

11226⁵¹₂₈



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL I.M.S.S.
DELEGACION ESTATAL EN PUEBLA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR U.M.F. No. 6

**ESTUDIO DE LAS PRINCIPALES CAUSAS
DE CONSULTA PRENATAL DEL
EMBARAZO DE ALTO RIESGO
EN EL HGR-36. PUEBLA**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN:

MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A :

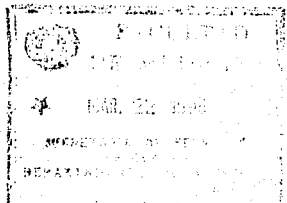
DRA. MA. DEL CARMEN GONZALEZ ALMEHUA

ASESOR

DR. WARNER LEAL



PUEBLA, PUE.



1994

1995



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.

TESIS SIN PAGINACION

COMPLETA LA INFORMACION

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.

ESTUDIO DE LAS PRINCIPALES CAUSAS DE CONSULTA PRENATAL DEL EMBARAZO.

DE ALTO RIESGO EN EL HGR-36.PUEBLA.

PRESENTA. DRA. MA. DEL CARMEN GONZALEZ ALMEHUA.

PARA OBTENER EL POSTGRADO EN MEDICINA FAMILIAR.

PUEBLA.

1994.

DEDICATORIAS.

A MI ESOSO.

ROGELIO SANCHEZ GUTIERREZ

A MI HIJA.

BERENICE SANCHEZ GONZALEZ.

PORQUE SON LA CAUSA QUE MOTIVA

MI SUPERACION. MI AMOR POR SIEMPRE.

A MIS PADRES.

POR EL APOYO INCONDICIONAL

CON TODO MI AMOR. GRACIAS.

A MIS HERMANOS Y ABUELITAS.

GRACIAS POR APOYARME SIEMPRE.

INTRODUCCION

Los avances de la obstetricia en el siglo XX, han proporcionado mejor pronostico en el embarazo de alto riesgo, para el binomio madre-hijo(1,6).

El objetivo de la obstetricia moderna, desde el punto de vista perinatal, lo constituye el brindar a la madre gestante un hijo sano y maduro; que al nacimiento tenga la máxima capacidad y resistencia para sobrevivir sin daño en su integridad física, biológica e intelectual.(3,5).

La incidencia del parto prematuro como causa de embarazo de alto riesgo, puede reducirse mediante un adecuado control prenatal identificando a mujeres con embarazo de alto riesgo y enviandolas oportunamente a un segundo nivel de atención.(3,20).

En la década pasada las principales causas de consulta de embarazo de alto riesgo la constituian, toxemia, infección de vias urinarias, cirugias obstétricas anteriores, la gran multipara. (5).

En 1975, Matthews, Duncan, hicieron notar el hecho de los numerosos peligros de la multigesta, teniendo los problemas inherentes a su gran paridad tal, asi como ser mas frecuentes las presentaciones atípicas, las hemorragias ante y postparto, las distocias y otro tipo de patologia, atribuibles a su edad como los padecimientos sistémicos, como la Hipertensión arterial, la Diabetes Mellitus, nefropatias, que por si solas pueden agravarse durante el estado gravidico o puerperal; o ser el punto de partida de serias complicaciones como la toxemia, el desprendimiento prematuro de placenta normoinsera.(4,10).

Por tal motivo el embarazo de alto riesgo debe ser sometido a una vigilancia estrecha especialmente cuidadosa para asegurar la salud de la madre y el producto.(5,13,15,16).

La causa de la presentación anómala del producto depende de la tonalidad del utero y del abdomen péndulo, lo que hace que utero gire hacia adelante apartando el eje longitudinal del producto con el eje longitudinal dela madre. Otra causa de situación anómala es la placenta previa (6).

El embarazo múltiple se presenta en una de cada ochenta gestaciones, su incidencia total aumenta cuando se produce un fallo en el tratamiento con hormonales orales, el embarazo múltiple es una de las causas de parto prematuro, para lo cual es importante una vigilancia estricta, para disminuir la mortalidad materno infantil.(7,8).

El embarazo prolongado presenta uno de los problemas de embarazo de alto riesgo más comunes en la práctica de la obstetricia, por tal la mortalidad de este aumenta el doble entre las 42-43 semanas y hasta cinco veces, cuando rebasa las 44 semanas.(9,10).

La asociación de Diabetes Mellitus y embarazo conlleva una mayor mortalidad materno infantil, el tratamiento además de conocer ampliamente la endocrinología de la diabetes, debe manejar así ampliamente DIABETES Y EMBARAZO(11,17).

Una considerable proporción de morbi-mortalidad materno-infantil lo constituye la hipertensión arterial en todas sus formas(12,13).

La consulta prenatal de embarazo de alto riesgo sigue siendo un punto primordial para disminuir la mortalidad materno-producto.(14,16).

La preparación y actualización profesional en el primer nivel de atención sigue siendo el arma más importante para detectar a tiempo las patologías de embarazo de alto riesgo.(3,18).

MATERIAL Y METODOS.

Este estudio se realizó en el Hospital General de Zona No. 36 ,Puebla; sobre las principales causas de consulta prenatal de embarazo de alto riesgo.

Este estudio abarca del 1o de enero de 1994 al 30 de junio de 1994; se llevó a cabo por medio del análisis de expedientes de las pacientes con embarazo del alto riesgo que acuden a consulta prenatal de primera vez.

De cada expediente se recolectan los siguientes datos:.

- 1.-De que UMF la envían.
- 2.-Diagnóstico de la patología de embarazo de alto riesgo emitida por el ginecólogo.
- 3.-Recolectar datos : edad, escolaridad, estado civil.
- 4.-Resolución del embarazo en EUTOCICO O DISTOCICO.
- 5.-Verificar en la 4-30-8, en que mes se detecta el embarazo de alto riesgo.

Este estudio se realizó para los siguientes objetivos. :

- 1.-Conocer que UMF envía oportunamente embarazos de alto riesgo y por consiguiente llevan mejor control de la embarazada.
- 2.-Conocer cuales son las principales 10 causas de consulta prenatal en el HGR-36.
- 3.-Identificar cuales son los factores de riesgo que influyen en la embarazada.
- 4.-Saber la resolución del embarazo en EUTOCICO O DISTOCICO. Tomando en cuenta la forma distócica comprende ceárea y parto con forceps y la forma Eutócica solo el parto eutócico.
- 5.-Verificar en que mes se detectan los embarazos de alto riesgo.

RESULTADOS.

Se revisaron 1611 expedientes de consulta prenatal de primera vez, del 10. de enero de 1994 al 30 de junio de 1994 en el hospital general de zona Mo. 36.

Encontrando que las diez primeras causas de consulta prenatal de embarazo de alto riesgo fueron: En primer lugar mujeres con antecedentes de cesárea una o más (26%); Infección de vías urinarias (11%), Desproporción cefalo-pélvica (7%), Amenaza de parto prematuro (7%), amenaza de aborto (6.5%), Hipertensión arterial y embarazo (6%), gran multigesta y/o primigesta añosa (5.5%), presentación anómala (5%), DM (3%), RH(-) (1%); y otras (22%).

Las pacientes son enviadas a segundo nivel con un rango de la semana 9 a la semana 34; en donde el 80% de Infección de vías urinarias, Diabetes mellitus, gran multigesta o primigesta añosa; Hipertensión arterial con embarazo son enviadas antes de la semana 25; y a las pacientes con antecedentes de cesárea (una o más), Desproporción cefalo-pélvica, amenaza de parto prematuro, son enviadas de la semana 25 a la semana 34.

Las Unidades de medicina familiar que envían más pacientes de alto riesgo son la UMF.No.1, UMF.No.6, UMF.No.2, UMF.No.57.

La edad es variable y de todas las edades pero el 72% (1159); se encuentra en el rango de 20-30 años; con respecto a la escolaridad el 68% de todas las mujeres tienen secundaria y el resto 32% preparatoria y más; con respecto a su estado civil más del 70% del total de las pacientes son casadas o viven con su pareja y el resto no tienen pareja. Es importante anotar que el 32% (515) son primigestas.

Del total de los embarazos de alto riesgo el 71% (1143), corresponden a resolución del embarazo en DISTOCICO y el 29% (468), corresponden a EUTOCICO.

DISCUSION.

Las 1611 pacientes estudiadas no corresponden a la consulta de primera vez programada, diariamente faltan 4-7 personas a consulta, no fueron tomadas en cuenta.

Las diez principales causas de consulta prenatal del embarazo de alto riesgo, no se ha modificado en los últimos 10 años, pero sí han cambiado de posición, en 1980 la hipertensión más embarazo ocupaba el primer lugar y Cesárea previa el tercero, ahora se invierte 10 años después. Actualmente la consulta prenatal con cesáreas previas ocupa una relación de 4-1 con las consultas totales.

Es importante señalar que las pacientes embarazadas son adecuadamente controladas en sus UMF, independientemente que las UMF. No. 1, No. 6, No. 2, No. 57, tengan mayor porcentaje de envío; influyen causas como el número elevado de derechohabientes; por tal motivo no se pueden excluir a otras unidades. En la 4-30-8, se observó el mes que cursaba la embarazada al ser enviada y nos dimos cuenta que en las primeras 25 semanas son enviadas embarazadas que necesitan control prenatal de segundo nivel en los primeros meses como HTA más embarazo, multigesta o primigesta añosa; DM; y después de las 25 semanas entidades como DCP, Cesárea previa, Amenaza de parto prematuro. En el estudio existen pacientes de todas las edades pero la gran mayoría (72%) entran en el rango ideal de 20-30 años; al mismo tiempo esto nos traduce un buen control de la natalidad en las unidades de primer nivel. El 68% de la población de alto riesgo (68%) solo tiene secundaria, no es excluyente como factor determinante. El 70% de esta población tiene pareja, por tal motivo tampoco excluye

a una paciente con embarazo de alto riesgo.

La resolución del embarazo en EUTOCICO O DISTOCICO,, dependio de la entidad estudiada, las infecciones de vias urinarias t rminaron en parto eutocico, no así las presentaciones anómalas.

CONCLUSIONES.

En este trabajo realizado en 6 meses en el HGZ-36 de control prenatal de embarazo de alto riesgo concluimos:

A) Las principales causas de consulta son:

- 1.-CESAREA(S) PREVIA(S).
- 2.-INFECCION DE VIAS URINARIAS.
- 3.-DESPROPORCION CEFALO-PELVICA.
- 4.-AMENAZA DE PARTO PREMATURO.
- 5.-AMENAZA DE ABORTO.
- 6.-HIPERTENSION ARTERIAL Y EMBARAZO.
- 7.-GRAN MULTIGESTA O PRIMIGESTA AÑOSA.
- 8.-PRESENTACION ANOMALA DEL PRODUCTO.
- 9.-DM.
- 10.-RH(-).

B)Las pacientes de alto riesgo son enviadas oportunamente a segundo nivel dependiendo del factor de alto riesgo.

C)La edad, escolaridad y estado civil son factores no determinates en el alto riesgo.

D)Las UMF NO. 1, No.6, No.2, No. 57 envía mayor número de pacientes a segundo nivel.

E)LA RESOLUCION DEL EMBARAZO EN EUIOCICO O DISTOCICO DEPENDE DE LA CAISA DEL ALTO RIESGO.

BIBLIOGRAFIA.

- 1.-L. Karchmer K. Temas selectos en Gineco-obstetricia. INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA. 1993.
- 2.-Robert Loui. Medicina materno infantil. MEDICINA PANAMERICANA Buenos Aires . 1990.
- 3.-Loweng E. Escobedo et al. Tratamiento de la amenaza de parto prematuro. CENTRO HOSPITALARIO 20 No. DIV. GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA 56;1991.
- 4.-Eucart K eta al Spontaneous abortion pregnancy. OBSTET AND GYNECOL. 71(1):81-83:1990.
- 5.-Cottow et spontaneous abortion loss after demostration of alive fets in the firth trimestre. OBSTET AND GYNECOL. 70:827-830.1990.
- 6.-Zlatnik J. F. Histologic chorioamnionitis, microbial infection premature. OBSTETRIC GYNECOL. 76:355.1992.
- 7.-Grix A et al. Etiologic factors of recurrent abortion and subsequent reproductive performance of couple. Have we and progress lin the past. 10 years? AMERICAN JOURNAL OF OBSTETRIC AND GYNECOLOGY. 167(2).1992.
- 8.-Blandel Beatriz. Macrosomia in the postdale pregnancies, the accuracy of rutine ultrasonographe screening. OBSTETRIC AND GYNECOLOGY SURVEY. 167(1).1992.
- 9.-García Velázquez S. Frecuencia de amenaza de parto prematuro que se asocia a infección de vias urinarias TESIS DE POSTGRADO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA. IMSS .PUEBLA. 1993.
- 10.-Cibilis L.A. Embarazo prolongado problemas y manejo. GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA DE MEXICO 58-60. 1991.
- 11.-Crubb. D.K. Rabello Y.A. posterm pregnancy. OBSTETRIC GYNECOL. 79:1024-1026.1992.
- 12.-Fuentes T.F. Muerte fetal. GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA 56:189-194.1991.
- 13.-Jimenez S.G. et al. Perfil biofísico en la muerte fetal. GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA. 284-288.1990.
- 14.-Angeles Loba et al. Manejo del embarazo de alto riesgo. GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA DE MEXICO. 58:260-270.1990.

- 15.-Coustan D. et al. Embarazo de alto riesgo. GINECOL. AND OBSTETRIC SURVEY 45(4).1993.
- 16.-Jounet J.B. Embarazo de alto riesgo OBST. AND GINECOL.(6).1992.
- 17.-Ronaul et al. Neonatología macrosomia e hipoglicemia en niños de madres diabéticas con tratamiento a base de insulina.DIABETES CARE.11 235-238.1990.
- 18.-CONGRESO NACIONAL DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA. Monterrey,Nuevo León .1993.
- 19.-Vargas Ruíz .J. Muerte fetal. TESIS DE POSTGRADO EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIS. IMSS. PUEBLA. L992.
- 20.-De Lara J.F. Embarazo prolongado GINEC. OBST. DE MEX.65:133-137.1991.

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**