

11226

51

4ej



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

División de Estudios de Posgrado
Instituto Mexicano del Seguro Social
Unidad de Medicina Familiar No. 21

EMBARAZO DE ALTO RIESGO Y SU RELACION CON
RIESGO REPRODUCTIVO ELEVADO EN LA UNIDAD
DE MEDICINA FAMILIAR No. 21 DEL I.M.S.S.

T E S I S
Que para obtener el Título de
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
p r e s e n t a
DRA. ANGELA HERNANDEZ NAJERA



IMSS
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

México, D. F.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1992



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.

CONTENIDO

INTRODUCCION	1
JUSTIFICACION	2
ANTECEDENTES CIENTIFICOS	3
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	8
HIPOTESIS	9
OBJETIVOS	10
PROPOSITO	11
MATERIAL Y METODOS	12
RESULTADOS	16
CUADROS Y GRAFICAS	21
DISCUSION	38
CONCLUSIONES	41
ALTERNATIVA DE SOLUCION	42
BIBLIOGRAFIA	43
ANEXOS	44

INTRODUCCION

Es conocido que en nuestro medio, aproximadamente la mitad de los casos de Morbimortalidad Materna y Perinatal tienen su origen en Embarazos de Alto Riesgo los cuales están condicionados por factores de Riesgo Reproductivo que son fácilmente detectables mediante la valoración integral de toda mujer en edad fértil que acuda a las unidades de primer nivel de atención siendo esto último una prioridad dentro del Instituto Mexicano del Seguro Social.

La Finalidad de esta Investigación es la de conocer la Incidencia de Embarazo de Alto Riesgo y su relación proporcional con Riesgo Reproductivo Elevado en la Unidad de Medicina Familiar No. 21 del IMSS de tal manera que conociendo esta problemática se puedan encaminar acciones de promoción a la salud en las mujeres expuestas a Embarazos de Alto Riesgo, así como llevar a cabo la prevención primaria de la Morbimortalidad Materna mediante la detección oportuna y la modificación de los factores en toda mujer en edad fértil que puedan dar origen a gestaciones de alto riesgo ya que todos los esfuerzos realizados hasta el momento se han orientado a la descripción del problema y no a la prevención y control del mismo lo cual se lograría a través del incremento de los Programas de Planificación Familiar así como de una adecuada y oportuna Atención Prenatal.

JUSTIFICACION

En el campo de la Salud Materno Infantil, un aspecto fundamental es la atención integral de las mujeres en edad fértil. Se ha demostrado que con la detección oportuna de factores de Riesgo Reproductivo en mujeres expuestas a embarazo es posible evitar una proporción elevada de casos de enfermedad y muerte materna y perinatal.

Los esfuerzos para disminuir la Morbimortalidad en estos grupos deben ser orientados inicialmente a la identificación y valoración clínica de los antecedentes o patologías subyacentes que podrían influir negativamente en la evolución del embarazo y sus resultados, así como el establecimiento de acciones específicas de regulación de la fecundidad para prevenir la gestación en mujeres expuestas a riesgo reproductivo o bien, en su caso, modificar los factores presentes para evitar las consecuencias negativas de los Embarazos de Alto Riesgo.

ANTECEDENTES CIENTIFICOS

La situación de Salud de un país depende fundamentalmente de las condiciones generales de vida de la población y de la base económica y social en que estas se reproducen, en consecuencia, la revisión de las condiciones de salud requieren no de una descripción, sino de una exploración de la organización social y de la forma en que esta influye en la Salud y la Enfermedad.(12)

Por encima de las aproximaciones individualistas, ideólogos y biólogos en torno a los problemas de salud la base material y el carácter histórico del Proceso Salud-Enfermedad reflejan, con enorme fidelidad, el grado de desarrollo y bienestar de una sociedad determinada.(12)

Dentro del terreno de la Salud Materno Infantil la Morbilidad Materna ocupa un lugar importante debido en gran medida a la producción de Embarazos de Alto Riesgo dado por los factores que complican el embarazo y hacen que este represente un riesgo mayor para la madre o el producto durante la etapa prenatal, natal y postnatal.(1)

El Hecho de que una de cada mil embarazadas que dan a luz muera durante el trance, tiene que ver con los bajos niveles generales de vida, con la desnutrición endémica, con las malas condiciones higiénicas y de saneamiento básico así como con la falta de atención prenatal y la deficiente atención obstétrica. Esto se hace más claro al revisar las principales causas de muerte materna en nuestro país en donde se observa que las Hemorragias durante el embarazo y el ...

parto, las Sepsis del parto y el Puerperio, la elevada frecuencia y letalidad de las Toxemias del Embarazo y Puerperio así como las complicaciones derivadas de los abortos espontáneos y clandestinos son los problemas básicos que están generando la elevada tasa de mortalidad materna.(11)

Si se compara este fenómeno con algunos países de América puede verse nuestro gran rezago al respecto. Cuba tiene una tasa 2 veces menor, Estados Unidos 8 veces menor y Canadá 10 veces más reducida, incluso un buen número de países en Centro y Sudamérica tienen cifras menores.(11)

La Mortalidad Materna en nuestro país de 1980 a 1985 fue de 9.1 por 10,000 nacidos vivos.(2)

Little, señaló hace 120 años la influencia de algunas condiciones y antecedentes maternos sobre la salud del niño e identificó los primeros factores de riesgo en relación con la morbimortalidad perinatal. Posteriormente los primeros estudios epidemiológicos con el enfoque de predicción, se llevaron a cabo en la segunda mitad de este siglo y hasta los últimos 30 años es cuando se notó un avance más acelerado en este tipo de análisis, ligado al avance de las estadística y la computación. Los primeros estudios identificaron efectos adversos en el área del parto y el recién nacido y después buscaron los factores de riesgo en el período prenatal y en los factores socioeconómicos y ambientales. En una segunda etapa los factores de riesgo se investigaron por medio del análisis estadístico de la mortalidad infantil y perinatal, lo que dió origen a grandes estudios epidemiológicos en Europa y Norteamérica entre 1960 y 1970, que llevaron a una exhaustiva enumeración y clasificación de los

factores de riesgo, señalando claramente la existencia de factores de diferente importancia y la necesidad de cuantificarlos. Desde entonces se han presentado diferentes enfoques matemáticos, así como diferentes criterios de definición del daño, de este modo se ha definido el Riesgo Reproductivo como el grado de peligro que tienen las mujeres en edad fértil como su producto, de sufrir enfermedad, lesión o muerte en caso de Embarazo, (13),. Esto nos lleva a identificar a las mujeres entre 15 - 49 años de edad productoras potenciales de Embarazos de Alto Riesgo, (2).

Los factores de Riesgo Reproductivo se han agrupado en tres categorías:

I. Antecedentes Generales: Se incluyen los factores que permiten configurar un perfil que identifica o define en forma global a una mujer en edad fértil en el terreno de las características de su conducta reproductiva, tales como: edad entre menos de 20 y más de 35 años, (1-4, 13); Peso al inicio de la gestación de menos de 45 ó más de 90 Kg (1, 4, 5, 9); Talla menor de 149 cms (1-4); Multigravidez en la que se considera mayor riesgo después de 5 embarazos (2), aunque en algunos estudios se refiere que la multigravidez per se no es un factor de riesgo y que las complicaciones asociadas con esta están directamente relacionadas con las condiciones socioeconómicas deficientes (7, 8); Así mismo el Intervalo Intergestacional especialmente cuando es menor de 18 meses (2) y el Tabaquismo y Alcoholismo (1, 6, 9).

II. Antecedentes Obstétricos Patológicos: son aquellos antecedentes o eventos en la historia reproductiva que pueden asociarse a un hecho desfavorable para la salud materna, fetal o neonatal en un siguiente embarazo, como: Aborto,

Muertes Fetales o Neonatales, Toxemia, Prematurez, Anormalidades Congénitas, Cesáreas, Hemorragias del Embarazo y Parto, Parto Prematuro, Parto Prolongado, Embarazos Múltiples, Antecedentes de Desprendimiento Prematuro de Placenta, Placenta Previa, así como el Peso durante el Embarazo(1,2,4,6, 13).

III. Antecedentes Personales Patológicos: están constituidos por entidades nosológicas establecidas generalmente de carácter crónico degenerativo y que tienen un grado de asociación habitualmente bien definido y de tipo causal con la Morbimortalidad Materna, Fetal y Neonatal tales como Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial, Cardiopatías, Nefropatías, Enfermedades Endócrinas y las enfermedades de tipo Infecciosa (1,2,4,13).

Además de estas tres categorías mencionadas, es de suma importancia señalar los Factores Fetales tales como la Incompatibilidad al Sistema ABO o al Factor Rh, y las anomalías congénitas del producto como factores de Embarazo de Alto Riesgo.

Por otro lado, no se pueden restar importancia a los factores socioeconómicos tales como la escolaridad, el Embarazo no deseado, el ser madre soltera, la clase social baja, el estado matrimonial, el hacinamiento y la pobreza como factores de Riesgo Reproductivo(1,4,6).

La preselección de estos factores se elaboró con base en los resultados que han mostrado los estudios sobre Alto Riesgo Obstétrico en nuestro medio y en otros países,(13), así mismo cabe mencionar que no son estáticos, sino que pueden modificarse durante la gestación o evolución del parto.

La validación y determinación de los factores de riesgo relacionados con el Embarazo, así como la ponderación o valor específico de cada uno de ellos permite la elaboración de un modelo predictivo de Riesgo Reproductivo que aplicado a las mujeres en edad fértil sirve para detectar aquellas que tengan la mayor probabilidad de experimentar un daño - traducido en Morbimortalidad Materno Infantil.

En algunos hospitales se emplea una hoja para detectar los factores involucrados en el Embarazo de Alto Riesgo al ingreso de la paciente a la consulta prenatal. La aplicación práctica de un sistema de identificación de Riesgo Reproductivo habitualmente consiste en el diseño de un formulario simplificado en el cual se encuentran anotados los factores de riesgo que se han elegido, en razón de su prevalencia y magnitud en la población, y generalmente a cada factor de riesgo se le atribuye un puntaje en razón de su importancia por la asociación que muestra con los daños a la salud. Adicionalmente se determina un valor numérico a partir del cual la población que alcanza esta suma o la supera es calificada como de Alto Riesgo Reproductivo(10).

En el Instituto Mexicano del Seguro Social el prototipo de este formulario es la Hoja de Atención Médica Prenatal y Riesgo Reproductivo (MF7) y la suma de factores de riesgo de 4 ó más se considera como Riesgo Reproductivo Elevado. (se anexa Hoja MF7).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la Unidad de Medicina Familiar No. 21 del Instituto Mexicano del Seguro Social en el año de 1988 se tiene una población de 34,960 mujeres en edad fértil (+), se embarazaron un total de 2699 (++) de las cuales 662 pacientes fueron enviadas a Hospital General de Zona Troncoso y Hospital General de Zona Venados del IMSS para atención obstétrica antes de la semana 36 de gestación (+++), se desconoce la Incidencia de Embarazo de Alto Riesgo y la relación proporcional con Riesgo Reproductivo Elevado establecido en la Hoja Institucional de Atención Médica Prenatal y Riesgo Reproductivo, MF7.

Fuente:

- (+) Diagnóstico de Salud. UMF No. 21 del IMSS.
- (++) Registro Mensual de Embarazos de Primera Vez.
- (+++) Hoja Mensual de concentración de Información en Vigilancia Prenatal. UMF No. 21 del IMSS.

HIPOTESIS

H_1 La Incidencia de Embarazo de Alto Riesgo presenta una correlación positiva con el Antecedente de Riesgo Reproductivo Elevado en pacientes enviadas antes de la semana 36 de Gestación a HGZ Troncoso y HGZ Venados.

H_2 La Incidencia de Embarazo de Alto Riesgo no presenta una relación significativa con el Antecedente de Riesgo Reproductivo Elevado en paciente enviadas antes de la semana 36 de Gestación a HGZ Troncoso y HGZ Venados.

OBJETIVOS

GENERAL:

Al finalizar la Investigación se conocerá la Incidencia de Embarazo de Alto Riesgo y la relación proporcional con Riesgo Reproductivo Elevado en las pacientes embarazadas enviadas antes de la semana 36 de gestación a HGZ Troncoso y HGZ Venados del IMSS, para atención obstétrica.

ESPECIFICOS:

- 1.- Identificar los casos de Embarazo de Alto Riesgo en pacientes enviadas antes de la semana 36 de gestación a HGZ Troncoso y HGZ Venados para atención obstétrica.
- 2.- Establecer la relación proporcional entre Embarazo de Alto Riesgo y Riesgo Reproductivo Elevado en pacientes embarazadas enviadas antes de la semana 36 de gestación a HGZ Troncoso y HGZ Venados para atención obstétrica.

PROPOSITO

Uno de los propósitos principales de esta investigación es dar a conocer los resultados obtenidos de la misma sobre todo al personal médico y en general a todo el equipo de salud de la Unidad de Medicina Familiar No. 21 del IMSS así como a otras unidades del Instituto para crear la necesidad de participar activamente y en forma interdisciplinaria en los programas de Salud Materno Infantil de la Unidad desde el Consultorio hasta la Comunidad.

Un segundo propósito es el de sugerir la posibilidad de adicionar a la hoja de concentración de Información en Vigilancia Prenatal Mensual de la Coordinación Médica de la Unidad un rubro más donde se especifique el Diagnóstico de envío de las pacientes embarazadas para atención obstétrica.

MATERIAL Y METODOS

Se realizó un análisis retrospectivo, transversal y descriptivo en la Unidad de Medicina Familiar No. 21 del IMSS en donde inicialmente se identificaron a las mujeres embarazadas enviadas a Hospital General de Zona Troncoso y Hospital General de Zona Venados antes de la semana 36 de Gestación para atención obstétrica, registradas en la Hoja de concentración de Información en Vigilancia Prenatal de la misma Unidad en un periodo de tiempo comprendido entre los meses de Junio 1988 a Junio 1989.

Posteriormente se revizaron los expedientes correspondientes a estas pacientes previamente seleccionadas con el fin de analizar la Hoja de Atención Médica y Prenatal y Riesgo Reproductivo Elevado (MP7) para extraer los Diagnósticos de envío así como la suma de factores de Riesgo Reproductivo a fin de conocer el número de pacientes enviadas con Diagnóstico de Embarazo de Alto Riesgo y/o los Diagnósticos correspondientes como Toxemia, Diabetes Mellitus, Sangrado Trasvaginal, etc. así como el número de pacientes con Riesgo Reproductivo Elevado, es decir con suma de factores de Riesgo Reproductivo de 4 ó más puntos para posteriormente correlacionar proporcionalmente Embarazo de Alto Riesgo con Riesgo Reproductivo Elevado.

El diseño de la muestra se obtuvo según la siguiente fórmula: $n = \frac{Z^2 pq}{E^2}$ donde Z = 95% (Nivel de confiabilidad).

n = 344 casos

Como el tamaño de la población es de 662 casos que son el total de pacientes enviadas, se utiliza el factor de corrección finito con siguiente fórmula:

$$n = \frac{n_0}{1 + \frac{n_0 - 1}{N}}$$

n = 244 casos a estudiar.

Dentro de los criterios de inclusión para la investigación se consideraron a: Pacientes enviadas con Diagnóstico de Embarazo de Alto Riesgo, Embarazadas antes de la semana 36 de Gestación, Pacientes con suma de Factores de Riesgo Reproductivo menor, igual ó mayor de 4 puntos.

Se excluyeron a las pacientes que fueron enviadas para Valoración de Edad Gestacional las cuales fueron un total de 23 casos ya que este diagnóstico no se relaciona con el presente estudio. Así mismo se excluyeron a las pacientes que habían sido enviadas para estudios paraclínicos relacionados con el Embarazo como por ejemplo el Ultrasonido.

No se incluyeron a las pacientes con más de 36 semanas de gestación, o las pacientes embarazadas que fuesen canalizadas por solicitar método quirúrgico de control de la fertilidad, así como a las pacientes enviadas con diagnósticos no relacionados con el embarazo.

Una vez recopilados los datos el análisis estadístico se llevó a cabo a través de Tabla de Frecuencias Simple, Porcentajes, Proporciones, Diagrama de Dispersión y la Representación gráfica por medio de Gráficas de Barras.

Los Recursos Humanos presentes fueron:

- Apoyo de los Servicios de Medicina Familiar de la Unidad de Medicina Familiar No. 21 del IMSS, como: Dirección de la Unidad, Departamento clínico, Médicos Familiares, Asistentes Médicas, Departamento de Enseñanza e Investigación, Archivo, Departamento de Codificación de la Unidad de Medicina Familiar 21.
- Apoyo y Asesoría del Departamento de Enseñanza e Investigación del Hospital General de Zona No. 30 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Entre los Recursos Técnicos contamos con:

- Hoja MF7 Institucional de Atención Médica Prenatal y Riesgo Reproductivo.
- Hoja de concentración de Información en Vigilancia Prenatal Mensual de la Coordinación Médica de la Unidad.
- Expedientes clínicos.

Así mismo los recursos Tecnológicos fueron:

- Documentación científica recopilada en bibliotecas del Instituto Mexicano del Seguro Social así como bibliotecas Públicas y otros medios.
- Diagnóstico de Salud de la Unidad de Medicina Familiar No. 21 del IMSS.

En cuanto a los recursos financieros se proporcionaron por cuenta del autor.

El Tiempo de realización de esta investigación fué del mes de abril de 1989 al mes de Noviembre del mismo año.

El límite de espacio se consideró la Unidad de Medicina Familiar No. 21 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

RESULTADOS

Se registraron un total de 662 envíos para atención obstétrica a Hospital General de Zona Venados y Hospital General de Zona Troncoso del IMSS de pacientes embarazadas canalizadas antes de la semana 36 de Gestación durante los meses de Junio 1988 a Junio 1989.

Se seleccionó una muestra de 244 casos a estudiar determinada estadísticamente de tal manera que fuera significativa habiéndose estudiado solamente 200 casos debido a que dos meses previos a esta investigación se hizo depuración de expedientes clínicos en la Unidad de Medicina Familiar No. 21 del IMSS.

De los 200 casos estudiados un total de 177 fueron enviadas con Diagnóstico de Embarazo de Alto Riesgo y 23 fueron enviadas para valorar edad gestacional excluyendo estos últimos dado que no constituyen los criterios de inclusión para el estudio.

La Incidencia de Embarazo de Alto Riesgo en pacientes enviadas antes de la semana 36 de gestación fué en nuestro estudio de 26.7%.

De los 177 casos de Embarazo de Alto Riesgo encontramos que 101 casos presentaron antecedente de Riesgo Reproductivo Elevado, es decir, con suma de factores de Riesgo de 4 o más lo cual corresponde a un 57 % del total de pacientes, y 76 casos cursaron con antecedente de Riesgo Reproductivo menor de 4 constituyendo el 43%.

Se estableció la relación proporcional entre Embarazo de Alto Riesgo y Riesgo Reproductivo Elevado la cual mostró que por cada 17 Embarazadas con Alto Riesgo 10 tenían antecedente de Riesgo Reproductivo Elevado.

Analizando los Factores de Riesgo Reproductivo, encontramos que en cuanto a la edad de la pacientes enviadas 59% corresponde a la edad de 20 a 29 años, 6.7% de 15 a 19, 22% de 30 a 34 y de menos de 15 ó más de 34 años un 11.8% (Cuadro 1).

En lo que respecta al Peso 86.4% fueron de 50 o más Kg y 13.6% con menos de 50 Kg. (Cuadro 2).

En el Factor Talla 74.6% corresponden a + de 150 cms y 25.4% de 150 o menos cms. (Cuadro 3).

En Escolaridad 74% tenían Secundaria ó más y el restante 26% Primaria o menos. (Cuadro 4).

En el Factor Gesta se encontró que un 66.6% tuvieron antecedente de 2 a 5 embarazos, 27.1% fueron Primigestas y 6.2% de las paciente enviadas presentaron un antecedente de más de 5 embarazos, Así mismo en cuanto al No. de Partos el 98.3% mostraron antecedente de menos de 5 partos y solo 1.7% con antecedente de 5 o más partos. (Cuadros 5 y 6).

En el cuadro No 7 observamos que 92.6% de la pacientes - estudiadas tuvieron de 0 a 1 abortos, 5.6% de 2 abortos y 1.7% de 3 ó más abortos.

En el Antecedente de Cesárea, un 67,7% no lo presentó y 32.3% si tuvieron cesárea anterior. (Cuadro 8).

En cuanto al Intervalo de tiempo entre un embarazo y otro se registró que un 73.4% mostraron un intervalo de 13

a 60 meses, 13.5% menos de 13 meses y 12.9% con intervalo de más de 60 meses. (Cuadro 9).

El Antecedente de Tabaquismo fué negativo en 98.8% de los casos estudiados y solo 2 casos que corresponde a 1.2% mostraron antecedente de Tabaquismo positivo. (Cuadro 10).

Así mismo 100% de los casos presentaron antecedente de Alcoholismo negativo. (Cuadro 11).

En relación a los Antecedentes Ginecoobstétricos el más frecuentemente encontrado fué el de Bajo Peso al Nacer con un 5.3%, seguido del Antecedente de Prematurno en 4.8%, posteriormente Toxemia en 3.7%, Cirugía Pélvica Uterina en 2.6%, Sangrado del Tercer Trimestre en 1.6%, Malformación Congénita en 1.6%, Macrosomía (+ de 4000 gr) en 1.6%, polihidramnios en 0.5% siendo un solo caso, en el rubro de Otros un 2.6% y sin Ningún Antecedente un 74.35 de los casos. (Cuadro 12).

Dentro de los Antecedentes Personales Patológicos encontramos el Antecedente de Hipertensión Arterial en 3.5%, Cardiopatía en 3.5%, Diabetes Mellitus dos casos que corresponde a 1.1%, Otros Antecedentes 5% y Ningún Antecedente en el 86.4% de las pacientes estudiadas. (Cuadro 13).

Analizando ahora la Morbilidad del Embarazo en nuestras pacientes (Ver cuadro 14) encontramos que la Patología que más frecuentemente complicó al Embarazo fué Amenaza de Aborto en 13.5% (24 casos) de los cuales 15 casos tuvieron Riesgo Reproductivo Bajo y 9 casos con Riesgo Reproductivo Elevado; seguido de Amenaza de Parto Prematuro en 10.7% (19 casos) de los cuales 11 con Riesgo Reproductivo Bajo y 8 con Riesgo Reproductivo Elevado; Infección de Vías Urinarias en ...

10.7% (19 casos) 9 casos con Riesgo Reproductivo Bajo y 10 con Riesgo Reproductivo Elevado; Toxemia en (7.9% (14 casos) 3 con Riesgo Reproductivo Bajo y 11 con Riesgo Reproductivo Elevado; Cesárea Prévía en 6.8% (12 casos) todos con Riesgo Reproductivo Elevado; Rh Negativo en 5.6% (10 casos) 4 casos con Riesgo Reproductivo Elevado y 6 con Riesgo Reproductivo Bajo; Pb. Muerte Fetal en 5%(9 casos) 6 casos con Riesgo Reproductivo Bajo y 3 casos con Riesgo Reproductivo Elevado; Cardiopatía en 3.4%(6 casos) un caso con Riesgo Reproductivo Bajo y 5 con Riesgo Reproductivo Elevado; Placenta Prévía en 3.4%(6 casos) 5 con Riesgo Reproductivo Bajo y un caso con Riesgo Reproductivo Elevado; Ruptura Prematura de Membranas 2.3%(4 casos) dos casos con Riesgo Reproductivo Bajo y dos con Elevado; Anemia 2.3%(4 casos) 2 con Riesgo Reproductivo Bajo y dos con RR Elevado; Diabetes Mellitus Gestacional 1.1%(dos casos) con RR Elevado; Con Diagnóstico de Suma de Factores fueron enviadas 24 pacientes lo cual corresponde a un 13.5% obviamente todos con Riesgo Reproductivo Elevado y finalmente en el apartado Multifactorial se incluyen 24 casos(13.5%) de los cuales 16 casos mostraron antecedente de Riesgo Reproductivo Bajo y 8 casos con Riesgo Reproductivo Elevado, en esta apartado se agruparon los siguientes Diagnósticos: Vulvovaginitis 3 casos, Aborto Habitual 2 casos, Sangrado de la Segunda Mitad del Embarazo 2 casos, Miomatosis Uterina 2 casos, Traumatismo 2 casos, Patología Tiroidea 2 casos, Rubéola 1 caso, Sufrimiento Fetal Agudo un caso, Crisis Asmática 1 caso, Pb. Embarazo Molar 1 caso, Sangrado de la Primera Mitad del Embarazo 1 caso, Toxoplasmosis 1 caso, Embarazo Gemelar 1 caso, Luxación Con-

génita de Cadera 1 caso, Espondiloartrosis Degenerativa 1 caso, Producto Pélvico 1 caso, Dermatosis 1 caso.

En cuanto a la Incidencia de Riesgo Reproductivo en general, como se mencionó al principio, predominó el Riesgo Reproductivo Elevado el cual se encontró en 101 casos correspondiendo a un 57% de los casos estudiados, sin embargo analizando cada una de las causas de Morbilidad en el Cuadro 14 vemos que cada una presenta diferencias en relación al antecedente de Riesgo Reproductivo, tal es el caso de Amenaza de Aborto, Amenaza de Parto Prematuro, Rh Negativo, P.b. Muerte Fetal, Placenta Previa y Multifactorial en que predominó el Riesgo Reproductivo Bajo, no siendo así en el caso de Infección de Vías Urinarias, Toxemia, Cesarea Previa, Cardiopatía y Suma de Factores en los cuales el antecedente fue de Riesgo Reproductivo Elevado, en el resto de enfermedades que complicaron al embarazo el Riesgo Reproductivo presenta la misma incidencia tanto de Elevado como de Bajo.

Se realizó un Diagrama de Dispersión para correlacionar Embarazo de Alto Riesgo con Riesgo Reproductivo Elevado (Gráfica 15) obteniéndose según el diagrama una correlación positiva en la que se observa que la mayoría de los casos tienden a confluir hacia los valores menores de la escala, lo cual nos conduce a deducir que a Menor Riesgo Reproductivo Elevado Menor Incidencia de Embarazo de Alto Riesgo.

Para establecer con mayor exactitud el grado de correlación anterior se aplicó el Coeficiente "r" de Pearson para medir correlación y asociación de dos variables con resultado = $r = 0.8$

lo cual indica una relación positiva entre estas variables.

FACTORES DE RIESGO

EDAD:

E D A D (años)	Eventos	%
20 - 29	105	59.3
15 - 19	12	6.7
30 - 34	39	22.0
- de 15 ó + de 34	21	11.8
T o t a l	177	100.0

CUADRO I

PESO:

P E S O	Eventos	%
50 ó +	153	86.4
- de 50	24	13.5
T o t a l	177	100.0

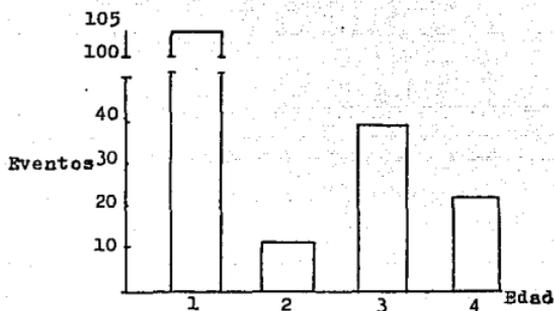
CUADRO 2

Fuente: MF 7

Julio 1988 - Junio 1989

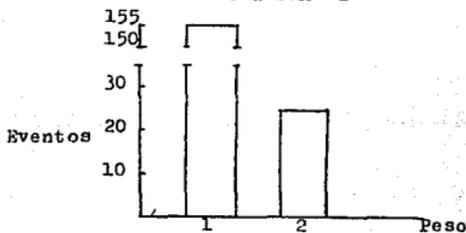
Unidad de Medicina Familiar No. 21 IMSS.

GRAFICA I



1= 20-29 años
 2= 15-19 años
 3= 30-34 años
 4= - de 15 ó + de 34.
 FUENTE: CUADRO I.

GRAFICA 2



1= 50 ó más(kg)
 2= - de 50
 Fuente: Cuadro 2

Cuadro 3

TALLA:

TALLA (cms)	Eventos	%
+ de 150	132	74.6
150 o -	45	25.4
T o t a l	177	100.0

Cuadro 4

ESCOLARIDAD:

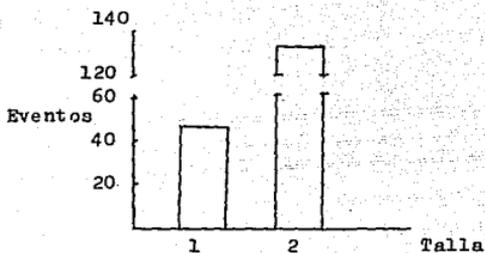
ESCOLARIDAD	Eventos	%
Secundaria 6 +	131	74.0
Primaria 6 -	46	26.0
T o t a l	177	100.0

Fuente: MF 7

Junio 1948 - Junio 1989

Unidad de Medicina Familiar No. 21 IMSS.

GRAFICA 3

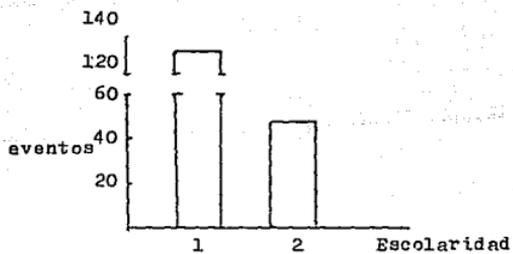


1= + de 150 cms

2= 150 ó -

Fuente: Cuadro 3

GRAFICA 4



1= Secundaria ó +

2= Primaria ó -

Fuente: Cuadro 4

Cuadro 5

GESTA:

G E S T A	Eventos	%
2 a 5	118	66.6
Primigesta	48	27.1
+ de 5	11	6.2
T o t a l	177	100.0

Cuadro 6.

PARA:

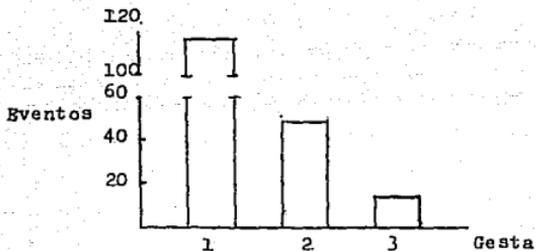
P A R A	Eventos	%
- De 5	174	98.3
5 ó +	3	1.7
T o t a l	177	100.0

Fuente: MF 7

Junio 1988 - Junio 1989

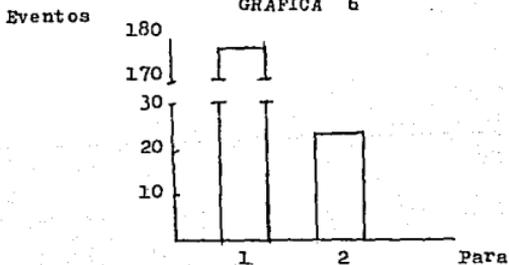
Unidad de Medicina Familiar No 21 IMSS.

GRAFICA 5



1= 2 a 5
2= Primigesta
3= + de 5
Fuente: Cuadro 5.

GRAFICA 6



1= - de 5
2= 5 6 +
Fuente: Cuadro 6

Cuadro 7

ABORTO:

A B O R T O	Evento	%
0 a 1	164	92.6
2	10	5.6
3 ó +	3	1.7
T o t a l	177	100.0

Cuadro 8

CESAREA:

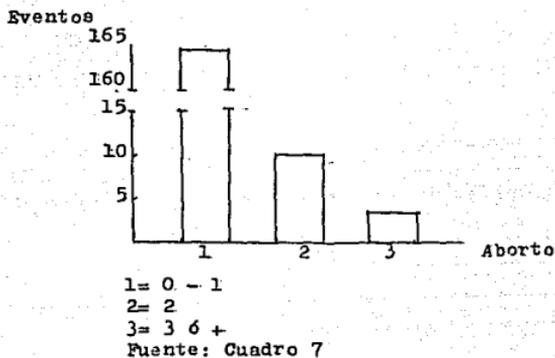
C E S A R E A	Eventos	%
NO	120	67.7
SI	57	32.2
T o t a l	177	100.0

Fuente: MF 7

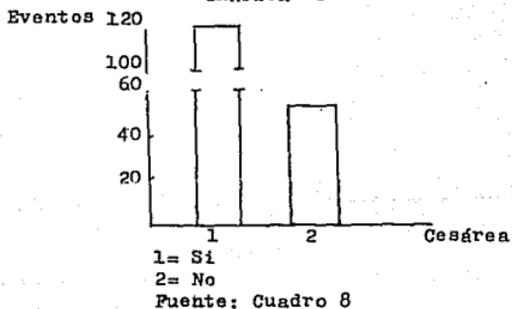
Junio 1988 a Junio 1989

Unidad de Medicina Familiar No. 21 IMSS.

GRAFICA 7



GRAFICA 8



Cuadro 9

INTERVALO:

INTERVALO (meses)	Eventos	%
13 e 60	130	73.4
- de 13	24	13.5
+ de 60	23	12.9
T o t a l	177	100.0

-Cuadro 10

TABAQUISMO:

TABAQUISMO	Eventos	%
NO	175	98.8
SI	2	1.2
T o t a l	177	100.0

Cuadro 11

ALCOHOLISMO:

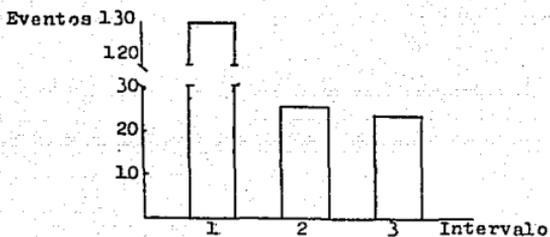
ALCOHOLISMO	Eventos	%
NO	177	100.0
SI	0	0.0
T o t a l	177	100.0

Fuente: MF 7

Junio 1988 -Junio 1989

Unidad de Medicina Familiar No 21 IMSS.

GRAFICA 9



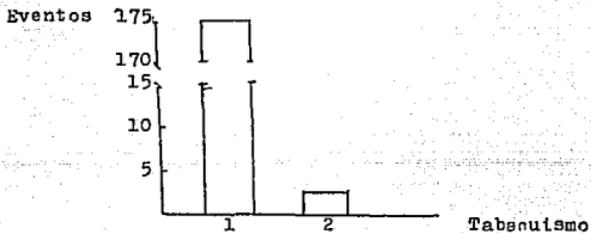
1= 13 - 60(meses)

2= - de 13

3= + de 60

Fuente: Cuadro 9

GRAFICA 10



1= No

2= Si

Fuente: Cuadro 10

Cuadro 12

ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICÓS

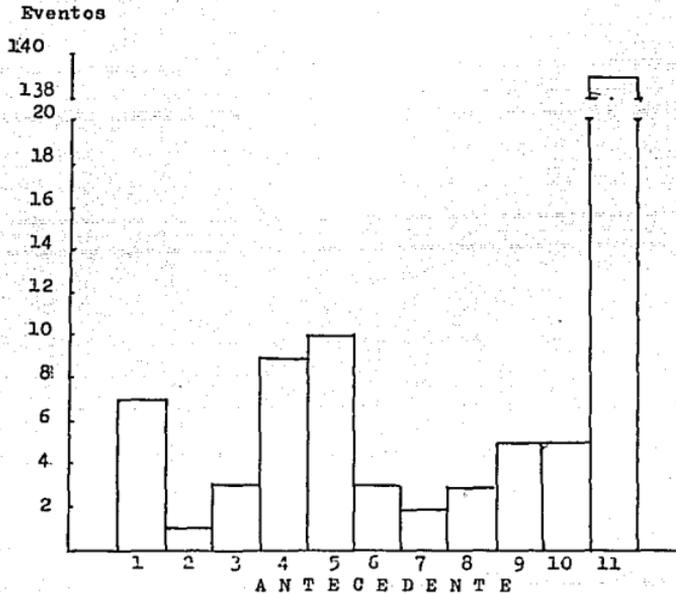
A N T E C E D E N T E	EVENTOS	%
TOXEMIA	7	3.7
POLIHIDRAMNIOS	1	0.5
SANGRADO DEL 3er TRIMESTRE	3	1.6
PRETERMINO - 38 SEMANAS	9	4.8
BAJO PESO AL NACER	10	5.3
MALFORMACION CONGENITA	3	1.6
MUERTE FETAL TARDIA +28 SEMANAS	2	1.0
MACROSOMIA +4000 gr	3	1.6
CIRUGIA PELVICA UTERINA	5	2.6
OTROS	5	2.6
NINGUNO	139	74.3
T O T A L	187	100.0

Fuente: MF 7

Junio 1988 - Junio 1989

Unidad de Medicina Familiar No. 21 IMSS.

GRAFICA 12
ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS



- 1= Toxemia
- 2.-Polihidramnios
- 3= Sangrado del 3er trimestre.
- 4= Pretérmino - 38 sem.
- 5= Bajo Peso al nacer.
- 6= Malformación congénita
- 9= Muerte Fetal Tardía
- 8= Macrosomía
- 9= Cirugía Pélvica uterina
- 10= Otros
- 11= Ninguno

Fuente: Cuadro 12

Cuadro 13

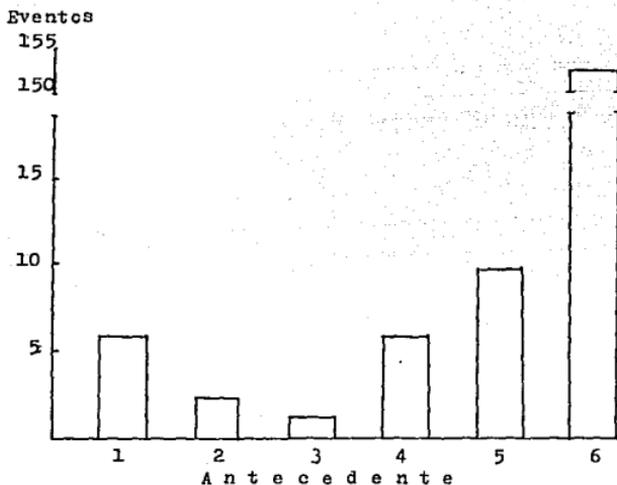
ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS

A N T E C E D E N T E	EVENTOS	%
Hipertensión Arterial	6	3.51
Diabetes Mellitus	2	1.1
Infección Sistémica	1	0.5
Cardiopatía	6	3.4
Otros	9	5.0
Ninguno	153	86.4
T o t a l	177	100.0

Fuente: MF7
 Junio 1988 - Junio 1989
 Unidad de Medicina Familiar No. 21 IMSS.

GRAFICA 13

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS



- 1= Hipertensión Arterial
- 2= Diabetes Mellitus
- 3= Infección Sistémica
- 4= Cardiopatía
- 5= Otros
- 6= Ninguno

Fuente: Cuadro 13

CUADRO 14

MORBILIDAD DEL EMBARAZO EN PACIENTES ENVIADAS ANTES DE LA SEMANA 36 DE GESTACION A HGZ VENADOS Y TRONCOSSO

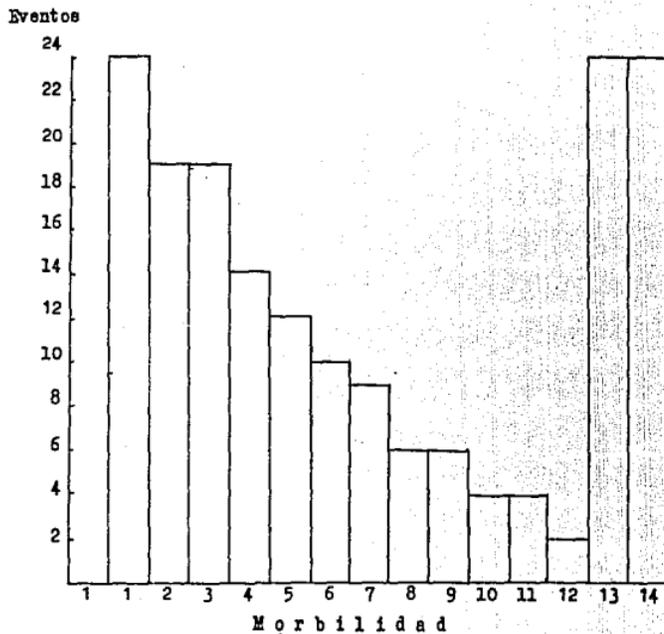
MORBILIDAD	Riesgo Re-productivo		Total	%
	-4	+4		
1.- Amenaza de Aborto.	15	9	24	13.5
2.- Amenaza de Parto Prematuro.	11	8	19	10.7
3.- Infección de Vias Urinarias.	9	10	19	10.7
4.- Toxemia.	3	11	14	7.9
5.- Cesárea Prévia.	0	12	12	6.8
6.- Rh Negativo	6	4	10	5.6
7.- Pb. Muerte Fetal.	6	3	9	5.0
8.- Cardiopatía.	1	5	6	3.4
9.- Placenta Prévia.	5	1	6	3.4
10.-Ruptura Prematura de Membranas.	2	2	4	2.3
11.-Anemia	2	2	4	2.3
12.-Diabetes Mellitus Gestacional	0	2	2	1.1
13.-Suma de Factores(Emb.Alto Riesgo)	0	24	24	13.5
14.-Multifactorial (+).	16	8	24	13.5
T O T A L	76	101	177	100

(-) Ver hoja siguiente.

Fuente: MP7 Junio 1988 a Junio 1989 UMF No. 21 IMSS.

GRAFICA 14

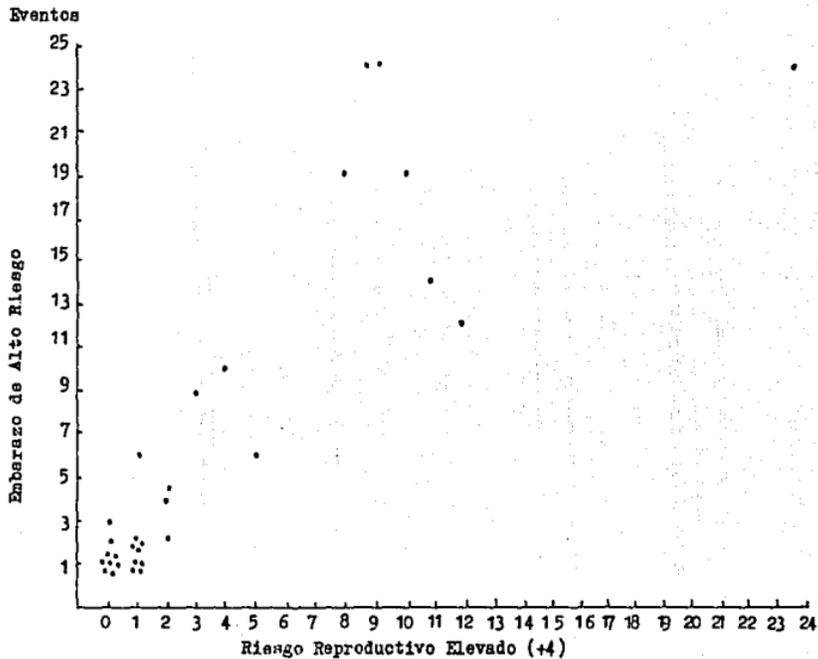
MORBILIDAD DEL EMBARAZO EN PACIENTES ENVIADAS ANTES DE LA SEMANA 36 DE GESTACION A HGZ TRONCOSO Y VENADOS



Fuente: Cuadro 14

GRAFICA 15

CORRELACION ENTRE RIESGO REPRODUCTIVO ELEVADO Y EMBARAZO DE ALTO RIESGO



DISCUSION

El presente estudio constituye, de alguna manera, un parámetro más para darnos cuenta de que nuestra situación sanitario-asistencial dentro del terreno de la Salud Materno-Infantil demanda un mayor interés ya que como nos muestra esta investigación la Incidencia de Embarazo de Alto Riesgo en las pacientes enviadas antes de la semana 36 de Gestación para atención obstétrica fué de 26.7% lo cual concuerda con lo reportado en la literatura donde se menciona que aproximadamente la cuarta parte de la mujeres embarazadas cursan con Embarazo de Alto Riesgo(13).

Así mismo nuestro estudio nos reporta que predominó el - Antecedente de Riesgo Reproductivo Elevado en un 57% en relación al 43% de Riesgo Reproductivo Bajo, así como una relación proporcional de 17 Embarazadas de Alto Riesgo por 10 con Antecedente de Riesgo Reproductivo Elevado lo cual significa que un 58.8% de Mujeres con Riesgo Reproductivo Elevado tienen probabilidad de cursar con Embarazo de Alto Riesgo.

En cuanto a los factores de Riesgo Reproductivo, la mayoría de las pacientes enviadas estuvieron entre los 20 a 29 años de edad (59.3%) así como el Peso de 50 ó más Kg fue el que prevaleció, del mismo modo la talla de 150 o más cms fue predominante. En relación al grado de escolaridad la mayoría tenían Secundaria ó más, así como en el factor de No. de Embarazos 66.6% presentaron de 2-5 embarazos y 98.3 con menos de 5 partos. El antecedente de aborto de 0 - 1 se presentó en el mayor porcentaje de los casos(92.6%) y la cesárea pre

via estuvo presente en 32.2% de las paciente estudiadas, el intervalo entre los embarazos fué de entre 13 y 60 meses en la mayoría de los casos, y el tabaquismo en dolo dos casos, así como alcoholismo negativo en el 100% de las pacientes.

Analizando los antecedentes Ginecoobstétricos vemos que un 74.3% no tuvieron antecedentes y entre las que presentaron el más frecuente fué Bajo Peso al Nacer, seguido de Pre término, Toxemia y Cirugía Pélvica Uterina. En relación a los antecedentes Personales Patológicos el más frecuente fué Hipertensión Arterial y Cardiopatía seguidos de Diabetes Mellitus y un 86.4% de las pacientes no reporten ningún antecedente.

Al respecto del análisis hecho a los factores de riesgo podríamos concluir que muy probablemente las pacientes que presentaron Riesgo Reproductivo Elevado fué en su mayoría - condicionado por los antecedentes Ginecoobstétricos y Personales Patológicos.

Dentro de la Morbilidad encontrada se observa al igual - que se reporta en la literatura que la Amenaza de Aborto es una de las patologías que más complican al embarazo seguido en nuestro estudio de Amenaza de Parto Prematuro, Infección de Vías Urinarias, Toxemia, Cesárea Previa, Rh Negativo, Ph Muerte Fetal, Cardiopatía, Placenta Previa, Ruptura Prematura de Membranas, Anemia y Diabetes Mellitus Gestacional.

Llama la atención que un número importante de pacientes en nuestro estudio (24 casos = 13.5%) fueron enviadas con Diagnóstico de Σ Suma de Factores ó Embarazo de Alto Riesgo como tal aún cuando la paciente cursara con embarazo no moevolutivo a lo cual cabría cuestionar si realmente es un

Embarazo de Alto Riesgo dado que el embarazo cursa normal a pesar de un Riesgo Reproductivo Elevado. Si se excluyese este diagnóstico en el presente estudio nos daríamos cuenta tanto la incidencia de Riesgo Reproductivo Bajo como el Riesgo Reproductivo Elevado sería la misma presentándose 76 casos con Riesgo Reproductivo Bajo y 77 casos con Riesgo Reproductivo Elevado lo cual nos llevaría a pensar que no existe diferencia significativa en el antecedente de Riesgo Reproductivo para la presencia o no de Embarazo de Alto Riesgo. Sin embargo se incluye este Diagnóstico de Suma de Factores (envío por) debido a que se ha establecido que ante la presencia de Embarazo con Antecedente de Riesgo Reproductivo mayor de 4 puntos se deberá considerar como Embarazo de Alto Riesgo.

Por otro lado vemos que en cada una de las patologías -- que complican el embarazo el Riesgo Reproductivo puede ser Alto o Bajo o bien de manera indistinta y presentarse ante cualquier caso el Embarazo de Alto Riesgo, lo cual nos conduce a pensar que cada un paciente deberá ser estudiada de manera individual ya que aunque existe, como lo demuestra nuestro estudio, mayor probabilidad de cursar con Embarazo de Alto Riesgo ante la presencia de Riesgo Reproductivo Elevado este puede también presentarse a pesar de Tener un Riesgo Reproductivo Bajo, o bien que a pesar de tener un Riesgo Reproductivo Elevado se curse con un Embarazo Normoevolutivo.

CONCLUSIONES

- 1.- La Incidencia de Embarazo de Alto Riesgo en pacientes embarazadas enviadas de la Unidad de Medicina Familiar No 21 del IMSS a Hospital General de Zona Venados y - HGZ Troncoso antes de la semana 36 de Gestación fué de 26.6%.
- 2.- En las pacientes estudiadas predominó el Antecedente de Riesgo Reproductivo Elevado en 101 casos lo cual corresponde a un 57%.
- 3.- En la Relación Proporcional entre Embarazo de Alto Riesgo y Riesgo Reproductivo Elevado se encontró que por cada 17 Embarazadas con Alto Riesgo había 10 con Antecedente de Riesgo Reproductivo Elevado.
- 4.- Se encontró una correlación positiva entre el Riesgo Reproductivo Elevado y el Embarazo de Alto Riesgo lo cual significa que a menor Riesgo Reproductivo Elevado menor Incidencia de Embarazo de Alto Riesgo.
- 5.- A pesar de los resultados anteriores cada paciente deberá ser estudiada de manera individual ya que la morbilidad del embarazo puede presentarse aún ante la presencia de un Riesgo Reproductivo Bajo ó bien se puede Tener Riesgo Reproductivo Elevado y cursar con Embarazo - normoevolutivo.
- 6.- La Incidencia de Embarazo de Alto Riesgo y la Morbilidad del Embarazo encontradas en nuestro estudio concuerda con lo reportado en la literatura.

ALTERNATIVA DE SOLUCION

La valoración del Riesgo Reproductivo en el periodo intergenésico resulta elemento fundamental en la atención integral a toda mujer en edad reproductiva debiendo constituir una acción prioritaria de las unidades de primer nivel de atención médica.

Para que lo anterior pueda ser posible los esfuerzos deben inicialmente orientarse hacia la capacitación del personal médico y paramédico en la identificación y valoración clínica de los antecedentes o patologías subyacentes que influyen negativamente en la evolución del embarazo y sus resultados.

Por otro lado es necesario el establecimiento de medidas específicas de regulación de la fecundidad para prevenir la gestación en mujeres expuestas a Riesgo Reproductivo.

El Equipo de Salud es el punto de partida para el logro de estos objetivos ya que es necesario un abordaje interdisciplinario de nuestra problemática de Salud y sobre todo, en este caso, dentro del terreno de la Salud Materno Infantil es necesario una mayor difusión a la población para que pueda tempranamente a control prenatal para poder de esta manera detectar los factores de riesgo que pudieran complicar la salud del binomio madre e hijo.

Así mismo, debemos tener presente que los factores socioeconómicos juegan un papel muy importante en la producción de embarazos de Alto Riesgo por lo que deberemos brindar una atención integral a nuestras pacientes.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Obstetricia Básica Ilustrada.
Héctor Mondragón Castro.
Edit. Trillas, Abril 1984.
Pag. 225-227.
- 2.- Riesgo Reproductivo I.
Estudio de Los Factores de Riesgo Reproductivo.
Edit. AMIDEM, IMSS.
México, 1986.
- 3.- American Journal Obstetrics and Gynecology.
Maternal Age, and incidence of low weight at term.
A population Study.
Kwan-sun Lee, MD, Richard M Ferguson.
Vol. I, 158, No 1, January 1988, pag. 84-89.
- 4.- Ginecología y Obstetricia. Temas Actuales.
Interrupción del Embarazo: Epidemiología del Parto
antes de término.
Vol 1, 1986, pag. 17-29.
- 5.- American Journal Obstetrics and Gynecology.
Factors Predisposing to difficult labor in primiparas.
Molly Thomson, PhD James Hanley, PHD.
Vol 158, 1988 mayo. Pag.1074 - 1078.
- 6.- Ginecología y Obstetricia. Temas Actuales.
Interrupción del Embarazo: Prevención del Parto Prema-
turo.
Dr. John W.C. Johnson. Dr. Norman H. Dubir.
Vol 1, 1986, pag 49-67.
- 7.- American Journal Obstetrics and Gynecology.
The Grandmultipara: Is she Still a risk?
Arthur I. Eidelman.
Vol 158, No 2, February 1988, pag 389-392.

- 8.- American Journal Obstetrics and Gynecology.
Grand Multiparity: An Obstetric or Neonatal Risk Factor?
Daniel S. Seidman.
Vol 158, No. 5, May 1988, pag. 1034-1039.
- 9.- American Journal Obstetrics and Gynecology.
Obesity, stress, and smoking: Their role as cardiovascular risk in women.
Ronald T. Burkman, MD.
Vol. 158, No. 6, June 1988, pag. 1592-1596.
- 10.-Riesgo Reproductivo II.
Planificación Familiar y Riesgo Reproductivo.
Edit. AMIDEM, IMSS.
México, 1986.
- 11.-La Salud Desigual en México.
Panorama de la Situación de la Salud en México.
Daniel López Acuña.
Edit. Siglo XXI, 5a Edición.
México 1984, pag. 20 - 93.
- 12.-La Salud Desigual en México.
Hacia una cultura política de la Salud.
Daniel López Acuña.
Edit. Siglo XXI. 5a Edición.
México 1984, pag. 9-19.
- 13.-Instructivo Técnico Administrativo para la Vigilancia Epidemiológica del Embarazo.
Jefatura de los servicios de Planificación Familiar.
Subjefatura de los Servicios de Salud Materno Infantil.
IMSS, 1985, México.
- 14.-Guía Para Realizar Investigaciones Sociales.
Raul Rojas Soriano.
Edit. Plaza y Valdes, folios.
México, 1989.



SUBDIRECCION GENERAL
MEDICA

ATENCION MEDICA PRENATAL
Y RIESGO REPRODUCTIVO

CIRCULE DONDE HAYA CUADROS

PROCEDENCIA U.M.F.

ENVIO H.G.Z.

ANTECEDENTES	1. EDAD (EN AÑOS)	7. GESTA	12. ANTECEDENTES OBSTETRICOS
	20 A 29	2 A 5	NINGUNO PATOLOGICO
	18 A 19	PRIMIGESTA	TORPEZA
	30 A 34	- DE 5	POLIHIDRAMNIO
	- DE 18 A + 24		SANGRADO 3er TRIMESTRE
2. PESO HABITUAL	8. PARA	PRE-TERMINO - 38 SEMANAS	
(Kilos)	- DE 5	BAJO PESO AL NACER - 2,500 g	
90 + *	S 4 *	MALFORMACION CONGENITA	
- DE 50		MUERTE FETAL TANVA - 28 SEMANAS	
3. TALLA (CENTIMETROS)	9. ABORTOS	MACROSONIA + 4,000 g	
- DE 150	0 A 1	CEPUJA PELVICO UTERINA	
150 + -	2	OTROS	
4. ESCOLARIDAD MATERNA	3 A 4	13. ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS	
SECUNDARIA + *	10. CESAREA	NINGUNO	
PRIMARIA + -	NO	HIPERTENSION ARTERIAL	
5. F.U.M.	SI	DIABETES MELITUS	
DA MES AÑO	11. INTERVALO ENTRE EL ULTIMO PARTO Y EL ACTUAL (MESES)	INFECCION ESTOMACAL	
6. F.P.P.	12 A 60	CARDIOPATIA	
DA MES AÑO	- DE 13	OTROS	
VIDA SEXUAL ACTIVA	- DE 60	14. TABAQUISMO	
SI	EL ULTIMO EMBARAZO	NO + - 10 CIGARROS AL DIA	
NO	FUE DE TERMINO? SI/NO	10 A + CIGARROS AL DIA	
	EL PARTO FUE NORMAL? SI/NO	15. ALCOHOLISMO/OTRA TOXICOMANIA	
	HUBO MORTALIDAD PERINATAL? SI/NO	NO	
		SI	
		FR	

ESTADO ACTUAL	16. CONSULTAS PRENATALES		17. SEMANAS DE AMENOREA	18. MEDICO TRATANTE	19. AFU (PUB + FONDO) 6m	20. SALIDA LIQUIDO AMNIOTICO	21. FOCO FETAL PRESENCIA	22. MOV FETALES SI/NO	23. T.A. DIAGNOSTICA	24. SANGRADO GENITAL	EDVMA
	FECHA	DA	MESES								
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											

INCREMENTO MAXIMO DE PESO A TRIMESTRE
1er TR 200 g POR MES
2o TR 150 g POR MES
3er TR 200 g POR MES

INCREMENTO MAYOR AL ESPERADO EN 2 CONSULTAS CONSECUTIVAS

30.0 - EN 2 OCASIONES

