

11226
178



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

**Instituto Mexicano del Seguro Social
Unidad de Medicina Familiar No. 21**

**MORTALIDAD PERINATAL
INVESTIGACION CLINICA EN LA PO-
BLACION ADSCRITA A LA U.M.F.
No. 21 DEL I. M. S. S.**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL POSTGRADO
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
P R E S E N T A :
DR. FERNANDO ROSALES DELGADO**

México, D. F.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

2002



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

ASESOR DE TESIS:



DRA. MA. DOLORES HERNANDEZ SUZAWA

MEDICO FAMILIAR DE LA U.M.F. No. 21

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Dr. Alfonso Nasala M.

TITULAR DE LA RESIDENCIA DE MEDICINA FAMILIAR:

DR. RAUL BAÑOS CORTES.

[Handwritten signature]

JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION DEL H.G.Z. No. 30

DR. RAUL VILLARROEL VARGAS.

[Handwritten signature]

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

A MIS PADRES Y HERMANOS.

Por su comprensión y gran apoyo para
alcanzar mis metas.

A LA DRA. MA. DOLORES HERNANDEZ S.

Por sus consejos y la ayuda que me brindo para
la elaboración de este estudio.

A TODOS MIS COMPAÑEROS DE ESTUDIO Y TRABAJO.

Con sincera amistad.

INDICE

INTRODUCCION	1
GENERALIDADES.....	4
ANTECEDENTES CIENTIFICOS.....	8
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	13
HIPOTESIS.....	14
OBJETIVOS.....	15
MATERIAL Y METODOS	16
RESULTADOS.....	18
INTERPRETACION DE RESULTADOS	31
CONCLUSIONES.....	33
BIBLIOGRAFIA.....	36

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

INTRODUCCION

Nacer y morir son situaciones ineludibles para el ser humano.

Nacer vivo y sobrepasar la etapa neonatal, significa superar la época de mayor riesgo de muerte, pues a ninguna otra edad este es tan elevado.

El embarazo trae consigo una serie de cambios que demandan del organismo materno algunas adaptaciones orgánicas y funcionales que para la evolución de la gestación sea exitosa.

En ocasiones estos cambios son tan importantes que es difícil precisar en que momento son todavía fisiológicos y cuando se vuelven patológicos. En la determinación de esos cambios, la valoración juiciosa de ellos y la aplicación de medidas que orienten el curso del embarazo dentro de la normalidad incluyendo las desviaciones patológicas es el principal objetivo de la vigilancia prenatal.

A principios de siglo no existía la atención médica prenatal ni tampoco había servicios de atención prenatal en las distintas instituciones de salud, lo cual motiva una morbi-mortalidad elevada, tanto materna, como fetal y neonatal.

En los años siguientes se crean los servicios de maternidad en las instituciones de salud, se inicia la atención médica prenatal por médicos especializados y posteriormente se fundan las clínicas prenatales. Antes de la segunda guerra mundial ya se aceptaba que el cuidado prenatal debería de comenzar desde el principio del embarazo, continuándose regularmente durante toda la gestación y aumentar su frecuencia al acercarse el término de la misma; además, los partos deberían atenderse en



en hospital y la permanencia de la madre e hijo sería de 10 días. Los principios relativos al cuidado prenatal siguen en vigor, excepto en la estancia hospitalaria que es de 24 a 48 horas en partos eutócicos.

Así mismo, a principios de siglo, al obstetra le interesaba la salud materna, sin importarle la salud del niño; posteriormente en una segunda fase, se trata de que tanto la madre como el recién nacido sobrevivan y por último en la fase actual, no solo se trata de lograr la sobrevivencia del producto de la concepción sino que también se trata de obtener una mejor calidad de vida de los supervivientes. Esta última fase se desarrolla básicamente en las últimas tres décadas, al percatarse el médico del gran problema social, tanto para la familia como para la comunidad, que constituye la morbi-mortalidad perinatal.

El análisis del ejercicio de la obstetricia actual revela como uno de sus mayores logros la disminución importante de la mortalidad materna. En cambio, la mortalidad perinatal a permanecido sensiblemente estática, manteniendo una tasa elevada.

Si se toma en consideración que la meta ideal de la obstetricia y de la pediatria modernas es disminuir la mortalidad perinatal y alcanzar un máximo de calidad de vida en el homigénito, el objetivo primario de los sistemas de asistencia médica debe constituir la prevención de las enfermedades en todas sus formas. Tal criterio preventivo no puede ser mejor ejercido que cuando se aplica en el momento de la concepción de una vida e incluso antes. Ello significa un desafío, no solo por lo que la mortalidad representa, sino por los efectos que la morbi-mortalidad perinatal subletal tiene sobre el individuo, la familia y la sociedad.



El ser humano significa ser diferente a los demás animales; sabe reír o sonreír, utilizar los cinco dedos de las manos, sabe amar y pensar en el futuro. Pensar en el futuro es pensar preventivamente.

Podemos concluir que estar en un estado preventivo constituye la línea de pensamiento que produce un estilo de vida positivo para la salud del individuo y de la colectividad,

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

GENERALIDADES

Las características bio-psico-sociales de cada ser humano son la resultante del potencial genético heredado, que configura su medio interno y de las influencias que ejerce el ambiente que le rodea y en el cual se desarrolla.

Este devenir es particularmente importante durante la etapa de crecimiento somático y desarrollo funcional, desde que se inicia en la vida intrauterina. El armónico equilibrio entre el medio interno y las influencias del ambiente es determinante de la normalidad de la salud cuando ocurren situaciones propicias, o de la enfermedad cuando son adversas.

De acuerdo con la etapa de desarrollo humano en la que actúan los factores determinantes o predisponentes de las condiciones de la normalidad o anormalidad, se pueden distinguir los siguientes: 1) preconceptionales (genéticos), 2) prenatales (período embrionario, o sea en el primer trimestre de la gestación, o fetal, de las 22 a las 40 semanas de la misma), 3) obstétricos durante el parto con manifestaciones inmediatas o tardías, y 4) los posnatales.

Desde el punto de vista de su origen, los factores etiopatogénicos se clasifican en dos grupos: los intrínsecos, que forman el ecosistema del medio interno, comprenden los genéticos, los neuroendócrinos y los de los aparatos y sistemas específicos del organismo, todos relacionados íntimamente, y los extrínsecos, ecosistemas del medio externo que a su vez comprenden el micro, el matro y el macroambiente.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

I. Factores Intrínsecos.

A) Genéticos. Es obvio que la vida del ser humano empieza desde que el óvulo es fecundado. La estructura y composición genética de este huevo influirá en grado considerable sobre los futuros caracteres somáticos y psicobiológicos del niño.

B) Factores neuroendócrinos y orgánicos. Durante el período embrionario, o sea el de la organogénesis, el desarrollo del sistema nervioso, relacionado con el sistema endócrino a través del hipotálamo y la hipófisis, y el de los órganos y aparatos, pueden sufrir alteraciones por agresiones extrínsecas (virus, fármacos, radiaciones), o intrínsecas (desequilibrios metabólicos) que son capaces de dar origen a malformaciones congénitas primarias.

II. Factores Extrínsecos.

A) Prenatales. Pueden actuar durante las etapas embrionaria o fetal, sobre el binomio madre-hijo, involucrando correlaciones entre los factores intrínsecos y extrínsecos.

Estas interrelaciones del producto con el medio inmediato y mediato que le rodea identifican el micro, el matro y el macroambiente.

Durante el período de gestación las condiciones en que se encuentra la embarazada pueden ser favorables, o desfavorables para que el producto utilice su potencial intrínseco de crecimiento y desarrollo. Es muy importante tomar en cuenta la situación económica, cultural, social, los hábitos higiénicos y dietéticos, las actividades habituales, ocupación, proporción entre reposo y trabajo, naturaleza de este último, nivel sanitario de donde vive, etc. la embarazada. Constituye todo esto lo que se denomina el macroambiente en relación con el producto siguiendo la terminología de Warkany y Monie, el



microambiente es el conjunto de las condiciones determinadas por el aparato reproductor de la mujer, en particular el útero, en el cual se efectuará la anidación, retención, protección, formación de las membranas y del líquido amniótico, implantación y funcionamiento de la placenta, así como en el último trimestre las peculiaridades modificaciones que facilitarán el mecanismo del parto.

Se denomina macroambiente al conjunto de las condiciones físicas del organismo materno en general, que incluyen edad, talla, constitución, estado de salud, nutrición, número de embarazos previos y antecedentes obstétricos.

La óptima madurez y capacidad reproductiva en la mujer es durante las edades comprendidas entre los 18 y 32 años, puesto que los riesgos son mínimos tanto para la madre como para el hijo. En madres muy jóvenes se supone desarrollo incompleto y menor capacidad obstétrica e insuficiente preparación anímica para el embarazo; la edad avanzada presupone rigidez tisular o deterioro del aparato reproductor en casos de multiparidad. En ambos extremos se pueden originar distocias, o anomalías en el parto, además se ha comprobado la mayor incidencia de malformaciones congénitas.

En el recién nacido se pueden valorar las consecuencias de los factores que determinan su salud y viabilidad en forma práctica por los métodos de Apgar o de Sliverman, y de modo analítico por el propuesto por Velasco Cándano que considera seis parámetros : 1) padecimientos maternos durante el embarazo; 2) datos de sufrimiento fetal; 3) tipo de analgesia durante el parto; 4) momento de la ruptura de membranas y 6) eutocia o distocia y maniobras o intervenciones obstétricas; o por el moderno criterio de embarazo y recién nacido de " alto riesgo ".

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Se considera embarazo de alto riesgo cuando durante la gestación y el parto existen estados que comprometen la salud de la madre y del hijo.

El estado nutricional previo de la madre y el aporte de nutrimentos que tenga durante el embarazo es muy importante. Se ha demostrado la gran frecuencia de productos de bajo peso en las madres que reciben menos de 2,000 calorías, y 85 g de proteínas de origen animal promedio, por día.

Son neonatos con alto riesgo los hijos de las embarazadas con alto riesgo también, los que pesan menos de 2,000 g; tienen edad gestacional incompleta, Apgar menor de 6 a los 5 minutos, trauma obstétrico, inmadurez, infección, hemorragia o anomalías severas.

Las condiciones prenatales y obstétricas hasta aquí mencionadas, forman parte de los elementos del microambiente, es decir el más estrechamente relacionado con la atmósfera donde se forma el producto (útero, placenta, cordón, líquido amniótico y membranas que pueden ser normales o estar alterados); y los del matroambiente, o sea los concernientes a la madre.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ANTECEDENTES CIENTIFICOS

El concepto actual de considerar a la embarazada como una unidad indivisible, que involucra tanto el bienestar de la madre como el del feto, hace necesario que todos los factores que interfieren con la salud de ambos sean tomados en cuenta para identificar la población de mayor vulnerabilidad.

El fenómeno reproductivo es un hecho que refleja las condiciones de vida de grupos humanos, intervienen en el diversos factores que resultan de las características físicas de los progenitores, en particular de la mujer gestante, condiciones generales de vida, costumbres, nivel educativo y capacidad reproductiva o adquisitiva, de las condiciones fisiológicas o patológicas del embarazo y por último de que se obtenga o no la atención médica durante el embarazo y el parto. (3)

En estudios anteriores se ha establecido la necesidad de obtener la optimización de la atención maternofetal que incluye entre otros: la asistencia prenatal adecuada, el mejoramiento de la nutrición antes y después del embarazo, el bienestar psicológico de la mujer gestante, el incremento del nivel sociocultural y económico, el mejoramiento de las condiciones sanitarias, la regionalización de la asistencia médica, así como su organización en diversos niveles de atención progresiva. La mayoría de estos conceptos están contemplados claramente en el Plan Nacional de Salud. (2)

La mejoría de todos estos factores, ha traído como consecuencia una disminución significativa de las tasas de mortalidad materna y de la morbimortalidad perinatal, fenómeno que se ha hecho más evidente en países catalogados como altamente desarrollados, donde se llevan además

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

estadísticas confiables, comparativamente con otros calificados como subdesarrollados.

Nuestro país tiene un crecimiento demográfico de los más altos del mundo; una tasa de fecundidad elevada; una población de menores de 15 años muy importante y una tasa de natalidad alta, se caracteriza por la época o nula variación de las tasas de mortalidad perinatal en los últimos 20 años. (7).

La O.M.S. ha establecido que las tasas de mortalidad perinatal constituyen un índice satisfactorio para valorar las condiciones de salud de un país, ya que nos permiten juzgar la calidad y cantidad de la atención médica que se brinda a dos grupos muy importantes de la población, las madres y los recién nacidos. En Nuestro País de acuerdo a las cifras de mortalidad reportadas, se puede inferir que existe un incremento en cuanto a la cantidad de la atención médica (cobertura), pero la calidad de la misma ha permanecido estacionaria.

Los datos de mortalidad perinatal por entidades federativas, muestran que en los Estados de la República en los que existe retraso socioeconómico y cultural, las tasas de mortalidad perinatal son más bajas y en los Estados que tienen los mejores recursos económicos y socioculturales éstas son más elevadas, lo cual hace suponer que la información es obtenida con deficiencias importantes, fundamentalmente por carecer de un procedimiento que permita recavarla en forma adecuada y fidedigna.

Cuando se analizan los sistemas que han estructurado en forma escalonada la aplicación de sus posibilidades en áreas geográficas bien definidas, tiene mucha importancia el primer contacto el cual debe contemplar en forma

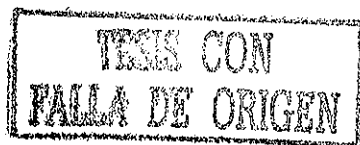
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

estricta los programas de educación y un criterio selectivo que permita ubicar el nivel de atención de acuerdo con cada paciente, de manera que la tecnificación pueda llegar a las embarazadas que más lo necesitan.

Las tasas de mortalidad perinatal reportadas en diferentes instituciones en nuestro medio muestran diferencias importantes entre sí. Ejemplo, en el año de 1975: Hospital de Gineco-Obstetricia No. 1 I.M.S.S., 80.9; Hospital de Gineco-Obstetricia No. 2 I.M.S.S., 69.0; Hospital de Gineco-Obstetricia No. 2-A I.M.S.S. 10.2; Centro Hospitalario 20 de Noviembre I.S.S.S.T.E. 53.3; Hospital Central Militar 1973-75, 42.2; Servicio de Perinatología Centro Hospitalario 20 de Noviembre I.S.S.S.T.E. 1974, 15.0; Hospital Juárez S.S.A. 1976-77, 60.8 (gráfica No.1)

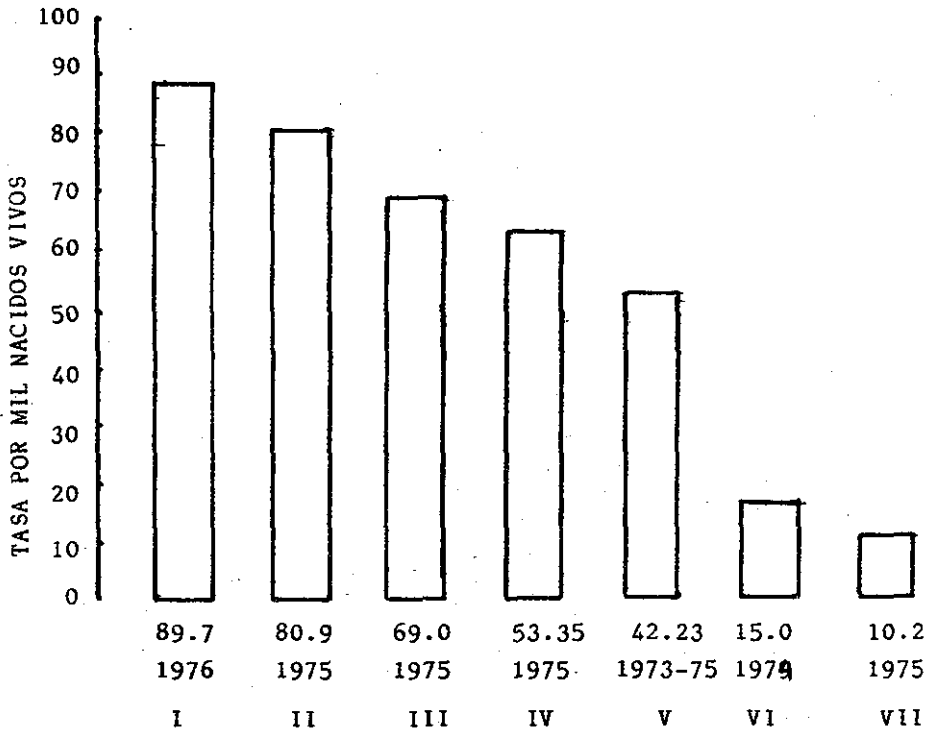
Se mencionan en primer lugar de mortalidad perinatal las de causa no determinada, siendo las siguientes: inmadurez y premadurez, síndrome de insuficiencia respiratoria, malformaciones congénitas, sufrimiento fetal agudo, enfermedad hemorrágica del recién nacido y trauma obstetrico. (8,10).

La O.M.S. recomienda que se utilicen definiciones precisas para estandarizar los resultados cuando se trate de analizar los datos estadísticos de la mortalidad perinatal, por lo cual se adoptará en este estudio lo establecido por dicho organismo.



GRAFICA No. 1

TASAS DE MORTALIDAD PERINATAL EN DIFERENTES
CENTROS HOSPITALARIOS MEXICO



- I .- HOSPITAL JUAREZ
- II .- HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA No. 1, I.M.S.S.
- III .- HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA No. 2, I.M.S.S.
- IV .- CENTRO HOSPITALARIO 20 DE NOVIEMBRE I.S.S.S.T.E.
- V .- HOSPITAL CENTRAL MILITAR
- VI .- SERVICIO DE PERINATOLOGIA, I.S.S.S.T.E.
- VII .- HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA 2-A . I.M.S.S.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Muerte Fetal.- Es la muerte de un producto de la concepción acontecida antes de su expulsión o de su extracción completa del cuerpo de la madre, independientemente de la duración del embarazo; la defunción está indicada por el hecho de que después de esta separación el feto no manifiesta ningún signo de vida, tal como palpitación del corazón, pulsación del cordón umbilical o contracción efectivo de algún músculo sometido a la acción de la voluntad.

Nacimiento vivo.- Es la expulsión o la extracción completa del cuerpo de la madre, independientemente de la duración del embarazo del producto de la concepción que después de esa separación respira o manifiesta cualquier otro signo de vida.

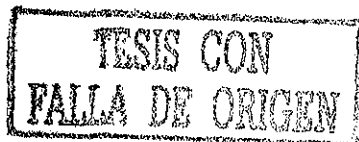
Muerte neonatal.- Es aquella que tiene lugar entre los 0 y 27 días de vida. Dentro del período neonatal se hace una subdivisión.

Muerte neonatal temprana.- Llamada también hebdomanal o semanatal es la que acaece durante los 0 y 6 días de vida, o la que ocurre antes de las 168 horas.

Muerte neonatal tardía o posthebdomadal.- Es la que acontece entre los 7 y 27 días de vida.

Período perinatal I.- Se extiende desde la vigésimo-octava semana de vida intrauterina hasta los primeros 6 días de vida del recién nacido.

Período perinatal II.- Se extiende desde la vigésima semana de vida intrauterina o cuando el feto pesa 501 g o más hasta los primeros 27 días de vida del recién nacido; por lo tanto, este período incluye el período fetal intermedio, el período fetal tardío, al período neonatal temprano y el período neonatal tardío.



PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Al realizar la revisión de la mortalidad general en la U.M.F. No. 21 del I.M.S.S. se observó que un gran porcentaje de ésta correspondía a la etapa perinatal.

Tomando en consideración los estudios realizados en relación con la mortalidad perinatal en años anteriores y en diferentes instituciones, se decidió efectuar la revisión de dicha mortalidad en la U.M.F. No. 21 en el período comprendido del 1ro. de Enero al 31 de Diciembre de 1981; saber cuales son las causas y determinar que factores influyen más en esta elevada tasa de mortalidad.

HIPOTESIS

En este estudio se tratará de comprobar que aún persiste la alta tasa de mortalidad perinatal en nuestro medio, así como, la invariabilidad de las causas predisponentes a ésta evaluando así la calidad de la atención materno infantil en la U.M.F. No. 21 del I.M.S.S.

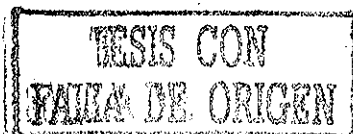
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

OBJETIVOS

1.- Obtener información suficiente y útil que permita conocer los factores de riesgo perinatal y las principales causas de mortalidad perinatal, las características que presenta, su frecuencia y trascendencia en la población adscrita a la U.M.F. No. 21

2.- Se tratará de establecer las bases que permitan modificar favorablemente las causas de mortalidad perinatal.

3.- Lograr que la unidad cuente con datos estadísticos que le permitan planear, organizar y desarrollar la asistencia materno-infantil de acuerdo a las necesidades específicas de la unidad.



MATERIAL Y METODOS

Se realizó un estudio retrospectivo de la mortalidad general comprendido de Enero a Diciembre de 1981, que abarcó 440 certificados de defunción, de los cuales 99 satisficieron los requisitos de la investigación, fuente de la que se obtendrán los datos de la mortalidad perinatal.

Las causas de mortalidad perinatal se analizarán en forma global. En todos los casos se elaborará una historia perinatal en la que se consignan diversos datos maternos, fetales y neonatales, haciendo énfasis en los siguientes aspectos:

Características físicas de la mujer gestante (edad, peso y talla).

Atención prenatal.

Situación gestacional.(gestaciones, pérdidas perinatales previas, duración de la gestación).

Patología gestacional (Diabetes mellitus, hipertensión arterial.

Situación del parto (ruptura prematura de membranas, sufrimiento fetal, tipo de parto).

Se hará una correlación entre la mortalidad perinatal y los aspectos antes mencionados.

Se anexa hoja de recolección de datos.



HOJA DE RECOLECCION DE DATOS.

Nombre. _____ Cédula _____
Edad. _____ Estado Civil. _____
Ocupación. _____ Escolaridad. _____
Peso. _____ Talla. _____

ANTECEDENTES MATERNOS:
A.H.F. _____

A. P. No. P: Alimentación _____
Hábitos higiénicos _____
Tabaquismo _____
Alcoholismo _____

A. P. P. _____

A. G. O: Menarca _____ ritmo y características _____
V.S.A. _____ G _____ P _____ A _____ C _____
Duración de embarazos anteriores _____

Peso de productos anteriores _____
No. de productos vivos _____
No. de productos muertos _____
F. U. P. _____
F.U.R. (del embarazo investigado) _____

DATOS DE LA GESTACION INVESTIGADA:
Duración en semanas _____

Evolución y/o complicaciones del embarazo _____

Atención prenatal _____ ¿En que semana acudió? _____
En caso de ser negativa especificar motivos _____

Duración del T. de P. _____ Hrs.
Espontáneo _____ Inducto-conducción _____
R.P.M. y duración _____ Características del L.A. _____
Tipo de parto: Eutocico _____ Distocico _____
Causa _____

DATOS DEL PRODUCTO:
Respiración: Espontánea _____ Asistida _____
Llanto: ¿Espontáneo? _____ ¿ a los cuantos minutos _____
Peso _____ TALLA _____
Tiempo de estancia hospitalaria: materna _____
fetal _____
Causas de prolongación hospitalaria del R.N. _____

Tipo de alimentación _____ Cantidad _____
frecuencia _____

Observaciones: _____

RESULTADOS

En la revisión de los certificados de defunción de la población adscrita a la U.M.F. No. 21 del I.M.S.S. resultó un total de 440 certificados de los cuales 99 ó sea el 22.5% corresponden a la mortalidad perinatal que se encuentra dividida en la siguiente forma: 6.06% corresponden a la etapa fetal intermedia; 22.22% a la etapa fetal tardía; 58.59% a la etapa neonatal temprana y 13.13% a la etapa neonatal tardía. (gráfica NO. 2 y cuadro No. 1)

En el cuadro número 2 se mencionan las causas de mortalidad perinatal, las 5 primeras en conjunto corresponden al 70% del total de muertes perinatales. De las muertes preparto destacan en el mayor número de casos (28) el diagnóstico de interrupción de la circulación materno fetal no traumática, el cual es un término vago que solo indica que el médico no pudo llegar a un diagnóstico presuntivo.

En las muertes postparto se observa que un gran número de estas (20 casos) se debió a productos con inmadurez orgánica generalizada; encontrando también que los casos de vías respiratorias como son el síndrome de dificultad respiratoria idiopática y la aspiración masiva de líquido amniótico ocupan un lugar importante, sin quedar fuera las cinco primeras causas de muerte perinatal la consabida gastroenteritis probablemente infecciosa con sus complicaciones.

En la gráfica número 3 y cuadro número 3 se demuestra la mortalidad perinatal en relación al grupo de edad materna y podemos observar que la gran parte de los casos se presentan en mujeres de 20 a 29 años que es cuando se considera el período óptimo para la gestación, disminuyendo considerablemente en las edades avanzadas.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Las muertes perinatales y su relación con el número de embarazos se señalan en la gráfica número 4 y cuadro número 4 y demuestran que el 75% de todos los casos ocurrieron en primigestas y secundigestas.

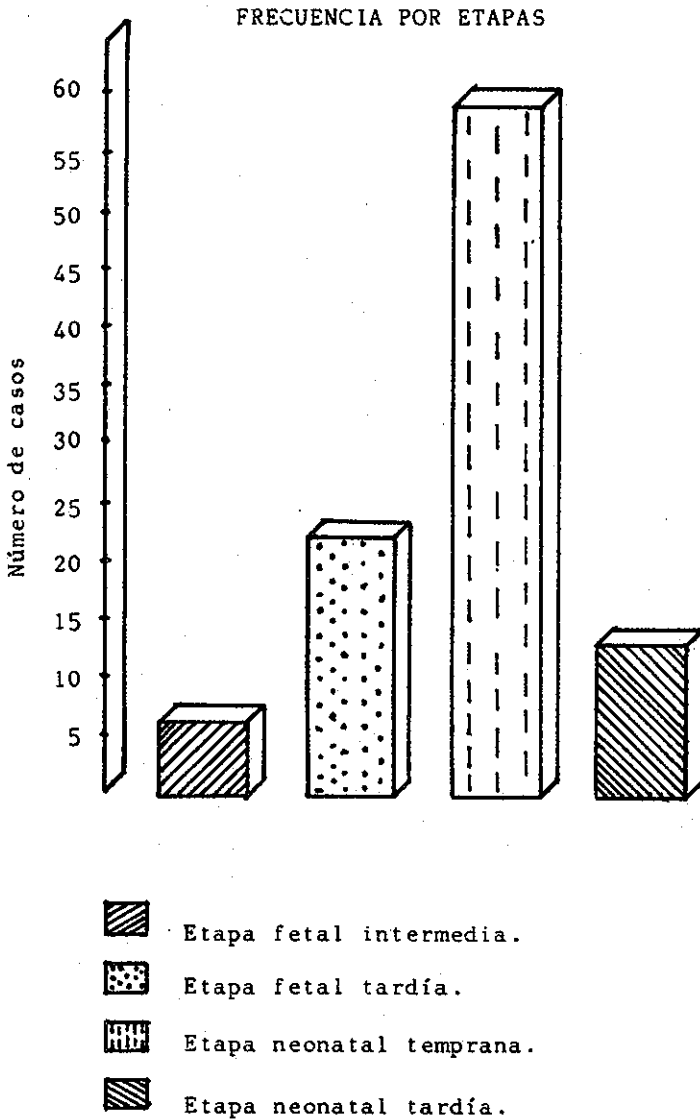
En la gráfica número 5 se analizan la mortalidad perinatal con relación al número de consultas de Atención Prenatal, demostrando que una gran parte (37 casos) de las madres gestantes ocurren a un máximo de tres consultas; en 5 de los 7 casos que se encuentran en el rango de 7 a 9 consultas se controlaron en el Hospital de Gineco-Obstetricia del Centro Médico Nacional por embarazo de alto riesgo.

La gráfica número 6 se observa que en los meses del año de 1981 la tasa de mortalidad perinatal no sufrió cambios trascendentes.

En el cuadro 6 se analizan los casos en relación al peso de la mujer al inicio de la gestación, resultando que 51 casos se encontraban con peso menor de 50 Kg.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

GRAFICA No. 2
MORTALIDAD PERINATAL



Fuente: Certificados de defunción
U.M.F. No. 21; 1982

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Cuadro No. 1

MORTALIDAD PERINATAL POR ETAPAS.

Etapas	No. de casos	%
Fetal intermedia	6	6.06
Fetal tardía	22	22.22
Neonatal temprana	58	58.59
Neonatal tardía	13	13.13
TOTAL	99	100 %

Fuente: Certificados de defunción

U.M.F. No. 21 1982.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Cuadro No. 2

MORTALIDAD PERINATAL. CAUSAS POR ORDEN DE FRECUENCIA.

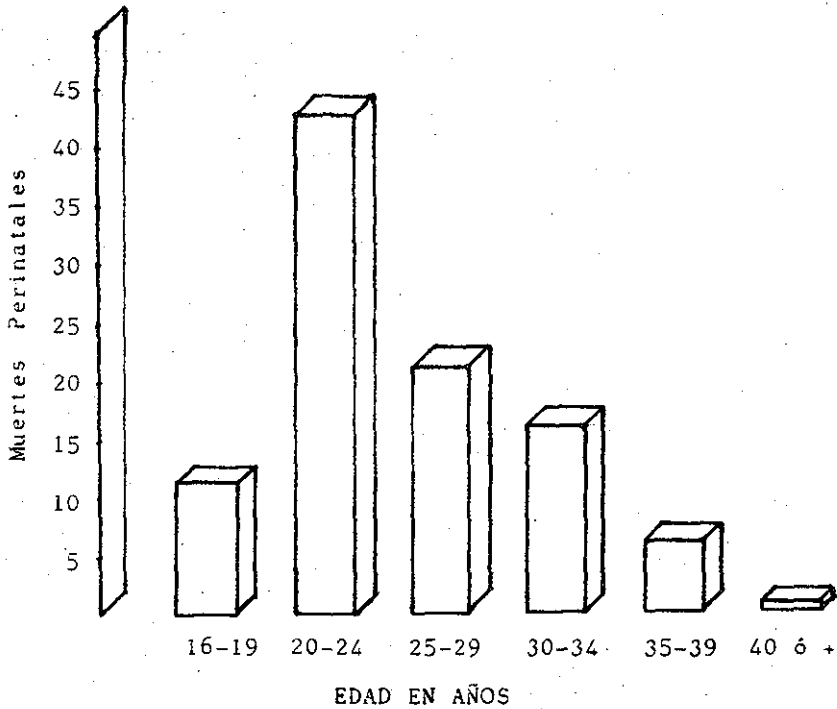
Diagnóstico	No. de casos
1.- Interrupción de la circulación materno fetal no traumática.....	28
2.- Inmadurez orgánica generalizada.....	20
3.- Síndrome de dificultad respiratoria.....	9
4.- Gastroenteritis prob. infecciosa.....	7
5.- Malformaciones congénitas.....	7
6.- Aspiración masiva de líquido amniótico.....	5
7.- Bronconeumonía	4
8.- Septicemia	4
9.- Enfermedad hemorrágica del recién nacido.....	4
10.-Hipoxia	4
11.-Atelectasia	2
12.-Isoinmunización materno fetal Rh severa	2
13.-Fetopatía diabética.....	1
14.-Meningoencefalitis infecciosa	1
TOTAL	99

Fuente: Certificados de defunción
U.M.F. No. 21 1982



Gráfica No. 3

MORTALIDAD PERINATAL EN RELACION CON LA EDAD MATERNA



Fuente: Hojas de recolección de datos.

U.M.F. No. 21; 1982

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Cuadro No. 3

MORTALIDAD PERINATAL EN RELACION CON LA EDAD MATERNA

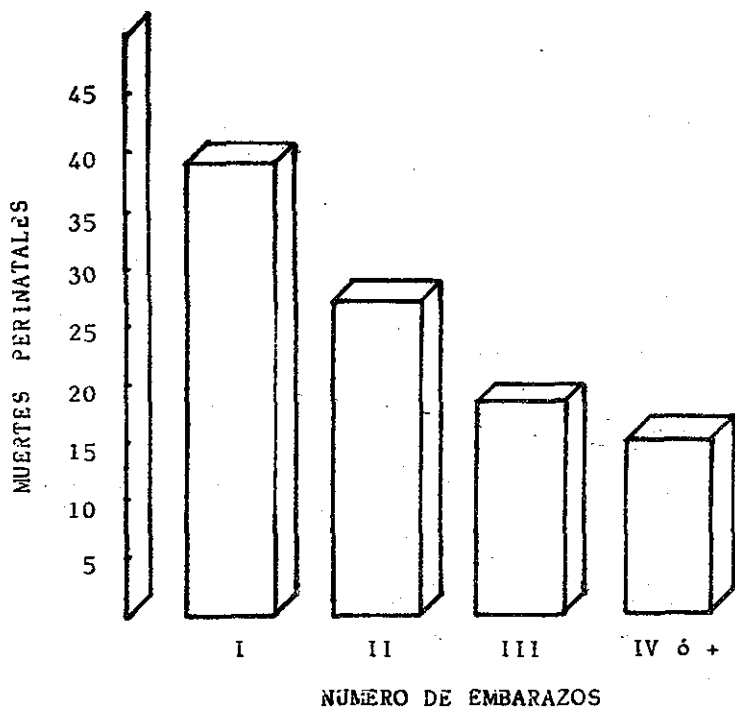
EDAD EN AÑOS	No. DE CASOS	%
Menores de 15	0	0.0
16 - 19	12	12.12
20 - 24	43	43.44
25 - 29	21	21.21
30 - 34	16	16.16
35 - 39	6	6.06
40 ó más	1	1.01
TOTAL	99	100%

Fuente: Hoja de recolección de datos
U.N.F. No. 21; 1982

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Gráfica No. 4

MORTALIDAD PERINATAL EN RELACION CON EL
NUMERO DE EMBARAZOS.



Fuente: Hojas de recolección de datos
U.M.F. No. 21 1982

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Cuadro No. 4

MORTALIDAD PERINATAL EN RELACION CON EL
NUMERO DE EMBARAZOS.

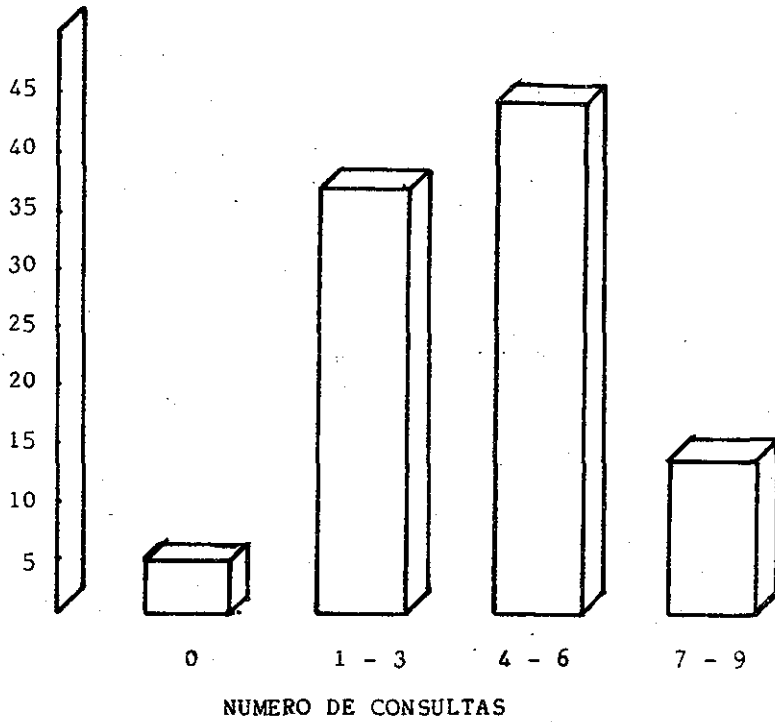
No. de embarazos	No. de casos	%
I	39	39.40
II	27	27.27
III	18	18.18
IV ó más	15	15.15
TOTAL	99	100%

Fuente: Hoja de recolección de datos
U.M.F. No. 21; 1962.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

GRAFICA No. 5

MORTALIDAD PERINATAL EN RELACION CON EL NUMERO DE CONSULTAS DE ATENCION PRENATAL



Fuente: Hojas de recolección de datos
U.M.F. No. 21, 1982

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Cuadro No. 5

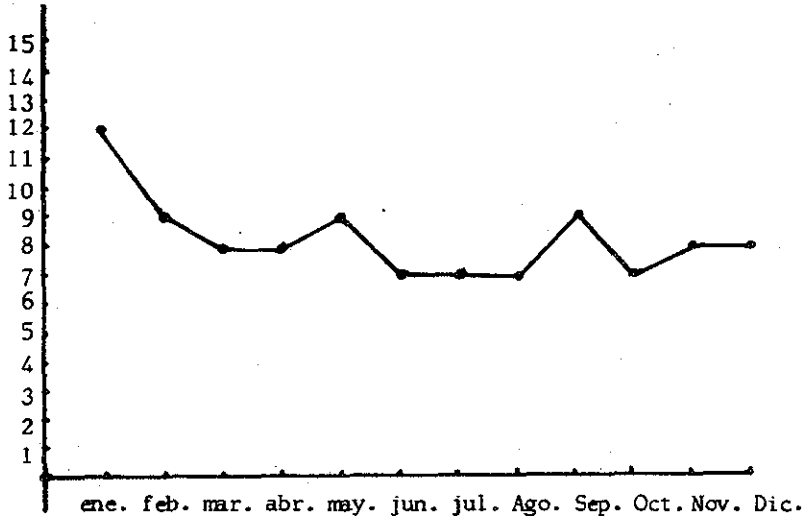
MORTALIDAD PERINATAL EN RELACION CON EL NUMERO
DE CONSULTAS DE ATENCION PRENATAL.

No. de consultas	No. de casos	%
0	5	5.05
1 - 3	37	37.37
4 - 6	44	44.45
7 - 9	13	13.13
TOTAL	99	100%

Fuente: Hojas de recolección de datos
U.M.F. No. 21 , 1982

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

GRAFICA No. 6
MUERTES PERINATALES EN RELACION CON
LOS MESES DEL AÑO.



Fuente: Certificados de defunción
U.M.F. No. 21, 1982.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

Cuadro No. 6

MUERTES PERINATALES EN RELACION CON EL PESO
DE LA MUJER AL INICIAR LA GESTACION.

Peso en kilogramos	No. de casos	%
menos de 45	20	20.20
de 46 - 50	31	31.31
de 51 y más	48	48.49
TOTAL	99	100%

Fuente: Hojas de recolección de datos
U.M.F. No. 21; 1982.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

INTERPRETACION DE RESULTADOS

En este estudio se confirmó lo reportado por otros autores en relación a la alta tasa de mortalidad perinatal en otras instituciones médicas y aún en el mismo I.M.S.S., en el cual se reporta que en menores de un año, la mortalidad perinatal ocupa el segundo lugar superada únicamente por las enfermedades infecciosas o parasitarias mencionándose en tercer lugar las enfermedades del aparato respiratorio.

De los 99 casos revisados, la mortalidad perinatal postparto fue la más numerosa con 71 casos (71.7%). La muerte preparto fue la que siguió en frecuencia con 20 casos (20.2%), en los que el diagnóstico fue de causa no determinada. En las muertes intraparto que son 8 casos (8.08%), el diagnóstico fué sufrimiento fetal agudo, semejante al reportado por otros autores. Se hace notar que en estos últimos, dicho diagnóstico se obtuvo de los expedientes clínicos del paciente, ya que en las actas de defunción se reporta como interrupción de la circulación materno-fetal no traumática de causa no determinada. Se tiene que hacer la salvedad de que en ninguno de los casos se realizó estudio anatómo-patológico.

Es importante apreciar que la mortalidad perinatal en relación con la edad materna es más alta en el período de 20 a 34 años de edad que se a mencionado como la edad adecuada para la reproducción, observándose que la tasa a disminuido considerablemente en las mujeres mayores de 35 años. Suponemos que esto es debido a que el porcentaje de mujeres obstétricamente añosas, mayores de 35 años de edad es bastante bajo en la población derecho-habiente del I.M.S.S. (11.82%); situación aún más baja para las mayores de 40 años (3.01%).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Se comprobó lo revisado en otros artículos en relación al lugar tan importante que ocupa la primigesta en los elevados índices de mortalidad perinatal.

En relación al peso previo a la gestación es inferior a 50 kg en el 51.5% de las mujeres de la encuesta, lo que en si mismo es un factor que incrementa el riesgo gestacional. Está comprobada la estrecha relación que guardan el peso pregestacional con el crecimiento intrauterino, que se revela por las cifras de nacidos con peso subnormal, desnutridos en útero y de prematuros, este dato nos orienta a que existe una gran población necesitada de ayuda prenatal y que la etapa perinatal, para favorecer el nacimiento y desarrollo de sus hijos en mejores condiciones.

Se vio claramente que las madres solo acuden en el 13.3% a las consultas de atención prenatal requeridas para un adecuado manejo de binomio madre-feto, motivo suficiente para que sigan sin abatirse las altas tasas de mortalidad perinatal y las causas no determinadas que dan lugar a ésta.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CONCLUSIONES

Las características de la salud materno-infantil están estrechamente ligadas al desarrollo integral de los países y a su nivel de vida y no obstante que la mayor parte de los embarazos siguen un curso normal, llegan a término y dan lugar a hijos normales y sanos, existe un número importante de aquellos que no ocurren en las condiciones óptimas y se presentan situaciones que aumentan la vulnerabilidad de los hijos en gestación y la identificación de esas condiciones es trascendente a fin de conocerlas en toda su magnitud, características e importancia para hacer posible su prevención, ya sea primaria, secundaria o terciaria.

Las tasas de mortalidad perinatal reflejan la cantidad y calidad de la atención médica que recibe una población determinada, ya que está dirigida a dos núcleos muy importantes de ella, las madres y los recién nacidos.

Desde el punto de vista biológico y/o ambiental son conocidos los efectos deletéreos de algunos factores que actúan sobre la mujer embarazada y su producto.

El punto básico para desarrollar programas tendientes a mejorar la mortalidad perinatal debe ser el conocimiento de los propios problemas para que éstos puedan ser razonablemente valorados. El objeto de hacer del conocimiento general los factores que favorecen las altas tasas de mortalidad perinatal en determinada población, no es denigrarla, sino el deseo de establecer las bases sobre las que se pueden iniciar el camino de su corrección.

Las tasas de mortalidad perinatal en la población adscrita a la U.M.F. No. 21 del I.M.S.S. son altas. La explicación de esto puede ser la siguiente:

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

I.- Características de la población que se atiende, que en general son:

- a) Bajo nivel socio-económico.
- b) Bajo nivel cultural.
- c) Poca información a la madre en cuanto a la importancia de la atención prenatal.
- d) Como consecuencia del punto anterior ingreso tardío de la paciente con alteraciones importantes maternas y/o fetales, muchas veces irreversibles o de difícil manejo.

Cuando se estudian los factores que disminuyen las tasas de mortalidad perinatal, (Fig. 1) destacan, la educación higiénica de la población general, lo cual, mejora las relaciones médico-paciente, limitando al mínimo los casos en que el análisis de los factores de muerte, son atribuibles a la responsabilidad de la paciente como un factor determinante.

Resalta la importancia que tiene el Médico Familiar para establecer el contacto primario con un concepto práctico de prevención a la comunidad.

Ha de favorecer la aplicación de medidas preventivas elaborando sistemas sencillos de detección de mujeres cuyas características físicas, socioeconómicas o culturales y/o sus antecedentes familiares o gestacionales impliquen riesgos perinatales elevados, de manera que se canalicen a programas de vigilancia y control de aquellas situaciones para el abatimiento de los resultados negativos.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

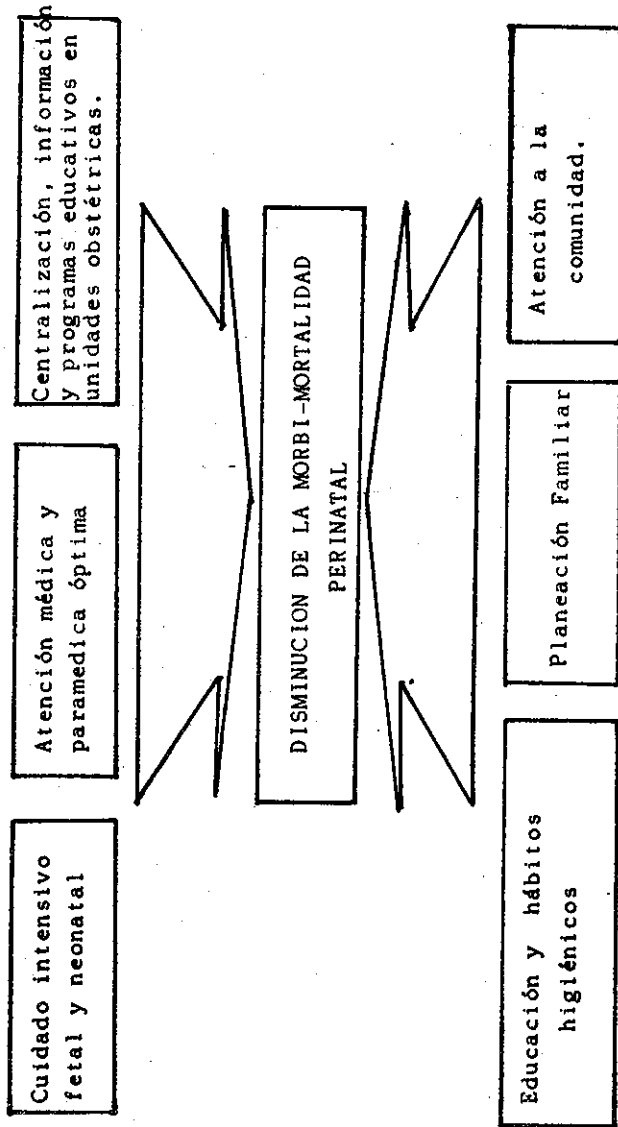


Fig. 1. FACTORES QUE DISMINUYEN LA MORBIMORTALIDAD PERINATAL

35

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Alvarado, D.A.: CONCEPTOS ACTUALES DE LA ATENCION PRENATAL. Rev. Méd. IMSS. 19:275, 1981.
- 2.- Castelazo, .L., Díaz del Castillo, E., Rodríguez, A.J., - Ursuti, A. J.; INVESTIGACION CLINICA Y EPIDEMIOLOGICA DE LOS FACTORES DE RIESGO PERINATAL EN POBLACION ADSCRITA AL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL..Gac. Méd. Méx. - 113:157, 1977.
- 3.- Castelazo, A.L., Karchmer, S: MEDICINA PERINATAL. IMPLICACIONES MEDICO-SOCIALES. Gac. Méd. Méx. 115:157, 1979.
- 4.- Díaz del Castillo, E: FACTORES SOCIOCULTURALES Y MEDICOS QUE AFECTAN LA MORTALIDAD PERINATAL EN MEXICO. Rev. Méd. IMSS. 19:223, 1981.
- 5.- Karchmer, K.S., López, G. R.: LA INVESTIGACION EN EL CAMPO DE LA MEDICINA PERINATAL. Ginec. Obstet. Méx. 45:161, 1979.
- 6.- Quiroga, C. M.: García. C. R.; Reyes, S. E.: MORBIMORTALIDAD PERINATAL. Bol. Méd. Hosp. Infant. 35:871, 1979.
- 7.- Villalobos, O. A., Vargas, G. C.: MORTALIDAD PERINATAL EN EL HOSPITAL JUAREZ, S.S.A., Bol. Méd. Hosp. Infant. - 36:111, 1979.
- 8.- Alvarado, F. H., Tejero, S., Cano, T., Mondragón, C., - Marcushamer, M.: ANALISIS DE 100 CASOS DE MUERTE PERINATAL. Ginec. Obstet. Méx. 46:107, 1979.
- 9.- De la Loza, S.A., Arriaga, F. L., Martínez, P. M.: LAS DEFUNCIONES Y SUS CAUSAS EN LA POBLACION AMPARADA POR EL I.M.S.S. Bol. Méd. I.M.S.S. 20:165, 1978.
- 10.-Valenzuela, H. R., Luengas, B. J., Marquet, S. L.: Manual de Pediatría Edit. Interamericana, México, D.F., 1975. - Págs. 37-40.
- 11.-Castelazo, A. L., Karchmer, K. S., Shor, P.V.: PROYECCION MEDICOSOCIAL DE LA MEDICINA PERINATAL. Ginec. Obstet. Méx. 44:49, 1978.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- 12.- Fernández, A. J., Llaca, R. V., Díaz, B. E.: EL FACTOR -
PREMATUREZ EN EL EMBARAZO DE ALTO RIESGO FETAL. Ginec.
Obstet. Méx. 46:287, 1979.
- 13.- Narro, J., Ponce de León, C. R.: ALGUNAS CONSIDERACIONES
SOBRE MORTALIDAD INFANTIL EN MEXICO. Rev. Fac. Med. Méx.
22: 14, 1979.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN