

51 11226



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

HOSPITAL GENERAL REGIONAL No. 1  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 35  
CULIACAN SINALOA

**PLANIFICACION FAMILIAR Y  
FACTORES DE RIESGO REPRODUCTIVO**

**TESIS DE POSTGRADO**

PARA OBTENER EL TITULO EN LA  
ESPECIALIDAD DE  
**MEDICINA FAMILIAR**  
P R E S E N T A :

**DRA. MARIA DE LOS ANGELES FLORES OCHOA**

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

CULIACAN DE ROSALES, SIN

2002



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

AGRADECIMIENTO INFINITO A:

MIS PADRES, por darme la -  
oportunidad de vivir..

A MIS HIJOS:

Por su comprensión y apoyo, que  
con su cariño mitigaron los mo-  
mentos más difíciles..

A MIS HERMANOS:

Por su solidaridad.

A MIS COMPANEROS:

Su amistad..

A MIS MAESTROS:

Su ejemplo de continuar  
superandome cada día.

## INDICE

INTRODUCCION .....	1
JUSTIFICACION .....	2
ANTECEDENTES CIENTIFICOS .....	3
MATERIAL Y METODOS .....	13
RESULTADOS .....	14
CONCLUSIONES .....	25
RESUMEN .....	26
BIBLIOGRAFIA .....	27

## INTRODUCCION

Los factores de riesgo reproductivo de la mujer en edad fértil, son el conjunto de parámetros que permiten clasificar en ella, el grado de riesgo materno fetal a que está expuesta, la evaluación en su conjunto nos permite conocer el factor de riesgo reproductivo del binomio madre-hijo en etapas tempranas de la gestación, para saber si se trata de bajo o alto riesgo. Todo esto permite la atención adecuada de la mujer en edad reproductiva, ya sea por el médico familiar o el gineco-obstetra, para que de esta manera la mujer lleve a feliz término sus futuros embarazos.

Los parámetros más importantes de esta evaluación son: edad, peso, talla, número de gestas, partos, abortos, cesáreas, intervalo intergenésico, patología obstétrica previa y antecedentes personales patológicos y no patológicos; todo lo cual nos permite hacer una evaluación fidedigna de las condiciones de la mujer en edad reproductiva en un momento determinado.

Todos estos factores de riesgo se ven modificados según el lugar donde viva la persona, tratase de áreas rurales o urbanas, de países en vías de desarrollo o de los altamente tecnificados, sin embargo en todos estos niveles, la evaluación de estos factores de riesgo resultará siempre de una alta utilidad a todo aquel médico que brinda atención a mujeres en edad reproductiva.

Todos los factores de riesgo anteriormente mencionados, se encuentran contenidos en la forma MF-7, la cual facilita el registro, identificación y evaluación del factor de riesgo reproductivo y así mismo, contempla los elementos básicos de la atención prenatal.

## JUSTIFICACION

En la población mexicana se presenta como en muchas otras, un nivel de vida bajo en términos generales donde se mezclan factores como el analfabetismo, la mala alimentación y la falta de conciencia de muchos problemas sociales que favorecen el desarrollo y la prevalencia de altas tasas de morbilidad materno fetal, debida a la presencia de factores de riesgo como son: factores constitucionales, factores socio-culturales y factores económicos, esta etiología multifactorial conduce a la prevalencia de altas tasas de morbilidad y mortalidad tanto materna como infantil.

Una alta parte de nuestra población derechohabiente pertenece a estos grupos de población de alto riesgo, donde en muchos casos la mujer gestante debiera tener una adecuada atención médica de sus embarazos y también la utilización de un método anticonceptivo adecuado a su factor de riesgo, ya que en muchas ocasiones mujeres con altos factores de riesgo reproductivo llevan métodos temporales, cuando debieran tener ya un método definitivo, con el fin de no estar expuestas a un nuevo riesgo reproductivo al que las llevaría un nuevo embarazo.

Como ya se ha mencionado, el origen de estos grupos de alto riesgo reproductivo es multifactorial y si bien no es posible modificar totalmente este panorama, sí es factible limitar el daño, cuando se atiende oportunamente a aquellas mujeres que por su edad, es muy probable cursen embarazo en etapas iniciales del mismo, para realizar así una verdadera medicina preventiva, tomando las medidas indicadas y necesarias según el caso de que se trate, esto se verá reflejado en la disminución de la tasa de morbilidad materno infantil.

Por todo lo anteriormente mencionado, es indudable la importancia del presente estudio para conocer mejor a nuestra población derechohabiente, que se encuentra en edad reproductiva y planear adecuadamente las estrategias necesarias para una mejor atención de nuestras pacientes.

## ANTECEDENTES HISTORICO-CIENTIFICOS

## ANTECEDENTES HISTORICOS

En nuestro país la atención de la mujer embarazada se encontraba ya presente desde tiempos de los aztecas, en donde la atención de la -- misma estaba a cargo de una mujer llamada TLAMTQUITICITL, la cual se -- preparaba largamente antes de ejercer su actividad profesional como encargada de la atención de la mujer embarazada. El papel desarrollado -- por dicha mujer, no abarcaba exclusivamente los cuidados propios del -- embarazo, sino su labor se iniciaba desde la etapa de noviazgo y se -- prolongaba después del parto durante el puerperio, todo lo cual hace -- suponer que la tasa de mortalidad materno fetal debió ser baja, ya que -- además el aborto estaba prohibido y los castigos para la mujer que lo -- practicaba eran severos.

En nuestro país, en 1921 se inicia una etapa importante de pro-- tección a la mujer embarazada con normas bien establecidas para lograr -- el abatimiento de las tasas de morbimortalidad materno fetal, la prime -- ra estadística se encuentra en 1922 señalándose una cifra de 90 x 100. -- mil nacimientos, para 1930 había descendido a 60 x 100 mil nacimientos.

De esta forma el país continuó su desarrollo marcando una etapa -- importante en 1944 con la promulgación de la ley del Seguro Social, --- señalándose entonces una mortalidad de 35 x 100 mil nacimientos.

## ANTECEDENTES CIENTIFICOS

En el campo de la salud materno fetal un aspecto fundamental en la atención integral de las mujeres en edad fértil, esta constituido por las acciones de los equipos de salud en la detección y manejo de los diferentes factores biológicos de riesgo reproductivo, ya que en grado variable están asociados con una gran proporción de muertes maternas y perinatales o por lo menos elevan las posibilidades en los productos que sobreviven o de la madre de presentar un deterioro importante en la salud.

Refiriéndose específicamente a las mujeres embarazadas, se ha observado que determinadas características de este grupo se encuentran relacionadas con una evolución desfavorable del embarazo, tales como la mortalidad materna y perinatal. En ese sentido se ha definido al riesgo reproductivo como "El grado de peligro que tienen las mujeres en edad fértil como su producto de sufrir enfermedad, lesión o muerte en caso de un embarazo".

Diferentes experiencias han demostrado que con la identificación de los factores de riesgo, que en alguna manera determinan o precipitan la mortalidad, es posible detectar una proporción elevada de mujeres expuestas a los riesgos antes mencionados en caso de un nuevo embarazo.

Es importante mencionar que se consideran como factores de riesgo de nuestro estudio a los contenidos en la forma MF-7.

EDAD.- Como anteriormente se ha manifestado se considera en sentido biológicamente estricto que el período óptimo para la gestación humana, sucede cuando la mujer cuenta entre 20 y 29 años, aunque se acepta que puede exceder hasta los 35 años, esto último representa un factor de riesgo importante para el producto de la gestación. Por otra parte cuando el embarazo se presenta en la mujer adolescente, es decir entre los 16 y 18 años, el pronóstico del binomio madre-hijo se ensombrece en forma importante, ya que más del 80% de los casos se presenta en madres primigestas.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

De las complicaciones obstétricas que se presentan en estas pacientes, cabe mencionar a la toxemia en primer lugar, posteriormente a la amenaza de aborto y de parto prematuro, en el cual además de la baja edad materna se refiere la procedencia de la paciente, que por lo regular es de medio socio-económico bajo, además de que probablemente se trate de una madre soltera. Sin embargo el índice de abortos no difiere en forma importante respecto a otras poblaciones obstétricas, lo que si parece explicar (no justificar) el pobre pronóstico del binomio madre-hijo debido al bajo o nulo control prenatal de la mujer embarazada.

A pesar de todo no es posible fijar una edad óptima para que la mujer se inicie en el proceso de la reproducción, ya que el resultado favorable o desfavorable depende tanto de factores biológicos, económicos, sociales y culturales como de la atención médica que reciba. De lo anteriormente expuesto, podemos concluir que los factores que anteceden a la ocurrencia del embarazo en la adolescente o en la madre añosa, todos ellos influyen en la condición de riesgo alto en que ha sido considerado el embarazo en estas etapas de la vida. Para los recién nacidos destaca el peligro de sufrimiento fetal, prematuridad y muerte neonatal, todo lo cual sería posible prevenir mediante el adecuado control prenatal, así como la especial atención a los problemas psicosociales, lo que repercutiría favorablemente en los índices de morbimortalidad materno fetal.

**PESO.**- El bajo peso materno menor de 50 K es considerado como un importante factor de riesgo que condiciona múltiples patologías, ya que indistintamente se le encuentra relacionado con déficit alimentario de la madre, el cual por si solo constituye una importante patología en la madre que repercutirá directamente sobre el producto de la gestación.

Por lo general se acepta que mujeres con peso previo a la gestación menor de 50Kg dan a luz un elevado número de neonatos, los cuales tienen una mayor mortalidad neonatal. De acuerdo a esto y aún considerando como límite de riesgo un peso menor de 50Kg, respecto a su estatura, así como de su estado nutricional es preciso aclarar que en el norte de nuestro país la mujer está por arriba de estos límites.

**TALLA.**- (centímetros) para la mayoría de los autores esta se encuentra en relación directa respecto del peso, haciendo énfasis en que además del medio socio-económico y cultural es determinante en cuanto a la talla de la mujer embarazada mexicana. La talla materna baja guarda relación con el acortamiento de los diámetros de la pelvis materna, siendo causa frecuente de desproporción cefalopélvica.

**ESCOLARIDAD MATERNA.**- Es en este renglón donde una vez más se demuestra fehacientemente, que el bajo nivel socio-económico y cultural de nuestro pueblo y en especial de nuestras mujeres, influye en la aparición

que como factor de riesgo reproductivo hace el analfabetismo, por lo cual no es difícil predecir que el número de gestas y partos sea elevado en estas mujeres. Sin embargo es justo reconocer, que a mayor escolaridad menor número de gestas y partos sin que esto sea una regla, ya que como hemos comentado los demás integrantes del medio ambiente de la mujer son también determinantes. Además debemos recordar que en nuestro pueblo en general sólo se alcanza en promedio el cuarto año de instrucción primaria y sin grandes esperanzas de que esto sea superado al menos en las próximas tres décadas.

**GESTACIONES.-** Es muy importante observar la relación de escolaridad con la gran multiparidad, cerca del 60% de las grandes multiparas son analfabetas. Es indudable que en nuestro país en los últimos años se ha dado un gran auge a los métodos de control de la fertilidad sin embargo el problema de la gran multipara sigue existiendo.

Es evidente que el embarazo en este grupo de pacientes se lleva a cabo en un terreno desfavorable; la mayor frecuencia de enfermedades concomitantes, la presencia de complicaciones y el bajo nivel económico, condicionan factores de riesgo importantes para esta población, -- esto se ve agravado por la negligencia de las pacientes a llevar un -- control prenatal, por ignorancia y por falsa sensación de seguridad de embarazos y partos anteriores, que aparentemente ha cursado sin -- complicaciones.

**PARIDAD.-** La multiparidad, otro de los factores de riesgo de la mujer en edad fértil cuenta con alto índice de importancia, ya que en estudios institucionales se ha visto que un 20-25% de ellas son multiparas con 6 ó más partos, presentando trastornos de la estática pélvica, productos macrosómicos o con bajo peso al nacer, así como enfermedades concomitantes como la hipertensión arterial y la insuficiencia venosa periférica, las que se agravan con cada embarazo, planteando -- múltiples complicaciones a la gestante y a su médico tratante.

**ABORTOS.-** Al determinar el perfil epidemiológico de la mujer -- con mayor riesgo de aborto, nos encontramos que este ha variado durante las últimas décadas a pesar de los programas de paternidad responsable, por lo que el aborto sigue constituyendo un problema de salud pública, ocupando un lugar destacado entre los problemas maternos -- en nuestro medio. En nuestro país existe una fuerte motivación en la población para limitar el número de hijos y por esta razón muchas mujeres recurren al aborto inducido en forma clandestina como una de las -- formas electivas para lograr su objetivo.

Este gran número de abortos cuya magnitud ha sido siempre difícil de calcular, es practicado en pésimas condiciones y con técnicas inapropiadas, ocasionando graves secuelas y en ocasiones la muerte de mujeres jóvenes en plena edad reproductiva, con todas las repercusiones sociales que esto implica. Por esta razón el aborto constituye en

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

nuestro país un serio problema médico social, que lleva a clínicos y epidemiólogos a rigurosos estudios sobre sus posibles factores condicionantes.

**CESAREA.**- Diversos análisis de la patología obstétrica y perinatal señalan el beneficio de un criterio quirúrgico más amplio en situaciones maternas graves como toxemia, diabetes, enfermedad hipertensiva del embarazo etc. y por otra parte pretenden reducir el traumatismo obstétrico en la presentación pélvica, el embarazo múltiple o el sufrimiento fetal agudo, por lo cual la obstetricia moderna contempla la realización más frecuente de la operación cesárea, condicionada por el interés de mejorar las condiciones de vida tanto maternas como fetales. Aunque en la actualidad se considera que la operación cesárea no debe ya ser causa de mortalidad materna, sigue siendo un factor de riesgo, que aunque no determinante si es coadyuvante. A pesar de ello su índice de mortalidad es muy bajo.

**INTERVALO INTERGENESICO.**- Este importante factor de riesgo considerado como el lapso de tiempo entre un embarazo y otro y cuyo tiempo - óptimo es de 13 a 60 meses, se encuentra entre uno de los más importantes parámetros a evaluar en la mujer en edad reproductiva. El acortamiento de este período o su alargamiento, conduce a mal estado nutricional materno y a distocias del trabajo de parto normal.

**ANTECEDENTES OBSTETRICOS.**- Los antecedentes obstétricos son aquel grupo de factores de riesgo ocurridos en la mujer en sus embarazos anteriores y los cuales pueden representar un importante factor de riesgo reproductivo para futuros embarazos, entre los más importantes se encuentran los que mencionaremos a continuación:

**ENFERMEDAD HIPERTENSIVA DEL EMBARAZO:** La enfermedad hipertensiva del embarazo, es aquella hipertensión existente desde antes del inicio del embarazo formando parte ya sea de hipertensión arterial esencial o de causa determinada y que al coexistir con el embarazo impide el desarrollo saludable del mismo. El padecimiento se caracteriza por un cuadro clínico gradualmente progresivo conforme se desarrolla el embarazo, pudiendo tener cifras tensionales de 140/90 mm de Hg o más. Por lo general estas cifras retornan a lo normal seis meses después del parto.

Las manifestaciones clínicas encontradas dependen de la gravedad del padecimiento, pudiendo existir cefalea occipital matinal, edema ligero y en ocasiones proteinuria por lo general leve. Un dato importante para diferenciar a esta entidad de la toxemia gravídica es que en esta última se elevan las cifras sericas de ácido úrico y las cifras tensionales son más elevadas, así como la proteinuria y las manifestaciones neurológicas de la enfermedad.

**DIABETES GESTACIONAL.**- Es la que aparece en el transcurso de la gestación y que termina con la misma; sin embargo se calcula que aproximadamente 45% de estas mujeres desarrollan diabetes del tipo II dentro de los 10 años siguientes al embarazo que la desencadenó. Estas pacientes --

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

vuelven a presentar el trastorno metabólico en embarazos subsecuentes - aunque no haya manifestaciones, aunque no haya manifestaciones de intolerancia a los carbohidratos durante las etapas intermedias. En la actualidad se considera que epidemiológicamente la manera más eficaz de diagnosticar la diabetes gestacional es realizando una determinación de glucemia a toda mujer embarazada alrededor de la semana 25 del embarazo. Un valor de glucosa en sangre en ayuno mayor de 105 mg/dl es suficiente indicación para efectuar una curva de tolerancia a la glucosa (carga -- de 100 mg) en la curva de tolerancia dos valores superiores a las siguientes cifras establecen en diagnóstico.

TIEMPO	GLUCEMIA
0 min.	105 mg/dl.
60 min.	190 mg/dl.
120 min.	165 mg/dl

Por otro lado, las glucemias en ayuno superiores a 140 mg/dl o - las cifras mayores de 200 mg/dl después de los alimentos, son suficientes elementos para fundamentar el diagnóstico. En la población de bajo riesgo, como mujeres con antecedentes de la enfermedad, obesidad importante, hipertensión arterial o antecedentes obstétricos sugestivos debe siempre sospecharse la enfermedad.

En la asistencia de la mujer embarazada diabética se deben satisfacer 3 finalidades para asegurar la supervivencia del hijo de madre -- diabética. La primera es el control estricto de la concentración de glucosa materna.

La segunda se refiere a la vigilancia del feto para estimar el grado de crecimiento y bienestar, la tercera es la obtención de un producto de término mediante un parto eutócico. El indicador bioquímico - consiste en que el nivel sanguíneo de glucosa de ayuno sea entre 60-100 mg/dl y que la glucosa posprandial no exceda los 140 mg/ds, lo cual es posible cuando la paciente asiste a consulta a su unidad médica en forma regular. Las medidas específicas para conseguir este propósito comprenden la dieta, el uso de insulina y el ejercicio físico adecuado.

La dieta con una cantidad total de energía se fija en 30 Kcal -- por Kg de peso ideal. El aumento admisible para el peso corporal debe ser de 10-11 Kg igual que para la paciente no diabética. La distribución diaria de energía se calcula en 20% de proteínas, 45% de carbohidratos y un 30% de grasas, se ha insistido en incrementar el contenido de fibra en los nutrientes, asimismo se recomienda el empleo de vitaminas y calcio como en la paciente no diabética.

La hiperglicemia debe controlarse con insulina en la cantidad - que sea necesaria iniciando con 15 ó 20 UI

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

La mayoría de las pacientes se controlan con cantidades que van de 20-30 IU de insulina intermedia, los aumentos para encontrar la dosis adecuada deben hacerse en forma escalonada cada tercer día con aumentos de 5-7 UI, La mayoría de pacientes se controlan con una sola aplicación diaria antes del desayuno. Es importante señalar que los hipoglucemiantes orales no deben emplearse en el embarazo, porque no son capaces de controlar el trastorno metabólico y además inducen hiperinsulinismo fetal.

La vigilancia del estado fetal con técnicas externas constituye -- el cambio más importante en el manejo de la mujer con diabetes gestacional. La ultrasonografía en los dos primeros trimestres permite determinar la edad gestacional y la detección temprana de malformaciones fetales más adelante el ultrasonido seriado estima el crecimiento cefálico mediante el diámetro biparietal que se compara con el crecimiento somático. Cuando se tiene que recurrir a la amniocentesis es señal de control inadecuado y de que se han presentado complicaciones que por lo general indican la terminación del embarazo. La hospitalización de las pacientes se debe --- considerar como una regla, ya que es una urgencia particular y no una medida sistemática.

El término del embarazo debe ser por parto vaginal, más debido a -- las frecuentes complicaciones fetales la frecuencia de operación cesárea -- a alcanzado índices elevados de hasta el 45% lo que podría tomarse como -- una señal de que no se ha alcanzado el cuidado óptimo de la diabética -- embarazada. La Vigilancia postparto es importante para realizar acciones -- de planificación familiar para los futuros embarazos. A propósito cabe -- señalar que en el Instituto Mexicano del Seguro Social ha cobrado un in-- terés muy grande la atención de la mujer embarazada con diabetes gestacio-- nal, por lo que se han establecido normas para su tratamiento y programas que aseguren su ejecución con procedimientos de evaluación. Es importante conocer y difundir estos conocimientos a todo el sector salud, para de -- esta forma se garantice alcanzar los objetivos de abatir las tasas de mor-- bimortalidad perinatal como consecuencia de este problema metabólico

**ENFERMEDAD TIROIDEA Y EMBARAZO** - Se acepta que las alteraciones -- tiroideas tienen una repercusión importante sobre la vida reproductiva. -- En las mujeres afectadas han descrito alteraciones menstruales, inferti-- lidad y esterilidad, la asociación de enfermedad tiroidea y embarazo es -- rara y no constituye un problema de salud, su importancia reside en la -- alta morbilidad que le acompaña.

Respecto al hipotiroidismo materno se ha informado que puede tener un afecto adverso sobre el desarrollo del producto, sin embargo son comunes los informes de mujeres que llevan a buen término su embarazo sin haber tenido atención médica adecuada. En cuanto a los recién nacidos se -- reporta una elevada proporción de hipotiroidismo en aquellos cuyas madres recibieron dosis altas de yodo radioactivo o de metimazol, el cual era -- necesario para lograr el estado eutiroideo, este grupo de niños se recupe-- ro en las dos semanas posteriores.

Por lo que toca al hipertiroidismo y embarazo se reporta la frecuencia de óbito, mortalidad en recién nacidos y partos pretérmino, sin embargo hay una proporción elevada de malformaciones congénitas mayores sin tener una explicación para ello, las malformaciones se han encontrado incluso en mujeres con la enfermedad en remisión, se piensa que los medicamentos antitiroideos son en sí teratógenos, más también la enfermedad es un gran factor de riesgo ya que presenta alteraciones de la inmunidad que podrán ser un factor importante en la génesis de la patología obstétrica que se presenta en esta enfermedad, No existe el medicamento ideal para el tratamiento de hipertiroidismo en general y menos cuando se presenta durante la gestación.

**CARDIOPATIA Y EMBARAZO.**- El embarazo normal representa una sobrecarga para el aparato cardiovascular sano. El paciente con cardiopatía se requiere de adecuados mecanismos compensadores sin los cuales la cardiopatía embarazada, presentara diversos grados de riesgo obstétrico. -- Hemodinámicamente existe incremento del gasto cardíaco, volumen sanguíneo y frecuencia cardíaca, que junto con la retención de agua, modificaciones hormonales y el incremento del consumo de oxígeno, ponen en juego el máximo rendimiento del corazón que encontrándose con alguna patología puede en un momento dado fallar. Pues si bien es cierto que la incidencia de cardiopatía y embarazo es baja y que la edad es un factor que influye en el manejo de estas gestantes, también es cierto que se observa una cierta tendencia a la descompensación cardíaca con insuficiencia -- en pacientes por encima de la tercera década de la vida.

Las grandes multiparas deben controlarse su fertilidad, ya que a mayor esfuerzo de la bomba cardíaca en embarazos sucesivos mayor posibilidad de que esta se descompense. El tipo más frecuente de cardiopatía -- en estas pacientes es la reumática con franco predominio de la estenosis mitral y la doble lesión mitral sobre las cardiopatías congénitas como la comunicación interventricular.

El tratamiento médico es a base de digitálicos, diuréticos, potasio y anticoagulantes como la warfarina y la heparina. En relación al empleo de la terbutalina en la cardiopatía de la embarazada cabe señalar que en general no es el uteroinhibidor más adecuado y que además una de las contraindicaciones del uso de la misma son las cardiopatías, ya que la taquicardia entre otros efectos adversos puede favorecer la falla cardíaca. La participación del cardiólogo para la valoración de la paciente es básica, de preferencia fuera de la gestación para poder realizar un estudio integral y programar el embarazo en las mejores condiciones.

**EPILEPSIA.**- La epilepsia como la diabetes en el embarazo son padecimientos que aunque no son frecuentes, tienen una alta tasa de complicaciones para la mujer gestante. Se ha comprobado que el uso de anticonvulsivantes a dosis bajas durante el embarazo no producen anomalías o -- malformaciones congénitas, sino que es necesaria cierta dosis para que -- estas se presenten. Lo ideal sería que la mujer epiléptica en edad reproductiva no tomara ningún medicamento anticonvulsivante o si bien estos --

podrían sustituirse por otros que no dieran efectos adversos. Lamentablemente esto no existe y el riesgo de malformaciones congénitas puede llegar a ser hasta del 20%.

Es posible controlar la reproducción sobre todo en la epiléptica autosómica dominante, ya que el riesgo para que los descendientes hereden la enfermedad es del 50% en cada embarazo.

La epilepsia puede condicionar complicaciones en el embarazo, se acepta que las epilépticas gestantes tienen una morbilidad gravídica y una mortalidad perinatal igual al doble si estas cifras se comparan con las de mujeres no epilépticas. Las principales complicaciones del embarazo, se refieren a hiperemesis, abortos, sangrado genital y aumento en las distocias. Los fetos y los recién nacidos pueden presentar también alteraciones como: prematurez, bajo peso y falta de desarrollo adecuado al nacimiento, así como un mayor número de anomalías congénitas que pueden llegar a ser hasta del 5%. Las repercusiones del embarazo sobre la enfermedad epiléptica han tratado de precisarse a través del análisis estadístico que parece indicar que por lo menos en la mitad de los casos la gravidez puede tener un efecto adverso sobre la enfermedad; hay embarazadas que sólo convulsionan durante el embarazo, constituyendo aproximadamente un 15% es la llamada epilepsia gestacional.

La crisis epiléptica por sí misma representa un riesgo para la gestante como un factor productor de hipoxia, la posible determinante de rupturas vasculares en el espacio veloso como elemento generador de traumatismos fetales asociados a la pérdida de la conciencia materna, inclusive se menciona que las crisis convulsivas pueden causar alteraciones metabólicas cerebrales que favorecen el desencadenamiento de crisis posteriores predisponiendo al estado epiléptico.

Las anomalías más frecuentes descritas en relación con el empleo de medicamentos antiépilépticos son: labio y paladar hendido, anomalías cardiovasculares, principalmente defectos septales como la tetralogía de Fallot, estenosis aórtica, PCA, anomalías de cierre del tubo neural como requisquisis (espina bífida), microcefalia, retraso mental, diferentes alteraciones esqueléticas, síndromes hemorrágicos y dismorfogénesis del maxilar facial. Se ha hecho el intento de relacionar la ingestión de un agente epiléptico con la alteración de alteraciones específicas, sin embargo esto no ha sido posible. La efectividad del medicamento como anti-convulsivante parece ser buena sin llegar a ser absoluta y esto está condicionado a la adecuación de la dosis según la edad gestacional, ajuste que localmente puede llevarse a cabo con determinaciones plasmáticas de la droga. La tolerancia de los medicamentos es buena, pero no debe olvidarse la serie de efectos indeseables que el medicamento puede producir el más grave de ellos es la muerte por anemia aplásica que ha ocurrido en forma excepcional.

Se informan en forma esporádica fenómenos de agranulocitosis, -- trombocitopenia y leucopenia que hacen obligada la realización de bio-- metrias hemáticas en forma periódica durante el embarazo. Se comunica -- que el 3% de las pacientes que han tomado carbamacedina fuera del emba-- razo han tenido erupción cutánea, adenomegalia generalizada fiebre y -- alteraciones de las pruebas de funcionamiento hepático, fenómenos que -- obligan a la supresión inmediata del medicamento; como ya se dijo ante-- riormente la dosis debe incrementarse a medida que el embarazo progresa ya que el mantenimiento de niveles sanguíneos adecuados del medicamento de niveles sanguíneos adecuados del medicamento en el factor principal para la prevención de las crisis. Durante el puerperio la dosis debe -- reducirse y al parecer no habrá contraindicaciones para administrar esta sustancia durante el periodo de lactancia.

TABAQUISMO.- El hábito de fumar resulta evidentemente de conse-- cuencias que si no mortales, si en un déficit importante de desarrollo del producto. Los principales efectos observados en hijos de madres fu-- madoras son: bajo peso al nacer, hipoplasia del pulmón fetal y una ma-- yor incidencia de productos prematuros. En la madre se ha observado un aumento en la frecuencia de embarazo tubario. Estas patologías se ob-- servan sobre todo en pacientes embarazadas que fuman más de 10 cigarril-- los por día.

ALCOHOLISMO.- El alcoholismo crónico materno conduce a estados -- de desnutrición importante en estas mujeres, con lo cual el desarrollo del producto de la gestación sufre una desnutrición intrauterino, lo cual origina la obtención de productos de bajo peso al nacer. Se ha observa-- do también síndrome de abstinencia alcohólica en recién nacidos de ma-- dres con alcoholismo crónico.

## MATERIAL Y METODOS

Se realizó un estudio retrospectivo, transversal, observacional y descriptivo, para determinar cuáles fueron los principales factores de riesgo reproductivo de la mujer en edad fértil asistente a la consulta externa de la U.M.F. No.35 de la Ciudad de Culiacán.

Se tomaron al azar 1000 expedientes clínicos de mujeres en edad reproductiva, analizándose la forma MF\_7, para identificación de factores de riesgo reproductivo.

Se incluyó en el estudio a pacientes con edades entre los 14 y - 44 años, sin distinción de estado civil, escolaridad o nivel socio-económico. Se excluyó a menores de 14 años y a mayores de 44. No se incluyeron a pacientes que cursaron embarazo o que tenían MF\_7 incompleta.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## RESULTADOS

## EDAD MATERNA

En el presente estudio, se encontró que el 16.4% de las pacientes estuvieron entre 14 y 19 años, al 50.2% entre 20 y 29 años, el 13.6% entre 30 y 34 años y el 19.8% fueron mayores de 34 años (Tabla No. 1)

PLANIFICACION FAMILIAR  
Y RIESGO REPRODUCTIVO

TABLA # 1  
EDAD MATERNA

EDAD	FRECUENCIA	%
14-19	164	16.4
20-29	502	50.2
30-34	136	13.6
+ 34	198	19.8
TOTAL	1000	100.0

Fuente: Expedientes clínicos.

## PESO MATERNO:

El 82.8 % de las pacientes tuvieron un peso mayor de 50 kg , mientras que el 17.2 % estuvieron por abajo de dicho peso (tabla No 2)

PLANIFICACION FAMILIAR Y  
RIESGO REPRODUCTIVO.

TABLA No 2  
PESO MATERNO

PESO (Kg)	FRECUENCIA	%
+ 50	828	82.8
- 50	172	17.2
TOTAL	1000	100.0

Fuente: Expedientes clínicos

## TALLA MATERNA:

Se encontró que el 78% de las pacientes del estudio tuvieron una talla mayor de 1 50 mts mientras que el 22% se encontraron por abajo de ésta (Tabla No. 3)

PLANIFICACION FAMILIAR Y RIESGO  
REPRODUCTIVO

TABLA No 3  
TALLA MAIERNA

TALLA (cm)	FRECUENCIA	%
+ 1.50 mts.	780	78
- 1 50 Mts.	220	22
TOTAL	1000	100

Fuente: Expedientes clínicos

## ESCOLARIDAD MATERNA

Del total de la población estudiada se encontró que el 62.5% de las pacientes habían cursado educación secundaria o más, mientras que el 37.5% sólo tenían primaria o menos - (tabla No 4)

PLANIFICACION FAMILIAR Y RIESGO  
REPRODUCTIVO

TABLA No. 4  
ESCOLARIDAD MATERNA

GRADO ESCOLAR	FRECUENCIA	%
SEC ó más	625	62.5
PRIM ó -	375	37.5
TOTAL	1000	100.0

Fuente : Expedientes clínicos

## GESTACIONES:

En la revisión de 1000 expedientes, se encontró que un 10 % no tenían antecedentes gestacionales, el 26.66% habían tenido solo una gestación, el 6% entre 2 y 5 gestaciones y el 6.34 % superaban las 5 gestas (Tabla No. 5)

PLANIFICACION FAMILIAR Y  
RIESGO REPRODUCIIVO

TABLA No. 5  
GESTACIONES

GESTAS	FRECUENCIA	%
2-5	603	67 00
PRIMIGESTAS	240	26 66
+ 5	57	6 34
TOTAL	900	100 00

Fuente: Expedientes Clínicos

## PARTOS

Se encontró que el 91.79 % de las pacientes del estudio tenían menos de 5 partos, mientras que el 8.21 % tenían 5 partos o más (Tabla No. 6)

PLANIFICACION FAMILIAR Y  
RIESGO REPRODUCTIVO

TABLA No. 6  
PARTOS

PARTOS	FRECUENCIA	%
-5	670	91.79
5 ó más	60	8.21
TOTAL	730	100.00

Fuente : Expedientes clínicos

ESTA TESIS NO SALE  
DE LA BIBLIOTECA

## ABORTOS

Se encontró que el 77.71 % de las pacientes del estudio tenían un aborto o menos, el 15.29 % tenían 2 abortos y el 7.00 % tenían 3 o más (tabla No 7)

PLANIFICACION FAMILIAR Y RIESGO  
REPRODUCTIVO

TABLA No 6  
ABORTOS

ABORTOS	FRECUENCIA	%
1	122	77.71
2	24	15.29
3 o más	11	7.00
TOTAL	157	100.00

Fuente: Expedientes clínicos

## CESAREAS

Se encontró que el 18.88 % de las 900 pacientes con antecedentes gestacionales habían tenido operación cesárea (Tabla No 8)

PLANIFICACION FAMILIAR Y  
RIESGO REPRODUCTIVO

TABLA No 8  
CESAREAS

CESAREAS	FRECUENCIA	%
Cesáreas	170	18.88
TOTAL	170	18.88

Fuente: Expedientes clínicos

## INTERVALO INIERGENESICO

En la revisión de las pacientes con antecedentes gestacionales se encontró que el 55 78 % tenían intervalo adecuado, el 37 34 % lo tenía menor a los 13 meses y el 6 88 tenían intervalo mayor de 60 meses (tabla No 9)

PLANIFICACION FAMILIAR Y  
RIESGO REPRODUCTIVO.

TABLA No. 9  
INTERVALO INTERGENESICO

MESES	FRECUENCIA	%
13-60	502	55 78
- 13	336	37 34
+ 60	62	6 88
TOTAL	900	100 00

Fuente : Expedientes clínicos

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## ANTECEDENTES OBSTEIRICOS

De los 1000 expedientes revisados, se encontró que el 7.9% de las patientes presentaban antecedentes obstétricos como factor de riesgo reproductivo. (Tabla No. 10)

PLANIFICACION FAMILIAR Y RIESGO  
REPRODUCTIVO

TABLA No 10  
ANTECEDENTES OBSTETRICOS

PATOLOGIA	FRECUENCIA	%
BAJO PESO (-2,500 kg)	25	2.5
PRETERMINO - 33 sem	18	1.8
MACROSOMIA (+ 4 kg)	14	1.4
CIRUGIA PELVICO UTERINA	6	0.6
SANGRADO DEL 3er TRIMESTRE	4	0.4
OÍROS	4	0.4
MALFORMACIONES CONGENITAS	3	0.3
TOXEMIA	2	0.2
MUERTE FETAL TARDIA	2	0.2
POLIHIDRAMNIOS	1	0.1
TOTAL	79	7.9

Fuente: Expedientes clínicos

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Distribución porcentual de los factores de riesgo encontrados en la revisión de 1000 expedientes clínicos en la clínica No. 33 de Culiacán, Sin (Tabla No. 1)

FACTOR DE RIESGO	CALIF. FR	FRECUENCIA	%
ESCOLARIDAD PRIMARIA O MENOS	5	375	37.5
INTERVALO INTERGENESICO MENOR DE 13 MESES	.5	336	33.6
TALLA INFERIOR A 1 50 MIS.	1	220	22.0
EDAD MAYOR DE 34 AÑOS	4.	198	19.8
PESO MENOR DE 50 KG.	1	172	17.2
CESAREA PREVIA	4	170	17.0
EDAD MATERNA MENOR DE 20 AÑOS	1	164	16.4
INTERVALO INTERGENESICO MAYOR DE 60 MESES	5	62	6.2
MULTIIPARIDAD MAYOR DE 5	4	57	6.0
BAJO PESO AL NACER (-2.500Kg)	4.	25	2.5
PRETERMINO (-38 sem )	4.	18	1.8
MACROSOMIA (+ 4 Kg)	4	14	1.4
ABORTOS PREVIOS + 3	4	11	1.1

Fuente : Expedientes Clínicos

## CONCLUSIONES

Al concluir el presente trabajo, es posible darnos cuenta cual es el panorama general acerca de los factores de riesgo reproductivo que --inciden en la morbilidad de las pacientes en edad reproductiva asis--tentes a la consulta externa de la U.M.F. No.35 de Culiacán, Sin..

Por otra parte nos fue posible conocer los métodos anticoncepti--vos empleados en la planificación familiar por nuestra población derecho--habiente..

El principal factor de riesgo reproductivo fue el bajo nivel edu--cativo, ya que el 37.5% de las pacientes no habían cursado la educación primaria o sólo tenía esta, el segundo factor de riesgo encontrado fue --el intervalo intergenésico menor de 13 meses con un 33.5% seguido de la --talla baja con un 22%..

El cuarto factor de riesgo fue la edad materna mayor de 38 años --con un 19.8%, seguida del bajo peso materno con un 17.2%. El resto de --los factores ocuparon el siguiente orden en relación a su frecuencia; --cesárea previa, edad materna menor de 20 años, intervalo intergenésico --mayor de 60 meses, productos pretérmino, macrosomía fetal, el último lu--gar lo ocuparon los abortos de repetición..

Respecto a la suma de factores de riesgo, se encontró que el 68% de las pacientes tenían factor de riesgo menor de 3.5(riesgo bajo), --mientras que el 32% tenían factor de riesgo de 4 ó más (alto riesgo).

El método anticonceptivo más utilizado por la población derecho--habiente fue el dispositivo intrauterino en un 25%, seguido del anticon--ceptivo oral con un 23% la O.T.B. un 15%, mientras que los anticoncepti--vos de depósito alcanzaron un 43%(de aplicación y uso no institucional)

Las pacientes con suma de factor de riesgo de 3.5 ó menos deben --utilizar el D.I.U. o el anticonceptivo oral, siempre que no exista con--traindicación para su empleo.

En pacientes con suma de factor de riesgo de 4 ó más es recomen--dable el empleo de métodos de planificación familiar de tipo definitivo --como es la O.T.B. con el fin de disminuir el riesgo reproductivo a que --esta expuesto este grupo de población y de esta forma abatir los índices de morbilidad materno-infantil..

## RESUMEN

Se realizó un estudio retrospectivo, transversal, observacional y descriptivo para determinar los principales factores de riesgo reproductivo de la mujer en edad fértil asistente a la consulta externa de la U.M.F. No.35 de Culiacán Sin. conocer los métodos anticonceptivos utilizados por dicha población derechohabiente y además conocer la suma de factores de riesgo reproductivo a que se encuentra expuesta.

De acuerdo a los resultados obtenidos, es posible resumir el presente trabajo en la siguiente forma.

Se comprueba una vez más el alto índice de analfabetismo de nuestra población, la mínima planificación familiar adecuada de las pacientes en edad reproductiva, lo que conduce a la formación de grupos familiares numerosos, los que tienen que enfrentar múltiples dificultades para lograr un adecuado desarrollo familiar al contar con muy pocas oportunidades para tener una alimentación suficiente, vestido, calzado y lo más importante, el acceso a la educación que permita al individuo tener una vida más decorosa y digna, así como el convertirse en un individuo productivo a su familia y a su sociedad.

En el presente trabajo se lograron los objetivos planteados a su inicio, ya que nos fue posible conocer cuales son los factores de riesgo reproductivo más frecuentes en nuestra población derechohabiente en edad reproductiva que asiste a la consulta externa de la U.M.F. No.35.

Es necesario continuar e intensificar el programa de control de la natalidad, con el fin de tener el adecuado control de la mujer en edad reproductiva, que permita la verdadera planificación familiar y tener así una población sana y productiva a su familia, a su sociedad y a su país.

## BIBLIOGRAFIA

- 1.- Gonzalez Avalos G. atención prenatal. Ginecología y obstetricia Mex. Mendez Oteo. 1982; 79-86.
- 2.- Espinoza RA, Ramirez AD. Comites de estudio de mortalidad materna. historia y objetivos. Ginecología y obstetricia de Mex. -- 1985; 53; 237-41.
- 3.- Filho MA. Asistencia prenatal en pacientes de alto riesgo. Rev. Paul Med. 1985; 103: 164-8.
- 4.- Vaughan PT. Adolescentes embarazadas. Boletín de la oficina panamericana de Salud. 1988;115(7):77-78.
- 5.- Ribas MA, Pereira PP. Embarazo no deseado en adolescentes: Aspectos Médicos y Sociales. Obstet Gynecol Latinoam. 1987;45: - 180-89.
- 6.- Gustavo FG, Montani CC. El sexo del hijo de la mujer añosa como factor de riesgo. Diagnóstico Tab. 1985;16:146-51.
- 7.- Cadwell EW, Moley HC. Anatomical Variation in the Female Pelvis and their Effect in Labor. Amer. J. Obstet Gynecol. 1983;26: -- 479-32.
- 8.- Gunner TT, Bungum CC. The grand Multipara-Maternal and Neonatal complications. Acta Obstet Scand. 1987;66:53-56.
- 9.- Gaete JE. Epilepsia y Embarazo. BOL. HOSP. San Juan de Dios. -- 1984;31:130-6.
10. Hellman LM, Pritchard JA, Winn RM. Obstetricia. México: Salvat Editores. 1976;288-300.