

22
2EJ



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia

FALLA DE ORIGEN

"FACTORES DE RIESGO QUE CONDICIONARON LA MORTALIDAD PERINATAL EN UNA INSTITUCION DE PRIMER NIVEL DE ATENCION A LA SALUD MATERNO INFANTIL QUE CUENTA CON SISTEMA DE EVALUACION DE RIESGO PERINATAL EN MEXICO, D. F."

T E S I S
Que para obtener el Título de
LICENCIADO EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
p r e s e n t a

LAURA JIMENEZ TRUJANO



Asesor: Dr. Gregorio U. Valencia Pérez

México, D. F.

U. N. A. M.
ESCUELA NACIONAL DE
ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
COORDINACION DE SERVICIO
SOCIAL Y OPLEONES TERMINALES
DE TITULACION

1995

TESIS CON
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 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



Dr. Gregorio U. Valencia Pérez

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Nacional Autónoma de México y en especial a la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia en cuyas aulas obtuve mi valiosa formación profesional.

Al CIMIGEN y todo su gran equipo, ya que aquí se despertó en mí el interés por la atención a la salud materno-infantil, para lograr niños cada vez más sanos.

Muy especialmente al Dr. Carlos Vargas G. quien con su gran trayectoria y experiencia, guió ésta investigación hasta su culminación.

Al Dr. Gregorio Valencia, quien inició el interés en mí por la investigación en el área perinatal.

A todas las personas que directa e indirectamente colaboraron en ésta tesis.

GRACIAS

DEDICATORIAS

A DIOS

Porque nada sucede sin tu voluntad.

A MIS PADRES Pánfilo e Inés, a quienes quiero mucho y con la enorme satisfacción de entregarles éste pequeño trabajo, el cual significa un paso muy grande en mi vida y del cual estarán orgullosos de ello.

A MIS HERMANOS, porque nunca se rompan los lazos de respeto y cariño que nos han unido.

A MI ESPOSO Sergio, el compañero de mi paz y de mis guerras, que sin bajar estrellas, ha sido aliento en mi desaliento y certeza en mi incertidumbre.

A MIS AMIGAS Carmen y Yolanda por su amistad y comprensión.

GRACIAS

INDICE

INTRODUCCIÓN

JUSTIFICACIÓN1

I. MARCO TEÓRICO

1.1 MORTALIDAD PERINATAL..... 2

1.2 SITUACIÓN EN AMÉRICA LATINA..... 5

1.3 LA MORTALIDAD PERINATAL EN MÉXICO.....10

1.4 EL EMBARAZO17

1.5 CONTROL PRENATAL.....19

1.6 FACTORES DE RIESGO PERINATAL.....24

METODOLOGÍA

II. PROBLEMA30

III. HIPÓTESIS31

IV. OBJETIVOS32

V. VARIABLE.....	33
VI. TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	34
VII. CRITERIOS.....	35
VIII. TIEMPO.....	36
IX. RECURSOS.....	37
X. RESULTADOS.....	38
XI. ANÁLISIS.....	60
XII. CONCLUSIONES.....	75
RESUMEN.....	76
SUMMARY.....	77
XIII. BIBLIOGRAFÍA.....	78
XIV. ANEXO SISTEMA DE RIESGO CIMIGEN.....	82

INTRODUCCIÓN

Mortalidad perinatal es la que ocurre desde las 21 semanas de gestación o después del nacimiento hasta los 28 días; se divide para su estudio en dos periodos.

- 1- De las 21 semanas de gestación a los 28 días posteriores al nacimiento.**
- 2- De las 28 semanas a los primeros 7 días de vida extauterina. Para el presente estudio que busca los factores de riesgo que influyen en ellas se estudia los que afectan el período perinatal I.**

En la etapa perinatal se registran las cifras más altas de letalidad en los humanos y siendo un período de vida en el cual ocurre la integración orgánica y funcional; los efectos de toda acción van a reflejarse en la capacidad del ser humano para realizarse con todo su potencial; tanto mental como físico.

Las Causas que originan la mortalidad perinatal del período I; se encuentran en etapas muy cercanas al nacimiento; por lo tanto es donde el personal de salud puede intervenir más directamente para su identificación y corrección, de ahí la importancia de identificar los factores que conllevan a riesgo de daño para su detención oportuna y manejo adecuado para disminuir el probable daño en el bebé.

En el Centro de Investigación Materno Infantil del Grupo de estudios al nacimiento (CIMIGEN) se utiliza el sistema de evaluación de riesgo perinatal mediante el cual clasifica el riesgo en bajo (sin riesgo), medio y alto, si se aplica correctamente se puede lograr la identificación y manejo del riesgo.

Este centro registra una tasa de mortalidad perinatal (10 por 1000 nacidos vivos) más baja que las que a nivel nacional se reportan (30 por 1000), no obstante se trata de lograr aún más su reducción.

Las tasas de mortalidad perinatal son indicadores adecuados de la calidad de atención que se brinda a la madre y al niño durante el embarazo y el parto, pero también reflejan en gran parte las medidas preventivas y de tratamiento oportunas del riesgo en la etapa pregestacional y del niño desde el momento de su nacimiento.

La mortalidad perinatal de CIMIGEN (tres veces menor que la de la población general de México), es el resultado de factores que se conjugan y complementan.

1. La estrategia de riesgo mediante la cual se determina el nivel de atención que se requiere de acuerdo a la presencia e intensidad de los factores que pueden producir daño materno-fetal o del recién nacido.
2. El escalonamiento de la atención perinatal de acuerdo con el riesgo perinatal.
 - a) **Bajo:** Atención integral por Licenciados en Enfermería y Obstetricia.
 - b) **Medio:** Atención supervisada por el especialista (Perinatólogo Neonatólogo).
 - c) **Alto:** Atención por especialistas con participación de los Licenciados en Enfermería y Obstetricia.

Excepcionalmente, cuando en CIMIGEN no se cuenta con los recursos necesarios para la atención materno-fetal o neonatal, se efectúa la transferencia a Instituciones de tercer nivel.

En éstas condiciones el CIMIGEN, se convierte en un modelo de atención Materno-Infantil de alto rendimiento en el nivel primario de Salud.

Aún cuando las cifras de mortalidad perinatal que se obtuvieron en ésta investigación son bajas, la meta es llevar a cabo análisis cada vez más acuciosos para detectar las causas que la originan, aumentar las medidas de prevención y evitar todas las que sean susceptibles mediante el mejoramiento de los conocimientos, calidad humana y responsabilidad del personal de CIMIGEN.

JUSTIFICACIÓN

Los factores que determinan la mortalidad perinatal, han sido poco estudiados, aunque se sabe que la mortalidad perinatal es uno de los principales problemas de salud en nuestro país. En el primer nivel de atención a la salud es donde los factores de riesgo que se asocian con mayor daño pueden preverse, detectarse y prevenirse para disminuir y/o cancelar el daño.

Al ser el Centro de Investigación Materno Infantil del Grupo de Estudios al Nacimiento (CIMIGEN) una institución de primer nivel de atención y contar con un sistema de evaluación de riesgo perinatal (previgen), el cual funciona desde 1988 y clasifica el riesgo perinatal en bajo, mediano y alto para definir el manejo tanto de la mujer embarazada como de su hijo. Se hace necesaria la investigación de la tasa de mortalidad perinatal y factores que la condicionan en éste centro, para evaluar si ha logrado reducción de ella en comparación con las que a nivel nacional se reportan y además evaluar los factores que aún no han sido plenamente esclarecidos y fueron causa de las muertes perinatales ocurridas, para implementar estrategias que logren su reducción.

El Licenciado en Enfermería y Obstetricia como parte activa del personal de CIMIGEN puede contribuir como profesional de la salud, tanto en el área de investigación, como en la detección de factores de riesgo en las pacientes embarazadas que acuden a CIMIGEN, para brindar un elevado nivel de salud y una mayor esperanza de vida en los recién nacidos que aquí nacen.

MARCO TEÓRICO

I. MARCO TEÓRICO

1.1 MORTALIDAD PERINATAL

Concepto:

La mortalidad perinatal es la muerte que ocurre desde las 21 semanas de gestación o después del nacimiento hasta los 28 días de vida, puede ocurrir antes del parto, durante o después del mismo. Para la mayor comprensión de las causas que la originan, se ha dividido en dos periodos: Perinatal I y Perinatal II.

PERINATAL I:

PERINATAL II: Se incluye a los productos mortinatos o nacidos vivos desde las 21 semanas de gestación y los 28 días de vida extrauterina.

Otros conceptos que son importantes de definir, para ubicar las muertes perinatales, son los siguientes.

Nacido vivo:

Es el recién nacido, el cual ha sido expulsado o extraído completamente de la madre, sin importar la duración de la gestación, el cual respira o muestra algún signo de vida como: latido del corazón, pulsación del cordón umbilical o movimientos definidos de los músculos; independientemente de que se haya desprendido la placenta o cortado el cordón umbilical.

Mortinato:

Es el feto nacido después de las 21 semanas de gestación (SDG), el cual no muestra ningún signo de vida en el momento del nacimiento.

Cabe hacer notar que de acuerdo con la definición de el período Perinatal I, la mortalidad encontrada en éste grupo tiene un componente fetal tardía y neonatal temprana.

PERINATAL I: Se incluyen a los bebés de 28 semanas de gestación, ya sean mortinatos o nacidos vivos y que mueren los primeros siete días de vida extrauterina.

Muerte neonatal temprana:

Se refiere a la muerte de un recién nacido durante los primeros siete días de vida extrauterina.

Muerte neonatal tardía:

Es la muerte de el recién nacido que ocurre entre los siete y veintiocho días después del nacimiento.

Muerte fetal tardía:

Es el fallecimiento que ocurre en el feto de 28 semanas de gestación en adelante o producto de 1000 gramos o más, antes de completarse su expulsión del vientre materno. Las muertes fetales tardías se asocian frecuentemente con complicaciones maternas y se dividen en muertes fetales durante el embarazo y muertes fetales intraparto.

Muertes fetales durante el embarazo:

Es decir son las que ocurren antes de que se inicie el trabajo de parto.

Muertes fetales intraparto:

Se clasifican así a las muertes de el feto, la cual transcurre desde el inicio del trabajo de parto y el momento de nacer.

En la etapa Perinatal se registran las cifras más altas de mortalidad de la vida humana y además siendo un periodo de integración orgánica, los efectos de toda acción van a reflejarse en la capacidad del ser humano para realizarse con todo su potencial genético, es por ello que el estudio de los factores que alteran el nacimiento de individuos sanos es prioritario a nivel mundial.

La mortalidad perinatal que se registra en el periodo Perinatal I constituye el componente de la mortalidad infantil más difícil de reducir y se encuentra estrechamente vinculado con factores de riesgo maternos y fetales que tienen su culminación en etapas muy cercanas a el parto, los cuales no fueron identificados oportunamente; además es en éste periodo de la mortalidad perinatal, cuando el quehacer del personal de salud se encuentra más cercano a la paciente y puede actuar en estrategias para reducir la tasa de Mortalidad Perinatal.

1.2 SITUACIÓN EN AMÉRICA LATINA

La población a nivel mundial ha ido creciendo a pasos agigantados aún a pesar de los programas de salud encaminados a reducir ese crecimiento acelerado, como son los programas de planificación familiar; éste crecimiento en los nacimientos se registra principalmente en los países subdesarrollados, de donde se calcula que para el año 2000 tendrán lugar 163 millones de nacimientos. Alrededor del 85% ocurrirán en países en desarrollo de donde provendrá el 90% de las muertes perinatales. (1)

Todos los países de América Latina siguen teniendo los mismos problemas de salud, algunos en menores proporciones que en años anteriores, otros permaneciendo sin variación y otros incrementándose. Es por ello que los programas encaminados a incrementar el nivel de salud son de hecho los mismos; como los de promoción de la salud en enfermedades infecciosas y salud materno infantil entre los prioritarios. El denominador común de salud perinatal para América Latina; excepto Cuba y Argentina en cierta medida, todos los demás países comparten algunas de las siguientes características con sus variaciones internas.

- Tasas elevadas de fecundidad, natalidad, mortalidad materna e infantil incluida en ella la MPN).
- Elevada proporción de población rural dispersa y urbana marginada.
- Cobertura limitada para la atención del embarazo, el parto y el recién nacido.
- Poca confiabilidad de los datos que conforman las estadísticas vitales, especialmente, aquellas que se refieren a causas.
- Subregistro importante de eventos maternos y perinatales.
- La presencia de patología infecciosa y secundaria a carencias nutricionales de la madre, el feto y el recién nacido.

(1) ORTIZ M. P. Morbimortalidad materna y perinatal. Tres factores de riesgo. Tesis UNAM - ISSSTE. México, D.F. 1988. Página 3.

En América Latina que agrupa a un gran número de países en desarrollo, la mortalidad perinatal tiene índices variables entre cada país, pero elevados en relación con los países desarrollados, tanto socialistas como capitalistas.

Se puede señalar con base en la información disponible que la mortalidad fetal es el doble en América Latina y la mortalidad neonatal es el triple en relación con los países desarrollados.

En general la mortalidad perinatal tanto en su componente fetal, como neonatal tiene imprecisiones estadísticas, debido a que en nuestros países no existe una captación adecuada de las mujeres embarazadas por parte de los servicios de salud Institucional y por lo tanto ello deriva en un subregistro marcado, lo que hace pensar que la mortalidad infantil en general y principalmente en el aspecto perinatal tiene cifras más elevadas de las que se reportan.

Si se realizara un análisis de la mortalidad infantil en los países de América Latina por causas, se encontraría como resultado el hecho de que la mortalidad en el primer año de vida es elevado y en ella influye un alto número de muertes clasificadas como muertes por causas perinatales.

Así es como se reporta, "en la década de los 60 representaban el 18% de las muertes, a mediados del 70 alcanzaron un 22% y el comienzo de la década actual se aproximan al 25% del total de las defunciones en el primer año de vida". (2)

(2) SUAREZ O. E. La atención primaria y la salud materno-infantil. V Simposio Gen. México D. F. 1992 Página. 19. Centro de Investigaciones y Servicios.

En un informe que menciona los indicadores determinantes del estado actual de salud del niño Latinoamericano, se puede apreciar algunos datos estadísticos extraídos del documento "Estado Mundial de la Infancia 1991" los cuales incluyen las tasas de mortalidad infantil de 0 a 1 año de edad, mortalidad infantil en menores de 5 años y la esperanza de vida en países de Latinoamérica (los 3 en peores condiciones, 3 intermedios y 4 en mejores condiciones, se incluyen 2 de los capitalistas o primer mundo).

INDICADORES BÁSICOS

País	Tasa de mortalidad Infantil 0 a 1 año.		Tasa de mortalidad Infantil menores de 5 años.		Esperanza de vida (años).
	1960	1989	1960	1989	1989
Bolivia	167	105	282	165	54
Haiti	182	94	270	133	55
Honduras	144	66	232	103	65
Nicaragua	140	59	209	92	64
Brasil	116	61	159	85	65
Paraguay	86	41	134	61	67
México	92	41	140	51	69
Colombia	94	39	157	50	69
Argentina	61	31	75	36	71
Cuba	62	11	87	14	76
EUA	26	10	29	12	76
Inglaterra	23	8	27	10	76

FUENTE: OMS - UNICEF

ALAPE
DR. JOSÉ M. CAMARENA

Causas de mortalidad perinatal en América Latina

Tomando en cuenta los indicadores que condicionan el estado de salud, enfermedad en nuestros países latinoamericanos, se puede señalar que en ellos sigue predominando la llamada patología de la pobreza, en donde inciden con más frecuencia los padecimientos propios de las precarias condiciones higiénico sanitarias, los padecimientos propios de el bajo nivel educativo de nuestras poblaciones y el limitado ingreso económico que determinan la adquisición de satisfactores básicos como: alimentación, vivienda, vestido, salud y educación, lo que predispone a la desnutrición y a la infección.

En lo que respecta a la mortalidad perinatal, los factores arriba mencionados influyen notablemente en ella y son:

- Desnutrición materno - fetal
- Infección sin infección ovular
- Prematurez

Si se subdivide la mortalidad neonatal en temprana y tardía, se puede hacer notar que en América Latina el componente de mortalidad neonatal temprano es difícil de controlar por los altos costos en tecnología y personal especializado que requiere la atención de los problemas que se presentan en ésta etapa como son: el bajo peso al nacer y el muy bajo peso al nacer, lo cual está ligado con la prematurez y otras complicaciones que se pueden suscitar.

Los nacimientos de niños prematuros son los que producen mayor número de nacimientos de bajo peso, los cuales dan las cifras más altas de defunciones durante la primera semana de vida, lo cual es parte importante de ésta investigación; o bien influyen en los trastornos de crecimiento y desarrollo de los futuros individuos de éstos países.

En el componente neonatal de la mortalidad perinatal, en una investigación llevada a cabo por el Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP), se observó que al principio de la década de 1980, la mortalidad neonatal precoz en los "niños de muy bajo peso al nacer presentaron una tasa de mortalidad neonatal específica de 610 por 1000, duplicando la de la misma época en los estados unidos 310 por 1000.

También se encontró que en los centros materno infantiles de América Latina, 78% de las defunciones neonatales tempranas se asocian al bajo peso al nacer y 47% a el muy bajo peso al nacer". (3)

Los nacidos de bajo peso al nacer representan el grupo más vulnerable que presenta problemas para la adaptación a la vida extrauterina; entre los problemas que se presentan y su incidencia comparados con los de peso adecuado (2,500 a 3,000 gramos) se encuentran los siguientes:

- Asfixia grave al nacer (Apgar 0 a 3 en el primer minuto se presenta seis veces más que en los nacidos con peso adecuado.
- Asfixia leve (Apgar 4 a 6 en el 5º minuto) se asocian a el 64% de las defunciones neonatales tempranas.

Otras alteraciones que ocurren en los niños de bajo peso al nacer y que pueden conducirlos a el fallecimiento son trastornos del metabolismo glúcido, mayor propensión a las infecciones y hemorragias cerebrales.

Se puede afirmar que existe una asociación directa entre el bajo peso al nacer, la asfixia perinatal y los trastornos del desarrollo neurológico que pueden conducir a secuelas invalidantes en el niño. Todo el conjunto de éstas complicaciones indica que las acciones tendientes a disminuir los nacimientos de bajo peso deben ser encaminados desde el primer nivel de atención a la salud, es decir, en la prevención de tales complicaciones.

(3) IBÍDEM

1.3 LA MORTALIDAD PERINATAL EN MÉXICO

En 1990 la proporción de mujeres de 15 a 44 años de edad es del 49%, es decir que son 21 millones de mujeres en edad fértil (4), lo cual da un promedio de 5 hijos por mujer en un país en donde las condiciones de vida de sus habitantes son heterogéneas y dan como resultado diferentes zonas de riesgo perinatal. La mortalidad perinatal se considera como un valioso indicador entre eficiencia reproductiva de las mujeres en edad fértil y cobertura y calidad de los servicios médicos de atención materno infantil.

Se considera que la mortalidad perinatal en México se encuentra en tasas subestimadas, a pesar de que es un país con una larga tradición en el registro de hechos vitales, pero aún no cuenta con un registro de defunciones y nacimientos completo y confiable. En México se desconocen los niveles y tendencias reales de la mortalidad perinatal en sus diferentes estados, así algunos estados pobres de donde se esperarían las más altas tasas de Mortalidad Perinatal (MPN), presentan las tasas más bajas y los niveles de subregistro más altos, lo cual da un cálculo insuficiente a nivel nacional por diferentes causas:

- Subregistro de las defunciones perinatales
- Registro extemporáneo de nacimientos
- Errores en la definición de nacido vivo
- Baja confiabilidad en la certificación y codificación de las causas de muerte.

(4) INEGI y CONAPO. Proyecciones de la población de México y de las Entidades Federativas: 1980-2010, 1990.

Entre otras, además otro hecho relevante, es el que la muerte fetal no es desde el punto de vista legal un hecho vital y está prohibido su asentamiento en actas del registro civil. Para inhumar un cadáver de muerte fetal es suficiente tener un certificado de defunción fetal para que el oficial de registro civil lo autorice y no es necesario quedar asentado en acta de defunción.

El concepto de viabilidad, según el artículo 337 del Código Civil, establece que "para los efectos legales, solo se refuta nacido el feto que, desprendido enteramente del seno materno vive veinticuatro horas o es presentado vivo al Registro Civil (5) y no se utiliza la definición de la OMS lo que hace que se subestimen las muertes neonatales. A pesar de todo lo anterior, existen mejoras logradas en los registros hospitalarios de nacimientos y defunciones en algunos lugares en la República. Se considera que las causas de mortalidad perinatal ocupan un lugar prominente en el patrón de mortalidad en nuestro país. "La tasa de mortalidad perinatal global en el país se considera es de 30 por mil nacimientos para el año de 1984" (6), aún a pesar de haber variaciones internas entre los estados, lo que permite identificar zonas de alto riesgo.

De acuerdo con las últimas estadísticas según Soberón y Kumate en 1983, la principal causa de mortalidad infantil dejó de ser originada por padecimientos infecciosos para pasar a el primer lugar las afecciones originadas en el período perinatal. Estos autores mencionan que entre las diez primeras causas de mortalidad en México, la mortalidad perinatal, ocupa el 5° lugar con la tasa antes mencionada.

(5) Código Civil para el Distrito Federal. Colección Porrúa, Editorial Porrúa, México, D.F., 1992, Páginas 655.

(6) CERON M.P., REYES Z., BOBADILLA J.L. Causas de muerte Perinatal en Instituciones de salud de la Ciudad de México. Bol Médico del Hospital Infantil de México, Vol. 48, núm. 11, Nov. 1991.

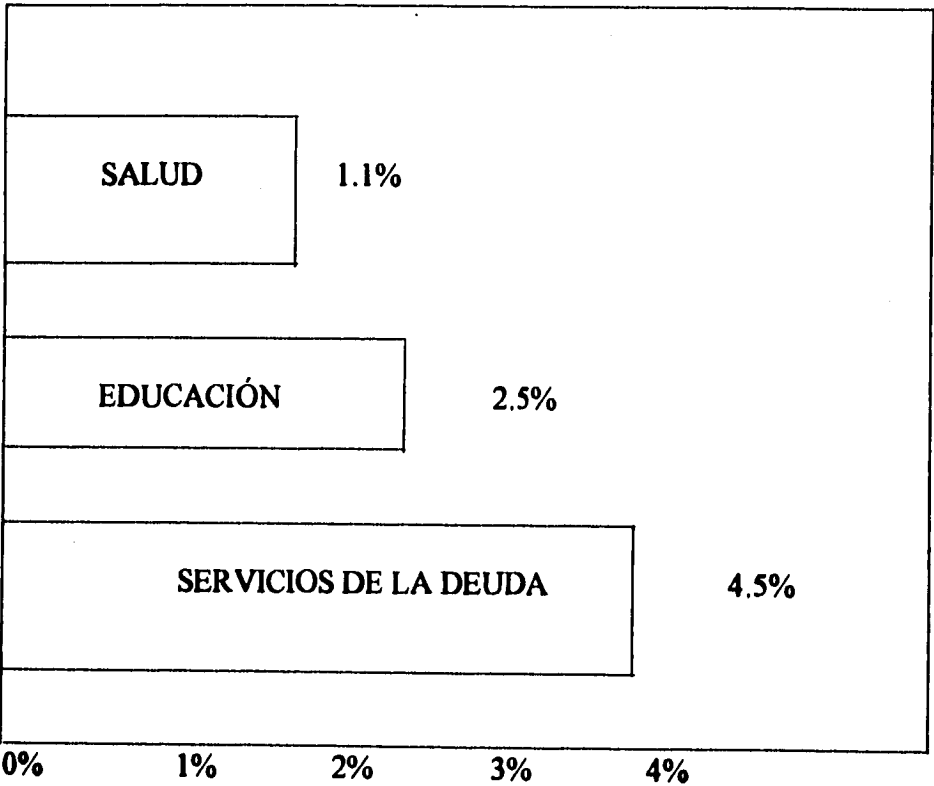
SALUD MATERNO INFANTIL EN MÉXICO

La salud materno infantil es prioritaria en los programas de salud pública dada la magnitud de la población por atender (68%), los riesgos a los que está expuesta y la eficacia de las acciones para su prevención y tratamiento.

Pero es importante señalar que ésta salud de tipo preventivo en nuestro país es difícil de llevar a cabo tanto por la actitud del público que la requiere, ya que es conocido que por la ignorancia o falta de cultura médica las personas solo acuden a una institución de salud cuando ya está presente el problema o la enfermedad; como también por la cantidad de usuarios por atender, ya que como consecuencia de la explosión demográfica, las ciudades principalmente el D.F., cuenta con una gran migración proveniente del campo y un elevado ritmo de crecimiento poblacional, lo cual hace que se formen los cinturones de miseria y las zonas suburbanas que tienen como consecuencia además de problemas socioeconómicos, la carencia de recursos para la salud al alcance de todos, como ocurre en el caso de Suecia en donde el 99.9% de la población, se encuentra amparada por Instituciones de Salud.

La crisis económica en los países en desarrollo, da como resultado un incremento en la demanda y disminución de la oferta en servicios de salud. Al respecto el Dr. José M. Camarena ha estudiado la participación de salud, la educación y el servicio de la deuda en relación con el producto nacional bruto en los países en desarrollo de América Latina.

PARTICIPACIÓN DE LA SALUD, LA EDUCACIÓN Y EL SERVICIO DE LA DEUDA EN EL PRODUCTO NACIONAL BRUTO (PNB) DE LOS PAÍSES EN DESARROLLO.



% DEL PNB EN 1987

ALAPE

FUENTE: BANCO MUNDIAL

DR. JOSÉ M. CAMARENA

Causas de la mortalidad perinatal en Instituciones de Salud de la Ciudad de México:

Con base en revisiones realizadas a diferentes estudios sobre causas de mortalidad perinatal, llevados a cabo en Instituciones de Seguridad Social, Asistencia Pública y privados; sobre las causas de mortalidad perinatal; los porcentajes encontrados respecto a las causas son variables, pero coinciden en cuanto a las principales causas que la ocasionan. Antes de revisar dichos porcentajes es necesario dar a conocer las tasas de MPN registradas tanto a nivel nacional, como en las principales instituciones de salud.

AÑO	INSTITUCIÓN	TASA POR MIL
1984	A nivel nacional	30
1988	IMSS (General)	19
1985-1988	H.G.O. núm. 3 IMSS "La Raza"	53.11
1982	Instituto Nacional de Perinatología	19.8
1985	H.G. Ignacio Zaragoza, ISSSTE	22.9

Como se puede observar las tasas de mortalidad perinatal varían de una Institución a otra, aún en el D.F.; debido en gran parte a los diferentes tipos de población que se atienden de acuerdo con la institución de que se trate. Por ejemplo en la asistencia pública generalmente se encuentra la población constituida por gente de más escasos recursos económicos y nivel cultural así mismo más bajo ya que en muchos de los casos son familias que no tienen empleo en donde se les brinden prestaciones de seguridad social (en ocasiones trabajan eventualmente); en el caso de las instituciones de seguridad social generalmente la población que atiende se integra por empleados, burócratas y en las instituciones privadas se atienden las personas de más recursos económicos, lo cual condiciona también el riesgo al que está expuesta de acuerdo a su nivel

FETALES TARDÍAS: En un alto número las muertes fetales tardías no se puede determinar la principal causa que la condiciona, pero aunque con diferentes porcentajes se coincide en las causas de origen placentario umbilical o se menciona interrupción de la circulación materno fetal.

I.S.S.S.T.E. I. ZARAGOZA	80%
H.G.O. NÚM. 3 I.M.S.S. "La Raza"	88%

En cuanto a las malformaciones congénitas múltiples, se encuentra entre las primeras causas de muerte fetal en el H.G.O I.M.M.S.S "La Raza" ocupa el segundo lugar con un 6%, en el H.G. Ignacio Zaragoza I.S.S.S.T.E. con un 20% y aproximadamente el 7% están condicionados a enfermedades del feto o inmadurez.

NEONATALES TEMPRANAS: Durante lo que se ha llamado período neonatal temprano, que es cuando los cuidados al R.N. y su manejo están bajo la responsabilidad del Pediatra, la mortalidad que ocurre tiene lugar principalmente por prematurez y esto también está íntimamente influenciado por los factores previos a el nacimiento que no fueron controlados a tiempo como son partos pretérmino debidos a Ruptura Prematura de Membranas o bien la hipertensión arterial crónica o inducida por el embarazo que hace necesario el nacimiento del feto en etapas aún tempranas.

En el estudio realizado en diferentes Instituciones de salud que toma como base la escala de Wigglesworth para clasificar las causas de Mortalidad Perinatal; las condiciones asociadas a la prematuridad en nacidos vivos ocupa el segundo lugar después de la asfixia desarrollada durante el parto.

CAUSAS	A. P.	S.S.I	S.S.II	P.
Condiciones asociadas a la prematuridad.	34%	34.6%	27.8%	16.7%
Asfixia desarrollada durante el parto.	41%	42.9%	39.6%	58.3%

FUENTE: Bol. Med. del Hosp. Inf. de México,
CERON M., P., REYES Z., BOBADILLA

Las otras causas son: membrana hialina la cual va asociada al Síndrome de Dificultad Respiratoria, traumatismos obstétricos, procesos infecciosos y enfermedades hemolíticas.

1.4 EMBARAZO

El embarazo es un estado fisiológico en la mujer en edad reproductiva que se origina al ser fecundada en ella la célula sexual femenina (óvulo) por la célula de la reproducción masculina (espermatozoide), los cuales se unen y ya como huevo se implanta en el órgano de la reproducción femenina llamado útero el cual se prepara para que el óvulo fecundado crezca, se desarrolle y se nutra, y dar origen así a un nuevo ser con características semejantes a las de los padres.

Este proceso que ocurre en la mujer, tiene una duración de 280 días (40 semanas) que transcurren entre el primer día del último período menstrual y el nacimiento del niño.

Durante todo éste período de tiempo pueden ocurrir sucesos que amenazan la vida que se está desarrollando en el seno materno; en el primer trimestre del embarazo los hechos que pueden afectarlo, pueden conducir a un aborto; pero a partir del tercer trimestre ó 28 semanas del embarazo los hechos que pueden afectarlo y alterar el curso normal del embarazo, son los que darán las causas de mortalidad perinatal en su etapa fetal, ya que hay que tener en cuenta que siendo la etapa perinatal un período de integración orgánica, los afectos de toda acción van a reflejarse en la capacidad del ser humano para realizarse con todo su potencial genético o bien para afectarlo dejándole secuelas invalidantes que le impidan desarrollarse adecuadamente o le pueden causar la muerte.

Diversos estudios se han llevado a cabo, principalmente en países europeos por Apgar y Nesbit entre otros investigadores, sobre la asociación entre características existentes aún antes del embarazo y complicaciones de la gestación y parto que condicionan la presencia de riesgo tanto para la madre, como para el feto y que son causantes de altas tasas de mortalidad perinatal en nuestro país como ya se ha venido mencionando a lo largo de éste trabajo.

Estas complicaciones de la gestación y sucesos que la rodean pudieran ser detectados y lo más importante, tratados oportunamente con personal e instalaciones de salud que permitan limitar el daño que se puede producir a un nuevo ser humano; si se llevará a cabo una captación por parte de los servicios de salud de un porcentaje alto de las mujeres embarazadas para llevar a cabo el control prenatal desde etapas tempranas de él, ya se ha hecho mención sobre el mínimo de consultas prenatales requeridas.

Cuando se señalan las cifras de cobertura de atención a la salud perinatal según los datos proporcionados por las encuestas demográficas sugieren que "menos del 60 % de los nacimientos son atendidos por personal calificado y menos del 70 % recibe una o más consultas prenatales. Esta situación ha prevalecido así desde hace más de 15 años. (7).

(7) BOBADILLA J.L. LANGER. La investigación de la salud perinatal en México. Salud Pública de México. Volumen 30, Núm. 1. Enero-Febrero de 1988, Página 3.

1.5 CONTROL PRENATAL

El control prenatal tiene un objetivo principal y es minimizar el riesgo de mortalidad y mortalidad tanto para la embarazada como para su hijo. Un adecuado control de la gestante da como resultado, la disminución significativa de la morbilidad y mortalidad materna; por lo tanto una adecuada asistencia prenatal es imprescindible para conseguir la obtención de un niño sano a partir de una madre sana.

El control prenatal es un proceso multifacético en el cual se identifican los factores de riesgo que pueden alterar el curso del embarazo; éste proceso comienza generalmente en un momento elegido por la mujer gestante después de la concepción y finaliza hasta el comienzo del parto. La aceptación por la gestante del manejo médico de su embarazo es un factor importante, que determina el ingreso en etapas tempranas de la gestación y el cumplimiento de las instrucciones proporcionadas para preservar su salud.

En la primer consulta se realiza la detección de algunos factores de riesgo, ya que se realiza la elaboración de la historia clínica en donde se preguntan antecedentes heredo familiares que pueden arrojar como resultado una enfermedad que pueda ser desencadenada durante el embarazo, ejemplo: diabetes.

Antecedentes de embarazos patológicos como abortos consecutivos o muertes perinatales que puedan presentar recidivas en embarazos posteriores.

También se puede detectar la presencia de otros factores que no son ideales para la presencia de un embarazo concomitante con ellos como son la edad, la paridad, el nivel social y económico entre otros. Más adelante se describirán cada uno de los factores.

Además de buscar factores no ideales por medio del interrogatorio, el obstetra debe realizar un examen clínico por medio de la exploración física a la gestante. De gran ayuda son además los exámenes de laboratorio que se solicitan como Biometría Hemática, Glicemia, examen general de orina, pruebas para la detección asintomática de enfermedades de transmisión sexual como Sífilis o V.I.H. (Virus de la Inmunodeficiencia Humana) y detección de grupo y Rh Sanguíneo.

Inicio del control prenatal:

Lo ideal sería que control prenatal periódico se iniciará tan pronto hubiera probabilidad de existir el embarazo. En la primer consulta se debe realizar una exploración tanto física como un interrogatorio (historia clínica).

Los principales objetivos de ésta exploración exhaustiva son:

- Definir la situación de salud de la madre y del feto.
- Determinar el curso que seguir la vigilancia prenatal de acuerdo con lo que se detecta en la primer visita de la paciente.

Elaboración de Historia Clínica:

El interrogatorio que se lleva a cabo en una mujer embarazada es similar a el que se realiza en otro tipo de pacientes. En ella se investigan los antecedentes heredo-familiares que pueden presentarse en ella y afectar a su producto.

Los antecedentes personales no patológicos nos brinda un panorama por los datos que en éste rubro se solicitan, de el nivel social y económico de la paciente; lo que influye en hábitos dietéticos que determinarán el grado de nutrición e higiene.

Los antecedentes personales patológicos de la paciente son parte importante en la conformación de la historia clínica, se preguntan los datos que pueden ser comunes a otros pacientes y no solo a las embarazadas como son: antecedentes de enfermedades propias de la infancia; cirugías previas; en éste caso es más importante investigar las pelvicoúterinas y otros antecedentes como transfusiones, alergias y traumatismos.

Exploración Física:

Una parte imprescindible, es el realizar exploración e interrogatorio por aparatos y sistemas para descartar patologías. Se complementa con la exploración física general, que se debe realizar en la paciente de cabeza a pies y ya con los datos previos que se obtuvieron en el interrogatorio, se valora e identifican los riesgos iniciales en el embarazo para hacer la clasificación de riesgo.

En la exploración física se debe incluir la somatometría (estatura, peso, cifras de presión arterial, examen de la garganta, presencia o no de dientes careados, exploración de tiroides cambios en mamas, auscultación cardíaca, pulmonar, exploración abdomen y extremidades y realizar una exploración ginecológica (incluyendo Papanicolao) para que el obstetra o la enfermera obstetra detecten la presencia de anomalías o infecciones en área genital, éste examen se debe realizar en todas las embarazadas. Para complementar la historia clínica y la exploración física es necesaria la realización de exámenes de laboratorio entre los que se incluyen:

- Biometría Hemática completa
- Examen general de orina
- Glicemia
- Grupo y Rh sanguíneo si la gestante lo ignora
- Examen para detección de sífilis y VIH (VDRL y ELISA)

Una vez completada la historia clínica y la exploración física; se procede a dar instrucciones a la madre en lo referente a dieta, sueño y relación, ejercicio, ingestión de fármacos, tabaco y alcohol, así como incluyendo las señales de peligro por las cuales en caso de presentarse, tenga que acudir a el hospital.

- Toda hemorragia vaginal
- Hinchazón de la cara y manos
- Cefaleas graves o continuas
- Visión disminuida o fosfenos
- Dolor abdominal
- Vómitos persistentes
- Pérdida de líquido por vagina
- Cambios importantes de la frecuencia o intensidad de los movimientos fetales.

Luego del examen inicial y la clasificación de los factores de riesgo, las pacientes se incluyen en las categorías de bajo, mediano y alto riesgo sobre la base de los datos obtenidos hasta el momento. Las consultas subsiguientes deben poner especial interés para disminuir y/o atenuar los factores de riesgo en caso que los haya.

Control prenatal posterior

Las consultas prenatales posteriores en el caso de las gestantes de bajo riesgo son útiles para una mayor educación de la paciente, así como para controlar la aparición de factores de riesgo que no hayan sido detectados y evidentes en la primer consulta o bien que por su carácter son de aparición más tardía en el embarazo. El intervalo de tiempo entre las consultas subsiguientes debe ser individualizado para cada paciente, aunque se establece que un lapso de tiempo establecido de cada mes durante los primero siete meses de embarazo (28 semanas), posteriormente cada 2 semanas hasta el octavo mes y semanalmente a partir del último mes es adecuado.

En cada consulta prenatal se enfocará la persona que vigila la evolución del embarazo hacia cierta información obtenida por el interrogatorio y la exploración.

FETAL

- Frecuencia Cardíaca Fetal (F.C.F.)
- Tamaño acorde del feto y semanas de gestación
- Cantidad de líquido amniótico
- Presentación y situación (embarazo avanzado)
- Actividad fetal

MATERNA

- Presión arterial y cambios producidos
- Peso actual y cambios producidos
- Síntomas anormales incluyendo cefáleas, alteraciones de la visión, dolor abdominal, náuseas y vómitos, hemorragia a través de la vagina o salida líquido por la vagina.
- Aumento de fondo uterino

Cuando el embarazo se acerca a el término y la paciente es nulipara, se debe realizar una exploración vaginal que proporciona la siguiente información.

- Confirmación de la parte presentada
- Posición de la parte presentada
- Medición clínica de la pelvis y reconocimiento de su configuración general.

La información obtenida en cada visita deberá registrarse en forma legible de modo que todo el que utilice los registros del expediente clínico, pueda en cualquier momento valorar la importancia de la información e interpretarla.

1.6 FACTORES DE RIESGO PERINATAL

El riesgo perinatal es la probabilidad de exposición a un agente que puede ocasionar daño, lesión o muerte materna, fetal o neonatal como consecuencia del evento obstétrico. El riesgo perinatal se ha clasificado como bajo, medio o alto de acuerdo a la posibilidad en menor o mayor grado de tener agravamiento, muerte, complicaciones o secuelas. En diversos estudios se ha resaltado la gran importancia que tiene el hecho de establecer una escala que permita identificar el riesgo en el embarazo, lo cual permita a su vez identificar aquellos que cursen con riesgo perinatal alto, para una mejor utilización de los recursos; es decir que los embarazos de alto riesgo que a su vez muchos de ellos condicionan recién nacidos de alto riesgo sean atendidos en un segundo o tercer nivel de atención a la salud para proporcionar una mejor atención a la salud con suficientes recursos tecnológicos que garanticen una mayor y mejor sobrevivencia perinatal. El recién nacido de riesgo alto es aquel que tiene una probabilidad de presentar un impedimento físico, intelectual o de la personalidad que pueda dificultar el crecimiento y desarrollo normales.

Como ya se ha mencionado en párrafos anteriores, la atención materno infantil es prioritario en el sistema nacional de salud, ya que es conocido que es más importante detectar a tiempo el riesgo para su manejo oportuno y evitar las complicaciones que tener un número alto de población con riesgo elevado. Por todo lo anterior es imprescindible que se logre la captación de las pacientes embarazadas a etapas tempranas de su gestación, aunque se considera un número de tres consultas como mínimo para permitir evaluar el riesgo esto no es lo ideal. Se debe reflexionar que pese a los mejores recursos que se pongan en juego frente a el embarazo de alto riesgo, éste desembocará inevitablemente en una cierta proporción de morbimortalidad, principalmente en la parte más indefensa del binomio madre -hijo, es decir, el niño. "Más de dos terceras partes de la morbimortalidad perinatal se asocian con la presencia de embarazos de alto riesgo". (8)

(8) ROSAS A. J. Riesgo Reproductivo. XXV Aniversario de el Hospital de Ginecoobstetricia Núm. 3 del Centro Médico "La Raza".

En los programas de salud materno infantil se establece que las soluciones al problema de mortalidad perinatal en nuestro país, se deben dar en el primer nivel de atención y su reducción debe encontrarse en los grupos poblacionales más susceptibles en donde hay que aplicar el sistema de evaluación de riesgo perinatal.

En el caso de el tercer nivel de Institución de Salud se cuenta con un sistema de evaluación de riesgo en el Instituto Nacional de Perinatología.

En el caso de Instituciones de primer nivel de salud, el Centro de Investigación Materno Infantil del Grupo de Estudios al Nacimiento (CIMIGEN), cuenta con un sistema para detección y evaluación de riesgo perinatal, éste documento se aplica fácilmente para:

- Detectar tempranamente los factores de riesgo en cualquier etapa de la vida reproductiva.
- Facilitar la atención Materno Infantil al clasificar el riesgo.
- Hacer posible el funcionamiento del sistema de Atención Perinatal por niveles progresivos de acuerdo a el riesgo.

Nivel I	Riesgo Bajo	Verde
Nivel II	Riesgo Medio	Amarillo
Nivel III	Riesgo Alto	Rojo

- Propiciar la referencia en forma oportuna
- Utilizar el sistema codificado integral que permite evaluar la oportunidad y eficacia del sistema de atención.

Con la finalidad de obtener los factores de riesgo que contribuyen a la mortalidad perinatal en el CIMIGEN, que es el objetivo de la presente investigación solo se analizarán los siguientes previgen:

- PREVIGen II Evaluación inicial de riesgo perinatal en el embarazo.
- PREVIGen III Evaluación de riesgo perinatal en la evolución del embarazo.
- PREVIGen IV Evaluación de riesgo perinatal en el inicio del trabajo de parto.
- PREVIGen V Evaluación de riesgo perinatal en la evolución del trabajo de parto.
- PREVIGen VI Evaluación de riesgo perinatal al nacimiento en el recién nacido.
- PREVIGen VII Evaluación de riesgo perinatal en el recién nacido de 0 a 6 días.

Entre los factores de riesgo, ya sea al inicio o en el embarazo, son los siguientes:

Edad materna:

El embarazo en la adolescente (menor de 18 años) no es deseable desde el punto de vista psicológico y social, ya que existe mayor prematuridad, muerte neonatal, aumento de peso excesivo, hipertensión inducida por el embarazo trabajo de parto estacionario, desproporción cefalo pélvica y laceraciones del canal de parto entre otras.

Por otra parte, el embarazo en la mujer por arriba de 35 años se ha visto acompañado muy frecuentemente de enfermedades crónicas y de generativas como: la hipertensión arterial sistémica, diabetes mellitus, preeclampsia parto inmaduro, cesáreas, así como disfunciones uterinas, lo cual aumenta enormemente el índice de morbimortalidad.

Peso y Talla:

Estos factores se han relacionado con las características morfológicas de la pelvis materna; ya que se ha observado que a menor estatura y mayor peso, la probabilidad de resolver el embarazo es por cesárea.

Nivel Socioeconómico:

Se asocia con los deficientes hábitos higiénico dietéticos y con el bajo nivel de escolaridad, lo cual aunado con el analfabetismo se asocian a la multiparidad. Además, mientras más bajos son los recursos económicos, mayor es la frecuencia de infecciones y carencias nutricionales.

El estado civil no es tan determinante en ser productor de riesgo, no obstante se considera el hecho de tener pareja como mejor condición, pues el bebé es más esperado y deseado.

Paridad

Se ha observado que los extremos en éste factor son no deseables, es decir, tanto la multiparidad tiene riesgos como la primigravidez. "28% de la mortalidad materna es encontrada en primigrávidas y 48% en multiparas" (9).

(9) SOLANO. E. L. Detección del embarazo de alto riesgo en el primer nivel de atención médica y su envío eficiente y oportuno al tercer nivel. UNAM. ISSSTE, México, 1989. Pag. 5

Las complicaciones obstétricas son más frecuentes en las grandes multiparas, encontrándose mayor incidencia de presentaciones anormales y tendencia a aumentar el número de malformaciones. Debido a que la multiparidad se asocia con frecuencia a la edad avanzada, aparecen diversas enfermedades (diabetes, hipertensión arterial), son más evidentes y afectan a el bebé a través del daño placentario que ocasionan; se asocian también a una mayor frecuencia de hipotonías uterinas posparto, así como a adherencias pos parto e implantaciones anormales de la placenta.

Intervalo Intergenésico

Los intervalos intergenésicos cortos se asocian con bajo peso al nacer y prematuridad, así como un incremento de la mortalidad neonatal; esto está condicionado a el llamado fenómeno de competencia que aumenta el peligro de desnutrición.

Cesárea previa

La existencia de más de una cicatriz uterina previa, se asocia con una frecuencia mayor de acretismo placentario, placenta previa y ruptura de la cicatriz.

Prematurez, defectos al nacimiento, mortinatos

De todas éstas entidades es conocido que tienden a la recidiva; en el caso de los prematuros, cuando el primer embarazo ha sido pretérmino la posibilidad de que el segundo también lo sea es tan alta como en el caso de el bajo peso al nacer, se considera, se considera que la suma de ambos eventos, es responsable de dos terceras partes de la mortalidad perinatal. En cuanto a los defectos a el nacimiento, la recidiva depende de el tipo cromosómico y transmisión genética dominante.

Antecedentes de enfermedad crónica y de generativa

La hipertensión arterial sistémica, diabetes mellitus, cardiopatías, nefropatías, etc.; constituyen factores de riesgo en la evolución del embarazo pues se asocian con productos de bajo peso al nacer, macrosomía, hipoglicemia severa al nacimiento, prematuros, hipoxia con lo que la mortalidad neonatal se encuentra elevada por está razón.

Tabaquismo, alcoholismo o toxicomanías

Cualquier agente extraño que se suministre puede ocasionar daño, en el caso del tabaquismo, las consecuencias que tiene es el bajo peso al nacer de los productos; en el caso de otro tipo de drogas puede hacer que aparezca el síndrome de deprivación, lo cual complica el estado de salud del feto.

Para finalizar se debe aclarar que aunque en ocasiones se mencione que un determinado factor afecta principalmente a la madre o al feto, todos ellos pueden propiciar los dos tipos de morbimortalidad, estar presentes en formato simultánea y además interaccionar entre sí.

METODOLOGIA

II. PROBLEMA

¿Cuales son los factores de riesgo detectados en las mujeres embarazadas y en su producto, que determinaron la mortalidad perinatal en el Centro de Investigación Materno Infantil del Grupo de Estudios al Nacimiento en México, D.F.?

III. HIPÓTESIS

Hipótesis General

Los factores de riesgo perinatal son condicionantes en la presencia de mortalidad perinatal en el CIMIGEN en México, D.F.

Hipótesis de Trabajo

Sí existen los factores de riesgo en la etapa perinatal, éstos se asocian a daño en el feto y recién nacido; por lo tanto condicionarán la mortalidad perinatal.

Hipótesis nula

Los factores de riesgo en la etapa perinatal, no se asocian con probabilidad de daño en el feto y recién nacido, por lo tanto, no condicionan la mortalidad perinatal en el CIMIGEN.

IV. OBJETIVOS

Objetivo General

Determinar que existen factores de riesgo perinatal que condicionan daño al feto y/o al recién nacido de las mujeres atendidas en el CIMIGEN y que pueden ser previstos mediante la aplicación del sistema de evaluación de riesgo perinatal de CIMIGEN.

Objetivos Específicos

Detectar los factores de riesgo perinatal iniciales en el embarazo y que influyen en la mortalidad perinatal.

Evaluar los factores de riesgo durante la evolución del embarazo que condicionaron la mortalidad.

Identificar los factores de riesgo al inicio y durante la evolución del trabajo de parto que contribuyen a la mortalidad perinatal.

Identificar los factores de riesgo perinatal al nacimiento en el recién nacido.

V. VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE

- Factores de riesgo perinatal al inicio en el embarazo.
- Factores de riesgo perinatal en la evolución del embarazo.
- Factores de riesgo perinatal en el inicio del trabajo de parto.
- Factores de riesgo perinatal en la evolución del trabajo de parto.
- Factores de riesgo perinatal al nacimiento del recién nacido.
- Factores de riesgo perinatal en el recién nacido de 0 a 6 días de vida.

VARIABLE DEPENDIENTE

- Mortalidad perinatal en los nacimientos ocurridos en CIMIGEN.

VI. TIPO DE INVESTIGACIÓN

Es de tipo retrospectivo longitudinal, en donde se realizó un estudio comparativo con los dos grupos de estudio.

GRUPO 1: 21 casos de muerte perinatal ocurridos de junio de 1988 al 31 de octubre de 1993.

GRUPO 2: 21 casos de nacimientos ocurridos inmediatamente después de la muerte perinatal.

En ambos grupos se evaluó el riesgo perinatal en sus diferentes etapas (embarazo y nacimiento), a través del sistema de evaluación de riesgo PREVIGEN.

VII. CRITERIOS

Criterios de inclusión:

GRUPO 1: Los 21 casos en los cuales hubo muerte perinatal, cuyo nacimiento ocurrió en CIMIGEN de junio de 1988 al 31 de octubre de 1993.

GRUPO 2: Los 21 nacimientos ocurridos en CIMIGEN inmediatos a la muerte perinatal, de junio de 1988 al 31 de octubre de 1993.

Criterios de exclusión:

GRUPO 1: Nacimientos ocurridos en CIMIGEN en donde no haya ocurrido inmediatamente después de la muerte perinatal en CIMIGEN, de junio de 1988 al 31 de octubre de 1993.

GRUPO 2: Todo nacimiento que no haya ocurrido inmediatamente después de la muerte perinatal en CIMIGEN, de junio de 1988 al 31 de octubre de 1993.

VIII. TIEMPO

Inició: **Noviembre de 1993**

Terminó: **Agosto de 1995**

Etapas:

^ Elaboración de marco teórico. Noviembre de 1993 a Enero de 1994

**^ Recolección de datos, con el
sistema de riesgo PREVIGEN. Febrero de 1994 a Septiembre de 1994**

**^ Computación de datos (Elabo-
ración de cuadros y gráficas). Octubre de 1994 a Febrero de 1995**

**^ Análisis de resultados y elabo-
ración de conclusiones. Marzo de 1995 a Julio de 1995**

^ Presentación final. Agosto de 1995

IX. RECURSOS

Humanos:

Una pasante de Licenciatura en Enfermería y Obstetricia, quien contó con la asesoría de dos médicos especialistas (Ginecoobstetra y Pediatra); además colaboraron en la investigación, las Trabajadoras Sociales de la Institución para la realización de visitas domiciliarias y búsqueda de expedientes.

Financieros:

El costo total de la investigación fue financiado por la pasante que participa en ella.

Materiales:

- ^ Papelería en general
- ^ Computadora

X. RESULTADOS

En los resultados de la investigación, se destacan los factores de riesgo que intervinieron en la mortalidad perinatal registrada en CIMIGEN desde el inicio de sus funciones en 1988 a octubre de 1993 en dos grupos:

El grupo uno incluye los veintiún (21) casos de mortalidad perinatal.

El grupo dos es el grupo control, el cual también incluye veintiún (21) casos.

La clasificación de riesgo es la siguiente:

BAJO = **B** (Sin riesgo)
MEDIO = **M** (Riesgo medio)
ALTO = **A** (Riesgo alto)

La fuente de la cual se obtuvieron los resultados de la presente investigación, es el archivo clínico de CIMIGEN.

MORTALIDAD PERINATAL

PREVIGEN I: Ninguno de los factores de riesgo tuvo asociación estadísticamente significativa con daño.

PREVIGEN III. (Evaluación de riesgo durante la evolución del embarazo)

Riesgo por aumento de peso (Kg. por mes)

GRUPO	B	M	A	TOTAL
1	4	7	4	15
2	9	7	1	17
TOTAL	13	14	5	32

$\chi^2 = 3,61$
No significativo

Cuadro N° 1. Mortalidad perinatal y riesgo por aumento de peso (Kg. por mes)

Riesgo por hemorragia genital

GRUPO	B	M	A	TOTAL
1	14	2	2	18
2	21	0	0	21
TOTAL	35	2	2	39

$\chi^2 = 5,2$
No significativo

Cuadro N° 2. Mortalidad perinatal y riesgo por hemorragia genital

Riesgo por amenaza de parto pretérmino

GRUPO	B	M	A	TOTAL
1	13	2	4	19
2	17	4	0	21
TOTAL	30	6	4	40

$\chi^2 = 5.11$
No significativo

Cuadro N° 3. Mortalidad perinatal y riesgo por amenaza de parto pretérmino.

PREVIGEN IV Evaluación de riesgo en el inicio de el trabajo de parto).

Riesgo por emotividad. Estado psicológico (Emotividad)

GRUPO	B	M	A	TOTAL
1	6	11	1	18
2	18	3	0	21
TOTAL	24	14	1	39

$\chi^2 = 41$
Significativo

Cuadro N° 4. Mortalidad perinatal y riesgo por estado psicológico (Emotividad).

Riesgo por dilatación cervical en centímetros por hora

GRUPO	B	M	A	TOTAL
1	9	6	2	17
2	18	0	2	20
TOTAL	27	6	4	37

**$\chi^2 = 8.81$
Significativo**

Cuadro N° 5. Mortalidad perinatal y riesgo por dilatación cervical en centímetros por hora.

Riesgo por Frecuencia Cardiaca Fetal (F.C.F.) Basal

GRUPO	B	M	A	TOTAL
1	11	2	3	16
2	21	0	0	21
TOTAL	32	2	3	37

**$\chi^2 = 7.59$
Significativo**

Cuadro N° 6. Mortalidad perinatal y riesgo por Frecuencia Cardiaca Fetal (F. C. F.).

Riesgo por Frecuencia Carciada Fetal (F.C.F.) Ritmo

GRUPO	B	A	TOTAL
1	10	4	14
2	21	0	21
TOTAL	31	4	35

Cuadro N° 7. Mortalidad perinatal y riesgo por Frecuencia Cardiaca Fetal (F.C.F.) Ritmo.

Riesgo por Presentación Fetal

GRUPO	B	A	TOTAL
1	16	5	21
2	20	1	21
TOTAL	36	6	42

Cuadro N° 8. Mortalidad perinatal y riesgo por presentación Fetal.

Riesgo por Peso Calculado (Jhonson y Toshach)

GRUPO	B	M	A	TOTAL
1	15	2	3	20
2	20	0	0	20
TOTAL	35	2	3	40

X² = 5.71
Significativo

Cuadro N° 9. Mortalidad perinatal y riesgo por presentación fetal.

Riesgo por Complicaciones en la Madre

GRUPO	B	M	A	TOTAL
1	9	5	5	19
2	18	3	0	21
TOTAL	27	8	5	40

x² = 8.42
Significativo

Cuadro N° 10. Mortalidad perinatal y riesgo por complicaciones en la madre.

PREVIGEN V. (Evaluación de riesgo perinatal en la evolución de el trabajo de parto).

Riesgo por Frecuencia Cardiaca Fetal (F.C.F.)

GRUPO	B	M	A	TOTAL
1	6	3	6	15
2	21	0	0	21
TOTAL	27	3	6	36

$\chi^2 = 16.80$
Significativo

Cuadro N° 11. Mortalidad perinatal y Riesgo por Frecuencia Cardiaca Fetal (F.C.F.).

Riesgo por Valoración de Respuesta Cardiaca Fetal (V.A.R.E.F.E.)

GRUPO	B	M	A	TOTAL
1	6	2	5	13
1	21	0	0	21
TOTAL	27	0	0	34

$\chi^2 = 14.24$
Significativo

Cuadro N° 12. Mortalidad perinatal y riesgo por Valoración de Respuesta Cardiaca (V.A.R.E.F.E.).

Riesgo por Dilatación Cervical en centímetros por hora

GRUPO	B	M	A	TOTAL
1	7	7	4	18
2	15	3	1	19
TOTAL	22	10	5	37

**$\chi^2 = 6.29$
Significativo**

Cuadro N° 13. Mortalidad perinatal y riesgo por Dilatación cervical en centímetros por hora.

Riesgo por Descenso de la presentación

GRUPO	B	M	A	TOTAL
1	14	5	1	20
2	20	0	1	21
TOTAL	34	5	2	41

**$\chi^2 = 6.04$
Significativo**

Cuadro N° 14. Mortalidad perinatal y riesgo por descenso de la presentación.

Riesgo por Duración de el trabajo de parto en horas

GRUPO	B	M	A	TOTAL
1	7	5	3	15
2	16	4	1	21
TOTAL	23	9	4	36

$\chi^2 = 3.47$
No Significativo

Cuadro N° 15. Mortalidad perinatal y riesgo por duración del trabajo de parto en horas.

PREVIGEN VI. (Evaluación de riesgo perinatal a el nacimiento de el recién nacido).

Riesgo por Duración de el periodo expulsivo

GRUPO	B	M	A	TOTAL
1	14	6	1	21
2	17	2	1	20
TOTAL	31	8	2	41

$\chi^2 = 2.27$
No significativo

Cuadro N° 16. Mortalidad perinatal y riesgo por duración del período expulsivo.

Riesgo por Calidad de líquido amniótico

GRUPO	B	M	A	TOTAL
1	8	3	5	16
2	19	0	0	19
TOTAL	27	3	5	35

**$\chi^2 = 12.31$
Significativo**

Cuadro N° 17. Mortalidad perinatal y riesgo por la calidad de líquido amniótico.

Riesgo por Color de líquido amniótico

GRUPO	B	A	TOTAL
1	7	12	19
2	18	2	20
TOTAL	25	14	39

Cuadro N° 18 Mortalidad perinatal y riesgo por Color de líquido amniótico.

Riesgo por la Cantidad de líquido amniótico

GRUPO	B	M	A	TOTAL
1	14	1	3	18
2	19	0	0	19
TOTAL	33	1	3	37

$\chi^2 = 4,37$
No Significativo

Cuadro N° 19. Mortalidad perinatal y riesgo por la cantidad de líquido amniótico.

Riesgo por Peso Placentario

GRUPO	B	A	TOTAL
1	11	5	16
2	21	0	21
TOTAL	32	5	37

Cuadro N° 20. Mortalidad Perinatal y riesgo por peso placentario.

Riesgo por Infartos Placentarios

GRUPO	B	M	A	TOTAL
1	8	4	4	16
2	18	1	0	19
TOTAL	26	5	4	35

**$\chi^2 = 9.46$
Significativo**

Cuadro N° 21. Mortalidad perinatal y riesgo por Infartos Placentarios.

Riesgo por Posición del Cordón Umbilical

GRUPO	B	M	A	TOTAL
1	12	1	3	16
2	19	2	0	21
TOTAL	31	3	3	37

**$\chi^2 = 4.32$
No Significativo**

Cuadro N° 22. Mortalidad perinatal y riesgo por posición del cordón umbilical.

Riesgo por el Tipo de parto

GRUPO	B	A	TOTAL
1	7	4	11
2	16	0	16
TOTAL	23	4	27

Cuadro N° 23. Mortalidad perinatal y riesgo por el tipo de parto.

Riesgo por el Tipo de Nacimiento

GRUPO	B	M	A	TOTAL
1	11	1	9	21
2	16	4	1	21
TOTAL	27	5	10	42

X² = 9.13
Significativo

Cuadro N° 24. Mortalidad perinatal y riesgo por el tipo de nacimiento.

Riesgo por Edad Gestacional por CAPURRO

GRUPO	B	M	A	TOTAL
1	9	4	6	19
2	19	0	1	20
TOTAL	28	4	7	39

$\chi^2 = 11.12$
Significativo

Cuadro N° 25. Mortalidad perinatal y riesgo por edad gestacional por CAPURRO.

Riesgo por Evaluación de APGAR

GRUPO	B	M	A	TOTAL
1	2	1	8	11
2	19	2	0	21
TOTAL	21	3	8	32

$\chi^2 = 23.51$
Significativo

Cuadro N° 26. Mortalidad perinatal y riesgo por evaluación de APGAR.

Riesgo por Peso en gramos en el Recién Nacido

GRUPO	B	M	A	TOTAL
1	8	4	7	19
2	17	0	0	17
TOTAL	25	4	7	36

**$\chi^2 = 14.17$
Significativo**

Cuadro N° 27. Mortalidad perinatal y riesgo por peso en gramos en el Recién Nacido.

Riesgo por Maniobras de reanimación

Grupo	B	M	A	TOTAL
1	13	0	8	21
2	19	2	0	21
TOTAL	32	2	8	42

**$\chi^2 = 11.13$
Significativo**

Cuadro N° 28. Mortalidad Perinatal y riesgo por maniobras de reanimación.

Riesgo por sufrimiento fetal

GRUPO	B	M	A	TOTAL
1	8	1	12	21
2	20	1	0	21
TOTAL	28	2	12	42

$\chi^2 = 17.14$
Significativo

Cuadro N° 29. Mortalidad perinatal y riesgo por sufrimiento fetal.

Riesgo por Otros factores de riesgo perinatal

GRUPO	M	A	TOTAL
1	0	14	14
2	1	1	2
TOTAL	1	15	16

$\chi^2 = 36.22$
Significativo

Cuadro N° 30. Mortalidad perinatal y riesgo por otros factores de riesgo perinatal.

PREVIGEN VII. (Evaluación de riesgo perinatal en el recién nacido de 0 a 6 meses).

Riesgo por Control de temperatura.

GRUPO	B	A	TOTAL
1	3	8	11
2	19	1	20
TOTAL	22	9	31

Cuadro N° 31. Mortalidad perinatal y riesgo por control de temperatura.

Riesgo por Intensidad de llanto

GRUPO	B	M	A	TOTAL
1	1	1	9	11
2	20	0	0	20
TOTAL	21	1	9	31

Cuadro N° 32. Mortalidad perinatal y riesgo por intensidad de llanto.

Riesgo por Respuesta a examen en el Recién Nacido

GRUPO	B	A	TOTAL
1	2	9	11
2	19	0	19
TOTAL	21	9	30

Cuadro N° 33. Mortalidad perinatal y riesgo por respuesta a examen en el Recién Nacido.

Riesgo por Tono muscular

GRUPO	B	M	A	TOTAL
1	2	0	8	10
2	19	1	0	20
TOTAL	21	1	8	30

**$\chi^2 = 21.86$
Significativo**

Cuadro N° 34. Mortalidad perinatal y riesgo por Tono muscular.

Riesgo por Reflejo de presión

GRUPO	B	M	A	TOTAL
1	1	1	9	11
2	19	1	0	20
TOTAL	20	2	9	31

$\chi^2 = 24.67$
Significativo

Cuadro N° 35. Mortalidad perinatal y riesgo por reflejo de presión.

Riesgo por Reflejo de Búsqueda

GRUPO	B	M	A	TOTAL
1	2	0	2	11
2	19	1	0	20
TOTAL	21	1	2	31

$\chi^2 = 23.10$
Significativo

Cuadro N° 36. Mortalidad perinatal y riesgo por reflejo de búsqueda.

Riesgo por Reflejo de Moro

GRUPO	B	A	TOTAL
1	2	9	11
2	20	0	20
TOTAL	22	9	31

Cuadro N° 37. Mortalidad perinatal y riesgo por reflejo de Moro.**Cuadro N° 38. Control Prenatal.**

No. DE CONSULTAS	GPO. M P N	GPO. CONTROL
0	4	2
1 a 3	4	1
4 a 6	5	9
7 a 10	6	6
11 a 14	2	3
TOTAL	21	21

Cuadro N° 39. Causas de mortalidad perinatal.

CONCEPTO	F°	%
Malformaciones congénitas	7	33.3
Sufrimiento Fetal	6	28.6
Prematurez (SDR)	4	19.0
Interrupción de la circulación materno-fetal, no traumática	3	14.3
No especificada	1	4.8
TOTAL	21	100.0

Cuadro N° 40. Mortalidad perinatal secuencial.

AÑO	1988	1989	1990	1991	1992	1993	TOTAL
NACIMIENTO	15	77	201	447	631	702	2073
MUERTES PERINATALES	0	0	0	5	8	8	21
TASA POR MIL	0	0	0	11.1	12.7	11.3	10.1

FUENTE: Libreta de registro de nacimientos en CIMIGEN.

Cuadro N° 41 Clasificación de Mortalidad Perinatal.

MORTALIDAD	F°	TASA
NEONATAL	11	5.3
FETAL	10	4.8
MORTALIDAD PERINATAL	21	10.1

XI. ANÁLISIS

PREVIGEN II. Evaluación de riesgo en la 1ra. consulta durante el embarazo.

Evalúa 37 factores de riesgo de los cuales ninguno tuvo asociación estadísticamente significativa con relación a la muerte perinatal.

PREVIGEN III. Evaluación de riesgo perinatal en la evolución del embarazo.

Evalúa 18 factores de riesgo, de los cuales solo 3 resultaron con mayor tendencia en su asociación con muerte perinatal, aunque no dan significancia estadística.

- 1.- El aumento de peso (kg. por mes). En el grupo I, en 4 de 15 casos hubo aumento excesivo de peso y en el grupo control solo en 1 de 17 casos. Cuadro No. 1.
- 2.- Hemorragia genital. En el grupo en estudio se presentaron 2 casos con hemorragia activa y 2 casos con hemorragia controlada; en comparación con el grupo control en donde en ningún caso se presentó el problema. Cuadro No. 2.
- 3.- Amenaza de parto pretérmino. Se detectó que en 2 casos del grupo en estudio, se controló y por el contrario en 4 casos del mismo grupo evolucionó a parto pretérmino; en el grupo control se presentó solo en 4 casos y la amenaza fue controlada. Cuadro No. 3.

PREVIGEN IV. Evaluación de riesgo perinatal en el inicio de trabajo de parto.

Evalúa 28 factores, de estos solo 2 son relevantes por el riesgo detectado en el grupo de estudio para la mortalidad perinatal, aunque no son significativos estadísticamente; se presentan 5 factores de riesgo que sí presentan significancia estadística.

- 1.- Emotividad, (estado psicológico). Fueron 12 casos con riesgo, 11 presentaron actitud excitada, el caso restante se evalúa como fuera de control. Por el contrario en el grupo control solo 3 casos presentaron actitud excitada en el inicio de trabajo de parto. Cuadro 4.
- 2.- Dilatación cervical en cm. por hora. En el grupo de estudio, de 17 casos, se detectó en 8 de ellos riesgo, 6 de estos presentaron dilatación cervical de 3 cm. o más por hora y 2 tuvieron dilatación estacionaria.

En el grupo control, de 20 casos solo 2 presentar dilatación estacionaria. Cuadro 5.
- 3.- Frecuencia Cardíaca Fetal (FCF) Basal. Del grupo de estudio, 2 casos presentaron FCF de 151 a 160 latidos por minuto y en otros 3 casos no se detectó ya FCF, en el grupo control no se presentaron alteraciones. Cuadro 6.
- 4.- Frecuencia Cardíaca Fetal (FCF) Ritmo. En el grupo en estudio se detectaron 4 casos con alteración en el ritmo Dip II, por el contrario, en el grupo control no se presentaron casos con riesgo. Cuadro 7.
- 5.- Presentación Fetal. En la cual 5 casos del grupo en estudio se encontraron con presentación pélvica y solo 1 caso del grupo control tuvo ésta presentación fetal. Cuadro 8.

6.- Peso calculado (Jhonson y Toshach). En el grupo de estudio fueron 5 casos con riesgo, en 2 se calculaba que al nacer se obtendría un peso de 2001 a 2500 gramos o menos; en el grupo control ningún caso se detectó con riesgo en relación a éste factor. Cuadro 9.

7.- Madre complicaciones. En el grupo de estudio se detectaron 10 casos con riesgo, 5 casos tuvieron complicaciones en la madre, las cuales fueron controladas y 5 estuvieron sin control, ellas fueron: anemia, ruptura uterina en segmento de cicatriz anterior, hipertensión inducida por el embarazo y otras infecciones en la madre como faringitis. En el grupo de estudio solo 3 casos presentaron complicaciones las cuales estuvieron bajo control. Cuadro 10.

PREVIGEN V. Evaluación de riesgo durante la evolución del trabajo de parto.

Evalúa 25 factores de riesgo, de los cuales 1 es relevante en asociación de riesgo con la mortalidad perinatal y 4 son significativos estadísticamente.

1.- Frecuencia Cardíaca Fetal (FCF). Se detectaron en el grupo de estudio 9 casos con riesgo (3 valorados con riesgo medio), 1 caso presentó FCF de 111 a 120 por minuto y 2 presentaron FCF de 151 a 160; los otros 6 casos que se evaluaron con riesgo (alto), en 4 de ellos ya no se detectó FCF, los otros 2 casos tuvieron FCF de 161 y más. En el grupo control no se detectó éste riesgo. Cuadro 11.

2.- Valoración de respuesta Cardíaca Fetal (VAREFE). Se presentaron 2 casos cuya respuesta a el estímulo fue taquicardia; en 5 casos la respuesta fue bradicardia, esto en el grupo de estudio. En el grupo control no se detectaron alteraciones. Cuadro 12.

- 3.- Dilatación Cervical en cms. por hora. En el grupo de estudio 7 casos tuvieron 3 cms. o más de dilatación cervical por hora y 4 presentaron dilatación estacionaria. En el grupo control, 3 casos presentaron dilatación de 3 cms. o más por hora y 1 presentó dilatación estacionaria. Cuadro 13.

- 4.- Descenso de presentación. En el grupo de estudio 5 casos descendieron en la pelvis materna rápido y 1 caso tuvo un descenso difícil. En el grupo control solo 1 caso presentó descenso difícil. Cuadro 14.

- 5.- Duración del trabajo de parto en horas. En el grupo en estudio, 5 casos presentaron duración de 7 a 9 horas y en 4 casos del grupo control ocurrió lo mismo. De 10 horas o más en el grupo de estudio se evaluaron 3 casos y en el grupo control solo 1 caso. Cuadro 15

PREVIGEN VI. Evaluación de riesgo perinatal en el recién nacido al nacer.

Evalúa 29 factores, de los cuales 6 son relevantes por el riesgo detectado para la mortalidad perinatal aunque no significativos estadísticamente y 10 si presentan significancia estadística asociada a muerte perinatal.

- 1.- Duración de período expulsivo. En el grupo de estudio fueron 7 casos los que presentaron riesgo, 6 de ellos tuvieron un período expulsivo muy rápido y en 1 caso fue prolongado. En el grupo control, solo 3 casos presentaron riesgo, 2 casos por expulsivo muy rápido y 1 caso período expulsivo prolongado. Cuadro 16.

- 2.- Calidad de líquido amniótico. Solo el grupo de estudio presentó casos con riesgo, en 3 casos se detectó líquido amniótico emulsionado y en 5 casos el líquido amniótico no presentó grumos. En el grupo control no hubo alteraciones. Cuadro 17.
- 3.- Color de líquido amniótico. El grupo de estudio presentó 12 casos con líquido amniótico verdoso; y solo 2 casos de el grupo control se encontraron en la misma situación. Cuadro 18.
- 4.- Cantidad de líquido amniótico. Es el grupo de estudio donde se presentaron anomalías, en 1 caso hubo cantidad regular de líquido amniótico, en 2 casos se presentó disminución exagerada de líquido amniótico y en 1 caso hubo aumento exagerado de él, por el contrario en el grupo control no hubo riesgo. Cuadro 19.
- 5.- Peso placentario. En el grupo de estudio se presentaron 5 casos registrados con peso planetario muy bajo. En el grupo control no hubo alteraciones. Cuadro 20.
- 6.- Infartos placentarios. En el grupo de estudio se presentaron 8 casos con riesgo, 4 de los cuales se evaluaron con infartos placentarios aislados y 4 casos con infartos múltiples, en el grupo control solo 1 caso presentó infartos aislados en placenta. Cuadro 21.
- 7.- Posición del cordón umbilical. Se encontró que en 8 casos hubo circular de cordón, en uno de los casos se mantuvo laxa y en 3 casos fue circular de cordón apretada, esto ocurrió en el grupo de estudio. En el grupo control solo 2 casos presentaron circular laxa. Cuadro 22.

8.- Tipo de parto. En éste factor se presentaron 4 casos con parto pélvico en el grupo de estudio; por el contrario en el grupo control no se presentó riesgo. Cuadro 23.

9.- Tipo de nacimiento. (Parto, cesárea "programada o urgente", fórceps "programado o urgente").

En el grupo de estudio, 1 caso nació por cesárea programada, pero otros 8 nacimientos ocurrieron por cesárea urgente y hubo 1 fórceps, también urgente. En el caso contrario, el grupo control tuvo 4 cesáreas que se programaron y solo se presentó 1 urgente. Cuadro 24.

10.- Edad gestacional por Capurro. En el grupo de estudio los casos que presentaron riesgo fueron 10 y son los siguientes, 4 casos fueron de edad gestacional de 33 a 36 semanas, los 4 casos con riesgo alto se valoraron con edad gestacional de 32 semanas o menos; el grupo control no presentó nacimientos pretérmino; los 2 casos restantes del grupo de estudio fueron recién nacidos de 42 semanas o más de gestación, en el grupo control solo 1 caso fue valorado con ésta misma edad gestacional. Cuadro 25.

11.- Apgar. En el grupo de estudio de 11 casos se valoró con apgar de 04 a 06 y 8 tuvieron una evaluación de 01 a 03; en cambio en el grupo control de 21 casos solo 2 presentaron apgar de 04 a 06. Cuadro 26.

12.- Peso en gramos en el recién nacido. Es en el grupo de estudio en donde se detectó el riesgo que indica hipotrofia, 4 de ellos presentaron peso de 2000 a 2500 gramos y 7 casos se evaluaron con peso menor de 2000 gramos, en cambio en el grupo control ningún caso presentó éste riesgo. Cuadro 27.

13.- Maniobras de reanimación. Es en el grupo de estudio en donde se presentaron 8 casos en que tuvieron que realizarse maniobras intensivas de reanimación y solo en 2 casos del grupo control se realizaron maniobras moderadas de reanimación. Cuadro 28.

14.- Sufrimiento fetal. En el grupo de estudio es en donde se presentaron casos con éste problema, 12 casos presentaron sufrimiento fetal severo y 1 moderado; en cambio en el grupo control solo 1 caso presentó sufrimiento fetal moderado. Cuadro 29.

15.- En otros factores de riesgo, el grupo en estudio presenta la mayor frecuencia de riesgo alto con 14 casos, los factores son los siguientes: Inserción velamentosa de cordón, malformaciones múltiples (una de ellas la anencefalia), segmento uterino dehiscente en cicatriz anterior y aspiración masiva de meconio; por el contrario en el grupo de estudio solo 1 caso presentó malformaciones múltiples y 1 caso presentó aspiración de meconio. Cuadro 30.

PREVIGEN VII. Evaluación de riesgo perinatal en el recién nacido de 0 a 6 días.

Evalúa 24 factores de riesgo, de los cuales solo se destacan los que son valorados a el momento inmediato del nacimiento y son 8 significativos en la mortalidad perinatal. Cabe mencionar que del grupo de mortalidad perinatal (grupo 1), solo son 11 casos los que se analizan ya que los 10 restantes fueron muertes fetales.

1.- Control de temperatura. En el grupo de estudio de 11 casos, 8 no controlaron temperatura y 3 sí lo hicieron; del grupo control solo 1 no controló temperatura. Cuadro 31.

- 2.- Intensidad de llanto. En el grupo de estudio, 1 caso presentó llanto agudo y 9 casos presentaron llanto débil. En el grupo control no hubo casos con problema. Cuadro 32.
- 3.- De la respuesta a examen en el recién nacido, 9 casos del grupo de estudio presentaron letargo. No hubo casos del grupo control que lo presentaran. Cuadro 33.
- 4.- Tono muscular. En el grupo de estudio, 8 casos presentaron hipotonía en el examen; en el grupo control 1 caso presentó hipertonia muscular. Cuadro 34.
- 5.- Preñión. En el grupo de estudio éste reflejo, estuvo ausente en 9 casos 7 1 caso lo presentó sin jalón; en cambio en el grupo control, solo 1 caso lo presentó sin jalón. Cuadro 35.
- 6.- Reflejo de búsqueda. En el grupo de estudio en 9 casos, el reflejo estuvo ausente y en el grupo control solo un caso lo presentó con limitación. Cuadro 36.
- 7.- Reflejo de moro. En el grupo de estudio son 9 casos en los que estuvo ausente; por el contrario en el grupo control no hubo casos con alteración. Cuadro 37.
- 8.- Control prenatal. Se puede apreciar que en el grupo de estudio son 4 casos los que no llevaron ningún control prenatal y fueron 2 casos de el grupo control con la misma situación, de 1 a 3 consultas fueron 4 casos del grupo de estudio las que las cumplieron y solo 1 caso del grupo control tuvo éste número de consultas, en cambio de 4 a 6 consultas en prenatal, solo 5 casos del grupo de estudio las reunió y fueron 9 del grupo control los casos que las llevaron. Cuadro 38.

9.- Causas de mortalidad perinatal. De los 21 casos de muerte perinatal, 7 casos ocurrieron por malformaciones congénitas, 6 casos presentaron sufrimiento fetal, 4 casos fueron prematuros, en 3 casos se presentó interrupción de la circulación materno-fetal no traumática y en 1 caso se desconoce la causa de muerte. Cuadro 39.

10.- Mortalidad perinatal secuencial. Se puede observar que durante 3 años no se registró mortalidad perinatal, es hasta 1991 que se registra la primer tasa de mortalidad perinatal de 11.1 x mil nacidos vivos, aunque también el número de nacimientos se duplica en relación a 1990; en los años subsecuentes (1992 y 1993) a pesar que el número de nacimientos se va elevando, la tasa de mortalidad perinatal permanece constante; la global es de 10.1 x mil nacidos vivos. Cuadro 40.

11.- Clasificación de mortalidad perinatal. De acuerdo con la etapa de vida, se clasifica en 2 componentes que son fetal y neonatal; se puede observar que las tasas de ambas fueron semejantes y ambas conforman la mortalidad perinatal de CIMIGEN. Cuadro 41.

XII. CONCLUSIONES

De acuerdo con los resultados, se observa que ni los factores socioeconómicos, ni los antecedentes ginecoobstétricas, ni el riesgo inicial en el embarazo influyen significativamente en la mortalidad perinatal.

En la evolución del embarazo Previgen III, se presentan algunos factores, como es el caso de:

- La hemorragia genital
- La amenaza de parto pretérmino
- El aumento de peso (Kg. por mes)

Sin embargo a partir del inicio del trabajo de parto, su evolución y la evaluación inmediata del recién nacido, existen factores de riesgo que tienden a asociarse con la muerte perinatal.

En el previgen IV, los factores que más comúnmente se asocian con muerte perinatal, son:

- El estado psicológico
- Las alteraciones en la F.C.F.
- El peso calculado por Jhonson y Toshach (principalmente el que indica hipotrofia).
- La dilatación cervical muy rápida

Siendo éstos los que deben vigilarse más estrechamente en el inicio del trabajo de parto.

En el previgen V los factores que se asociaron con la mortalidad perinatal fueron:

- La frecuencia cardiaca fetal
- La valoración de respuesta fetal (VAREFE)
- La dilatación cervical en centímetros por hora (muy rápida)

- El descenso de presentación, principalmente el que indica descenso rápido.

- La duración del trabajo de parto en horas (prolongado)

En el previgen VI. Evaluación del recién nacido al nacimiento se detectaron factores de riesgo tanto relevantes como significativos que se asociaron con muerte perinatal y son:

- La duración del período expulsivo (muy corto).

En cuanto a características de líquido amniótico en cuanto a:

- La calidad (sin grumos)
- El color (verdoso)
- La cantidad (Polihidramnios y Oligohidramnios)

En las características la placenta

- **El peso placentario bajo**
- **Los infartos placentarios.**

- **La posición del cordón umbilical (circular)**
- **El tipo de parto**
- **El tipo de nacimiento (Cesárea urgente y fórceps urgente)**
- **La edad gestacional por CAPURRO (menor de 37 semanas)**
- **La evaluación de Apgar (menor de 6)**
- **El peso en gramos del recién nacido (menor de 2,500)**
- **Las maniobras de reanimación**
- **El sufrimiento fetal**

- **Otros factores de riesgo (inserción velamentosa de cordón malformaciones múltiples, segmento uterino dehiscente en cicatriz anterior y aspiración masiva de meconio).**

- **En el previgen VII. Evaluación del riesgo perinatal en el R. N. de 0 a 6 días, los factores de riesgo que se encontraron en los recién nacidos que tuvieron muerte neonatal son la consecuencia de complicaciones detectadas anteriormente y fueron.**

- El control de temperatura
- La intensidad de llanto (Débil)
- La respuesta a examen
- El tono muscular (flácido)
- El reflejo de presión (ausente)
- El reflejo de búsqueda (ausente)
- El reflejo de moro (ausente)

Los factores de riesgo valorados como medio y alto se asocian a la muerte perinatal durante el embarazo, el trabajo de parto y en la etapa neonatal temprana.

Mortalidad fetal en el embarazo

Ocurrieron dos casos con malformaciones congénitas, en uno de ellos además hubo disminución de la circulación materno fetal por preeclampsia. En el segundo caso además hubo prematuridad.

Mortalidad fetal intraparto

Ocurrieron en ocho casos:

El sufrimiento fetal con síndrome de aspiración masiva de meconio se presentó en cuatro casos. La interrupción de la circulación materno fetal por preeclampsia, además de circular apretada y liquido amniótico verdoso en dos casos.

Nuevamente las malformaciones congénitas y aspiración de liquido amniótico verdoso en un caso.

Otro caso con anencefalia asociado a oligohidramnios.

Mortalidad neonatal

Se presentaron once casos cuyas causas fueron:

- Malformaciones congénitas en tres casos, uno de ellos anencéfalo.
- Prematuridad en tres casos, uno de ellos también presentó polihidramnios.
- Sufrimiento fetal con aspiración de meconio en cuatro casos, en uno de ellos la madre tuvo datos de preeclampsia leve.
- En el caso restante, se ignora la causa de muerte, se dio de alta normal y murió al primer día en su casa.

- De las muertes perinatales, hubo seis que tal vez fueron inevitables por comprender grandes malformaciones, cinco de ellas se detectaron hasta el nacimiento.

"El sistema de riesgo PREVIGEN" enumero una gran cantidad de factores de riesgo que se pueden asociar a daño fetal y lo neonatal.

Es importante destacar cuales son los que se asociaron a muerte perinatal para que se tomen medidas adecuadas a cada situación para su detección oportuna, pero una vez que se identifiquen deben generar una acción que conduzca a tomar medidas oportunas para la corrección del problema y a su vez la detención o cancelación del daño.

Estas acciones de acuerdo con lo detectado tiene su principal indicación durante el inicio y la evolución del trabajo de parto.

Lo principal para la detección oportuna es la adecuada evaluación de riesgo perinatal y esto se logra con la vigilancia estrecha de las diferentes etapas del parto desde su inicio.

De ésta investigación se concluye:

1. Un alto porcentaje de muertes perinatales ocurridas en CIMIGEN pudieron ser evitadas, porque:
 - Los datos de alarma o factores de riesgo que se asociaron con muerte perinatal en su gran mayoría sí están enunciados en el sistema de riesgo.
 - Al ser detectados estos factores de riesgo frecuentemente (en los casos de muerte) no se tomaron las medidas adecuadas y oportunas para evitar el daño, aunque sí fueron detectadas.
2. La detección de riesgo debe ser seguida de una acción inmediata que disminuya la probabilidad de daño y la muerte perinatal a la meta fijada en CIMIGEN que es de 5 por mil, en lugar de 10 por mil actual.

Los que se presentaron posteriormente fueron los niños prematuros, la interrupción de la circulación materno-fetal no traumática que dio origen a hipoxia y sufrimiento fetal, éstos últimos son los que se pueden evitar vigilando más estrechamente el trabajo de parto desde su inicio y tomando las medidas eficientes y oportunas para la detención y/o cancelación del daño.

Los que se presentaron posteriormente fueron los niños prematuros, la interrupción de la circulación materno-fetal no traumática que dio origen a hipoxia y sufrimiento fetal, éstos últimos son los que se pueden evitar vigilando más estrechamente el trabajo de parto desde su inicio y tomando las medidas eficientes y oportunas para la detención y/o cancelación del daño.

RESUMEN

La investigación llevada a cabo en CIMIGEN sobre los factores de riesgo que influyeron en la mortalidad perinatal, fue de tipo retrospectivo longitudinal e incluyó todos los casos de muerte perinatal ocurridos desde el inicio de sus funciones en 1988 hasta octubre de 1993 y a un grupo control con el mismo número de casos, se evaluaron por medio del sistema de riesgo (PREVIGEN), el cual lo clasifica en bajo (sin riesgo), medio y alto.

Los previgen que incluyen la etapa perinatal I, incluyen desde el previgen II, riesgo a el inicio del embarazo, hasta el previgen VII, evaluación de riesgo en el recién nacido de 0 a 6 días de vida y los datos para la evaluación de riesgo fueron obtenidos a través del análisis de los expedientes.

Los resultados que se presentan en 41 cuadros, son los que influyeron en la mortalidad perinatal, a su vez son los que resultaron significativos por el método de χ^2 comparando el grupo de estudio con el grupo control.

Se observó que salvo la hemorragia genital que se puede presentar en la evolución del embarazo e influir en la mortalidad perinatal, fue hasta el inicio del trabajo de parto, su evolución y el nacimiento del recién nacido en que se presentaron y detectaron los factores que se asociaron con la mortalidad perinatal. De los que se detectaron hasta el nacimiento, pero estaban presentes ya con anterioridad, fueron las malformaciones congénitas, el polihidramnios y el oligohidramnios.

Los que se presentaron posteriormente fueron los niños prematuros, la interrupción de la circulación materno-fetal no traumática que dio origen a hipoxia y sufrimiento fetal, éstos últimos son los que se pueden evitar vigilando más estrechamente el trabajo de parto desde su inicio y tomando las medidas eficientes y oportunas para la detención y/o cancelación del daño.

SUMMARY

The research carried out in CIMIGEN about the risk factors that had an influence in perinatal mortality, was of retrospective and lengthy kind and included all perinatal death cases happened since 1988 to October 1993 and also included a same amount of cases from a control group.

These cases were evaluated using the risk system PREVIGEN. In this system, the parameters are: Low or no risk, middle and high. In the previgen system, we mean the reproductive perinatal stage (Previgen I), the risk at beginig of pregnancy: Previgen II, and the new born (0-6 days) risk evaluation in Previgen VII and the risk evaluation data, came from medical record cards analysis.

The out come showed in 41 square chart, gave rise to perinatal mortality also the results were significant by the X method, comparing the studied group an the control group.

It was seen that except the genital bleeding that occurs in pregnancy evolution and havening influence in perinatal mortality, just when labour begins, during the evolution, to childbirth, all the risk factors where detected and where related to perinatal mortality.

Polihidramnios, oligohidramnios and congenital malformations not only where detected in childbirth moment, but they were there before. Only premature babies are detected afther childbirth.

The atraumatic fetal maternal circulation interruption, sometimes produces fetal suffering and hipoxia and this can be prevented watching closely all the labour from the beginig, taking care efficiently of all the measures to detect and eliminate any damage.

XIII. BIBLIOGRAFÍA

1. **ALVAREZ Alva R. La salud Pública y medicina preventiva.** Ed. El Manual Moderno. México, D.F. 1991. Pp 391
2. **BARAHONA de A. Espinoza B. Mortalidad perinatal en un Hospital General de la Cd. de Oaxaca.** Boletín Médico del Hospital Infantil de México. Vol. 48, marzo 1991.
3. **BOBADILLA J. L. Langer A. La Investigación de la salud perinatal en México.** Salud Pública de México. Vol. 30, Núm. 1, Enero-Febrero de 1988.
4. **BOBADILLA J. L. Cerón, Suárez. Evaluación de la calidad de los datos sobre mortalidad perinatal; registros vitales en México.** Salud Pública de México. 1988
5. **CERON M. P. Reyes Z. Bobadilla J. L. Causas de muerte perinatal en Instituciones de salud de la Cd. de México.** Boletín Médico del Hospital Infantil de México. Vol. 48, Núm. 11, Noviembre 1991.
6. **CIMIGEN. Normas para la atención Perinatal.** Documento Interno. México 1988.
7. **CIMIGEN. Sistema de Evaluación de Riesgo Perinatal.** Documento Interno 1988.
8. **Código Civil para el Distrito Federal.** Colección Porrúa, Ed. Porrúa, México, D.F. 1992 Pp 655
9. **CORTEZA G. Sánchez V. F. Un enfoque analítico de la mortalidad perinatal.** Boletín Médico del Hospital Infantil de México. Vol. 48, Noviembre 1991.

10. **DÍAZ del Castillo E. Pediatría perinatal.** Ed. Interamericana. México, D.F. 1979 Pp 541
11. **GUTIÉRREZ A. Villalobos O. A. La mortalidad en el período perinatal.** Salud Pública de México. 1980
12. **Grupo de Estudios al Nacimiento. El feto y su ambiente.** Imprenta Muñóz. México, D.F. 1983 Pp 113
13. **Grupo de Estudios al Nacimiento. Manejo Integral de los defectos al nacimiento.** Imprenta Muñóz. México, D.F.
14. **IBARRA C. Reyes S. Mortalidad perinatal en el Hospital Regional de Río Blanco.** Boletín Médico del Hospital Infantil de México. Vol. 48, Núm. 11, Noviembre 1991.
15. **INEGI y CONAPO Proyecciones de la población de México y las entidades federativas.** 1986-2010, 1990.
16. **JURADO G. E. Alvarez M. Vargas G. C. La atención primaria a la salud materno-infantil.** V Simposio GEN. Centro de Servicios Educativos de la UNAM. México, D.F. 1992 Pp 245
17. **JURADO G. E. El problema perinatal en México.** Publicación científica OPS, Núm. 461 Pp 227. 1984.
18. **LANGER A. Bobadilla J. L. El apoyo psicosocial durante el período perinatal, revisión conceptual y bibliográfica.** Salud Pública de México. 1988, Vol. 30
19. **LANGER A. Enfoques de la Investigación perinatal.** Salud Pública de México. 1988 Vol. 30, Núm. 1, Enero-Febrero 43-46.
20. **LÓPEZ Acuña D. La salud desigual en México.** Ed. Siglo XXI, México, D.F. 1986 Pp 247

21. MORLEY D. **Prioridades en la salud Infantil.** Ed. Pax, México, D. F., 1977 Pp 414
22. ORTÍZ M. P. **Morbimortalidad materna y perinatal. Tres factores de riesgo.** UNAM-ISSSTE, México, D.F. 1988 Pp 43
23. RIVERA R. M. Ramírez V. J. **Aspectos perinatales de neonatos sobrevivientes de bajo peso.** Boletín Médico del Hospital Infantil de México. Vol. 49, Núm. 8, Agosto 1992, 481-486
24. ROSAS A. J. **Riesgo Reproductivo y mortalidad perinatal Reunión Conmemorativa.** Cursos XXV Aniversario del Hospital de Ginecoobstetricia Núm. 3 del Centro Médico "La Raza". Ed. Grupo Editorial Médico, México, D.F. 1989 Pp 326
25. RUELAS O. Guzmán J. Alcántara J. **Los Factores de riesgo de la mortalidad perinatal en un estudio de casos y controles.** Boletín Médico del Hospital Infantil de México. 1985.
26. SALINAS M. A. Martínez C. **Percepción de factores de riesgo reproductivo.** Ginecología y Obstetricia de México, Vol. 61, Enero 1993.
27. SAN MARTÍN H. **Salud y enfermedad 4ta. Edición,** Ed. La Prensa Médica Mexicana, México, D.F., 1988 Pp 663
28. SOLANO E. L. **Detección del embarazo de alto riesgo en el primer nivel de atención médica y su envío eficiente y oportuno al tercer nivel.** UNAM-ISSSTE, México, D.F., 1989 Pp 35
29. SUÁREZ O. E. **La atención primaria a la salud materno-infantil, V. Simposio GEN.** Centro de Investigaciones y Servicios Educativos de la UNAM, México, D.F., 1992

30. **TAMAYO y Tamayo M. El proceso de la investigación científica, Fundamentos de Investigación con manual de evaluación de proyectos. 2da. Edición, Ed. Limusa, México 1988 Pp 161**

31. **VARGAS G. C. Valencia P. G. Jurado G. E. Ayala Q. T. López S.A. Vargas G. L. Model for Maternal-Infant lialt care of tow income families in México. 2nd Wordl Congress of Perinatal Medicine Memories. Roma Italy. 1993.**

32. **VARGAS G. C. Planificación familiar; recursos médicos para la prevención. Revista Médica del ISSSTE, 1988.**

33. **VILLAVERDE C. S. Torres M. Vargas G. C. Análisis de la mortalidad materna y perinatal en el Hospital General Ignacio Zaragoza. UNAM-ISSSTE, México, D.F., 1986.**

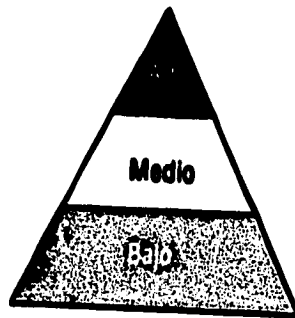
XIV. ANEXO SISTEMA DE RIESGO CIMIGEN

TESIS SIN PAGINACION

COMPLETA LA INFORMACION



Sistema para Detección y Evaluación de Riesgo Perinatal



CENTRO DE INVESTIGACION MATERNO INFANTIL
HOSPITAL DEL PERPETUO SOCORRO
A.H.M.-I.A.P.

Agosto 1987 - Sept. 1993

"SISTEMA PARA DETECCION Y EVALUACION DE RIESGO PERINATAL"

OBJETIVOS

El sistema de Evaluación de Riesgo Perinatal se aplica fácilmente y con mínimos recursos para:

1. **Detectar** tempranamente los factores de riesgo en cualquier etapa de la vida Reproductiva.
2. **Facilitar** la atención Materno Infantil al clasificar el riesgo.
3. **Hacer** posible el funcionamiento del Sistema de Atención Perinatal por niveles progresivos de acuerdo al riesgo:

• Nivel I	Riesgo Bajo	Verde	
• Nivel II	Riesgo Medio	Amarillo	
• Nivel III	Riesgo Alto	Rojo	

4. **Propiciar** la Referencia y Contrarreferencia en forma oportuna e integral.
5. **Utilizar** un sistema **Codificado Integral** que permite evaluar la operatividad y eficacia del sistema de Atención.

INSTRUCTIVO

El sistema consta de:

- 9 Guías para detectar y clasificar riesgos. (PREVIGen I al IX).
- 1 Cédula de referencia. (PREVIGen 77).
- 1 Cédula de contrarreferencia. (PREVIGen 88).
- 1 Cédula de registro de datos. (PREVIGen 99).

Las guías deben utilizarse para buscar sistematizadamente los factores de riesgo que pueden presentarse en cada etapa de la vida reproductiva.

Los datos positivos de Riesgo (Amarillo y Rojo) deben anotarse en el apartado correspondiente del PREVIGen 99 y deben además ser anotados y comentados en la **Nota de evolución de la Historia Clínica**.

- **Ejemplo:** Apgar 5 a los 5 minutos de vida.

— Se debe anotar en PREVIGen 99 en el apartado PREVIGen VI, el número **25** que corresponde a la clave del factor de riesgo y la letra **A** que corresponde a la clasificación **Amarillo** o Riesgo **Medio**.

- **Ejemplo:** Ingreso en Trabajo de Parto con Ruptura de Membranas de 17 horas.

— Se debe anotar en PREVIGen 99 en el apartado PREVIGen IV (Inicial en el Trabajo de Parto), el número **14** que corresponde a la clase del factor de Riesgo y la letra **R** que corresponde a la clasificación **Rojo** o Riesgo **Alto**.

- **Ejemplo:** Tensión Arterial de 170/110 en el 4to. mes de embarazo.

— Se anota en PREVIGen 99 en el apartado PREVIGen III (Evolución del embarazo), los números **01** y **02** que corresponden a las claves del factor de riesgo y la letra **R** que corresponde a la clasificación **Rojo** o Riesgo **Alto**, esta anotación se hace en el renglón de las 16 semanas de gestación.

El PREVIGen 99 debe integrarse al expediente

— CEDULA DE REFERENCIA: (PREVIGen 77)

— Sirve para enviar a otro nivel al paciente que así lo amerite. (Llenar todos los datos que se piden y recordar que el envío debe ser en **“Las Mejores Condiciones”** de seguridad, oportunidad y justificación). (Una copia debe integrarse al expediente), y el original se entrega al paciente o familiar para que **gestione** la atención en el lugar al que se envía.

— CEDULA DE CONTRARREFERENCIA: (PREVIGen 88)

— En ella se registran los datos correspondientes en el lugar de nacimiento y se envía una copia (clara y detallada) al sitio en que se lleva a cabo la Atención Primaria de la Familia.

Esta cédula o una copia de ella, debe quedar **integrada** al expediente del niño.

— Las guías para Detección y Evaluación de riesgo deben estar en los lugares donde van a ser utilizadas para consultar y recabar todos los datos contenidos en ella. (Consultorios, bolsillo).

— **No** forman parte del “Expediente”, deben estar disponibles en las áreas de trabajo correspondientes.

01. Nivel Socioeconómico	<input type="checkbox"/> Medio y alto	Bajo	<input type="checkbox"/> Muy bajo
02. Escolaridad (años aprobados)	<input type="checkbox"/> 6 o más	1 a 5	<input type="checkbox"/> Cero
03. Edad (años)	<input type="checkbox"/> 20-30	15-19	<input type="checkbox"/> 14 o menos
04. Edad (años)		31-35	<input type="checkbox"/> 36 o más
05. Estatura Cm	<input type="checkbox"/> 150 o más	145-149	<input type="checkbox"/> 144 o menos
06. Estado civil	<input type="checkbox"/> Casada	Soltera	<input type="checkbox"/> Sin cónyuge
07. Estado civil	<input type="checkbox"/> Unión libre	Viuda	
08. Paridad	<input type="checkbox"/> 1 a 3	Nulípara	
09. Paridad		4 y más	
10. Partos anteriores	<input type="checkbox"/> Normal	Difícil	<input type="checkbox"/> Traumático
11. Intervalo intergenésico	<input type="checkbox"/> 1 a 2 años	Menos de 1 año	
12. Abortos	<input type="checkbox"/> No	1 a 2	<input type="checkbox"/> Más
13. Nacidos muertos	<input type="checkbox"/> No	1 a 2	<input type="checkbox"/> Más
14. Hijos con bajo peso	<input type="checkbox"/> No	1 a 2	<input type="checkbox"/> Más
15. Hijos con malformaciones	<input type="checkbox"/> No	1 a 2	<input type="checkbox"/> Más
16. Hijos prematuros	<input type="checkbox"/> No	1 a 2	<input type="checkbox"/> Más
17. Muertes neonatales	<input type="checkbox"/> No	1 a 2	<input type="checkbox"/> Más
18. Diabetes	<input type="checkbox"/> No	Controlada	<input type="checkbox"/> Activa
19. Hipertensión	<input type="checkbox"/> No	Controlada	<input type="checkbox"/> Activa
20. Epilepsia	<input type="checkbox"/> No	Controlada	<input type="checkbox"/> Activa
21. Cardiopatía	<input type="checkbox"/> No	Controlada	<input type="checkbox"/> Activa
22. Enfermedades del tiroides	<input type="checkbox"/> No	Controlada	<input type="checkbox"/> Activa
23. Enfermedades renales	<input type="checkbox"/> No	Controlada	<input type="checkbox"/> Activa
24. Consanguinidad	<input type="checkbox"/> No	Si	
25. Retraso mental	<input type="checkbox"/> No	Si	
26. Exposición radiaciones	<input type="checkbox"/> No	Si	
27. Carga de trabajo	<input type="checkbox"/> Normal	Excesivo	<input type="checkbox"/> Exagerado
28. Exposición a tóxicos	<input type="checkbox"/> No	Si	
29. Desnutrición	<input type="checkbox"/> No	Moderada I	<input type="checkbox"/> Grave II
30. Anemia Hb. en Gramos	<input type="checkbox"/> 10 o más	8.0 a 9.9	<input type="checkbox"/> menos de 8
31. Alcoholismo	<input type="checkbox"/> No	Si	
32. Tabaquismo	<input type="checkbox"/> No	Si	
33. Otras farmacodependencias	<input type="checkbox"/> No	Tuvo	<input type="checkbox"/> Actual
34. Toxoplasmosis	<input type="checkbox"/> No	Tuvo	<input type="checkbox"/> Actual
35. Rubéola	<input type="checkbox"/> Tuvo		<input type="checkbox"/> Actual
36. Citomegalovirus	<input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Si
37. Herpes	<input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Si
38. Sífilis	<input type="checkbox"/> No	Tuvo	<input type="checkbox"/> Actual
39. S.I.D.A.	<input type="checkbox"/> No	Sospecha.	<input type="checkbox"/> Si
40. Otros especifique _____			<input type="checkbox"/> _____

Riesgo bajo Riesgo medio Riesgo alto

EVALUACION DE RIESGO REPRODUCTIVO

(PREVIGen I)

1 DATOS GENERALES

- | | | | |
|--------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|
| 01. Edad (años) | <input type="checkbox"/> 20 a 30 | <input type="checkbox"/> 15 a 19 | <input type="checkbox"/> 14 o menos |
| 02. Edad (años) | | <input type="checkbox"/> 31 a 35 | <input type="checkbox"/> 36 o más |
| 03. Peso al inicio (kg) | <input type="checkbox"/> 51 a 64 | <input type="checkbox"/> 65 a 75 | <input type="checkbox"/> 76 o más |
| 04. Peso al inicio (kg) | | <input type="checkbox"/> 41 a 50 | <input type="checkbox"/> 40 o menos |
| 05. Estatura (cm) | <input type="checkbox"/> 1.50 o más | <input type="checkbox"/> 1.45 a 1.49 | <input type="checkbox"/> 1.44 o menos |
| 06. Nivel socioeconómico | <input type="checkbox"/> Alto y medio | <input type="checkbox"/> Bajo | <input type="checkbox"/> Muy bajo |
| 07. Estado civil | <input type="checkbox"/> Casada | <input type="checkbox"/> Soltera | <input type="checkbox"/> Sin cónyuge |
| 08. Estado civil | <input type="checkbox"/> Unión libre | <input type="checkbox"/> Viuda | |
| 09. Actitud | <input type="checkbox"/> Adecuada | <input type="checkbox"/> Inadecuada | <input type="checkbox"/> Muy alterada |

2 ANTECEDENTES

- | | | | |
|-------------------------------|---------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|
| 10. Paridad | <input type="checkbox"/> 1 a 3 | <input type="checkbox"/> 4 a 6 | |
| 11. Paridad | | <input type="checkbox"/> Nullípara | |
| 12. Parto anterior | <input type="checkbox"/> Normal | <input type="checkbox"/> Difícil | <input type="checkbox"/> Traumático |
| 13. Abortos consecutivos | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> 2 o más | |
| 14. Cesareas previas | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Una | <input type="checkbox"/> 2 o más |
| 15. Partos pretérmino 37 sem. | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Uno | <input type="checkbox"/> 2 o más |
| 16. Preeclampsia-eclampsia | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> |
| 17. Hijos <2500 g. ó menos | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Uno | <input type="checkbox"/> 2 o más |
| 18. Hijos de 4000 g. ó más | <input type="checkbox"/> No | | <input type="checkbox"/> Sí |
| 19. Muertes perinatales | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Uno | <input type="checkbox"/> 2 o más |
| 20. Hijo malformado | <input type="checkbox"/> No | | <input type="checkbox"/> Sí |
| 21. Cirugía previa | | <input type="checkbox"/> Ginecológica | <input type="checkbox"/> Utero |

3 EMBARAZO ACTUAL

- | | | | |
|--|-------------------------------------|---|--------------------------------------|
| 22. Consanguinidad | <input type="checkbox"/> No | | <input type="checkbox"/> Sí |
| 23. Factor Rh | <input type="checkbox"/> Positivo | <input type="checkbox"/> Negativo no inmunizada | <input type="checkbox"/> Negativo |
| | | <input type="checkbox"/> 8 a 10.9 | <input type="checkbox"/> Inmunizada |
| 24. Hemoglobina en g. | <input type="checkbox"/> 11 o más | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> 8.0 ó menos |
| 25. Tabaquismo | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí | |
| 26. Alcoholismo | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí | |
| 27. Toxicomanías | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí | |
| 28. Amenaza de aborto (20 sem. o menos) | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Controlada | <input type="checkbox"/> Activa |
| 29. Amenaza parto pretérmino (21 o más sem.) | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Controlada | <input type="checkbox"/> Activa |
| 30. Hemorragia ginecológica | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Controlada | <input type="checkbox"/> Activa |
| 31. Cardiopatía | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Controlada | <input type="checkbox"/> Activa |
| 32. Nefropatía | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Controlada | <input type="checkbox"/> Activa |
| 33. Diabetes | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Controlada | <input type="checkbox"/> Activa |
| 34. Hipertensión crónica | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Controlada | <input type="checkbox"/> Activa |
| 35. Hipertensión del embarazo | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Controlada | <input type="checkbox"/> Activa |
| 36. Ruptura de membranas | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> 12 hs o menos | <input type="checkbox"/> 13 hs o más |
| 37. Otros especifique _____ | <input type="checkbox"/> | _____ | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> Riesgo baj | <input type="checkbox"/> Riesgo medio | <input type="checkbox"/> Riesgo alto |

EVALUACION INICIAL DE RIESGO PERINATAL EN EL EMBARAZO

(PREVIGen II)

01. Presión arterial Sist.	<input type="checkbox"/> 80-139	140-160	<input type="checkbox"/> 161 y más
02. Presión arterial Diast.	<input type="checkbox"/> 60-90	91-109	<input type="checkbox"/> 110 y más
03. Aumento de peso (kg/mes)	<input type="checkbox"/> 1 a 1.5	1.6 a 2.9	<input type="checkbox"/> 3.0 o más
04. Aumento de peso (kg/mes)		Sin aumento	<input type="checkbox"/> Disminución
05. Aumento F.U. (cms/mes)	<input type="checkbox"/> 3 a 5	6-7	<input type="checkbox"/> 8 y más
06. Aumento F.U. (cms/mes)		1-2	<input type="checkbox"/> No aumento
07. Líquido amniótico (cantidad)	<input type="checkbox"/> Normal	Moderado	<input type="checkbox"/> Exagerado ↑
08. Líquido amniótico (cantidad)		Moderado	<input type="checkbox"/> Exagerado ↓
09. Movimientos fetales	<input type="checkbox"/> Normal	Moderado	<input type="checkbox"/> Exagerado ↑
10. Movimientos fetales		Moderado	<input type="checkbox"/> Exagerado ↓
11. Hemorragia genital	<input type="checkbox"/> No	Mínima	<input type="checkbox"/> Regular
12. Membranas ovulares	<input type="checkbox"/> Integras	Rotas 12 hs. o menos	<input type="checkbox"/> Rotas 13 hs. o más
13. Contracciones uterinas antes de 37 semanas (por hora)	<input type="checkbox"/> 1 o menos	2 a 3	<input type="checkbox"/> 4 o más
14. Aborto 20 sem. o menos	<input type="checkbox"/> No	Amenaza	<input type="checkbox"/> En evolución
15. Parto pretérmino (21-36 sem.)	<input type="checkbox"/> No	Amenaza	<input type="checkbox"/> En evolución
16. Infección urinaria	<input type="checkbox"/> No	Controlada	<input type="checkbox"/> Activa
17. Otras alteraciones maternas _____		_____	<input type="checkbox"/> _____
Especifique _____		_____	<input type="checkbox"/> _____
18. Otras alteraciones fetales _____		_____	<input type="checkbox"/> _____
Especifique _____		_____	<input type="checkbox"/> _____
19. Otros especifique _____		_____	<input type="checkbox"/> _____

Riesgo bajo Riesgo medio Riesgo alto

EVALUACION DE RIESGO PERINATAL DURANTE LA EVOLUCION DEL EMBARAZO

(PREVIGen III)

- | | | | |
|----------------------------------|------------------------------------|----------------------|---|
| 01. Riesgo en el embarazo | <input type="checkbox"/> Bajo | Medio | <input type="checkbox"/> Alto |
| 02. Emotividad Edo. Psicológico | <input type="checkbox"/> Tranquila | Excitada | <input type="checkbox"/> Sin control |
| Actividad Uterina | 03. Frecuencia(10') | Menos de 3 | <input type="checkbox"/> 5 o más |
| Contracciones | 04. Intensidad | Baja | <input type="checkbox"/> Elevada |
| 05. Duración seg | <input type="checkbox"/> Normal | 61 a 90 | <input type="checkbox"/> + de 90 |
| 06. Tono | <input type="checkbox"/> 40 a 60 | Hipotónico | <input type="checkbox"/> Hipertónico |
| 0.7 Dilatación cérvix cm/hora. | <input type="checkbox"/> Normal | 3 o más | <input type="checkbox"/> Estacionaria |
| 0.8 Basal. | <input type="checkbox"/> 1-2 | 111-120 | <input type="checkbox"/> 110 o menos |
| Frecuencia Cardíaca Fetal | 09. Basal. | 151-160 | <input type="checkbox"/> 161 o más |
| 10. Ritmo | <input type="checkbox"/> Drp I | Dip variable | <input type="checkbox"/> Dip II |
| 11. Valoración Res- puesta fetal | <input type="checkbox"/> Reactivo | No reactivo | <input type="checkbox"/> Bradicardia |
| 12. puesta fetal | | Taquicardia | |
| 13. Pelvis | <input type="checkbox"/> Util | Limite o dudosa | <input type="checkbox"/> Desproporción |
| 14. Membranas | <input type="checkbox"/> Integra | Rolas 12 hs. o menos | <input type="checkbox"/> Rolas 13 hs. o más |
| 15. Presentación | <input type="checkbox"/> Cefálica | | <input type="checkbox"/> Otras |
| 16. No. de Felos. | <input type="checkbox"/> Uno | Regular | <input type="checkbox"/> 2 o más |
| 17. Cantidad | <input type="checkbox"/> Normal | | <input type="checkbox"/> Poli |
| Líquido Amniótico | 18. Cantidad | Verdoso | <input type="checkbox"/> Oligo |
| 19. Color | <input type="checkbox"/> Claro | Amarillento | <input type="checkbox"/> Verde Oscuro |
| 20. Color | | Emulsión | <input type="checkbox"/> Rojizo |
| 21. Calidad | <input type="checkbox"/> Grumoso | 2001-2500 | <input type="checkbox"/> Sin grumos |
| 22. Peso Calculado (J. Toshach) | <input type="checkbox"/> 2501-3500 | 3501-4000 | <input type="checkbox"/> 2000 o menos |
| 23. Peso Calculado (J. Toshach) | | Baja marginal | <input type="checkbox"/> 4001 o más |
| 24. Placenta Inserción | <input type="checkbox"/> Normal | Sospecha | <input type="checkbox"/> Previa |
| 25. Cordón Compresión | <input type="checkbox"/> Sin datos | Maternas | <input type="checkbox"/> Positivo |
| 26. Malformaciones | <input type="checkbox"/> No | Controladas | <input type="checkbox"/> Fetales |
| 27. Madre: Complicaciones | <input type="checkbox"/> No | | <input type="checkbox"/> Sin control |
| 28. Otros especifique_____ | | | <input type="checkbox"/> |

Riesgo bajo Riesgo medio Riesgo alto

EVALUACION DE RIESGO PERINATAL EN EL INICIO DEL TRABAJO DE PARTO

(PREVIGenIV)

- | | | | |
|----------------------------------|-------------------------------------|-------------------------|--|
| 01. Riesgo en Previgen IV | <input type="checkbox"/> Bajo | Medio | <input type="checkbox"/> Alto |
| 02. Frecuencia cardiaca fetal | <input type="checkbox"/> 121-150 | 111-120 | <input type="checkbox"/> 110 o menos |
| 03. Frecuencia cardiaca fetal | _____ | 151-160 | <input type="checkbox"/> 161 o más |
| 04. Valoración respuesta fetal | <input type="checkbox"/> Reactivo | No reactivo | <input type="checkbox"/> Bradicardia |
| 05. Valoración respuesta fetal | _____ | Taquicardia | _____ |
| 06. Tono uterino | <input type="checkbox"/> Normal | Hipotonía | <input type="checkbox"/> Hipertonia |
| 07. Frecuencia cont. en 10 min. | <input type="checkbox"/> 2-4 | Incoordinación | <input type="checkbox"/> Taquisistolia |
| 08. Duración seg. | <input type="checkbox"/> 40-60 | Menos de 40 | <input type="checkbox"/> 61 y más |
| 09. Dilatación Cervical cm./hora | <input type="checkbox"/> 1-2 | 3 o más | <input type="checkbox"/> Estacionaria |
| 10. Descenso presentación | <input type="checkbox"/> Normal | Rápida | <input type="checkbox"/> Difícil |
| 11. Temperatura G.C. | <input type="checkbox"/> 36-37 | Menos de 36 | <input type="checkbox"/> Más de 37 |
| 12. T.A. sistólica | <input type="checkbox"/> 80-139 | 140-160 | <input type="checkbox"/> 161 y más |
| 13. T.A. diastólica | <input type="checkbox"/> 60-90 | 91-109 | <input type="checkbox"/> 110 y más |
| 14. Membranas | <input type="checkbox"/> Integras | Rotas 12 Hs.
o menos | <input type="checkbox"/> 13' Hs. o más |
| 15. Inducción | <input type="checkbox"/> No | Oxitocina | <input type="checkbox"/> Oxitocina y otros |
| 16. Anestesia | <input type="checkbox"/> No | Regional | <input type="checkbox"/> General |
| 17. Uteroinhibidores | <input type="checkbox"/> No | _____ | <input type="checkbox"/> Sí |
| 18. Parto atendido en | <input type="checkbox"/> Cama | Expulsión | <input type="checkbox"/> Quirófano |
| 19. Episiotomía | <input type="checkbox"/> Sí | Desgarros | _____ |
| 20. Fórceps | <input type="checkbox"/> No | Profiláctico | <input type="checkbox"/> Indicado |
| 21. Duración del T.P. hs. | <input type="checkbox"/> Hasta 6 | 7-9 | <input type="checkbox"/> 10 o más |
| 22. Alumbramiento | <input type="checkbox"/> Expontáneo | Dirigido | <input type="checkbox"/> Manual |
| 23. Acretismo | <input type="checkbox"/> No | _____ | <input type="checkbox"/> Sí |
| 24. Hemorragia | <input type="checkbox"/> Normal | Moderada | <input type="checkbox"/> Excesiva |
| 25. Otros específicos: _____ | _____ | _____ | _____ |

Riesgo bajo Riesgo medio Riesgo alto

EVALUACION DE RIESGO PERINATAL EN LA EVOLUCION DEL TRABAJO DE PARTO

(PREVIGen V)

1 ANTECEDENTES

- | | | | |
|-------------------------|-------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|
| 01. Riesgo del embarazo | <input type="checkbox"/> Bajo | <input type="checkbox"/> Medio | <input type="checkbox"/> Alto |
| 02. Riesgo en el parto | <input type="checkbox"/> Bajo | <input type="checkbox"/> Medio | <input type="checkbox"/> Alto |

2 TRABAJO DE PARTO Y PARTO

- | | | | |
|--------------------------|--|--|--|
| 03. Duración dilatación | <input type="checkbox"/> Normal | <input type="checkbox"/> Muy Rápida | <input type="checkbox"/> Muy prolongada |
| 04. Duración expulsivo | <input type="checkbox"/> Normal 1-2 hs | <input type="checkbox"/> Muy rápido | <input type="checkbox"/> Prolongado |
| 05. Ruptura membranas | <input type="checkbox"/> 6 hs. o menos | <input type="checkbox"/> 7-12 | <input type="checkbox"/> 13 y más |
| 06. Líquido amniótico | <input type="checkbox"/> Con grumos | <input type="checkbox"/> Emulsionado | <input type="checkbox"/> Sin grumos |
| 07. Líquido amniótico | <input type="checkbox"/> Claro | <input type="checkbox"/> Sanguinolento | <input type="checkbox"/> Con sangre |
| 08. Líquido amniótico | <input type="checkbox"/> Claro | <input type="checkbox"/> Amarillento | <input type="checkbox"/> Verdoso |
| 09. Líquido A. cantidad | <input type="checkbox"/> Normal | <input type="checkbox"/> Regular | <input type="checkbox"/> Exagerado ↑ |
| 10. Líquido A. cantidad | | | <input type="checkbox"/> Exagerado ↓ |
| 11. Placenta desprendida | <input type="checkbox"/> No | | <input type="checkbox"/> Desprendimiento Prematuro |
| 12. Placenta peso | <input type="checkbox"/> Normal | <input type="checkbox"/> Aumentado | <input type="checkbox"/> Muy bajo |
| 13. Placenta infartos | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Aislados | <input type="checkbox"/> Múltiples |
| 14. Cordón cm. | <input type="checkbox"/> 31-60 | <input type="checkbox"/> 61 o más | <input type="checkbox"/> 30 o menos |
| 15. Cordón posición | <input type="checkbox"/> Normal | <input type="checkbox"/> Circular | <input type="checkbox"/> Circular |
| | | <input type="checkbox"/> Laxa | <input type="checkbox"/> Apretada |
| 16. Anestesia | <input type="checkbox"/> No y B.P.D. | <input type="checkbox"/> Analgesia | <input type="checkbox"/> General |
| 17. Parto | <input type="checkbox"/> Cefálico | | <input type="checkbox"/> Pélvico |
| 18. Nacimiento | <input type="checkbox"/> Parto | <input type="checkbox"/> Fórceps prog. | <input type="checkbox"/> Fórceps urgente |
| 19. Nacimiento | | <input type="checkbox"/> Cesárea prog. | <input type="checkbox"/> Cesárea urgente |
| 20. Trauma fetal | <input type="checkbox"/> No | | <input type="checkbox"/> SI |

3 NEONATO

- | | | | |
|------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|--|
| 21. Peso en gramos | <input type="checkbox"/> 2501-3500 | <input type="checkbox"/> 2000-2500 | <input type="checkbox"/> Menos de 2000 |
| 22. Peso en gramos | | <input type="checkbox"/> 3501-4000 | <input type="checkbox"/> Más de 4000 |
| 23. Edad Gest. Capurro (Sem) | <input type="checkbox"/> 37-41 | <input type="checkbox"/> 33-36 | <input type="checkbox"/> 32 o Menos |
| 24. Edad Gest. (Capurro) | | | <input type="checkbox"/> 42 o Más |
| 25. Apgar | <input type="checkbox"/> 07-10 | <input type="checkbox"/> 04-06 | <input type="checkbox"/> 01-03 |
| 26. Reanimación, maniobras | <input type="checkbox"/> Normales | <input type="checkbox"/> Moderadas | <input type="checkbox"/> Intensivas |
| 27. Signos de infección | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sospecha | <input type="checkbox"/> Positivo |
| 28. Sufrimiento fetal | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Moderado | <input type="checkbox"/> Severo |
| 29. Otros _____ | | | <input type="checkbox"/> _____ |

Riesgo bajo Riesgo medio Riesgo alto

EVALUACION DE RIESGO PERINATAL AL NACIMIENTO EN EL RECIEN NACIDO

(PREVIGen VI)

01. Riesgo Previgen VI	<input type="checkbox"/> Bajo	Medio	<input type="checkbox"/> Alto
02. Pérdida peso	<input type="checkbox"/> Hasta 8%	9-12 %	<input type="checkbox"/> 13% y más
03. Control de temperatura	<input type="checkbox"/> Si		<input type="checkbox"/> No
04. Alimentación	<input type="checkbox"/> Al seno	Otra	<input type="checkbox"/>
05. Dispepsia	<input type="checkbox"/> No	Moderada	<input type="checkbox"/> Severa
06. Ontalitis	<input type="checkbox"/> No	Si	<input type="checkbox"/>
07. Ictericia	<input type="checkbox"/> Leve	Moderada	<input type="checkbox"/> Severa
08. Succión deglución	<input type="checkbox"/> Normal	Fatiga	<input type="checkbox"/> Anormal
09. Llanto	<input type="checkbox"/> Normal	Agudo	<input type="checkbox"/> Débil
10. Convulsiones	<input type="checkbox"/> Ausentes	Focal	<input type="checkbox"/> Generalizadas
11. Respuesta. Examen	<input type="checkbox"/> Normal	Agitación	<input type="checkbox"/> Letargo
12. Fontanelas	<input type="checkbox"/> Normal	Deprimida	<input type="checkbox"/> Tensa
13. Tono muscular	<input type="checkbox"/> Normal	Hipertónico	<input type="checkbox"/> Hipotónico
14. Movimientos anormales	<input type="checkbox"/> No	Tembler	<input type="checkbox"/> Clónicos
15. Opistotonos	<input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Si
16. Asimetría postural	<input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Si
17. Cadera	<input type="checkbox"/> Normal	Abducción	<input type="checkbox"/> Ortolani pos.
18. Prensión	<input type="checkbox"/> Con jalón	Sin jalón	<input type="checkbox"/> Ausente
19. Búsqueda	<input type="checkbox"/> Normal	Limitada	<input type="checkbox"/> Ausente
20. Moro	<input type="checkbox"/> Normal	Asimétrico	<input type="checkbox"/> Ausente
21. Endereza miembros inferiores	<input type="checkbox"/> Normal	Incompleto	<input type="checkbox"/> Ausente
22. Cabeza sigue tronco	<input type="checkbox"/> Si		<input type="checkbox"/> No
23. Marcha	<input type="checkbox"/> Normal	Incompleto	<input type="checkbox"/> No
24. Otros especifique. _____			

Riesgo bajo Riesgo medio Riesgo alto

EVALUACION DE RIESGO PERINATAL EN EL RECIEN NACIDO DE 0-6 DIAS

(PREVIGen VII)

01. Riesgo en el parto Previgen V	<input type="checkbox"/> Bajo	Medio	<input type="checkbox"/> Alto
02. Hemorragia	<input type="checkbox"/> Normal	Moderada	<input type="checkbox"/> Excesiva
03. Hipertensión	<input type="checkbox"/> No	Moderada	<input type="checkbox"/> Severa
04. Hipotensión	<input type="checkbox"/> No	Moderada	<input type="checkbox"/> Severa
05. Taquicardia	<input type="checkbox"/> No	Moderada	<input type="checkbox"/> Severa
06. Hipertermia	<input type="checkbox"/> No	Moderada	<input type="checkbox"/> Severa
07. Involución uterina	<input type="checkbox"/> Adecuada	Subinvolución	<input type="checkbox"/> Atonia
08. Insuficiencia respiratoria	<input type="checkbox"/> No	Moderada	<input type="checkbox"/> Severa
09. Edema	<input type="checkbox"/> No	Regional	<input type="checkbox"/> General
10. Infección	<input type="checkbox"/> No	Local	<input type="checkbox"/> Generalizada
11. Emulorios	<input type="checkbox"/> Regulares	Con dificultad	<input type="checkbox"/> No
12. Lactancia	<input type="checkbox"/> Al seno	Otra	<input type="checkbox"/>
13. Otros especifique: _____		_____	_____

Riesgo bajo **Riesgo medio** **Riesgo alto**

PUERPERIO:

Inmediato hasta 24 horas
Mediato 25 a 72 horas
Tardío 4 a 42 días

EVALUACION DE RIESGO PERINATAL EN EL PUERPERIO

PREVIGen VIII)

- | | | | |
|--------------------------------|------------------------------------|---------------|--|
| 01. Riesgo Previgen VII | <input type="checkbox"/> Bajo | Medio | <input type="checkbox"/> Alto |
| 02. Riesgo Previgen VIII | <input type="checkbox"/> Bajo | Medio | <input type="checkbox"/> Alto |
| 03. Peso | <input type="checkbox"/> Normal | Desv. leve | <input type="checkbox"/> Desv. severa |
| 04. Estatura | <input type="checkbox"/> Normal | Desv. leve | <input type="checkbox"/> Desv. severa |
| 05. Perímetro cefálico | <input type="checkbox"/> Normal | Desv. leve | <input type="checkbox"/> Severa |
| 06. Alimentación | <input type="checkbox"/> Adecuada | Inadecuada | |
| 07. Inmunizaciones | <input type="checkbox"/> Completas | Incompletas | |
| 08. Deshidratación | <input type="checkbox"/> No | Moderada | <input type="checkbox"/> Severa |
| 09. Insuficiencia respiratoria | <input type="checkbox"/> No | Moderada | <input type="checkbox"/> Severa |
| 10. Higiene | <input type="checkbox"/> Buena | Mala | |
| 11. Cuidado Materno | <input type="checkbox"/> Si | No | |
| 12. Respuesta examen | <input type="checkbox"/> Normal | Agitación | <input type="checkbox"/> Letargo |
| 13. Fontanelas | <input type="checkbox"/> Normal | Deprimida | <input type="checkbox"/> Tensa |
| 14. Tono muscular | <input type="checkbox"/> Normal | Hipertonía | <input type="checkbox"/> Hipotonía |
| 15. Convulsiones | <input type="checkbox"/> No | Focal | <input type="checkbox"/> General |
| 16. Movimientos anormales | <input type="checkbox"/> No | Temblores | <input type="checkbox"/> Clónicos |
| 17. Deglución | <input type="checkbox"/> Normal | Fatiga | <input type="checkbox"/> Anormal |
| 18. Malformación | <input type="checkbox"/> No | Menor | <input type="checkbox"/> Mayor |
| 19. Desarrollo motor | <input type="checkbox"/> Normal | Retraso 1 mes | <input type="checkbox"/> Retraso > 1 mes |
| 20. Desarrollo coordinación | <input type="checkbox"/> Normal | Retraso 1 mes | <input type="checkbox"/> Retraso > 1 mes |
| 21. Desarrollo social | <input type="checkbox"/> Normal | Retraso 1 mes | <input type="checkbox"/> Retraso > 1 mes |
| 22. Desarrollo lenguaje | <input type="checkbox"/> Normal | Retraso 1 mes | <input type="checkbox"/> Retraso > 1 mes |
| 23. Otros especifique: _____ | <input type="checkbox"/> Normal | | |

Riesgo bajo Riesgo medio Riesgo alto

EVALUACION DE RIESGO EN EL NIÑO DE 7 DIAS A 1 AÑO

(PREVIGen IX)

1. Nombre del paciente: _____ 2. No. de exp. _____

3. Fecha de llenado

Día	Mes	Año

 4. Fecha de envío

Día	Mes	Año

5. Lugar en que se hizo la evaluación

- Hogar _____
- Clínica _____
- Hospital _____
- Otro _____

6. Semanas de gestación por F.U.M. 6.1

--	--

 o aproximadamente 6.2.

--	--

7. Evaluación de riesgo:

- Bajo
- Medio
- Alto

8. Se refiere a:

- Manejo en su hogar (visita domiciliaria)
- Clínica de I nivel
- Clínica de II nivel
- Hospital

9. Factores de riesgo

Clave No.	Color
_____	_____
_____	_____

- Servicio de urgencia
- Consulta alto riesgo
- Consulta bajo riesgo

10. Especifique la causa del envío: _____

11. Recomendaciones a la paciente: _____

12. Nombre: _____ 13. Clave _____ 14. Firma _____

15. Médico general 16. Lic. Ent. Obst. 17. Médico especialista G. O.

18. Otro Especifique: _____ 19. Tipo de paciente que se envía _____

No embarazada Embarazada Recién nacido

1. IDENTIFICACION.

Nombre: _____ No. Exp. _____ Edad _____
 Ingreso: _____
 año mes día
 Sem. Gestación: _____ Grupo Sanguíneo: _____ Rh. _____

2. PARTO.

Término Pretérmino Postérmino
 Natural Fórceps Cesárea Eutocia Distocia
 Anestesia: No Local Regional General
 Complicaciones: No SI _____
 Tratamiento: Médico Quirúrgico: _____

3. RECIEN NACIDO

Alojamiento Conjunto Cunero Terapia causa: _____
 1er. min. 1 a 3 4-6 7-10 _____ Calif.
 2do. min. 1 a 3 4-6 7-10 _____ Calif.
 Gramos. Talla: _____ cm.
 Pretérmino Término Postérmino
 Prematuro Maduro Postmaduro
 No Menores Mayores
 No B.C.G. Polio
 No SI _____
 Médico Quirúrgico: _____

4. PUERPERIO:

Aloj. conjunto Patológico Postquirúrgico: _____
 Complicaciones: No SI _____
 Tratamiento: Médico Quirúrgico _____

5. MORTALIDAD:

Directa Indirecta
 Aborto Intermedia Tardia
 Temprana Tardia.

 Causa: _____

6. PREVENCIÓN PARA LA SALUD REPRODUCTIVA: SI No _____
 causa
 S.C.B. DIU Hormonales Otro _____

7. EGRESO: Madre: Fecha _____
 año mes día Curación Mejoría Muerte

Diagnóstico _____
 Niño: Fecha _____
 día mes año Curación Mejoría Muerte
 Diagnóstico: _____

EQUIPO DE SALUD:

GinecoObstetra: _____
 Pediatra: _____
 Lic. Ent. _____
 T.s _____
 E.P.P. _____

CEDULA DE CONTRARREFERENCIA PREVIGEN 88



Y

CIMIGen

Te invitan a

Participar en este programa enviando una copia del Previgen 99 y del Previgen 88 (Cédula de Contrarreferencia) de cada uno de tus casos evaluados con este Sistema hasta el momento del nacimiento a:

**Centro de Investigación Materno Infantil Gen
(CIMIGen).**

Ave. Tláhuac No. 1004,

Col. Lomas Estrella,

Iztapalapa, D.F.

C.P. 09890.

**Dr. Carlos Vargas García
Director**

Fax 6-95-06-72

Teléfonos:

656-57-78

695-06-18

**Este Folleto se terminó de Imprimir, en
Artes Gráficas Libertad
Septiembre de 1993
Veracruz, Ver. Méx.**