello que la mayoría de los servicios médicos se ha adoptado el efectuar una biometría hemática de rutina en la atención prenatal.

INCREMENTO DE PESO DURANTE LA GESTACION

Uno de los cambios más importantes durante el embarazo es el aumento de peso. Diez kilos ochocientos ochenta y seis gramos es aproximadamente el peso que gana la mujer durante el embarazo. De esta cantidad total, sólo novecientos siete gramos aproximadamente, deberán ganarse en los primeros tres meses. En los siguientes 2 trimestres se gana de 1 a 1.5 kilogramos por mes. Este aumento de peso no se debe tan sólo al bebé, sino a otros factores, el peso promedio de un niño recién nacido es de tres kilos cuatrocientos gramos. La placenta pesa cuatrocientos cincuenta y tres gramos y el líquido amniótico, seiscientos sesenta y nueve gramos. Al final del embarazo el útero pesa alrededor de un kilo ciento treinta y dos gramos y los pechos maternos un kilo trecientos cincuenta y nueve gramos; esto quiere decir que el peso ganado en relación directa a la producción es de seis kilos novecientos cincuenta y seis gramos mientras que los otros tres kilos ochocientos cincuenta gramos corresponden a las proteínas que la madre ha almacenado en sus tejidos y al fluido excesivo que ha retenido.

Por lo tanto la mujer de peso subnormal con aumento pequeño de peso en el embarazo debe ser considerada como --

una paciente de riesgo elevado, la mujer que sube de peso - excesivamente tendrá problemas de obesidad y más complicaciones en el embarazo.
(36)

AUMENTO DE FONDO UTERINO

Pocas semanas después de la implantación aumenta el tamaño del útero, que puede ya notarse por la palpación bimanual abdominovaginal. El útero permanece dentro de la pelvis hasta el tercer mes, en que el fondo uterino llega a ser palpable por encima de la sínfisis del pubis. Este progresivo aumento del útero es especialmente útil como signo de diagnóstico. La asimetría temprana desaparece muy pronto, normalmente en el tercer mes y, desde este momento, el aumento del útero es simétrico. El diagnóstico diferencial debe hacerse con otras causas de aumento uterino.

El útero cambia de forma a lo largo del embarazo, pasando de tener una configuración en forma de pera a tener un contorno globular, con una fase entre las dos anteriores en que tiene cierta forma asimétrica. En los meses posteriores el útero se elonga y el fondo crece hacia el exterior.

(36) Ralph Bensón. Op. Cit. p. 625

La palpación progresiva a lo largo del embarazo de la altura del útero puede dar una fecha exacta de la edad gestacional. El fondo uterino se palpa justamente por encima de la sínfisis del pubis en la décima semana de gestación. En la 16 semanas de gestación alcanza aproximadamente la mitad del camino entre la sínfisis del pubis y la cicatriz umbilical, y en la 20 semanas alcanza esta última; en la 28 semana, el fondo uterino se encuentran a 3 traveses de dedo por encima de la cicatriz umbilical y, en las siguientes 4 semanas, aumenta otros 3 traveses de dedo, en la semana 36 el fondo del útero alcanza el reborde costal y permanece en esa situación hasta el momento de inicio del parto, en la multipara; en la primigesta, el fondo desciende 2 traveses de dedo sobre su máxima altura en el momento del inicio del parto, en la primigesta, el fondo desciende 2 traveses de dedo sobre su máxima altura en el momento del encajamiento.⁽³⁷⁾

MOVIMIENTOS FETALES

Sobre la décimo octava semana de gestación la paciente nota normalmente, una mañana, al despertarse, una sensación peculiar en el abdomen, amenudo descrita como el aleteo de un pájaro entre las manos. Esta sensación es pro

(37) David Danforth. N. Op. Cit. p. 350-357

ducida a la madre por la percepción de los movimientos del feto. Las multiparas tienden a notar estos movimientos fetales antes que las primigestas, presumiblemente porque recuerdan el síntoma de anteriores gestaciones.

La percepción de movimientos fetales por la madre -- provee una estimación aproximada de la edad gestacional. -- Aunque ello puede ocurrir en cualquier momento, desde el -- tercer mes y medio al quinto mes, la percepción de movimientos fetales normalmente ocurre sobre la 18 semana en la multigesta y una o dos semanas más tarde en la primigesta. Es te método debe ser utilizado únicamente como ayuda para --- otros métodos de cálculo y sabiendo que experimenta gran variabilidad.
(38)

Se considera signo de alarma cuando los movimientos fetales disminuyen sin tener una causa aparente, ya que esto puede ser causado por reducción del aporte nutricional -- al feto, por lo tanto se debe de buscar la causa que origina la disminución de los movimientos y evitar futuras complicaciones que pongan en peligro la integridad fetal; sin olvidar que los estados de ánimo maternos también se consideran factores predisponentes de hipomotilidad fetal.

(38) Ibidem p. 349-356.

Factor RH.-

El antígeno RH está presente en el 85% de la población blanca, a los individuos que la presentan se les consideran RH positivos (RR o Rr). El 15% de la población restante (rr) se conoce como RH negativo.⁽³⁹⁾

El factor RH constituye un factor de riesgo en el embarazo ya que si la madre es Rh negativo y el padre es RH positivo el producto será RH positivo. En algunos casos -- los glóbulos rojos (que llevan antígeno RH) del feto pasan a través de la placenta a la circulación de la madre, causan la producción de anticuerpos que regresan a la circulación del feto y destruyen sus eritrocitos; si el daño se extiende, el feto muere y ocurre el aborto; si hay menor daño al niño, puede nacer pero sufre de ictericia o anemia grave.

No todas las madres de estos productos producen anticuerpos,⁽⁴⁰⁾ al menos en los primeros embarazos.

(39) C.N.E.B. Biología, Unidad, Diversidad y Continuidad - p. 686.

(40) Idem.

HEMOGLOBINA EN GRAMOS

Se admite que el límite "normal", de Hemoglobina en el embarazo es de 12 gr/dl; si la hemoglobina esta por debajo de 12 gr/dl aún considerando la hemodilución del embarazo, la mujer está probablemente anémica. Los valores de hematocrito y hemoglobina deberán determinarse en cada embarazo, en la visita inicial, aproximadamente a las 26 SDG y -- aproximadamente una o dos semanas antes del parto. Las posibles alteraciones por un valor bajo de H.B. en la madre - pueden ser: fallo cardíaco, intolerancias a pérdidas hemáticas y predisposición a las infecciones y en algunos casos - partos distocicos. Y en sufrimiento fetal durante el parto, resultado de una oxigenación útero-placentaria deficiente, y con la subsiguiente hipoxia fetal.⁽⁴¹⁾

RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS

Esta puede presentarse, en caso de haber una infección ascendente procedente de cuello y vagina producen inflamación de las membranas haciendolas friables y propensas a la ruptura. Si éstas se llegan a romper cursando una -- edad gestacional temprana, existe el riesgo de producir en

(41) David N. Danforth. Op. Cit. p. 474.

el producto el síndrome de A.D.A.M., que provocará adherencias, deformidad, malformaciones y mutilaciones en el producto, por la adherencia de la parte del útero que contiene al producto. Dando como complicaciones carioamnioit⁽⁴²⁾is, prolapso de cordón umbilical y prematur⁽⁴²⁾ez.

LIQUIDO AMNIOTICO

El líquido amniótico se encuentra ya el volumen -- apreciable desde la 8a. S.D.G. Al progresar el embarazo el volumen aumenta entre 25 a 50 ml. por semana; a las 12 semanas hay 50 ml, a las 20 semanas hay 600 ml y alcanza su volumen máximo hasta 1,000 ml. aproximadamente a las 38 semanas. Posteriormente, el volumen disminuye gradualmente, de manera que en 40 semanas hay 800 ml, en promedio; si el embarazo pasa término normal, el líquido amniótico disminuye más rápidamente y a las 42 semanas hay 250 ml. aproximadamente. El líquido amniótico se recambia totalmente cada 3 horas. Por ello, la función de absorción del aparato digestivo fetal y la excreción de los riñones fetales son la causa principal de la composición y volumen del líquido amniótico. Alteraciones o la falta de deglución del feto se -- acompañará de polihidramnios y malformaciones que impidan -

(42) Nicolás Casanova Alvarez. Obstetricia. Ed. Salvat, - México, 1983, p. 210.

que el feto miccione se acompaña de oligohidramnios. (43)

AMENAZA DE PARTO PRETERMINO

Se define como aquel que se produce entre el final de la semana 20 y el final de la semana 36 de gestación. (44)

Entre los factores relacionados con el parto pretérmino son: infecciones urinarias, anomalías congénitas del útero, amniocitis, ruptura prematura de membranas, hidramnios, embarazo múltiple, estado socioeconómico bajo, edad menor de 18 años o mayor de 35 años, cervicovaginitis, antecedentes de hemorragia uterina durante el embarazo, leiomiomas, enfermedad hipertensiva durante el embarazo. En la paciente con una historia de partos pretérmino repetidos, es prudente restringir el trabajo, los viajes y el ejercicio y fomentar el descanso, especialmente durante el último trimestre. Referente al tabaco se ha demostrado que está claramente relacionado con el parto pretérmino. (45)

(43) Nicolás Casanova Alvarez. Op. Cit. p. 94

(44) Manual de normas y procedimientos en Obstetricia. Op. Cit. p. 55

(45) David N. Donforth. Op. Cit. p. 43.

CONSANGUINIDAD

Literalmente entendemos este concepto como, aquellos individuos que tienen un antepasado común llámese padre, tío y que se unen para formar una familia, básicamente no existe ningún problema, pero el riesgo puede existir cuando la mujer esta gestando ya que puede tener un producto afectado por un síndrome o una malformación genética. Este tipo de pareja debe de afrontar los riesgos en base a factores físicos, emocionales, y financieros, para evaluar si puede o no llegar un niño afectado. Se recomienda a la pareja que busque a un consejero genético y hacerse auscultar por médicos cardiólogos, neurólogos, oftalmólogos y otras disciplinas médicas.

ESTADOS DE ANGUSTIA

Los tres primeros meses del embarazo se caracterizan a menudo por emociones variables y por una ambivalencia en la actitud de la mujer respecto a su estado. Es frecuente observar cansancio, náuseas y vómitos, pero de ordinario no son excesivos. Si éstos síntomas llegan a ser graves pudieran indicar que la paciente está sufriendo una intensa ambivalencia, depresión, inestabilidad emocional o proble-

mas familiares.

Es frecuente que la embarazada se sienta deprimida, especialmente en situaciones de estrés. Al principio del embarazo la mujer puede sentirse eufórica y más tarde sufrir temor o ansiedad por sus molestias físicas y su creciente necesidad de apoyo. En el segundo trimestre con la aparición de signos visibles de embarazo y de actividad fetal, la mujer parece de pronto más segura de sí misma, menos emotiva y, en muchos casos, orientada más positivamente hacia su marido. En parte, esto se debe a la desaparición de algunos de los desagradables síntomas físicos del embarazo, la conciencia de la realidad del bebé y la necesidad de prepararse para el futuro.

Sin embargo, durante este tiempo a algunas mujeres puede preocuparles mucho su figura. Además, los movimientos fetales les evidencian más el embarazo que en su fuero interno ha tratado de negar. En el tercer trimestre habitualmente, los sentimientos de dependencia aumentan en el tercer trimestre y con ellos una mayor conciencia e identificación con el hijo no nacido. Durante este período aumentan las molestias físicas y el sueño es inquieto por reducción de la capacidad vesical y de la creciente ansiedad por el parto y el estado de su hijo. ⁽⁴⁶⁾

(46) Jack Pritchard. A. Op. Cit. p. 72-73.

CLINICA DEL PARTO

Aspecto Psicoemocional.-

En el aspecto psicoemocional, la eminencia del parto nos permite constatar desde una espera serena a inquietud, a temor, y hasta terror.

La personalidad de la mujer es el factor básico, pero actúan como condicionantes la paridad y la confianza en el equipo asistencial y el entorno socioambiental. Una mujer primípara confiada en su obstetra estará más tranquila que una secundípara que guarda mal recuerdo de su parto anterior y la casada con un hombre angustiado, estará más intranquila que la que cuenta con un conyuge ecuanime.⁽⁴⁷⁾

CONCEPTO DE PARTO

El parto es el proceso por virtud del cual el producto maduro, o casi maduro de la concepción, se separa del útero y es expulsado al exterior por el organismo materno.

Se considera que el parto es normal o eutócico cuando el feto se presenta de vértice y el proceso se termina --

(47) J. M. Dexeus. Fisiología Obstétrica. Barcelona, España 1984, Ed. Salvat. Vol I, p. 434.

sin necesidad de ayuda artificial a la madre ni al feto. (48)

PERIODOS DEL PARTO

En la clínica del parto distinguimos unos prodrómos o preparato que evidencian la preparación del organismo materno para el llamado trabajo de parto, el cual subdividimos en cuatro periodos:

- 1) Es el período de borramiento y dilatación del --cuello uterino.
- 2) Este período comprende desde la dilatación y borramiento completo del cérvix y la expulsión del producto.
- 3) Este período comprende desde la terminación total de la expulsión del producto y la expulsión de placenta. A este período también se le conoce como período de alumbramiento.
- 4) Período de postalumbramiento.

(48) Lull y Kimbrough. Obstetricia Clínica. Ed. Interamericana. 5a. ed. México, D.F., 1982. p. 431.

Prodrómos del trabajo de parto:

El parto requiere de una etapa de maduración que -- constituye la culminación de las modificaciones gravídicas y en la que la parturienta en ciernes presenta unos síntomas y signos que conocemos por: Prodrómos del Trabajo de parto; éstos -- pueden empezar unos días o unas horas antes del parto, y -- los síntomas y signos son los siguientes:

El cansancio de los días precedente se torna en an mación, unas horas antes del parto. Si reconocemos a la paciente en este período, es frecuente observar una pérdida - de peso de unos 500 g. una discreta elaboración tensional y más raramente hipotermia.

El síntoma principal está constituido por las con tracciones uterinas que aumentan en frecuencia e intensidad de forma que se perciben como molestias y aun brevemente do lorosas. Su característica en esta etapa es que no son --- rítmicas y se intercambian con períodos oscilantes entre 10 y 30 minutos. Esta activación contráctil, que es percibida ya por la gestante, busca y generalmente consigue un descen so de la presentación con lo que aquella siente mayor peso genital y pueden asentarse la poliaquiuria, el tenesmo y la patología hemorridal, así como el flujo. El consecuente bo

rramiento del cuello puede determinar el desprendimiento de moco o "limos" del canal cervical que alguna vez por su mayor consistencia se identifican como el tapón mucoso del --cuello que debido a pequeñas infusiones hemorrágicas capilares se tife de sangre.
(49)

La primera etapa del trabajo de parto comienza con el inicio de las contracciones uterinas regulares e interminentes y termina cuando al dilatación del cérvix es completa.

Esta suele ser la etapa más larga del trabajo de --parto y, por lo general es más prolongada en los primeros -embarazos. La duración promedio de esta etapa es de 8 a 11 horas en una paciente primípara y de 6 a 8 horas en una mujer multigesta.

La segunda etapa del trabajo de parto se extiende -desde la dilatación completa del cérvix hasta el nacimiento completo del producto. La duración promedio de esta etapa va desde unos minutos hasta una hora.

(49) J.M. Dexeus Op. Cit. p. 434-435.

La tercera etapa del trabajo de parto comprende desde la terminación del nacimiento del producto hasta el alumbramiento de la placenta, la duración va desde unos minutos hasta media hora después del nacimiento del producto.⁽⁵⁰⁾

El cuarto período del parto, aunque el parto terminó con la expulsión de los anexos, podemos incluir este período del postalumbramiento que comprende las dos primeras horas después del nacimiento fetal. Para la vigilancia de la parturienta es útil no considerar el parto como terminado, por que en este período debe conseguirse la hemostasia inmediata y en el curso de este se fraguan las más graves complicaciones hemorrágicas, por lo cual debe considerarse el cuarto período de 24 horas.⁽⁵¹⁾

El tiempo de duración del trabajo de parto, va a depender de los factores que intervienen en él, de los cuales hablaremos más adelante.

Todos los factores que intervienen en el trabajo de parto actúan de forma interrelacionada; esto quiere decir que la falla de alguno de ellos puede atraer como resultado complicaciones y provocar lo que se llama "Parto Prolongado".

(50) Ralph C. Op. Cit. p. 666-667

(51) J.M. Dexeus Op. Cit. p. 439

Parto Prolongado. -

El parto prolongado se define como todo aquel que dura más tiempo de lo habitual. En primigestas cuando rebasa el límite normal de duración; o sea, de 8 a 11 horas y en multíparas de 6 a 8 horas se considerará parto prolongado.

Para diagnosticar el parto prolongado el factor más importante es determinar las perturbaciones o anomalías en el mecanismo del parto.

El parto prolongado es motivo de compromiso biológico de la madre y constituye para el feto un alto riesgo de hipoxia y traumatismo; además, aumenta la frecuencia de intervenciones quirúrgicas, puede ocasionar desequilibrio electrolítico y ser causa de infecciones postparto.

Las causas a las que se atribuye el parto prolongado es a las distocias que significa "parto difícil", las cuales pueden ser: de contracción, de origen fetal y de partes blandas; es por ello que en el tratamiento debe precisarse con exactitud la existencia y el tipo de distocia que produjo el parto prolongado, resolver el parto en la brevedad posible que el caso en particular lo amerite ya sea

por vía vaginal o bien mediante operación cesarea.

Como medidas preventivas se señaló el atender adecuadamente la vigilancia de la dinámica del trabajo de parto, detectando alteraciones anticipadamente en el binomio por medio de valoraciones adecuadas.

Factores que intervienen en el parto.

En todo trabajo de parto hay tres factores esenciales: 1. Las fuerzas expulsivas, 2. Elementos en tránsito, y 3. Trayecto.

1) Las fuerzas expulsivas son las responsables de "sacar" al producto y la placenta fuera del organismo materno, y estas se derivan de las siguientes fuentes:

- a) Las contracciones uterinas involuntarias.
- b) Los esfuerzos voluntarios de pujo.
- c) Las contracciones de los músculos elevadores del ano.

Las contracciones uterinas son involuntarias e intermitentes pero regulares durante el trabajo de parto. Al principio el intervalo entre las contracciones es de unos -

veinte minutos, pero este disminuye gradualmente y durante el máximo de los esfuerzos expulsivos, las contracciones se repton cada dos minutos.⁽⁵²⁾

Antes de entrar más profundamente al tema, se mencionarán algunas definiciones importantes para el entendimiento más claro del mismo:

Frecuencia.- El número de contracciones uterinas -- que se presentan en 10 minutos.

Intensidad.- Es la presión máxima desarrollada en la cavidad uterina durante la contracción.

Duración.- Es el período comprendido entre el inicio y el término de la contracción.

Tono.- Es el período comprendido entre el inicio y el término de la contracción.

La contracción uterina tiene su origen en los denominados "marcapasos" uterinos, situados en ambas zonas coronofundicas, cerca del lugar de implantación de las trompas.

(52) Alfred. C. Beck. Op. Cit. p. 172

De acuerdo con Larks, el marcapaso derecho sería el predominante en la mayoría de los casos. A partir del marcapaso, la onda contractil sufre una propagación en sentido descendente y se irradia así paulativamente al resto del órgano. El hecho de que la onda contractil ha llegado a las diferentes partes del útero en momentos diferentes, pero que el acme de la contracción (punto más alto de la curva de presión intraamniótica) se alcance de forma casi simultánea en todas ellas, se debe el denominado "Triple gradiente Descendente" cuyos componentes son: a) Sentido descendente de la propagación; b) disminución progresiva de la duración de la contracción a medida que la onda se aleja del marcapaso, y c) pérdida progresiva de la intensidad contractil conforme la contracción pasa de las zonas altas a las bajas. (53)

Lo anterior aunado a la disposición de las fibras musculares del útero, que tienen una disposición más o menos circular en la mayor parte de sus paredes y fondo, hace que durante la contracción disminuyen los diámetros anteroposterior y transversal mientras el útero se alarga al mismo tiempo. El hecho de que el istmo y el cervix sean tirados hacia arriba conforme el parto progresa demuestra la importancia de las fibras musculares longitudinales que los constituyen.

(53) Jack Pritchard A. Op. Cit. p. 299

Una contracción uterina actua de dos formas: primero, la contracción de sus elementos circulares disminuye -- los diámetros transverso y anteroposterior, estrechando y -- alargando de ese modo el ovoide fetal, segundo: las fibras longitudinales estiran el débil segmento inferior y el cervix sobre el plo inferior del feto.

Conforme el parto avanza, el segmento activo o contractil del utero se hace progresivamente más grueso y más corto, esto es debido al acortamiento permanente de sus fibras musculares que sigue a cada contracción y es denominado retracción. La retracción progresiva conduce al alargamiento y adelgazamiento pasivos del istmo uterino.

a) Los esfuerzos voluntarios durante el período de expulsión, son un reflejo que es iniciado por la presión de la presentación o de las membranas sobre el piso pélvico y es el mismo reflejo que se establece durante el acto de la defecación.

b) Las contracciones de los músculos elevadores del ano, que durante la mayor parte del trabajo de parto se encuentran pasivos, es estimulada cuando la presentación esta siendo forzada através del anillo vulvovaginal, la contracción de estos músculos, en los intervalos entre los "dolores", ayuda a determinar el receso de la cabeza y facilita

de ese modo la restauración temporal de la circulación fetal. Después de que el occipucio ha pasado debajo del arco púbico, la extensión de la cabeza también es ayudada por la contracción de los músculos del diafragma pélvico. Una acción similar ayuda también a los esfuerzos voluntarios en la expulsión de la placenta después de que ha sido desprendida y empujada a la vagina.⁽⁵⁴⁾

Durante el período de dilatación, a medida que éste progresa, se incrementa la frecuencia y la intensidad de las contracciones. En la primera mitad de la dilatación (cinco centímetros), aparecen con una frecuencia de 3-4 contracciones/10 minutos y en la segunda mitad (seis-diez centímetros) la frecuencia pasa de 4-5 contracciones/10 minutos.

La duración normal de las contracciones uterinas durante el trabajo de parto va desde 40 a 90 segundos, desde su inicio hasta su terminación.

En conclusión se señala que las fuerzas expulsivas que contribuyen al borramiento y dilatación del cuello uterino, cuando cumplen las características mencionadas (regu-

(54) Ibidem. p. 174.

lares, intermitentes, expontáneas, dolorosas y eficaces para borrar y dilatar el cuello uterino) deben hacer que ésta sea progresiva y que vaya de 1 a centímetros por hora. ⁽⁵⁵⁾

Cuando esto no sucede así se presentan las distocias de contracción que se traduce en una mala contracción uterina. Tradicionalmente las distocias se clasifican en cualitativas y cuantitativas con conservación de la sinergia funcional y sin ella.

Trastornos cualitativos: significa que los marcapasos principales estan funcionando incoordinadamente o que hay interferencia en la función de los marcapasos secundarios; así tenemos: la incoordinación de primer grado con la interferencia funcional de los marcapasos principales, los cuales emiten por separados ondas incoordinadas y asincrónicas: la incoordinación de segundo grado o sea la interferencia entre los marcapasos secundarios y primario llamado también "fibrilación uterina" que es la forma más grave de incoordinación, pues el útero esta dividido de modo funcional en varias zonas que se contraen de manera independiente y asincrónica.

(55) Jack Pritchard. A. Op. Cit. p. 305

Transtornos cuantitativos: ocurren cuando se superan los límites normales de las contracciones uterinas en cuanto a frecuencia, duración, intensidad y tono uterino.

- Síndrome de hipodinamia o hipoactividad.
- Inercia primaria: alteración de la dinámica desde el inicio del trabajo de parto.
- Hiposistólia: (contracciones de menos de 25 mm Hg)
- Bradistolia: menos de dos contracciones en 10 minutos.
- Inercia secundaria: El inicio del trabajo de parto es normal; los datos son semejantes a la inercia primaria pero generalmente se asocia con hipotonía y frecuentemente está relacionado a factor mecánico.

Síndrome de hiperdinamia o hiperactividad.-

- Hipersistolia: contracciones superiores a 50-60 mm de Hg.

- Polisistolia a taquisistolia: más de cinco contracciones en diez minutos.

Síndrome de Hipertonía.-

- Primarias o auténticas como en el caso del hematoma retroplacentario.
- Secundarias.
- Sobresdistensión uterina: hiposistolia con sobresdistensión.
- Incoordinación: hiposistolia, taquisistolia, intensidad y frecuencia irregular.
- Taquisistolia con hiposistolia.
- Síndrome con disociación de la sinergia funcional
- Síndrome de schickele o distocia cervical: inversión del triple gradiente descendente, llamado también anillo de schroeder.
- Síndrome de Demelin, anillo de contracción en el segmento uterino.

- Síndrome de hipertonia del segmento inferior.

Conocer las características normales de la actividad uterina durante el trabajo de parto es fundamental para reconocer el cuadro clínico de distocia dinámica. Asimismo es importante conocer la gran diversidad de reacciones de la parturienta en respuesta a la actividad uterina que van desde la actitud estóica hasta cuadros hiteriformes.

El tiempo aproximado que dura el primer período del trabajo de parto tanto en primigesta, secundigestas o multiparas, y la prolongación de éste, de acuerdo con el caso en particular y la experiencia del obstetra, obliga a descartar la distocia dinámica.

Los antecedentes de cirugía uterina, malformación uterina y cirugía del cervix, nos pone en sobreaviso respecto a probable distocia dinámica, desde luego esto adquiere mayor validez al correlacionarlos con el cuadro clínico.

Los efectos sobre la madre en caso de parto lento u obstruido son: fatiga, deshidratación, desequilibrio hidroelectrico, choque, sepsis o descompensación respecto a alguna patología de fondo en particular como: cardiopatía, diabetes, etc; esto a su vez repercute en la homeostasis fetal tomando en cuenta el binomio madre-hijo.

En caso de síndrome por exceso de actividad uterina la complicación materna es la ruptura uterina de diversos grados y tipos sobre todo en pacientes con cirugía uterina previa. En el feto va desde el sufrimiento fetal con su consecuente historia natural hasta la muerte fetal en utero.

El pronóstico dependerá del manejo adecuado y acorde con el diagnóstico temprano. (56)

Las medidas preventivas se encaminarán a la detección de los factores de riesgo que se mencionan anteriormente y el uso adecuado de medicamentos durante el parto, principalmente ocitócicos

2)- Elementos en Tránsito.

Son los productos de la concepción contenidos en el útero de donde van a ser expulsados. Están constituidos por:

- a) El feto.
- b) La placenta
- c) Líquido amniótico

(56) C. Manual de Normas y Procedimientos en Obstetricia -- Op. Cit.

EL FETO. -

Para hacer con exactitud el diagnóstico, para entender debidamente el mecanismo del parto y poder tratarlo eficazmente, es preciso tener cabales conocimientos de las muchas y diferentes posturas que puede tener el feto en el útero. Hay ciertos términos que sirven para designar posturas acerca de algunas de las cuales mencionaremos: ⁽⁵⁷⁾

a) ACTITUD: Es la relación que muestran entre sí las diferentes partes del feto. La actitud del feto es la responsable de tres diferentes variedades en las presentaciones cefálicas: cuando la cabeza está bien doblada o flexionada, se presenta el vértice u occipucio; la marcada extensión de la cabeza determinada que la barba o mentón sea el polo sobresaliente y entonces la presentación es denominada presentación de cara o mentoniana: si la actitud es la semiflexión, la frente es la parte que se presenta y la presentación es designada: presentación de frente. ⁽⁵⁸⁾

b) SITUACION: Es la relación que guardan entre sí los ejes mayores del útero y del feto; esta puede ser: longitudinal, transversa; esto va a depender de si el eje lon-

(57) Litzenberg. Sinopsis de obstetricia, México, 1981. Ed. Hispanoamericana p. 72

(58) J.M. Dexeus. Op. Cit. p. 218.

gitudinal del feto es paralelo o forma ángulo recto con el eje longitudinal del útero.

c) PRESENTACION: Es la parte fetal (móvil) que al término del embarazo o principio del parto está en relación con el estrecho superior de la pelvis o ha penetrado en la excavación pelviana.⁽⁵⁹⁾ La presentación puede ser: cefálica, pélvica o de nalgas y podálica; cada una con sus diversas variedades.

d) VARIEDAD DE POSICION: Se denomina así la relación existente entre el punto de referencia de la presentación fetal y los extremos de los diámetros de la pelvis materna.

e) POSICION: Es la relación que guarda el dorso del producto con la mitad derecha o la mitad izquierda de la pelvis materna.⁽⁶⁰⁾

CABEZA FETAL.-

La cabeza fetal, debido a su tamaño y relativa rigidez, es el factor fetal más importante en el mecanismo del parto. Desde el punto de vista obstétrico se divide en la bóveda craneana, más grande y más compresible, y la cara y

(59) J.M. Dexeus Op. Cit. p. 218

(60) Alfred. C. Beck Op. Cit. p. 164

base del cráneo menor e incompresible. Las partes componentes de ésta última están bastante firmemente unidas y bien osificadas. Por el contrario, los huesos de la primera son delgados, pobremente osificados y flojamente unidos por elementos membranosos. La bóveda craneana, es por consiguiente, más o menos maleable y en el curso del parto llega a -- moldearse para adaptarse al canal através del cual debe pasar.

La bóveda del cráneo está formada por los dos huesos frontales, los dos parietales, los dos temporales y el occipital, unidos flojamente por elementos membranosos o suturas.⁽⁶¹⁾

En obstetricia, las suturas interparietal, parieto-occipital y parietofrontal, son comunmente conocidas con el nombre de sutura sagital, lambdoidea y coronal. En los puntos de intersección, éstas uniones membranosas se ensanchan considerablemente para formar las fontanelas, las más importantes de las cuales son la anterior y la posterior.

La fontanela anterior o bregma, está situada en el punto de unión de los dos huesos parietales y los dos fron-

[61] Ibidem. p. 193.

tales. Es una figura en forma de rombo en la cual se cruzan cuatro líneas de sutura.

La fontanela posterior está situada en la unión de los dos huesos parietales y el occipucio. Es de forma triangular y está formada por la intersección de tres líneas de sutura.

Las suturas y fontanelas no sólo contribuyen a la maleabilidad de la cabeza fetal sino que sirven como referencia valiosas que ayudan al diagnóstico de presentación, posición y postura.

La bóveda craneana está dividida en vértice, occipucio y sincipucio. El vértice es la porción que está situada entre la fontanela anterior y posterior y se extiende lateralmente a las eminencias parietales. El occipucio es la región del hueso occipital y está atrás de la pequeña fontanela, mientras el sincipucio está situado entre la gran fontanela y la órbita.

El tamaño y forma de la cabeza se determinan midiendo los diámetros y circunferencia de los planos que interesan en el mecanismo del parto.

- 1.- Occipito mentoniano: Es el mayor diámetro de la cabeza fetal y va del mentón al occipital y mide 13 a 13,5 cm.
- 2.- Occipito frontal: Va de la raíz de la nariz hasta la -- fontanela posterior y mide 12 cm.
- 3.- Suboccipito frontal: Se extiende de la unión del cuello con el occipucio y mide 10.5 cm.
- 4.- Suboccipito bregmático: Va de la unión del cuello con el occipucio al bregma y mide 9.5 cm.
- 5.- Biparietal: Es la distancia entre las dos eminencias parietales y mide 9 cm.
- 6.- Bitemporal: Se extiende de una sutura temporal a la -- otra y mide 8 cm.
- 7.- Bimastoideo: Mide 7 cm. (62)

Para que se pueda presentar el parto normal el feto debe poseer tanto en su anatomía como en ubicación intracrina requisitos que son indispensables, entre los cuales se encuentran: situación-longitudinal; Presentación cefálica; compatibilidad entre las medidas de la cabeza del feto y --

(62) Alfred. C. Beck. Op. Cit. p. 197.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

los diámetros de la pelvis materna. Si alguno de éstos factores se viera alterado podría dar lugar a: Distocia de origen fetal o a la desproporción cefalopélvica.

Las distocias de origen fetal se definen como aquellos factores dependientes del feto que interfieren con la adecuada progresión del trabajo de parto.

Estas se pueden clasificar en:

- Anomalías de presentación (pélvica)
- Anomalías de situación (transversa, oblicua)
- Anomalías de posición (occipitoposteriores)
- Anomalías de actitud (cara, frente)
- Anomalías por volúmen fetal aumentado en forma generalizada (hidrocefalia, ascitis, etc).
- Anomalías por volúmen fetal generalizado (macrosofía fetal).

El diagnóstico se hará de acuerdo al cuadro clínico que se presente y deberán evitarse las complicaciones.

En el feto pueden ser: traumatismos, sufrimiento fetal y muerte fetal.

En la madre pueden presentarse: edema, laceraciones, desgarros del conducto del parto.

LA PLACENTA Y MEMBRANAS OVULARES

La placenta es el órgano mediante el cual se produce el recambio de oxígeno, anhídrico carbónico, productos nutritivos y sustancias de desecho. Al término del embarazo, la placenta pasa de 450 o 500 gr. y forma un disco aplastado de 12 a 20 cm. de diámetro por 2 a 3 cm. de grueso. Las dimensiones y el peso varían según su contenido en sangre, o sea según que se haya cortado el cordón o no, y en algunas enfermedades.

La cara uterina está formada por 16 a 20 cotiledones o lóbulos divididos por profundas cisuras a nivel de los septos de la decidua.

La unidad funcional de la placenta es la vellocidad que se agrupan en racimos abundantemente ramificados y son de dos tipos: Las que flotan libremente en los espacios vellosos llenos de sangre materna y las que están unidas a la decidua. Los vasos vellosos más finos se reúnen para constituir otros de mayor calibre que a su vez se reúnen para formar las ramas de las arterias y venas umbilicales visibles debajo de la capa brillante del amnios en la superficie fetal.

(63) Lull y Kimbrough. Op. Cit., p. 57

Las anomalías en la inserción de la placenta como lo es la placenta previa, donde tienen una implantación tan baja que invade el orificio interno del cuello uterino - y sus diversas variedades, si llegará a separarse traería como consecuencia sufrimiento fetal agudo y/o un producto pre-término, generalmente no llega a causar la muerte.

La implantación baja de la placenta si mantiene - esta posición la mayor parte "mueve", antes del tercer trimestre tiene tendencia de producir productos con menor peso, por el pobre desarrollo de la decidua en el segmento infe-
rior del útero. (64)

Es importante reconocer el infarto, ya que es un indicador de flujo sanguíneo disminuido y generalizado hacia la placenta, particularmente si es una zona central la afectada por el infarto. La isquemia feto placentaria es importante no solamente por que puede resultar en la muerte sino por producir sufrimiento fetal tanto agudo como crónico. --- (con retraso en el crecimiento fetal).

La isquemia feto-placentaria ocurre en dos cir-
cunstancias:

(64) Belinda R. Davies. El Feto y su Ambiente. Op. Cit. -- p. 57

- 1.- Cuando existe patología que disminuye la luz de las arterias deciduas.
- 2.- Cuando hay una disminución funcional del flujo sanguíneo hacia el útero.

En ciertas circunstancias ambientales, por ejemplo, cuando hay anemia materna, en casos de gemelos, tabaquismo materno, así como en casos de insuficiencia cardíaca de la madre. (65) La isquemia feto-placentaria también incluye a las placentas pequeñas.

Cordón umbilical: el diámetro del cordón varía grandemente dependiendo sobre todo de la cantidad de la jalea de Wharton presente.

El cordón umbilical del producto a término con placentas pequeñas tiende a ser delgado y de color amarillo. El cordón suele insertarse en forma concéntrica en la placenta. Cuando la inserción es velamentosa, naciendo en el borde placentario y sostenido solamente por el amnios, existe un riesgo aumentado de hemorragia fetal durante el parto. Las inserciones velamentosas ocurren comúnmente en los embarazos múltiples. La longitud del cordón umbilical es de 50 cm; un cordón menor a esta cifra puede dar origen al desprendimiento prematuro de la placenta o ruptura del cordón y por consiguiente hemorragia, un cordón muy largo puede dar origen a que el se enrede o de vuelta alrededor del cuello o el cuerpo del producto dando un cordón corto durante el parto.

El líquido amniótico tiene sus formación en diferentes fuentes:

- 1.- Membranas amnióticas, por transporte directo y secreción del epitelio amniótico.
- 2.- Placenta.

(65) Ibidem.

- 3.- Cordón umbilical, por perfusión y trasudación através de sus paredes.
- 4.- Riñón fetal.
- 5.- Piel del feto, por trasudación y aquí también se han considerado seriamente las glándulas mamarias.
- 6.- Tracto traqueobronquial fetal, por eliminación de secreciones, vía respiratoria.

Volúmen.- La cantidad total esta sujeta a grandes variaciones, si se está en presencia de salud o enfermedad. En general aumenta con la edad gestacional hasta las 35-38 semanas en que se alcanza un máximo de 1000 ml. Las cantidades promedio que se enuncian a continuación, en distintas edades gestacionales, se han obtenido por estudios con isotopos, medición directa, dilución de colorantes, etc, y son: hacia la semana 10, el volúmen es de 30 ml.; en la semana 12 de 50 ml.; en la semana 20 de 350 a 400 mililitros; entre la 35 y 38 semanas se alcanza el máximo de 1000 ml.; para descender a 600 ml. en la semana 40. (66)

Color: debe observarse el color, aspecto y estimación del volúmen del líquido amniótico. El líquido amniótico

(66) Gildardo Espinoza Luna. El Micro-ambiente como condicionador de defectos al nacimiento. El feto y su ambiente. Op. Cit. pp. 63-64.

co normal a término es de un color ligeramente pajizo, por lo general, un poco turbio con vernix y otros desechos. El color amarillento sugiere bilirrubina, por lo general, secundaria a enfermedad hemolítica en el feto. Pueden estar presentes sangre fresca color rojo claro o pigmentos de sangre vieja de color chocolate. El meconio puede cambiar el color del líquido amniótico a un verde oscuro o amarillo verdoso, y pueden estar presentes trozos de meconio. Puede haber un volumen excesivo de líquido cuando hay obstrucción en parte alta del sistema digestivo o cuando la deglución del feto es deficiente. Hay líquido escaso con ciertas anomalías fetales (agenesia renal, obstrucción urinaria) y membranas rotas.⁽⁶⁷⁾

La acción hidrostática de la bolsa de las aguas. - Mientras permanecen intactas, el contenido del útero puede ser considerado como un saco elástico lleno de un líquido y cualquier fuerza aplicada a ese saco actúa de acuerdo con las leyes de la presión hidrostática. Cuando el segmento superior o activo del útero se contrae. Su fuerza es transmitida al líquido amniótico y se distribuye igualmente en todas direcciones. Este líquido siendo incompresible, es desplazado en la línea de menor resistencia y el saco elástico, por consiguiente, se distiende en la región de menor -

(67) Ralph. C. Benson Op.Cit. p. 764.

resistencia y pasivo segmento inferior y del cuello. Las membranas intactas, con su contenido de líquido amniótico, actúan, por tanto, como una cuña líquida que ejerce una presión hacia abajo y a los lados sobre el istmo y el canal cervical y conforme el parto avanza, las membranas se estiran y sobresalen através del cuello progresivamente dilatado hasta que la fuerza de las contracciones uterinas llega a ser suficientemente fuerte para causar su ruptura. ⁽⁶⁸⁾

La ruptura prematura de la bolsa de las aguas o ruptura prematura de membranas que se define como la salida de líquido amniótico por una solución de continuidad total y espontánea de membranas ovulares, por lo menos dos horas antes de la iniciación del trabajo de parto, y en embarazos de más de 20 semanas tiene como etiología: Desarrollo deficiente de las membranas ovulares, que se relaciona con deficiencia de ácido ascórbico, la multiparidad ya que éstas pacientes provienen de un medio socioeconómico bajo y con deficientes hábitos higiénico-dietéticos; por su alto grado de paridad las condiciones cervicales y vaginales predisponen a la ruptura, procesos inflamatorios, infecciones cervicovaginales y factores mecánicos; atrae como complicaciones En la madre.-corioamniotitis, deciduomiometritis y choque --

(68) Alfred C. Beck. Op. Cit. p. 203

séptico. En el feto: Prematurez e infección neonatal. (69)

3) Trayecto.

- a) Pelvis ósea
- b) Suelo pelviano
- c) Cuello uterino
- d) Vagina
- e) Perineo y vulva

Cualquier alteración de la pelvis ósea o de las partes blancas trae como consecuencia: en la primera: Desproporción cefalopélvica y en la segunda distocia de partes blandas.

La desproporción cefalopélvica como ya ha sido definida anteriormente la falta de compatibilidad entre las medidas de la cabeza del feto y los diámetros de la pelvis materna que impiden y dificultan el nacimiento del producto por vía vaginal. Esta se clasifica en absoluta que se refiere a los casos en los cuales las dimensiones de la cabeza fetal rebasan considerablemente las dimensiones de la pelvis; relativas que son aquellos casos en los cuales no existe la seguridad de que se trata de una desproporción cefalopélvica y adquirida que se refiere a aquellos casos en

los cuales durante el trabajo de parto se operan cambios en la actitud de la presentación que ocasionan aumento del -- área de la presentación que debe descender por el conducto del parto.

Las complicaciones de la DCP son: en la madre; el -- trabajo de parto prolongado, falta de progreso en la dilatación, polisitolia, ruptura uterina.

En el feto: moldeamiento excesivo de la cabeza, sufrimiento fetal y hemorragia cerebral. La prevención de es te problema es la atención prenatal correcta y vigilancia - estrecha del trabajo de parto. (70)

En las distocias de partes blandas, que se refiere a cualquier anomalía anatómica materna, no ósea, que interfiera con el mecanismo normal del trabajo de parto, su etiología se debe a:

a) Causas uterinas: anteversión exagerada y anomalías congénitas del útero.

b) Cervicales: miomas y tumores previos, estenosis cervicales por anomalías congénitas o lesiones cicatriciales y cérvix conglutinado.

(70) Manual de Normas y Procedimientos en Obstetricia. --
Op. Cit. p. 194-195.

c) Vaginales: Rigidez y atrofia de la vagina, tabiques vaginales, lesiones cicatriciales, traumáticas o quirúrgicas.

d) Vulvoperineales: resistencia perineal anormal y edema de vulva.

Esta alteración puede atraer como complicaciones maternas: Trabajo de parto prolongado, ruptura uterina y lacaraciones vaginales. En el feto, el sufrimiento fetal.

La prevención de éstas alteraciones se lleva a cabo a través de la orientación y educación de la paciente para evitar el uso de caústicos o de cirugía correctora antes de concluir la vida obstétrica.

Exámen ginecológico completo para determinar la existencia de anomalías congénitas, tumores o bridas cicatriciales.

Ejecución correcta de las técnicas de atención obs-tétrica. (71)

Durante el desarrollo de este trabajo se ha hablado

(71) Manual de normas y procedimiento en obstetricia. Op. Cit. p. 192-193.

sobre el sufrimiento fetal como una complicación grave; el sufrimiento fetal, se define como la pérdida de la homeostá sis. El sufrimiento fetal se presenta cuando existe una -- "quiebra" en el abastecimiento del oxígeno a nivel celular (hipoxia).

La falta de oxígeno a nivel celular fetal puede deberse a disminución del aporte de diferentes niveles:

- Fetal (anemia, bradicardia)
- Cordón umbilical (compresión)
- Placenta (infartos, desprendimiento)
- Espacio intervelloso, por alteraciones en la circulación (contractilidad uterina, alteraciones -- vasculares de la preeclamsia, hipertensión, diabetes, etc).
- Circulación materna.
 - Disminución de la perfusión uterina.
 - * Hipertensión
 - * Hipotensión
 - * Ejercicio
- Hipoxemia (intoxicación, neumonía)
- Alteraciones del equilibrio ácido básico materno.
- Anemia.
- Insuficiencia cardíaca
- Esclerosis

- Etcétera.

Cualquier alteración que disminuye el aporte o utilización de nutrientes al feto puede causarle daño.

Los principales indicadores de sufrimiento fetal se obtienen a través de:

1.- Alteraciones de la F.C.F.

1.1 Taquicardia. (leve 151 a 160 lat/min; moderada de 161 a 180 lat/min y severa de 181 o más lat/min).

1.2 Bradicardia (menos de 120 lat/min).

1.3 Dip de tipo II

1.4 Dip I con componente hipóxico.

1.5 Dip variable con componente hipóxico

1.6 Disminución o pérdida de la variabilidad.
amplitud en lat/min.

Frecuencia en ciclos/min.

La consecuencia del sufrimiento fetal agudo o crónico es la muerte celular, o bien, niños con bajo peso, desnudos como en el SFC.

El diagnóstico del sufrimiento fetal no debe ser hallazgo accidental tardío cuando el feto puede estar ya dañado, sino el resultado de una secuencia de estudios y cuidados que se llevan a cabo durante todo el embarazo. (72)

(72) Carlos Vargas García. Manejo Integral de los defectos al Nacimiento. GEN. p. 99-101

C.I.M.I.G.E.N
1 9 8 8
RIESGO PREGESTACIONAL

ETAPA REPRODUCTIVA	NUMERO DE PACIENTES
PREGESTACIONAL	90
GESTACIONAL	63
TOTAL	153

CUADRO No. 1 PACIENTES ESTUDIADAS SEGUN SU ETAPA REPRODUCTIVA..

RESULTADOS OBTENIDOS EN
EL ESTUDIO REALIZADO.

C.I.M.I.G.E.N
1 9 8 8
RIESGO PREGESTACIONAL

METODOS EMPLEADOS	RIESGO BAJO	%	RIESGO MEDIO	%	RIESGO ALTO	%	TOTAL	%
SIN METODO	4	4.4	39	43.3	22	24.4	65	72.2
CON METODO	8	8.8	10	11.1	6	6.6	24	26.6
SIN DATOS	0	0	1	1.1	0	0	1	1.1
T O T A L	12	13	50	55.5	28	31.1	90	99.9

CUADRO No. 2 DISTRIBUCION DE LA POBLACION EN ETAPA PREGESTACIONAL SEGUN METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR AL PRINCIPIO DEL ESTUDIO.

METODO DE PLANIFICACION	RIESGO BAJO	RIESGO MEDIO	RIESGO ALTO	TOTAL
D.I.U.	1	1	2	4
HORMONALES	1	4	0	5
APOYO	0	1	0	1
DEFINITIVOS	5	4	3	12
OTROS	1	0	1	2
T O T A L	18	10	6	24

CUADRO No. 3 DISTRIBUCION DE LA POBLACION EN ETAPA PREGESTACIONAL SEGUN METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR AL PRINCIPIO DEL ESTUDIO.

C.I.M.I.G.E.N.
1 9 8 8
RIESGO PREGESTACIONAL

METODOS EMPLEADOS	RIESGO BAJO	%	RIESGO MEDIO	%	RIESGO ALTO	%	TOTAL	%
SIN METODO	2	2.2	21	23.3	15	16.6	38	42.2
CON METODO	10	11.1	29	32.2	13	14.4	52	57.7
SIN DATOS	0	0	0	0	0	0	0	0
T O T A L	12	13.3	50	55.5	28	31.1	90	99.9

CUADRO No. 4 DISTRIBUCION DE LA POBLACION EN ETAPA PREGESTACIONAL SEGUN METODO DE PLANIFICIACION FAMILIAR EMPLEADO AL FINAL DEL ESTUDIO.

METODO DE PLANIFICACION	RIESGO BAJO	RIESGO MEDIO	RIESGO ALTO	TOTAL
D. I. U.	2	16	6	24
HORMONALES	2	8	1	11
APOYO	0	1	0	1
DEFINITIVO	5	3	5	11
OTROS	1	1	1	3
T O T A L	10	29	13	52

CUADRO No. 5 DISTRIBUCION DE LA POBLACION EN ETAPA PREGESTACIONAL SEGUN METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR EMPLEADO AL FINAL DE ESTUDIO.

E D A D	NUMERO DE PACIENTES	%
14 O MENOS	0	0
15 A 19	19	21.1
20 A 30	40	44.4
31 A 35	11	12.2
36 O MAS	20	22.2
T O T A L	90	99.9

CUADRO No. 6 DISTRIBUCION DE LA POBLACION EN ETAPA PRE-GESTACIONAL SEGUN INTERVALO DE EDAD.

C.I.M.I.G.E.N
1 9 8 8
ETAPA PREGESTACIONAL

ESCOLARIDAD (AÑOS APROBADOS)	NÚMERO DE PACIENTES	%
0	2	
DE 1 A 5	10	22
DE 6 O MAS	78	86.6
T O T A L	90	99.9

CUADRO No. 7 DISTRIBUCION DE LA POBLACION EN ETAPA PREGESTACIONAL SEGUN ESCOLARIDAD.

ESTADO CIVIL	NÚMERO DE PACIENTES.	%
CASADA	72	80
UNION LIBRE	1	1.1
SOLTERA	16	17.7
VIUDA	1	1.1
T O T A L	90	99.9

CUADRO No. 8 DISTRIBUCION DE LA POBLACION EN ETAPA PREGESTACIONAL SEGUN ESTADO CIVIL.

C.I.M.I.G.E.N.
1 9 8 8
RIESGO PREGESTACIONAL

NUMERO DE EMBARAZOS	NUMERO DE PACIENTES	%
0	11	12.2
DE 1 A 3	56	62.2
DE 4 O MAS	20	22.2
SIN DATOS	3	3.3
T O T A L	90	99.9

CUADRO No. 9 DISTRIBUCION DE LA POBLACION EN ETAPA PREGESTACIONAL
SEGUN NUMERO DE EMBARAZOS.

PARIDAD	NUMERO DE PACIENTES	%
NULIPARA	20	22.2
DE 1 A 3	64	71.1
DE 4 O MAS	6	6.6
T O T A L	90	99.9

CUADRO No. 10 DISTRIBUCION DE LA POBLACION EN ETAPA PREGESTACIONAL
SEGUN SU PARIDAD.

C.I.M.I.G.E.N.

1988

RIESGO PREGESTACIONAL

C L A V E	FACTOR DE RIESGO	T O T A L
01	NIVEL SOCIOECONOMICO BAJO	40
08	INTERVALO INTERGENESICO CORTO	29
06	PARIDAD, NULIPARA O 4 Y MAS	26
03	EDAD. DE 15 A 19 O DE 31 A 35 AÑOS	14
05	ESTADO CIVIL, SOLTERA O VIUDA	14
09	ABORTOS 1 A 2	10
04	ESTATURA DE 1.45 A 1.49 cm.	10
02	ESCOLARIDAD DE 1 A 5 AÑOS	4
13	HIJOS CON BAJO PESO DE 1 A 2	3
29	TABAQUISMO POSITIVO	3

CUADRO No. 11 FACTORES QUE CONDICIONARON LA CLASIFICACION DE RIESGO MEDIO EN LA POBLACION DE LA ETAPA PREGESTACIONAL.

C L A V E	FACTOR DE RIESGO	T O T A L
03	EDAD 14 O MENOS Y 39 O MAS	15
09	ABORTOS MAS DE DOS	2
17	EPILEPSIA - ACTIVA	2
01	NIVEL SOCIOECONOMICO	1
24	CARGA DE TRABAJO EXAGERADA	1
02	ESCOLARIDAD NULA	1
14	MUERTES NEONATALES MAS DE DOS	1
16	HIPERTENSION ACTIVA	1
20	ENFERMEDAD RENAL ACTIVA	1

CUADRO No. 12 FACTORES QUE CONDICIONARON LA CLASIFICACION DE RIESGO REPRODUCTIVO ALTO EN LA POBLACION EN ETAPA PREGESTACIONAL.

C. I. M. I. G. E. N
1 9 8 8
RIESGO GESTACIONAL

	RIESGO BAJO	RIESGO MEDIANO	RIESGO ALTO	T O T A L
EMBARAZO RESUELTO	2	20	11	33
EMBARAZO ACTUAL	1	19	10	30
T O T A L	3	39	21	63

CUADRO No. 13 CLASIFICACION DE RIESGO EN LA PRIMERA CON-
SULTA DE CONTROL PRENATAL (PREVIGEN III).

	RIESGO BAJO	RIESGO MEDIO	RIESGO ALTO	T O T A L
EDAD (AÑOS)	20-30	15-19 31-35	14 O MENOS 36 O MAS	63
EMBARAZO RESUELTO	17	13 2	8 1	33
EMBARAZO ACTUAL	22	3 4	0 1	30

CUADRO No. 14 DISTRIBUCION DE LA POBLACION EN ETAPA GES-
TACIONAL SEGUN INTERVALO DE EDAD MATERNA.

C.I.M.I.G.E.N.
1 9 8 8
RIESGO GESTACIONAL

SEMANAS DE GESTACION	1-20	21-27	28-36	37-41	SIN DATOS	TOTAL
EMBARAZO ACTUAL	17	5	4	1	2	30
EMBARAZO RESUELTO	4	5	16	6	2	33
T O T A L	21	10	20	7	4	63

CUADRO No. 15 EDAD GESTACIONAL EN QUE ACUDIO LA PACIENTE EN LA PRIMERA CONSULTA.

NUMERO DE CONSULTAS	1 - 2	3 - 4	5 O MAS	SIN DATOS	TOTAL
EMBARAZO ACTUAL	24	4	2	2	30
EMBARAZO RESUELTO	19	9	2	2	33
TOTAL	43	13	4	4	63

CUADRO No. 16 NUMERO DE CONSULTAS PRENATALES A LOS QUE ACUDIO LA PACIENTE EN ETAPA GESTACIONAL.

C.I.M.I.G.E.N.
1 9 8 8
RIESGO GESTACIONAL

	BAJO	MEDIO	ALTO	TOTAL
ENF. OBST.	0	0	0	0
MEDICO GRAL.	2	6	3	11
MEDICO ESP.	0	13	7	20
EMPIRICA	0	1	0	1
FORTUITO	0	0	1	0
T O T A L	2	20	11	33

CUADRO No. 17 "CARACTERISTICAS DEL RECIEN NACIDO"
ATENCION POR:

RIESGO GESTACIONAL

	BAJO	MEDIO	ALTO	TOTAL
CIMIGEN	0	6	1	7
INPER	0	0	3	3
OTROS	2	14	7	23
T O T A L	2	20	11	33

CUADRO No. 18 "LUGAR DE NACIMIENTO"

C.I.M.I.G.E.N.
1 9 8 8
RIESGO GESTACIONAL

C L A V E	FACTORES DE RIESGO	FRECUENCIA
04	NIVEL SOCIOECONOMICO BAJO	29
07	PARIDAD. NULIPARA. 4 A 6	20
02	PESO AL INICIO KG. 65 A 75 41 A 50	14
01	EDAD. DE 15 A 19. 31 A 35 AÑOS	9
03	ESTATURA CM. 1.45 A 1.49	8
10	CESAREAS PREVIAS.UNA	5
15	MUERTES PERINATALES	5
09	ABORTOS CONSECUTIVOS. DOS O MAS	4
13	HIJOS CON BAJO PESO. UNO	3
11	PARTOS PRETERMINO. UNO	3

CUADRO No. 19 FACTORES DE RIESGO QUE CONDICIONARON LA --
CLASIFICACION DE MEDIANO RIESGO EN LA PO-
BLACION EN ETAPA GESTACIONAL.

C L A V E	FACTORES DE RIESGO	FRECUENCIA
05	ESTADO CIVIL. SIN CONYUGE	10
04	NIVEL SOCIOECONOMICO MUY BAJO	4
15	MUERTES PERINATALES. DOS O MAS	4
10	CESAREAS PREVIAS. DOS O MAS	3
09	ABORTOS CONSECUTIVOS	3
02	PESO AL INICIO KG. 76 O MAS 40 O MENOS	2
01	EDAD. 14 O MENOS, 36 O MAS	2
03	ESTATURA. 1.44 cm. O MENOS	2
20	HEMOGLOBINA EN GRAMOS. MENOS DE 8	2
24	AMENAZA DE ABORTO ACTIVA	2

CUADRO No. 20 FACTORES DE RIESGO QUE CONDICIONARON LA -
CLASIFICACION DE ALTO RIESGO EN LA POBLA-
CION EN LA ETAPA GESTACIONAL.

C.I.M.I.G.E.N
1 9 8 8

	BAJO	MEDIO	ALTO	TOTAL
PARTO	2	12	8	22
CESAREA	0	6	3	9
FORCEPS	0	2	0	2
T O T A L	2	20	11	33

CUADRO No. 21 TIPO DE NACIMIENTO:

RIESGO GESTACIONAL

	BAJO	MEDIO	ALTO	TOTAL
33 - 36 SDG	0	2	0	2
37 - 41.6 SDG	1	16	8	25
42 O MAS	1	1	2	4
	0	1	1	2
T O T A L	2	20	11	33

CUADRO No. 22 CARACTERISTICAS DEL RECIEN NACIDO:
EDAD GESTACIONAL:

C.I.M.I.G.E.N

1 9 8 8

	BAJO	MEDIO	ALTO	TOTAL
150 gr.	0	0	0	0
1501-2500 gr.	0	0	0	0
2501 3500 gr.	2	14	8	24
3501 4000 gr.	0	5	1	6
4001 Y MAS	0	0	0	0
SIN DATOS	0	1	2	3
T O T A L	2	20	11	33

CUADRO No. 23 CARACTERISTICAS DEL RECIEN NACIDO:
PESO:

	BAJO	MEDIO	ALTO	TOTAL
7 - 10	0	10	3	13
4 - 6	0	0	0	0
1 - 3	0	0	0	0
SIN DATOS	2	10	8	20
T O T A L	2	20	11	33

CUADRO No. 24 CARACTERISTICAS DEL RECIEN NACIDO:
APGAR:

C.I.M.I.G.E.N
1 9 8 8
RIESGO GESTACIONAL

	BAJO	MEDIO	ALTO	TOTAL
EMBARAZO ACTUAL	0	0	0	0
PARTO	0	2	0	2
PUPERPERIO	0	3	1	4
RECIENTE NACIDO	0	2	1	3
SIN COMPLICACIONES	2	13	9	24
T O T A L	2	20	11	33

CUADRO No. 25 COMPLICACIONES MATERNAS Y PERINATALES.

	S I	N O	T O T A L
C.I.M.I.G.E.N	2	5	7
I.N.P.E.R.	2	1	3
OTROS	6	17	23
T O T A L	10	23	33

CUADRO No. 26 COMPLICACIONES MATERNAS Y PERINATALES
SEGUN LUGAR DE ATENCION.

A N A L I S I S

La población que forma parte de la investigación está conformada por mujeres en edad fértil de 14 a 19 años, -- que acudieron al C.I.M.I.G.E.N., desde su apertura (1 de enero al 31 de septiembre de 1988), del servicio de control pre natal y planificación familiar, así como, los recién nacidos de embarazos resueltos dentro del mismo período.

Los resultados obtenidos del estudio es de 153 expedientes, de mujeres atendidas en C.I.M.I.G.E.N, muestran que 90 pacientes asistieron en etapa pregestacional y 63 en etapa gestacional. (Cuadro No. 1)

La finalidad principal de la evaluación y clasificación de riesgo en la etapa pregestacional, es lograr el mayor número de mujeres en edad fértil utilicen métodos anticonceptivos cuya fecundación sea originada por el alto riesgo pregestacional. El resultado obtenido muestra que de las 90 mujeres que ingresaron solamente el 26.6% estaban utilizando algún método de planificación familiar y el 72.2% estaban sin control. (Cuadro No. 2 y 3).

De éstas 90 pacientes al finalizar el estudio, el 57.7% tenían un método de planificación familiar y el 42.2% estaban sin control (incremento de 31.1%), distribuyéndose este porcentaje de acuerdo al riesgo de la siguiente manera: riesgo bajo: 13.3%, riesgo medio: 55.5% y riesgo alto: 31.1%. (Cuadro No. 4 y 5).

Entre las características que se estudiaron de la población en etapa pregestacional se encuentra: la escolaridad, estado civil, edad, número de embarazos, paridad y aborto.

En cuanto a la edad se encontró que un gran porcentaje, el 44.4%, se encuentra en edad adecuada para la reproducción. (Cuadro No. 6).

La escolaridad que predominó fue la de 6 o más años cursados teniendo un porcentaje de 86.6%. (Cuadro No. 7).

El 62.2% fueron de mujeres que tuvieron de 1 a 3 embarazos, la paridad con un mayor porcentaje es de 1 a 3 partos con 71.1% y un 73.3% corresponde a las mujeres que no han tenido abortos. Estos datos dan un panorama de que gran parte de la población en etapa pregestacional, se encuentra en condiciones óptimas para la reproducción. Los factores -

de riesgo que predominaron según su clasificación mediante el PREVIGEN I, fueron medio, nivel socioeconómico bajo, intervalo intergenésico corto, paridad de 4 a 6 nulíparas. - En riesgo alto fueron edad menos de 14 años y mayor de 35 años, abortos previos y epilepsia. (Cuadro No. 11 y 12).

De la mujeres que acudieron al C.I.M.I.G.E.N, durante su embarazo 33 llegaron al final de éste en el periodo de estudio. (Cuadro No. 13).

El riesgo elevado por PREVIGEN II (elevación primaria del riesgo perinatal en el embarazo), fué el siguiente: riesgo bajo 2, riesgo medio 20 y riesgo alto 2. (Cuadro No. 19 y 20).

La edad gestacional en la que acudieron las pacientes por primera vez para control de su embarazo fue:

- 80.9% asistieron antes de las 36 semanas.
- 40.2% antes de las 28 semanas
- 33.3% antes de las 20 semanas
- 11.1% de las 37 semanas en adelante. (Cuadro No. 15).

El número de consultas prenatales a las que acudió la paciente para control de su embarazo fué:

- 68.2% de las embarazadas tuvieron de 1 a 2 consul

tas, 20.6% de 3 a 4 y sólo el 6.3% tuvieron 5 o más consultas. (Cuadro No. 16)

La atención del nacimiento en relación al personal que lo asistió fué en su gran mayoría por médico especialista tomando en cuenta que todos los nacimientos atendidos en C.I.M.I.G.E.N., fueron por especialistas ya que aún no se iniciaba el programa de Licenciados en Enfermería y Obstetricia. (Cuadro No. 17).

El sitio de atención fué en su mayoría por hospitales privados u institucionales lo cual se explica porque el servicio de C.I.M.I.G.E.N., para atención de parto sólo se llevo a cabo por la mañana y a partir del mes de julio; sin embargo fueron referidas al INPER. (Cuadro No. 18).

El 27.2% de los nacimientos fue por cesárea y de éstos el 66.6% fue con mediano riesgo y el 33.3% en riesgo alto siendo estos valores similares en riesgo medio y alto. (Cuadro No. 21).

Las características estudiadas del recién nacido fueron: peso, edad gestacional y apgar.

El peso que predominó fué de 2501 a 3500 gr. con un

72.7% no habiendo ningún recién nacido menor de 2500 gr. (Cuadro No. 23).

La edad gestacional predominante al nacimiento fué de 37 a 41.6 semanas con un 75% de recién nacidos y un 6% de nacimientos pretérmino (antes de 37 semanas). (Cuadro No. 22).

El apgar de los productos en que se recabó la información (13 recién nacidos), fué de 7 a 10 en todos ya que en los otros 20 casos la madre ignoraba el dato. (Cuadro No. 24).

En lo que respecta a las complicaciones maternas y perinatales no se dieron durante el embarazo, sin embargo durante el trabajo de parto se presentaron 2 complicaciones de pacientes atendidas en el C.I.M.I.G.E.N., que correspondieron a período expulsivo prolongado que en ambos casos se resolvió favorablemente con aplicación de fórceps.

Durante el puerperio se observaron 4 casos con complicaciones, 3 para el riesgo medio y una para el riesgo alto de estas complicaciones 2 se presentaron en el INPER y consistieron una atonía uterina que se resolvió con histerectomía, de las mujeres atendidas en otros centros se com

plicaron 6 de 17 casos siendo las más notables uno por dehiscencia e infección de herida quirúrgica, 2 por retención de restos y hemorragia en hospitales institucionales y una con fiebre puerperal en hospital privado. (Cuadro No. 25 y 26).

Los objetivos substanciales de la estrategia de -- riesgo en la etapa pregestacional consisten en:

- Detectar y evaluar el riesgo en mujeres en edad fértil ya sea inmediatamente después del parto como ocurrió en 33 casos estudiados o en cualquier condición a 49 años.

Se observa en nuestros resultados que el mayor número de pacientes que asistieron tienen edades entre los 20 y los 34 años y que la gran mayoría son clasificadas como riesgo medio o alto, siendo los factores predominantes de este riesgo el nivel socioeconómico bajo, intervalo intergenésico corto, paridad, edad y el estado civil que en alguna manera podrían unificarse bajo un criterio de baja o nula educación para la salud.

Los logros obtenidos en cuanto al objetivo de la -- evaluación de riesgo pregestacional en el sistema PREVIGEN pueden considerarse como altamente satisfactorios ya que se logró mediante proceso educativo (personal de salud y usuario) el incremento de un 31% de mujeres que utilizaron méto-

dos anticonceptivos para la planificación familiar.

En cuanto a la evaluación de riesgo gestacional los resultados son menos satisfactorios, creemos que se deben a aspectos de tipo administrativos que no han sido cubiertos por el C.I.M.I.G.E.N., en cuanto a su organización y funcionamiento y al sistema de evaluación se lleva a cabo sin que esto tenga una secuencia adecuada al romperse la relación -- C.I.M.I.G.E.N., embarazada cuando se llega al momento de la resolución del embarazo.

CONCLUSIONES

- 1.- La evaluación de riesgo reproductivo es a la vez que una estrategia, un medio educacional para el personal de salud y la comunidad bajo su responsabilidad ya que induce en ambos la forma de decisiones para la planificación familiar bajo una estricta responsabilidad médica que en ambos cambian la actitud pasiva de esperar que se presente un problema por la actitud preventiva de ambos.

- 2.- Es indispensable que la organización de servicios para la atención de la mujer embarazada se lleve a cabo siguiendo estrictamente las normas de atención por niveles progresivos con dos objetivos fundamentales:
 - a) Mejorar la calidad de atención que recibe la embarazada y el feto proporcionándoselas en forma selectiva y oportuna de acuerdo con su necesidad fundamentada en la evaluación de riesgo.

 - b) De acuerdo con los objetivos de la OMS que han sido ya aceptados y a cuyo cumplimiento se han comprometido muchos países del mundo entre ellos el nuestro de

optimizar la utilización de recursos para que éstos se encuentren al alcance de toda la población y que sean generados por ella misma, se recomienda la utilización de la estrategia de riesgo para lograrlo, a partir de una mejoría de la atención principalmente en el nivel preventivo.

- 3.- De acuerdo con los objetivos del C.I.M.I.G.E.N. y la organización propuesta para su funcionamiento integral es tos resultados son la base para fundamentar principalmente los programas educativos al personal de salud y a la comunidad, así como a la integración de un sistema de atención perinatal integral que al ser adecuadamente evaluados en forma sistematizada les permita crear un modelo de atención que contribuya realmente a resolver el problema tan importante en las áreas de población marginada en nuestro país que se general a través de un elevado índice de defectos al nacimiento.

A N E X O S

A N E X O No. 1

C.I.M.I.G.E.N.

CENTRO DE INVESTIGACION MATERNO - INFANTIL G.E.N.

S I S T E M A D E E V A L U A C I O N D E
R I E S G O P E R I N A T A L P A R A E L
E S T A B L E C I M I E N T O D E L A
A T E N C I O N M A T E R N O I N F A N T I L
P O R N I V E L E S P R O G R E S I V O S

SEPTIEMBRE DE 1988.

SISTEMA DE EVALUACION DE RIESGO PERINATAL PARA
EL ESTABLECIMIENTO DE LA ATENCION MATERNO
INFANTIL POR NIVELES PROGRESIVOS

C.I.M.I.G.E.N.

1.- O B J E T I V O S

1.1.- G E N E R A L E S:

1.1.1 Proporcionar al personal de salud un sistema técnico que le permita fácilmente y con mínimos recursos, detectar en forma oportuna y -- eficiente a las embarazadas para que reciban la atención que necesitan según su riesgo, en niveles de atención apropiados.

1.1.2 Disminuir el número de defectos al nacimiento mediante la aplicación de la estrategia sistematizada de evaluación de riesgo.

1.2.- E S P E C I F I C O S:

1.2.1 Lograr la máxima eficiencia de los servicios - con recursos actuales.

- 1.2.2 Contar con sistema codificado que nos permita supervisar y evaluar los resultados de acciones concretas.
- 1.2.3 Relacionar la capacidad de detección con los resultados obtenidos para lograr una mayor posibilidad de prevención.
- 1.2.4 Mantener en constante evolución los sistemas de evaluación de riesgo a fin de hacerlos más confiables y específicos.
- 1.2.5 Con los datos obtenidos, mantener una comunicación constante entre los diferentes niveles de atención, para realimentar sus programas, mejorándolos.

D E S C R I P C I O N:

El sistema de evaluación de riesgo consta de:

- 2.1 Guía para evaluación de riesgo reproductivo. (Previgen I).
- 2.2 Guía para evaluación de riesgo perinatal en el embarazo (Previgen II).

- 2.3 Guía para evaluación de riesgo durante la evolución del embarazo (Previgen III).
- 2.4 Cédula de referencia (Previgen IV).
- 2.5 Guía para evaluación de riesgo en el trabajo de parto (Previgen V).
- 2.6 Guía para evaluación de riesgo en la evolución del parto (Previgen VI).
- 2.7 Guía para evaluación de riesgo en el recién nacido (Previgen VII).
- 2.8 Cédula de contrarreferencia (Previgen VIII).

El sistema servirá para cumplir los objetivos propuestos y además:

- 1.- Su utilización resulta fácil para médicos generales y aún para pasantes de medicina y de enfermería obstétrica.
- 2.- El código de números combinados con el de colores que son altamente significativos facilita el trámite de -

gestiones a la embarazada para obtener el servicio adecuado, al mismo tiempo que facilita la supervisión y evaluación de la calidad de servicio que se presta ante la presencia de factores de riesgo.

- 3.- El sistema integral, permite la secuencia de las acciones que se toman en cada nivel para prevenir el posible daño que se asocia con un determinado factor de riesgo, por lo que, su evaluación traerá como consecuencias:

- a) Mejoría constante de normas y procedimientos.
- b) Mejoría de la calidad de atención a embarazadas.
- c) Disminución de la morbilidad materna y perinatal.
- d) La regulación de nuestra población con fundamento en el conocimiento de los factores que califican el futuro del embarazo con un alto riesgo para diferirlo o evitarlo mediante la planificación familiar.
- e) La disminución en un porcentaje muy importante del número de niños con defectos al nacimiento, prematuridad, hipotrofia, malformaciones, trauma-obstétrico.

3.-

F U N C I O N A M I E N T O:

- 3.1 Guía para evaluación de riesgo reproductivo en etapa previa al embarazo. (Previgen I).

- 3.1.1 Debe encontrarse en todos los consultorios de medicina general o especialización a la vista del médico que proporciona la consulta para - calificar todos y cada uno de los factores se ñalados.
- 3.1.2 Debe aplicarse a todas las mujeres en edad -- fértil (14 a 49 años de edad) con vida sexual y que no estan utilizando métodos anticoncep- tivos.
- 3.1.3 Si existen otros factores de riesgo que no es- tan señalados se anota el nombre del factor - de riesgo y se indica su grado (color).
- 3.1.4 Una vez obtenida la calificación del riesgo - correspondiente se toma una decisión de mane- jo:
- a) Si todos los factores se registran en el - color verde la paciente debe ser informada en forma eficiente para que planifique su embarazo en forma voluntaria cuando lo --- crea más conveniente..
 - b) Si existen factores registrados en la co- lumna de color amarillo.

1.- Además de lo establecido en el punto anterior se debe aconsejar como indicación médica el uso de un método anticonceptivo - (el más adecuado para cada paciente) hasta que el factor de riesgo pueda ser controlado o cancelado.

- c) Si se registran factores de riesgo en la columna de color rojo: además de lo establecido en los puntos 3.1.4 A y B se debe informar a la paciente sobre el grave riesgo que tendrá ella y su hijo en caso de que se embarace y se tratará de que voluntariamente acepte un método anticonceptivo para planificar su familia, tomándolo como indicación médica para la prevención de su salud.

De acuerdo con las características de la paciente y - el método anticonceptivo que se aconseje, se tomará la decisión del lugar en que deba ser atendido, o sea donde se cuente con los recursos necesarios (materiales, físicos y humanos) para resolver su problema sin aumentar el riesgo.

En caso de referencia a otro nivel, se utilizará la - hoja específica para ello. (Previgen IV).

3.2 Guía para la evaluación de riesgo en el embarazo --
(Previgen II).

3.2.1 Debe encontrarse en todos los consultorios --
donde se atienden embarazadas, a la vista del
médico que proporciona la consulta para, cali
ficar todos y cada uno de los factores señala
dos.

3.2.2 Al final de la consulta se señalan los facto
res de riesgo (número que los corresponde) y
el grado de este (color) y se registran en el
expediente.

3.2.3 Cuando a juicio del médico existan otros fac
tores de riesgo que no están señalados, se --
anota el nombre del factor y se indica su gra
do de riesgo.

3.2.4 Una vez obtenida la calificación del riesgo -
correspondiente, se toma la decisión de mane
jo.

- 4.1 Se envía la embarazada al nivel de atención II (Hospital o clínica con médico especialista) si tiene uno o dos de los factores señalados con color amarillo.
- 4.2 Se envía la embarazada al nivel de atención III (Hospital) si tiene uno o más factores marcados con color rojo.

NOTA: La presencia de algunos factores de riesgo como: cesrea anterior, no significa el envío inmediato a un 2o. o 3er. nivel, ya que este y otros factores solo implican riesgo cuando se acompaña de otros como: dolor, sangrado uterino, contracciones, etc. Se debe valorar si existe la capacitación y los recursos necesarios para manejo a la paciente en el I nivel y -- enviarla al II o III cuando no se cuenta con ellos.

- 3.3 Guía para la evaluación de riesgo durante la evolución del embarazo. (Previgen III).

Se siguen los mismos lineamientos que para previgen I y debe aplicarse en todas las consultas subsecuentes.

- 3.4 Cédula de referencia (Previgen IV).

Debe utilizarse siempre que se indique el envío de la paciente a un nivel superior de atención durante el embarazo, o para atención de parto. También debe utilizarse para envío de no embarazadas y de niños con alto riesgo.

3.4.1 Este es uno de los documentos más importantes del sistema, ya que:

- a) Es el documento de gestión con el que la embarazada debe iniciar cualquier trámite para lograr su atención en un nivel superior cuando así lo requiera.
- b) Es el documento que facilitará la supervisión de nuestras acciones de:
 - Detección
 - Evaluación de riesgo
 - Seguimiento
- c) Nos permite evaluar la eficacia, eficiencia y oportunidad de nuestras acciones.
- d) Nos proporcionará los datos necesarios para corregir anomalías en el sistema que incidan en la morbilidad materna y perinatal.

3.4.2 Esta hoja debe llenarse por duplicado, quedando el original en la clínica o consultorio de I nivel y proporcionando una copia a la embarazada, en un sobre especial cerrado, para -- que solicite el servicio en el lugar al que se envía.

3.4.3 En el sobre se especificará el tipo de atención que se solicita para la paciente.

- Urgente (urgencias)

- Consulta Externa.

Y sitio preciso donde debe solicitar esta -- atención.

3.4.4 La hoja de riesgo con que es enviada la embarazada deberá anexarse al expediente del hospital al que fue enviada.

3.4.5 En el hospital se revalora a la embarazada y se le proporcionará la atención que requiera tomando una decisión de manejo.

- Regresa a su clínica de I nivel con instrucciones precisas.

- Se queda en el hospital para seguir su control.

- a) En la consulta externa
- b) En unidad de perinatología
- c) En hospitalización

- O para resolver su problema:
 - Atención médica
 - Procedimientos quirúrgicos.

3.5 Guía para la evaluación de riesgo en el trabajo de parto (Previgen V).

3.5.1 La evaluación de riesgo se llevará a cabo en todos los servicios de urgencias a donde asistan embarazadas al inicio del trabajo de parto.

3.5.2 Los resultados de esta evaluación deben ser registrados con claridad y precisión en el expediente señalado el número clave del factor de riesgo y el color correspondiente al nivel de riesgo de cada factor.

Agregando al final todos aquellos factores -- que no están consignados en la hoja.

3.5.3 Los resultados de la evaluación de riesgo deben ser registrados claramente además en la hoja de evolución del parto (partograma) para que sean utilizados por el médico que vigila éste (Previgen VI).

3.6 Guía para evaluación de riesgo durante la evolución del trabajo de parto. (Previgen VI).

- 1.- Esta hoja debe ser llenada en todas las embarazadas que estén en trabajo de parto registrando con precisión y claridad todos los datos señalados en ella.
- 2.- La hoja de partograma debe estar agregada al expediente ya que en ella se registran en forma precodificada los datos relativos a la resolución de todo el evento obstétrico.

Estos datos codificados servirán para correlacionar la evaluación de riesgo llevada a cabo en el embarazo y al inicio de trabajo de parto con los de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal y en algunos otros eventos obstétricos (partos, cesáreas, fórceps, etc.,) que a su vez sirven como base para evaluar el crecimiento y desarrollo de los nuevos indi-

viduos cuando se establecen sistemas de seguimiento.

- En general, las embarazadas que previamente al parto fueron clasificadas como alto riesgo deben pasar a hospitalización de puerperio patológico.
- Las de bajo riesgo deben pasar a alojamiento conjunto cuando coinciden con recién nacidos de bajo riesgo.
- Las pacientes con alguna patología previa al parto o que haya resultado de este, deben pasar a puerperio patológico, y no tendrán su recién nacido con ellas.
- Las pacientes con puerperio fisiológico pero con recién nacido de mediano o alto riesgo no pasarán a alojamiento conjunto.

3.7. Guía para evaluación de riesgo en el recién nacido - (Previgen VII).

- 3.7.1 Debe estar en todos los lugares donde se atienden nacimientos de niños, a la vista del médico que atiende al recién nacido para cali

ficar todos y cada uno de los factores señalados.

El recién nacido que es calificado solo con factores de la comuna verde, pasará a alojamiento conjunto con la madre. Si coincide con bajo riesgo de ésta.

Pasará a cunero de observación si la madre no puede manejarlo.

Si tiene factores de riesgo calificados en la columna de amarillo, debe ser vigilado en el área de cuidados intermedios.

Si tiene factores de riesgo calificados en la columna de rojo, debe ser enviado en las mejores condiciones posibles y con oportunidad al área de cuidado intensivo neonatal.

Cuando el recién nacido tiene que ser enviado a un nivel superior de atención debe utilizarse la cédula de referencia (Previgen IV).

3.8 Cédula de contrarreferencia (Previgen VIII).

- Debe utilizarse siempre que se resuelva un evento obstétrico, para iniciar la forma y condiciones de ésta y las condiciones subsecuentes en que se llevará el control. Registrando todos los datos señalados.
- La cédula de contrarreferencia debe llenarse con original y una copia.
- El original debe entregarse a la paciente a su egreso.
- La solicitud de consulta posterior para la madre y/o para su hijo debe hacerse mediante la presentación de esta copia.
- Los datos consignados en esta cédula deben ser anotados en el expediente en la primera consulta y además en la tarjeta de control de crecimiento y desarrollo del niño.

- Nivel Socioeconómico Medio Bajo Muy bajo Alto
- Escolaridad (años aprobados) 6 o más 1 a 3 Cero
- Edad años 20 - 30 13-19 14 o menos
 31-35 36 o más
- Estatura c.m. 150 o más 143 149 144 o menos
- Estado civil Casada Soltera. Unión libre Viuda
- Paridad 1 a 3 Multi-para 4 y más
- Partos Normal Diff-cil. Traumático
- Intervalo intergenésico 1 a 2 años. Menos de 1 año.
- Abortos No 1 a 2 Más
- Nacidos muertos No 1 a 2 Más
- Hijos con bajo peso No 1 a 2 Más
- Hijos con malformaciones No 1 a 2 Más
- Hijos prematuros No 1 a 2 Más
- Muertes neonatales No 1 a 2 Más
- Diabetes No Con--trolada. Activa
- Hipertensión No Con--trolada. Activa
- Epilepsia No Si
- Cardiopatía No Con--trolada. Activa
- Enfermedades del tiroides No Con--trolada. Activa

Enfermedades renales	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Con-- trolla <u>do.</u>	<input type="checkbox"/> Activa
Consanguinidad	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	
Retraso mental	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	
Exposición radiaciones	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	
Carga de trabajo	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Media <u>no.</u>	<input type="checkbox"/> Exagerado
Exposición a tóxicos	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	
Desnutrición	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Mode- rada I.	<input type="checkbox"/> Grave II
Anemia Hb. en gramos	<input type="checkbox"/> 10 o más	<input type="checkbox"/> 8.0 a 8.9	<input type="checkbox"/> De 8
Alcoholismo	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	
Tabaquismo	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	
Otras farmacodependencias	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Tuvo	<input type="checkbox"/> Actual
Toxoplasmosis	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Tuvo	<input type="checkbox"/> Actual
Rubeola	<input type="checkbox"/> Tuvo		<input type="checkbox"/> Actual
Citomegalovirus	<input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Si
Herpes	<input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Si
Sífilis	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Tuvo	<input type="checkbox"/> Actual
Sida	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sospe cha.	<input type="checkbox"/> Si

RIESGO BAJO RIESGO MEDIO RIESGO ALTO

GUIA PARA EVALUACION DE RIESGO REPRODUCTIVO (PREVIGEN I)

ANEXO No. 2

CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS DE CONTROL PRENATAL

No. de Expediente: _____

NOMBRE: _____

EDAD: _____ EDO. CIVIL: _____ ESCOLARIDAD: _____

DOMICILIO: _____

A.G.O.: G _____ P _____ A _____ G _____

VISITA DOMICILIARIA: SI _____ NO _____

PREVIGEN I

RIESGO: _____

BAJO

MEDIO

ALTO

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

PREVIGEN II

RIESGO: _____

E.R. _____

E.C. _____ F.P.C. _____ EDAD GEST. _____

F.U.C. _____ EDAD GEST. _____

F.U.M. _____ F.P.P. _____ EDAD GESTACIONAL ACTUAL _____

BAJO

MEDIO

ALTO

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

PREVIGEN III

BAJO

MEDIO

ALTO

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

OBSERVACIONES: _____

A N E X O No. 3

CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS
DE PLANIFICACION FAMILIAR

No. DE ESPEDIENTE: _____

NOMBRE: _____

EDAD: _____ EDO. CIVIL: _____ ESCOLARIDAD: _____

DOMICILIO: _____

A.G.O: G _____ P _____ A _____ C _____

F.U.M _____ F.U.P _____ F.P.C _____ F.U.C _____

METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR: _____

NUMERO DE CONSULTAS EN CIMIGEN: _____

PREVIGEN I

BAJO

MEDIO

ALTO

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

OBSERVACIONES: _____

A N E X O No. 4

CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS EN COMUNIDAD

FECHA: _____ NO. DE EXPEDIENTE: _____

NOMBRE: _____

DOMICILIO: _____

EDAD: _____ EDO. CIVIL: _____ ESCOLARIDAD: _____

EMBARAZO RESUELTO _____ EMBARAZO EN CURSO: _____

RIESGO PREVIGEN I _____

RIESGO PREVIGEN II _____

RIESGO PREVIGEN III _____

En caso que se _____ resuelto el embarazo utilizar PREVIGEN VIII (hoja de contrareferencia madre-hijo) para recabar los datos.

En caso de que el embarazo continúe realizar las siguientes preguntas:

1.- Cuál fué la fecha de su última menstruación? _____

2.- Tiene usted alguna duda de la fecha de su última mens-
truación? _____

Determinar fecha probable de parto y semanas de gestación --
actuales y anotar F.P.P. _____ SDG ACTUALES: _____

3.- Usted actualmente está llevando control médico para su -
embarazo? _____

4.- Cuál es el lugar donde usted se está atendiendo? _____

5.- Usted es atendida por médico especialista, médico gene-
ral, enfermera obstétrica, otra? _____

6.- En dónde se va a atender usted su parto? _____

7.- Actualmente su embarazo es normal SI _____ NO _____

8.- Qué problemas ha tenido usted con respecto a su embarazo? _____

(Aplicar esta pregunta en caso de que la anterior
respuesta haya sido afirmativa).

9.- Cuál fué el tratamiento que usted recibió? _____

10.- El tratamiento que recibió le ha ayudado a usted? _____

OBSERVACIONES: _____

NOMBRE DEL APLICADOR: _____

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

B. Wolman B. Aspectos Psicológicos en Ginecología y Obstetricia. Ed. P.L.M.S.A. México, D.F. 1982. 199-202 192 p-p.

Beck. Práctica de Obstetricia. Ed. Prensa Médica Mexicana. 3a. Ed. México, D.F., 1981. 847 pp.

Benson C. Ralph. Diagnóstico y Tratamiento Gineco Obstétrico. Ed. Manual Moderno. México, D.F., 1979. 1080 pp.

Burrow Gerard N. Complicaciones Médicas durante el Embarazo. Ed. Panamericana. 2a. Ed. 610 pp.

Casanova Alvarez Nicolas. Obstetricia. Ed. Salvat México D.F., 1983. 397 pp.

Cloherly John P. Manual de Cuidados Neonatales. Ed. Salvat México, 1985, 466 pp.

Danfort N. David. Tratado de Obstetricia y Ginecología. -- Ed. Interamericana 4a. Ed. México, D.F., 1987. 1287 pp.

Dexeus J.M. Fisiología Obstétrica. Ed. Salvat. Barcelona -- España. Vol. I. 493 pp.

Douglas N. Hayns. Complicaciones Médicas durante el Embarazo. Ed. Salvat 3a. Ed. Barcelona España, 1980. 669 pp.

Grupos de Estudios al Nacimiento A.C. Prevención de los defectos al Nacimiento. Ed. Ceutes. México, D.F., oct. 1981. 55 pp.

Grupos de Estudios al Nacimiento A.C. El feto y su ambiente México, D.F., Nov. de 1983. 111 pp.

Grupos de Estudios al Nacimiento A.C. Manejo Integral de los defectos al Nacimiento. México, D.F., abril de 1986. 105 pp.

Jawetz Ernest. Microbiología Médica. Ed. Manual Moderno 10 a Ed. México, D.F., de 1983. 583 pp.

Lull y Kimbrogh. Obstetricia Clínica. Ed. Interamericana 4a. Ed. México, D.F., 1982 731 p.p.

Litzenbert. Sinopsis de Obstetricia. Ed. Hispanoamericana 4a. Ed. México, D.F., 1981, 453 pp.

Mondragón Castro Héctor. Obstetricia Básica Ilustrada. Ed. Trillas. México, 1982. 685 p.p.

Niswander K.R. Manual de Obstetricia. Ed. Salvat. México, D.F., 1985. 436 pp.

Novak R. Edmund. Tratado de Ginecología. Ed. Interamericana. 8a. Ed. México, D.F., 1975. 839 p.p.

Pritchard, A. Jack. Williams. Obstetricia, Ed. Salvat. 3a. Ed. México, D.F., 1987. 900 p.p.

Queenan T. Jonh. Atención del Embarazo de Alto Riesgo. Ed. Manual Moderno. 2a. Ed. México, D.F., 1987, 602 pp.

Rojas Soriano Raul. Guía para realizar investigaciones sociales. Ed. U.N.A.M. 7a. Ed. México, D.F., 1982, 274, pp.

Tartara Anagnostakos Gerard. Principios de Anatomía y Fisiología. Ed. Harla 3a. Ed. México, D.F., 1984, 1034 pp.