

11226
129
2Ej.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS
SOCIALES PARA LOS TRABAJADORES
DEL ESTADO
ISSSTE

FRECUENCIA DE FACTORES DE RIESGO
EN EMBARAZADAS EN EL AÑO 1993 EN
LA CLINICA GUSTAVO A. MADERO

T R A B A J O
QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
P R E S E N T A
DR. JOSE REYES ALONSO



MEXICO, D. F.

ENERO DE 1995

FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

FRECUENCIA DE FACTORES DE RIESGO EN EMBARAZADAS EN EL AÑO
1993 EN LA CLINICA GUSTAVO A. MADERO

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN
MEDICINA GENERAL FAMILIAR
PRESENTA:

DR. JOSE REYES ALONSO

~~AUTORIZACIONES~~

~~*Juan José*~~

~~DR. JUAN JOSE MAZON RAMIREZ
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.~~

~~*Arnulfo*~~

~~DR. ARNULFO IRIGOYEN CORIA
COORDINADOR DE INVESTIGACION
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.~~

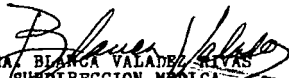
~~DRA. MA. DEL ROCIO NORIEGA GARIBAY
COORDINADORA DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
U.N.A.M.~~

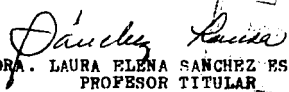
FRECUENCIA DE FACTORES DE RIESGO EN EMBARAZADAS EN EL AÑO
1993 EN LA CLINICA GUSTAVO A. MADERO

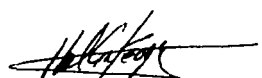
QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN
MEDICINA GENERAL FAMILIAR
PRESENTA:

DR. JOSE REYES ALONSO

AUTORIZACIONES


DRA. BLANCA VALADEZ RIVAS
SUBDIRECCION MEDICA
CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR
GUSTAVO A. MADERO
I.S.S.S.T.E.
ASESOR


DRA. LAURA ELENA SANCHEZ ESCOBAR
PROFESOR TITULAR
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR
GUSTAVO A. MADERO
I.S.S.S.T.E.


DR. HECTOR GABRIEL ARTEAGA ACEVES
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE
MEDICINA FAMILIAR
JEFATURA DE SERVICIOS DE ENSEÑANZA
I.S.S.S.T.E.

I. S. S. S. T. E.
DIRECCION CLINICA
" G. A. MADERO "

FALLA DE ORIGEN

A G R A D E C I M I E N T O

A Dios

Por haberme dado facultades para realizar mis anhelos.

En memoria a mi madre Antonia:

Por su gran amor y paciencia, dirección y protección, iluminando el camino que me conduce a mis metas. Por dar lo mejor de ella.

A mi padre Juan:

Que con su compañía y experiencia ha sido guía y protección en mi formación.

A mi esposa Rosario y mis hijitos Lizeth, Marco y Joseph:

Porque hemos marchado juntos y superar situaciones adversas. Por creer en mí. Son lo mas importante en mi vida.

A mis hermanos Cristina, Guillermo, Isidra, Juan y Jorge:

Con cariño y respeto, siempre solidarios con su apoyo.

A mi asesor muy en especial:
Eternamente fiel y agradecido

FALLA DE ORIGEN

INDICE

INTRODUCCION.....	1
ANTECEDENTES Y JUSTIFICACION.....	1
DEFINICION.....	3
ETIOLOGIA.....	3
EPIDEMIOLOGIA.....	6
OBJETIVOS.....	16
METODOLOGIA.....	17
RESULTADOS.....	19
ANALISIS.....	36
CONCLUSIONES.....	37
ANEXOS.....	38
BIBLIOGRAFIA.....	40

FALLA DE ORIGEN

INTRODUCCION

La obstetricia actual revela como uno de sus mayores logros la disminucion impresionante de la mortalidad materna; sin embargo la mortalidad perinatal ha permanecido estatica en una cifra elevada, lo cual quiere decir que los especialistas en esta disciplina se han dedicado más hacia la cantidad de la reproduccion sin importarles la calidad de la misma y así, los esfuerzos realizados en el tratamiento del síndrome de sufrimiento fetal, da la oportunidad de observar niños que sobreviven y llevan los estigmas de un medio fetal comprometido.(1)

ANTECEDENTES Y JUSTIFICACION

El análisis de las metas de la obstetricia actual demuestra que un grupo pequeño de embarazadas dan lugar a una elevada mortalidad perinatal, por lo que Robert Nesbitt lo comprobó, sentando las bases de una atención prenatal adecuada. Múltiples publicaciones señalan desde entonces los diferentes estados patológicos que cursan con el embarazo o que son provocados por él con repercusión sobre el producto.

Mundialmente los intentos para disminuir la mortalidad perinatal han quedado muy a la saga de las cifras logradas con la mortalidad materna.(1)

De Wit en Mexico reporta una cifra estacionaria en relación con el total de muertes.

Allan Weingold señala que es muy probable que gran cantidad de esfuerzos por los gobiernos se han inclinado en exceso a la cantidad y muy poco hacia la calidad de la reproducción humana lo cual ha condicionado que demasiados niños sobreviven a un accidente perinal

tal, pero que llevan los estigmas de una vida fetal comprometida o de los empeños terapéuticos para salvarlo. Es por estos motivos que en la actualidad todos los esfuerzos van encaminados a identificar y tratar lo mas precozmente posible a las pacientes portadoras de un embarazo con factores de riesgo que pongan en peligro la vida del binomio madre-hijo.

Desde hace 40 años los conceptos sobre obstetricia han sufrido cambios importantes, en la actualidad son sorprendentes los metodos utilizados en cuanto a la detección y manejo de los factores de riesgo sumado a la velocidad con que ha evolucionado la tecnología que ha transformado los recursos indispensables para la vigilancia de embarazos con factores de riesgo.

Es en el primer nivel de la atención médica donde se ha venido realizando generalmente una evaluación de las condiciones de la paciente durante su primera entrevista. Para detectar los factores de riesgo en ellas ha habido múltiples intentos de clasificación por medio de valores numéricos un tanto arbitrarios que sirven de indicador o señal de alarma en casos en que su total sea mayor a un límite que no siempre es aceptado o aplicable a un grupo de población. Se mencionaran sin dar un número específico los puntos que pueden influir desfavorablemente en el emparazo. La lista de ellos es interminable, se renuevan periódicamente, aumenta el arsenal farmacológico, los cirujanos proliferan, la tecnología permite confiar en unidades de cuidados intensivos de los neonatos, y la historia de la obstetricia cambia rápidamente.(1)

El término de la gestación con una sobrevida adecuada en la madre y su hijo son las metas a alcanzar, y la obstetricia moderna llamada perinatología nos permite contar con recursos que bien utilizados modifican las cifras de mortalidad.

Es indispensable que los niveles de atención sean prudentemente manejados, con derivaciones oportunas de pacientes, puesto que el poder ofrecer la atención oportuna a las mujeres que por alguna razon son portadoras de factores de riesgo que limitan el panorama en que crecera su hijo, física, intelectual o socialmente.

DEFINICION

La explicación lógica de este tema necesita una idea precisa de los términos por usar, y para hablar de factores de riesgo en embarazadas es necesario empezar por definirlos.

Factor es considerado como situación.

Riesgo es una palabra que indica probabilidad de lesión, daño o pérdida.

Factores de riesgo son aquellas situaciones maternas y fetales que aumentan la probabilidad muy grave de morbilidad y mortalidad del binomio durante el embarazo, parto y puerperio con la posibilidad de dejar niños con déficit orgánico y mental.(1,4)

ETIOLOGIA

Es necesario identificar el embarazo con factores de riesgo, de tal manera que a estas pacientes se les puede suministrar la atención especializada.

Robert Nesbitt sentó las bases de la atención prenatal selectiva. Para ello se han incluido factores generales, gestacionales, fetales, enfermedades sistémicas generales o patología gestacional, - causas ambientales y sociales.(3)

Las causas de morbilidad y mortalidad perinatales pueden variar de un país a otro. Se ha propuesto una lista a la que se han agregado otros factores. Una de las diferentes clasificaciones es la propuesta por el Programa de Asistencia Materno-Infantil del Colegio de New York:(1,2,3)

FACTORES DE RIESGO EN EL EMBARAZO.

A) POR ASPECTOS SOCIALES:

1. Embarazos ilegítimos.(1)
2. Embarazos en pacientes de grupo socioeconómico bajo.(1)

3. Pacientes con nula o deficiente atención prenatal o con in capacidad para acatar consejos.(1)
- B) POR DEFICIENCIAS EN EL TERRENO BIOLÓGICO:
1. Inmadurez biológica: menos de 18 años al concebir.(3)
 2. Involución biológica: mas de 34 años al concebir.(3,4)
 3. Pacientes con peso subnormal o excesivo: 45.5 Kg o menos, 91 Kg o mas.(1)
- C) POR ANTECEDENTES OBSTETRICOS:
1. Grandes multiparas(2 ó mas embarazos). Nulíparas añosas.(3)
 2. Antecedentes de partos operatorios o partos difíciles y pro longados.(1)
 3. Antecedentes de pérdidas fetales tempranas o tardias y/o muertes neonatales.(1)
 4. Antecedentes de premature.(1)
 5. Antecedentes de neonato traumatizado o de niño con parálisis cerebral, retardo mental o trastornos nerviosos.(1)
- D) GESTANTES CON PADECIMIENTOS SISTEMICOS:
1. Padecimientos cardiovasculares o enfermedad hipertensiva. (7,11,13)
 2. Nefropatías. Pielonefritis.(19)
 3. Diabetes y prediabetes. Endocrinopatías graves.(19)
 4. Madres Rh negativas sensibilizadas o no y sensibilización a grupos sanguíneos.(1)
 5. Tuberculosis pulmonar. Toxoplasmosis. Lues.(1)
 6. Alguas virosis, hepatitis, rubeola, etc.(3,5,15)
 7. Lupus eritematoso.(1)
 8. Alcoholismo, tabaquismo y narcomanías.(3)
 9. Trastornos hereditarios; corea de Huntington y otros. Padecimientos neurológicos.(1)
 10. Neoplasias.(1)
 11. Desnutrición grave.(3)
 12. Enfermedades neuropsiquiátricas.
- E) GESTANTES CON PADECIMIENTOS PROPIOS DEL EMBARAZO Y PARTO:
1. Toxemia gravídica.(5,11,13,16)
 2. Hemorragia obstétrica.(1)
 3. Anemia.(1)

4. Embarazos múltiples.(1)
5. Ruptura prematura de membranas e infección ovular.(1)
6. Polihidramnios. (1)
7. Presentaciones anormales.(1)
8. Alteraciones del tracto genital.(3)
9. Fármacos y estudios radiográficos en la etapa de embriogénesis.(1,3)

EPIDEMIOLOGIA

En los últimos 30 años disminuyó impresionantemente la mortalidad materna. La mortalidad perinatal se ha mantenido estática en una cifra elevada.

Robert Nesbitt y múltiples publicaciones señalan los diferentes factores de riesgo que cursan con el embarazo. Pueden resultar de influencias hereditarias o ambientales, por separado o en combinación. Estos factores pueden variar de un país a otro.

De Wit en México reporta una cifra ascendente en relación con el total de muertes, y afirma que: "no existe en el país ningún otro periodo de la vida que arroje tantas defunciones comparativamente con el periodo perinatal".

El análisis de los datos de morbilidad y mortalidad perinatales conducen a las siguientes observaciones:

1. El producto es afectado de manera mas intensa por factores que están presentes durante la vida intrauterina, que por los que actúan durante y después de su nacimiento.
2. Son necesarios mas estudios del feto in útero para conocer las modificaciones del medio fetal que preceden a los trastornos. Cuando a estas pacientes se les somete a una atención prenatal adecuada, las pérdidas fetales disminuyen significativamente al igual que la mortalidad perinatal.(1,4).

FACTORES DE RIESGO EN EL EMBARAZO

Són todas aquellas circunstancias que en el embarazo conllevan a la probabilidad de lesión, daño o pérdida, ya sea del producto de la concepción o de la paciente embarazada, y a consecuencia del evento obstétrico.

EDAD DE LA PACIENTE

Cuando esta sea una adolescente menor de 18 años, su organismo no ha alcanzado la plenitud de sus funciones ni sus dimensiones, - por lo que no es raro surja como complicación la desproporción cefalopélvica.(3,4)

La edad reproductiva ideal oscila entre los 18 y 34 años de edad, ya que es la edad donde la incidencia de riesgo materno-fetal es menor. La frecuencia de productos prematuros, dismadurez, óbitos fetales, de las anomalías cromosómicas que presenta se asocia con mas frecuencia al síndrome de Down(encontrado en productos de madres jóvenes o cuando la edad se asocia con la multiparidad). Por otra parte se ha visto que en madres jóvenes existe un número creciente de embarazos no deseados. En el extremo opuesto pacientes embarazadas mayores de 35 años, pueden presentar alteraciones congénitas en su descendencia como el mongolismo y otras nosologías derivadas de la falta de disyunción celular. Además son mas susceptibles a complicarse con enfermedades metabólicas como la diabetes mellitus, hipertensión arterial.(1,4).

NIVEL SOCIOECONOMICO

La paciente que no trabaja muestra una incidencia elevada de parto prematuro, productos con bajo peso y malnutrición materna.

El provenir de medio socioeconómico limitado condiciona la carencia de un estado nutricional regular y adecuado con anemia y pérdida de peso; frecuentemente coexisten grado de escolaridad mínimo lo que condiciona un control prenatal irregular o nulo, limitando la atención oportuna de factores de riesgo.

La mujer que trabaja y con medio socioeconómico solvente frecuentemente se encuentra sometida a tensión emocional favoreciendo un inadecuado desarrollo fetal por la posibilidad de alterar la relación materno-feto-placenta, y por consiguiente da por resultado productos de bajo peso y partos de pretérmino.

ESCOLARIDAD

Entre menor sea el nivel académico materno, habrá mayor incidencia de productos con bajo peso, parto de pretérmino y muerte perinatal del producto. Esto puede ser condicionado por la falta de información con respecto a control del embarazo que conlleva a una atención prenatal inadecuada, irregular, nula, fortuita en algunas veces, otras ocasiones permiten la evolución del embarazo hasta el término sin una valoración médica previa que cuando son complicados hacen difícil su manejo oportuno.

ESTADO CIVIL

Los embarazos ilegítimos o en madres solteras se asocian con una elevada incidencia de mortalidad perinatal, productos de bajo peso en proporción al doble que la observada en las mujeres casadas. Otra situación observada es su control prenatal irregular y situaciones económicas difíciles o limitadas.

NUMERO DE EMBARAZOS

La paridad mayor a dos hijos, hace que la embarazada se transforme en una múltipara que con gran frecuencia dará distocias de contracción, como de presentación. (3,4)

ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS

Los antecedentes de embarazos o partos patológicos frecuentemente permiten predeterminar embarazos o partos recientes asociados con patologías. Puede haber antecedentes de complicaciones médicas como la hipertensión arterial, diabetes e infección; o bien complicaciones quirúrgicas que pueden ser antes del parto (trabajo de pretérmino, ruptura prematura de membranas, placenta previa, desprendimiento, sangrado gestacional), o durante el parto (distocia de contracción, operación cesárea y sufrimiento fetal). (4).

TOXEMIA

Es un problema multidisciplinario importante de salud pública del que no se conoce con precisión su incidencia en México. Se calcula que 6.2% de pacientes de 35 años o más la presenta antes del parto. Se estima un caso por cada mil embarazos.

Toxemia es el término genérico que se utiliza para describir una enfermedad de la mujer embarazada que se caracteriza por el desarrollo secuencial de acumulación de líquidos en el tejido intersticial (edema), presión arterial elevada (hipertensión) y excreción de grandes cantidades de proteína por la orina (proteinuria, lo que en conjunto tiene lugar aproximadamente después de la semana

FALLA DE ORIGEN

24 de gestacion. Afecta conjuntamente a la madre y al feto con morbilidad y mortalidad, y el principal problema es la muerte fetal. La toxemia gravídica es la causa única mas común de muerte materna en el embarazo tardío, también de muertes perinatales y además asociado a retardo en el crecimiento intrauterino y alteraciones conductuales en los infantes sobrevivientes. Los principales mecanismos disparadores de la toxemia son de origen uterino y placentario. Las causas de muerte por orden de frecuencia fueron: infecciones, toxemia, hemorragias y complicaciones por anestesia(5,7,11,13, 16).

DIAETES

La mortalidad es elevada, la mayoría de las veces no se logra el embarazo, o se presentan frecuentemente abortos u óbito de los productos. Generalmente existe antecedente de macrosomía del recién nacido, óbitos o mortinatos, partos prematuros, polihidramnios toxemia y abortos de repetición, infecciones de vías urinarias y pielonefritis. Se incrementa en 6.2% de las pacientes entre los 35 años o mas.(4)

INCOMPATIBILIDAD A GRUPO Y RH

La eritroblastosis o enfermedad hemolítica del recién nacido es el cuadro patológico caracterizado por la destrucción excesiva de eritrocitos fetales, debida a la formación de isoaglutininas maternas que llegan al producto antes del nacimiento.

El término de isoimmunización obedece a que el antígeno causal proviene de un individuo de la misma especie. Este puede producirse principalmente por: grupo sanguíneo(sistema ABO) y factor Rh. Es mas frecuente que haya incompatibilidad al sistema ABO que al fac-

tor Rh. Es muy frecuente que éste último revista una gravedad mayor.(1)

PADECIMIENTOS CARDIOVASCULARES

La asociación de cardiopatías con el embarazo es la tercera causa de mortalidad materna. Se presenta en el 1-3% de los embarazos. Durante la gestación existen cambios hemodinámicos; aumento de la frecuencia cardiaca, de el gasto cardiaco, de el consumo de oxígeno materno, de el volúmen plasmático hasta un 45%(hemodilución), del líquido extracelular, hiperpotasemia, comunicación o fístula arteriovenosa placentaria.(7)

Las cardiopatías mas frecuentes son: cardiopatías reumáticas que incapacitan a la paciente, siendo la más frecuente de las cardiopatías congénitas en 5% de las embarazadas, en orden de frecuencia son: Persistencia del conducto arterioso y foramen ovale. Otras causas adquiridas son: estenosis mitral, insuficiencia mitral, alteraciones tricuspideas o aórticas, hipertensiva, tirotóxica, sifilítica, coronaria.(10,11)

TOXICOMANIAS

Existe co-relación entre tóxico y la cantidad del mismo con potenciales complicaciones. El tabaquismo y etilismo durante la gestación se asocia con productos de bajo peso al nacer y sufrimiento fetal crónico condicionados por bajo flujo sanguíneo e hipoxemia crónica en el producto. El uso de solventes derivados de hidrocarburos comprometen la circulación fetomaterna favoreciendo el desarrollo de productos con bajo peso y potencialmente retardo mental. (11)

EMBARAZO NO DESEADO

Es peculiar la presentación de el embarazo no deseado en mujeres con nivel socioeconómico bajo y en adolescentes. Frecuentemente existe rechazo de uno o ambos de los padres, generalmente no se concreta la relación conyugal como familia, manifestando así la irresponsabilidad ante el embarazo y consecuentemente nula o irregular atención prenatal, carencias nutricionales maternas, patologías asociadas que frecuentemente culminan en partos prematuros y productos de bajo peso.(12)

TALLA DE LA PACIENTE

Es fundamental la talla de la mujer, pacientes con estatura menor a 1.50 M pueden tener desproporción cefalopélvica, lo que condiciona mayor incidencia de operación cesárea y aumento de la mortalidad prenatal, además de nacimientos de productos de talla baja y en menor frecuencia presentar toxemia.(2)

ANEMIA

La nutrición de la madre ha sido considerado como factor para complicar el embarazo, ya sea de manera directa o indirecta. Los mecanismos por los cuales puede ser afectado el feto son complejos. Una complicación de la nutrición inadecuada es la anemia, que para su desarrollo requiere ser favorecida con asociaciones de otros factores como la carencia de hierro, avitaminosis(hipovitaminosis), tipo de alimentación del paciente, hemorragias frecuentes y prolongadas.

INFECCIONES

De las infecciones que generan mayor temor es la rubeola. Para la elaboración del diagnóstico se requiere determinación de IGM específica de rubeola o una elevación cuádruple de los títulos de anticuerpos (AIH). Se analizan: Edad materna, edad gestacional de la viremia, duración del exantema, paridad, diagnóstico clínico del recién nacido. La frecuencia de la infección congénita después de la rubeola materna es del 50% durante las semanas 4-8 de gestación (síndrome de rubeola congénita). (15)

Las infecciones maternas pueden ser transmitidas al producto al través de la placenta o por el canal del parto durante el mismo. Puede ocurrir aborto, muerte fetal, nacimiento de un producto anómalo, parto prematuro o producto con bajo peso para la edad gestacional.

Los virus, bacterias y protozoarios pueden pasar de la circulación materna a la fetal. Algunos de los desórdenes atribuibles a infecciones virales son defectos del lenguaje y audición, problemas psicomotores y retardo mental.

Otras enfermedades virales aparte de la rubeola es la infección por virus coxsackie (A, B y serotipos) afectando al feto al rebasar la barrera placentaria o por exposición del neonato. En el feto puede alcanzar malformaciones muy severas, así como en el recién nacido la posibilidad de presentar meningoencefalitis y miocarditis, muerte neonatal y perinatal.

La infección por herpes virus tipo II puede afectar al feto, se transmite por vía vaginal, infecta al feto cuando pasa a través del canal del parto o por ruptura de membranas, o bien, el feto al nacer presentar infecciones que pueden condicionar viremia e incluso la muerte. La infección vaginal hace que el término del embarazo sea por operación cesarea.

Entre las parasitosis la más importante por sus efectos sobre el feto es la toxoplasmosis, la cual puede preexistir al embarazo, se presentan embarazos que culminan con abortos, malformaciones congénitas del sistema nervioso central (hidrocefalia, microcefalia, re-

trazo mental, calcificaciones cerebrales), corioretinitis, microoftalmia, letargia, convulsiones y hepatoesplenomegalia. También pueden transmitirse al recién nacido a través de la leche materna.

De las infecciones bacterianas resalta la sífilis que se asocia con aborto en el primer trimestre del embarazo, muerte fetal in útero, prematuréz, alteraciones óseas, dentales y de la piel en el neonato. Otras infecciones repercuten sobre el feto sin afectarlo directamente como sucede con las infecciones de vías urinarias y que són la principal causa de parto prematuro y muerte fetal, así como bajo peso del producto.

Las infecciones intraamnióticas son un problema frecuente en obstetricia, relacionandose con un importante impacto materno y fetal destacando parto pretérmino y ruptura prematura de membranas. (19, 20)

USO DE MEDICAMENTOS

La mayoría de los medicamentos atraviesan la barrera placentaria excepto aquellos de peso molecular elevado. Al indicarlos se corre el riesgo de provocar una iatrogenia, ya que se expone al embrión a malformaciones que pueden modificar las funciones fisiológicas del feto o del recién nacido.

Los medicamentos con efectos sobre el feto son los siguientes: Las radiaciones que condicionan muerte fetal y anomalías fetales; progestágenos que producen masculinización y edad ósea avanzada; pro-piltiuracilo o imidazoles producen bocio; quinina con efecto trombocitopénico y abortivo; yodo radiactivo que produce hipotiroidismo y destrucción tiroidea; reserpina ocasiona obstrucción res piratoria debida a congestión nasal, además produce letargia, salicilatos que condicionan hemorragias neonatales; sedantes con depresión del sistema nervioso central; fenobarbital con hemorragias neonatales y el meprotamato que produce desarrollo retardado. (4, 7, 16)

DETECCION OPORTUNA DE FACTORES DE RIESGO

Las mujeres embarazadas que no reciben atención medica prenatal han presentado mayor cantidad de factores de riesgo durante el desarrollo intrauterino, que durante el parto y periodo neonatal. Se ha observado en orden de frecuencia a la toxemia, le sigue el parto prematuro, el óbito fetal y la muerte perinatal.(17)

ALTERACIONES DEL TRACTO GENITAL

El fibroma uterino que es un factor de esterilidad es frecuente en el embarazo, su evolución es variable, se le atribuyen partos prematuros por reducción de la cavidad uterina; además se le relaciona con inserción baja de placenta que provoca sangrado uterino anormal durante el embarazo.

La operación cesarea anterior, las cicatrices uterinas localizadas en el cuerpo y paredes laterales revisten mayor riesgo de ruptura uterina durante el embarazo o durante el trabajo de parto debido a un mayor grado de fibrosis. En cuanto a los riesgos para el producto implica prematuridad y muerte.(3,16)

OBJETIVO GENERAL

Determinar la frecuencia de factores de riesgo en la mujer embarazada.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 1) Determinar el promedio de consultas de atención prenatal en mujeres embarazadas.
- 2) Conocer la frecuencia de pacientes con factores de riesgo que terminan su embarazo en un parto eutócico.
- 3) Determinar la frecuencia de las complicaciones maternas en relación a los factores de riesgo.
- 4) Determinar la frecuencia de las complicaciones en el parto en relación a los factores de riesgo.
- 5) Determinar la frecuencia de embarazadas de alto riesgo.

DISEÑO DEL ESTUDIO

En la clínica Gustavo A. Madero del ISSSTE se realizó un estudio descriptivo, transversal y retrospectivo en el periodo comprendido del 10 de enero al 31 de octubre de 1994. La captura de la información se inició con la revisión de los formatos SM 10-1 (hojas de registro diario) para el llenado de la cédula de datos que consiste de las siguientes partes: 1) Ficha de identificación. 2) Aspectos socioculturales. 3) Antecedentes ginecoobstétricos. 4) Antecedentes patológicos. 5) Atención prenatal y 6) Complicaciones, para detectar las pacientes que acudieron a consulta de control prenatal durante el periodo de enero a diciembre de 1993. Posteriormente se revisaron los expedientes correspondientes complementándose cada uno de los aportes sobre factores de riesgo a través de la localización de las pacientes por vía telefónica o visita domiciliaria.

Los datos recolectados se codificaron a través de técnica de palpoteo. El análisis estadístico se realizó a través de medidas de resumen.

DEFINICIÓN DEL UNIVERSO

Pacientes embarazadas que acudieron a consulta de control prenatal de enero a diciembre de 1993.

TAMANO DE LA MUESTRA

Todas las pacientes embarazadas que acudieron a consulta de atención prenatal de enero a diciembre de 1993.

DEFINICION DE LOS SUJETOS DE OBSERVACION

Expedientes clínicos de pacientes embarazadas

CRITERIOS DE INCLUSION

Mujeres que cursaron con embarazo durante el periodo de enero a diciembre de 1993.

Que tengan expediente activo

CRITERIOS DE EXCLUSION

Mujeres que no tengan expediente activo

Que no cumplan el criterio de inclusión

CRITERIOS DE ELIMINACION

Pacientes de las que a través del expediente clínico, localización telefónica o visita domiciliaria no se completan los datos a observar.

RESULTADOS

Se revisaron los expedientes de 724 pacientes embarazadas eliminándose 608 por no haber completado los datos requeridos en la cédula de recolección de datos.

El grupo estudiado fué de 116 pacientes que correspondió al 100%. De 116 pacientes 80 presentaron uno o mas factores de riesgo que constituye el 68.97%, en 36 mujeres no se registraron factores de riesgo con un 31.03%. Gráfica 1.

Los factores de riesgo que se registraron fueron: Edad de la paciente (menores de 19 años, mayores de 33 años); El estado civil: solteras; número de embarazos (mas de dos); antecedentes gineco-obstétricos (operación cesarea y abortos); antecedentes patológicos (hipertensión, diabetes gestacional, incompatibilidad a grupo y factor Rh, toxicomanías, otras patologías endócrinas, ne urológicas, cardiopulmonares, en los embarazos no deseados, peso de la paciente (43 Kgs o menos, 95.1 Kgs o mas; patologías concomitantes al embarazo (como infección de vías urinarias, anemia, etc.), anomalías congénitas. Edad; las edades comprendidas de las pacientes estudiadas fueron en un rango de 17 a 42 años; el promedio de edad fué de 26. Se encontró en el estudio a 1 paciente con edades menores a 18 años, que corresponde a un 0.86%, de 18 a 25.5 años en 36 pacientes (31.03%), de 25.6 a 34 años en 34 (29.31%); mayores de 34 años (21.55%) 25 pacientes. Cuadro 1.

El nivel socioeconómico en las pacientes fué: de 1 a 2 salarios mínimos 23 pacientes (19.83%) de 3 a 4 salarios mínimos en 49 pacientes (42.24%) de 5 a 6 salarios mínimos en 18 pacientes (15.52%) y mas de 6 salarios en 26 pacientes (22.41%). Cuadro 2.

El grado de escolaridad encontrado en el estudio con 0 pacientes analfabetas; primaria completa en 8 pacientes (6.90%); secundaria completa en 28 (24.14%); nivel medio completo en 57 (45.69%); y profesional en 27 (23.27%). Cuadro 3.

Estado civil: Pacientes casadas 100(86.20%); en unión libre 8(6.90%); solteras 8(6.90%). Cuadro 4

Número de embarazos: 1 embarazo en 37pacientes(31.90%); 2 en 37(31.90%); 3 en 25(21.55%); 4 en 9(7.76%); 5 en 5(4.31%); 6 o mas en 3 (2.59%). Cuadro 5.

Antecedentes ginecoobstétricos: Operación cesárea en 20(17.24%) abort to en 17(14.66%).

Antecedentes patológicos: Hipertensión en 10(8.62%); diabetes gestacional en 1(0.86%); incompatibilidad a grupo y Rh en 4(3.45%); toxicomanías en 28(24.14%); epilepsia 1(0.86%); anomalías congénitas 1 (0.86%). Cuadro 6.

Dentro de las toxicomanías: Tabaquismo en 15 pacientes(12.93%); etilismo en 13(11.21%); 88 sin toxicomanías(75.86%). Gráfica II.

Embarazo no deseado: Se registró en 22 paciente(18.97%); deseado en 94(81.03%). Gráfica III.

Peso: Inferior a 43 Kgs en 3 pacientes(2.59%); entre 43.1 a 95 Kgs. 112(96.55%); superior a 95.1 Kgs en 1(0.86%). El peso promedio fué de 57.000 Kgs. Cuadro 7.

Patologías concomitantes con el embarazo: Anemia en 1 paciente(0.86 %); infección de vías urinarias en 32 pacientes(27.59%);sin riesgo en 83(71.55%). Cuadro 8.

El promedio de consultas de atención prenatal fué de cuatro durante el embarazo.

Atención de parto: Parto eutócico en 69 pacientes(59.48%); parto - distócico en 33(28.45%); 14 pacientes tuvieron obitos y abortos (12.07%). Gráfica IV.

De los partos eutócicos el 17% presentó factores como el tabaquismo, mas de 2 embarazos, cesarea previa e infección de vías urinarias. El 52% de las pacientes con partos eutócicos no presentó factores de riesgo. Los partos distócicos registraron factores predisponentes: menores de 18 años y mayores de 34 años; pacientes solteras, mas de dos embarazos, cesareas previas, abortos, estado hipertensivo, diabetes gestacional, incompatibilidad a grupo y Rh, toxicomanías, infección de vías urinarias y embarazo no deseado.

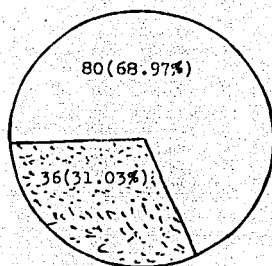
Las complicaciones maternas registradas fueron: estado hipertensivo en 12(10.34%); hemorragias en 1(0.86%); distocias de contracción en 6(5.17%). El total de pacientes que presentaron complicaciones fue de 44(37.93%); 72 no presentaron(62.07%). Cuadro 9.


Las complicaciones en el producto recién nacido fueron: prematuridad en 5(4.31%); sufrimiento fetal en 8(6.90%); alteraciones metabólicas en 1(0.86%).


El total de productos con presencia de complicaciones fue de 14(12.07%); 102 sin complicaciones(87.93%). Cuadro 10.

GRAFICA I

FRECUENCIA DE FACTORES DE RIESGO DE PACIENTES EMBARAZADAS



 Sin factor de riesgo

 Con factor de riesgo

Fuente: Cédula de evaluación.

CUADRO 1

DISTRIBUCION POR EDAD DE PACIENTES ESTUDIADAS

GRUPO DE EDAD(ANOS)	No. DE PACIENTES	%
Menores de 19	3	2.59
19 - 23	26	22.41
24 - 28	33	28.45
29 - 33	24	20.69
Mayores de 33	30	25.86
TOTAL	116	100

Fuente: Cédula de evaluación.

CUADRO 2

NIVEL SOCIOECONOMICO DE PACIENTES ESTUDIADAS

NIVEL SOCIOECONOMICO (SALARIOS MINIMOS)	No. DE PACIENTES	%
1 - 2	23	19.83
3 - 4	49	42.24
5 - 6	18	15.52
+ 6	26	22.41
TOTAL	116	100

Fuente: Cédula de evaluación.

CUADRO 3

GRADO DE ESCOLARIDAD DE PACIENTES ESTUDIADAS

ESCOLARIDAD	No. DE PACIENTES	%
PRIMARIA COMPLETA	8	6.90
SECUNDARIA COMPLETA	28	24.14
NIVEL MEDIO COMPLETO	53	45.69
PROFESIONAL	27	23.27
TOTAL	116	100

Fuente: Cédula de evaluación

CUADRO 4

ESTADO CIVIL DE PACIENTES ESTUDIADAS

ESTADO CIVIL	No. DE PACIENTES	%
Casadas	100	86.20
Union Libre	8	6.90
solteras	8	6.90
TOTAL	116	100

Fuente: Cédula de evaluación.

CUADRO 5

PARIDAD DE PACIENTES EMBARAZADAS

No. DE EMBARAZOS	No. DE PACIENTES	%
1	37	31.90
2	37	31.90
3	25	21.55
4	9	7.76
5	5	4.31
6 o +	3	2.59
TOTAL	116	100

Fuente: Cédula de evaluación

CUADRO 6

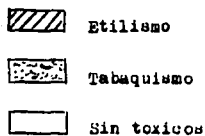
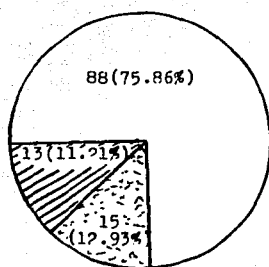
ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS PATOLOGICOS

ANTECEDENTE	Nº DE PACIENTES	%
Cesarea	20	17.24
Abórtos	17	14.66
Hipertensión	10	8.62
Diabetes Gestacional	1	0.86
Incompatibilidad de Grupo y Rh	4	3.45
Toxicomanías	28	24.14
Epilepsia	1	0.86
Anomalías Congénitas	1	0.86
Sin patología	34	29.31
TOTAL	116	100

Fuente: Cédula de evaluación.

GRAFICA II

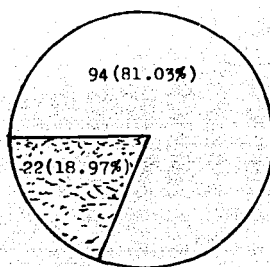
TOXICOMANIAS EN PACIENTES ESTUDIADAS





Fuente: Cédula de evaluación.

GRAFICA III

EMBARAZO NO DESEADO EN PACIENTES EMBARAZADAS



 Embarazo no deseado

 Embarazo deseado

Fuente: Cédula de evaluación.

CUADRO 7

PESO DE PACIENTES ESTUDIADAS

PESO(en Kgs.)	Nº DE PACIENTES	%
43 ó menos	3	2.59
43.1 - 95	112	96.55
95.1 ó mas	1	0.86
TOTAL	116	100

Fuente: Cédula de evaluación.

CUADRO 8

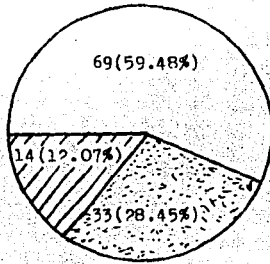
FACTORES DE EL EMBARAZO ACTUAL EN PACIENTES ESTUDIADAS




FACTOR DE RIESGO	No. DE PACIENTES	%
Anemia	1	0.86%
Infección de Vías Urinarias	32	27.59
Sin riesgo	83	71.55
TOTAL	116	100

Fuente: Cédula de evaluación.

GRAFICA IV

TIPO DE PARTO ACTUAL DE PACIENTES ESTUDIADAS



-  Parto eutócico
-  Parto distócico
-  Otros (óbito, aborto)

Fuente: Cédula de evaluación.

CUADRO 9

COMPLICACIONES MATERNAS DE PACIENTES ESTUDIADAS

COMPLICACION	No. DE PACIENTES	%
Hemorragias	1	0.86
Estado hiper-tensivo	12	10.34
Distocia de contracción	6	5.17
Sin complicación	72	62.07
TOTAL	116	100

Fuente: Cédula de evaluación.

CUADRO 10

COMPLICACIONES EN EL PRODUCTO DE PACIENTES ESTUDIADAS

COMPLICACION	Nº DE PACIENTES	%
Prematurez	5	4.31
Sufrimiento fetal	8	6.90
Alteraciones Metabólicas	1	0.86
Sin complicación	102	87.93
TOTAL	116	100

Fuente: Cédula de evaluación.

ANALISIS DE RESULTADOS.

De los resultados obtenidos se observa que de las pacientes estudiadas(116), el 68.97% resultó con mas de 1 factor de riesgo, resultado que resulto en porcentaje mayor, ya que la literatura reporta un porcentaje entre veintitres y sesenta y cinco por ciento. Dentro de los factores de riesgo, nivel socioeconómico y escolaridad, los datos que se encontraron nos reportan 0% de analfabetismo, que este pudiera ser un factor de riesgo, al no tener la mujer embarazada, el grado de educacion requerido para comprender las - instrucciones medicas. Por otra parte el factor socioeconómico resultó con un porcentaje superior del 75% de pacientes con 2 salarios minimos, teniendo la característica de ser estos fijos. Es de importancia reconocer, que estos factores, se asociaron a otros para incrementar el factor de riesgo en la embarazada, igualmente cabe reconocer el estado civil de las pacientes en nuestro estudio, resultaron solo 8(6.89%) pacientes solteras, y los antecedentes ginecologicos, y los patologicos cobran una importancia relevante. Se encontro en el estudio como factores importantes los antecedentes de cesarea anterior(17.24%), los estados hipertensivos del embarazo(8.02%).

En cuanto a la edad se observó un incremento de complicaciones en mujeres mayores de 34 años.

Al obtener los resultados de las patologías concomitantes con el - embarazo, se observó las infecciones de vías urinarias, son frecuentemente factores de riesgo para el producto, ya que se presentó en un 27.59% infección de vías urinarias con partos prematuros y con sufrimiento fetal agudo.

CONCLUSIONES

- 1) Existe un porcentaje elevado de embarazadas con factores de riesgo.
- 2) Existencia de factores de riesgo con mayor impacto en la embarazada (AGO, patológicos), edad, número de embarazos y otras que favorecen a los primeros (estado socioeconómico, escolaridad, estado civil).
- 3) Se concluye como factores de riesgo, que se presentaron más frecuentemente (estados hipertensivos en embarazos anteriores, multiparidad, infección de vías urinarias, edad mayor a 34 años.
- 4) El 33% de los embarazos termina en partos distócicos, hecho que afecta a la madre y al producto.
- 5) Las complicaciones maternas más frecuentes fueron: estado hipertensivo, hemorragias y distocias de contracción.
- 6) Las complicaciones del producto fueron: prematuréz, sufrimiento fetal y alteraciones metabólicas.
- 7) Se observó un promedio bajo de consulta prenatal, hecho que debe ser modificado por el médico familiar durante la etapa gestacional.
- 8) Continuar y valorar adecuadamente el riesgo reproductivo.
- 9) Incrementar actividades de planificación familiar.

ANEXOS

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

CEDULA PARA EVALUAR LA FRECUENCIA DE FACTORES
DE RIESGO EN PACIENTES EMBARAZADAS DE
LA CLINICA GUSTAVO A. MADERO

Nombre _____
Expediente _____
Consultorio _____
Domicilio/Teléfono _____
Edad _____
Nivel socioeconómico (salarios mínimos) 1-2__3-4__5-6__+6__
Escolaridad: Analfabeta__Primaria completa__Secundaria completa__
Nivel medio completo__Profesional__
Ocupación: Ama de casa__Serv.Grales__Admvo__Técnico__Profr__Profesio
Estado civil: Casada__Unión libre__Soltera__
Peso _____ Kgs.
Nº Embarazos__
Nº Partos__Cesáreas__Abortos__
Toxemia__
Diabetes gestacional__
Incompatibilidad a grupo y Rh__
Padecimientos cardiovasculares__
Toxicomanías__
Embarazo deseado__
Anemia__
Infecciones_____
Uso de medicamentos_____
Otras patologías_____
Alteraciones del tracto genital_____
Nº Consultas__
Atención hospitalaria__Otra_____
Complicaciones maternas_____
Complicaciones del producto_____

BIBLIOGRAFIA

1. Ahued JR:Concepto de embarazo de alto riesgo. Act.Med.Rev. Med.ISSSTE 1989;11:19-24.
2. Monheit AG:Resnik R:Valoración de riesgos perinatales:Clin. Med.Nort. 1992;4:26-31.
3. Salinas Martínez AM: Martínez Sánchez C:Perez Segura J:Percepción de factores de riesgo reproductivo. Ginecol. y Obstet.Méx 1993;61:8-13.
4. Chervenak JL:Kardon NB:Edad materna avanzada: los riesgos - reales Mundo Méd.1993;XX:59-65.
5. Ayala AR:Toxémia gravídica. Un problema multidisciplinario. Gac.Med.Mex. 1991;127:215-219.
6. Brown MA:Passaris G:Carlton MA:Pregnancy-induced hyperten-- sion and acute fatty liver of pregnancy: Atypical presenta-- tions:Am J Obstet Gynecol:1990;163:1154-1156.
7. Llera ML:Hipertensión arterial crónica y embarazo. Análisis de estudios clínicos:Ginecol.Obstet.Mex 1990;58:70-78.
8. Walss RR:Flores PL:Manejo de la preeclampsia severa/eclam-- psia. Comparación entre nifedipina e hidralazina como medi-- camentos antihipertensivos.Ginecol Obstet Mex 1993;61:76-79.
9. Bustos HH:Vadillo F:Shor V, y cols.:Ginecol Obstet Mex 1991; 59:146-150. Potenciación de respuestas vasculares inducidas por factores hidrosolubles placentarios de mujeres con toxemia gravídica.
10. Alvarez M:Nuevos conceptos de la preeclampsia:V Enc Int Ginecol y Obstet 1993:1-2.
11. Beltrán MJ:Karchmer K:Hipertensión arterial crónica y embara-- zo Diagnóstico y tratamiento.Rev Perinat INPER 1990;5:3-10.
12. Ayala AR:Cervera AR:Tovar RJ, y cols:Ritmo diario de tensión arterial en el embarazo normal y con hipertensión:Ginecol y Obstet Mex 1992;50:51-54.
13. Silva MJ:García VJ:Sauceda GL, y cols.:Resultado preliminar de un estudio de las exactitudes predictivas positivas y ne--

- gativas en la aparición de hipertensión provocada por el embarazo. Ginecol Obstet Mex 1990;58:216-220.
14. Hata T;Hata K;Aoki S, y cols.:Renal arterial blood flow velocity waveforms in pregnant women. Am J Obstet Gynecol 1987;157:1269-71.
 15. Sanchez TB;Torres VR:Rubéola y embarazo. Resultados perinatales Ginecol Obstet Mex 1992;60:141-145.
 16. Costero C:Hepatopatías del embarazo. Ginecol Obstet Mex - 1993;61:66-71.
 17. Tavera DM;Díaz RR:Hepatitis B en el embarazo: Clin Med No-rt 1992;4:101-109.
 18. Calderon JR;Tovar A;Ibarra A, y cols.:Toxoplasmosis y virus: riesgo perinatal de infección: Infectología 1989;2: - 38-42.
 19. Bustos LH;Arredondo JL;Villanueva DC, y cols.:Determinación de glucosa como índice pronóstico de infección intra amniótica. Ginecol Obstet Mex 1992;60:61-66.
 20. Catalano PM;Vargo KM;Bernstein IM, y cols.: Incidence and risk factors associated with abnormal postpartum glucose tolerance in women with gestational diabetes: Am J Obstet Gynecol 1991;165:914-9.