

11226
2ej
158



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Medicina
División de Estudios de Postgrado
Instituto Mexicano del Seguro Social
Unidad de Medicina Familiar No. 21

CAUSAS MAS FRECUENTES DE EMBARAZO DE ALTO
RIESGO EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 21

T E S I S

Para obtener el Postgrado en la Especialidad de:
MEDICINA FAMILIAR

P r e s e n t a
DR. ARMANDO LOPEZ COS Y LEON



México **D. TESIS CON
FALLA DE CUBRIR**

1985



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE

	Página
I.- INTRODUCCION	I
II.- ANTECEDENTES CIENTIFICOS	3
III.-PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	13
IV.- OBJETIVOS	14
V.- HIPOTESIS	15
VI.- MATERIAL Y METODOS	16
VII.-RESULTADOS	20
VIII DISCUSION	37
IX.- CONCLUSIONES	40
X.- BIBLIOGRAFIA	41

INTRODUCCION

El adecuado control de la mujer embarazada, en particular si ésta es detectada desde el inicio del embarazo, nos permite llevar una buena evolución del mismo, y es posible detectar cualquier complicación, para asegurar el bienestar de la madre y el producto.

La valoración de estas pacientes en el consultorio o en la práctica clínica, busca no sólo descubrir un embarazo de alto riesgo y como consecuencia de un producto de alto riesgo, sino que el Médico Familiar tiene la obligación de informar y orientar a estas pacientes para un adecuado control prenatal. Para lograr esto debemos de conocer los objetivos primordiales que se deben de considerar en la atención prenatal, los cuales se mencionan a continuación:

- 1.-Confirmar el diagnóstico de embarazo.
- 2.-Determinar el estado de salud general de la paciente mediante la historia clínica completa y examen clínico integral.
- 3.-Detectar la patología previa de la paciente, como sería la Diabetes Mellitus, Cardiopatías, Enfermedades Tiroideas, Renales, Hipertensión arterial, etcétera, además de patología obstétrica previa: Partos prematuros, óbitos, Placenta previa, etcétera.
- 4.-Vigilar la evolución del embarazo actual.
- 5.-Detectar la patología agregada del embarazo actual.
- 6.-Proporcionar orientación odontológica.
- 7.-Integrar a la atención prenatal con otras acciones médico preventivas: Detección de Cáncer, Detección de Diabetes, de Enfermedades Venéreas, etcétera.
- 8.-Proporcionar educación higiénico dietética a la mujer embarazada.
- 9.-Dar orientación sobre la importancia de la planifi

cación familiar.

10.-Proporcionar información y educación sobre la fisiología del embarazo y el parto; además de orientar sobre los síntomas de alarma del embarazo como son: Ruptura prematura de membranas, Hemorragias, Amenaza de aborto, Amenaza de parto prematuro, edemas, etcétera.

La situación actual en México de la incidencia de embarazo de alto riesgo oscila entre el 20 y el 25%, por lo que debemos de llevar a cabo una mayor difusión a la población para que acuda tempranamente a control de su embarazo y así podremos detectar las complicaciones del mismo, para un mejor bienestar del binomio madre e hijo. Esta difusión la llevaríamos a cabo utilizando los medios de difusión masiva, como es la radio y la televisión, dando pláticas a población abierta, repartiendo folletos, etcétera.

ANTECEDENTES CIENTIFICOS

El embarazo de alto riesgo se define como "aquél que cursa con patología o circunstancias desfavorables que determinan la posibilidad grave o muy importante de morbilidad o secuelas para alcanzar un desarrollo orgánico y funcional, mental y social tanto para la madre como para el producto" . (2,II)

El Colegio de Nueva York lo define como "un embarazo de alto riesgo es aquél que tiene o probablemente tenga, estos concomitantes con la gestación y el parto que aumenten los peligros para la salud de la madre o de su hijo".(4,I3)

La Subdirección General Médica, a través de la Jefatura de Planificación Familiar, define como riesgo reproductivo: "Es el peligro mayor o menor que todas las mujeres en edad fértil y sus futuros hijos de sufrir alguna enfermedad, lesión o muerte; como consecuencia de la presencia de un embarazo".

La importancia de conocer el embarazo de alto riesgo radica en el derecho a la vida que posee todo ser humano y si ha de nacer tiene que ser en las mejores condiciones físicas, mentales y emocionales, y no arrastrar estigmas negativos que le impidan desarrollarse y crecer dentro de la sociedad; por lo tanto, en el momento actual y desde hace 30 a 40 años aproximadamente, los investigadores y clínicos de muchas partes del mundo se han dedicado a estudiar los estados morbosos que afectan al binomio madre e hijo. A este respecto es alentador que las cifras de morbilidad materna se han logrado disminuir y en menor grado la morbilidad fetal, la cual es debida entre otras causas, a que el producto de la concepción es afectado no sólo durante su desarrollo intrauterino, nacimiento y neonato, sino también por el medio externo. (Ver cuadro I y II)

CUADRO I

MORTALIDAD MATERNA (1978)

E.U.A.	11.2
SUECIA	6.4
ALEMANIA FEDERAL	25.5
MEXICO	100.0
FILIPINAS	141.0
HONDURAS	134.0

Tasas obtenidas por 100 000 nacidos vivos.

CUADRO II

MORTALIDAD PERINATAL (1978)

MEXICO	821.4
HONDURAS	1432.7
E.U.A.	117.3
SUECIA	87.2

Tasas obtenidas por 100 000 nacidos vivos.

Fuente: La Revolución Demográfica en México 1970-1980. Jorge Martínez Manautou. I.N.S.S. 1982

La importancia que sobre el embarazo de alto riesgo se ha vertido en los reportes científicos, es con el fin de proporcionar productos que al nacer se encuentren aptos para desarrollar todas sus capacidades, esto se ha valorado a merced de estudios retrospectivos de la morbimortalidad materno-fetal y su relación con los factores involucrados.

Para la valoración real y objetiva de dicho riesgo, lo ideal es recurrir a una clasificación que nos indique en forma precisa el grado de peligro. (I,I4)

El empleo de un índice rápido, simple y de fácil aplicación, como rutina de trabajo, tiene considerable valor en la estimación del grado de vulnerabilidad tanto materno como fetal.

Los doctores Nesbitt-Nel y Aubry fueron los pioneros en idear dos índices para poder calificar en forma semiobjetiva los riesgos que tiene el feto, el primero de ellos se denomina Índice de salud materno fetal y se verifica durante el embarazo, el segundo es el Índice de riesgo de trabajo de parto y se lleva a efecto antes de iniciarse o durante el desarrollo de este evento.(1,10)

Con los índices anteriores nos damos cuenta solamente de lo relacionado con el producto mas no con la madre.

Tratando de poder tener un mejor índice de calificaciones y manejo de éstos, se han hecho varias modificaciones al trabajo original, por ejemplo, en los trabajos de S. Gerhan Babson y Ralph C. Benson, que señalan parámetros no específicos que influyen en el embarazo, éstos son: edad materna, raza, educación, condición socio-económica, estatura materna, estados emocionales, influencia paterna, drogadicción, nutrición, dieta y las causas que ellos mismos señalan de sufrimiento fetal agudo y crónico originadas por condiciones maternas.(3,4,5)

También han hecho aportaciones los doctores Wallace, Pennington y muy especialmente Korones, quienes hacen énfasis en los factores maternos asociados con alteraciones fetales y neonatales.(2,8)

En la revista Asociación Mexicana de Ginecología y Obstetricia, en un artículo publicado por el Dr. Septién González nos plantea y da a conocer una valoración integral del riesgo de la gestante y del feto antes del parto, la cual es muy completa y está basado en una valoración independiente de la madre y el feto, empleo de un porcentaje de riesgo y no de un índice de salud, lo cual aclara la visión integral del caso, seguir un orden lógico basado en la forma de trabajo obstétrico habitual, hacer objetiva y de fácil aplicación los re

sultados y hacer un estudio completo del caso para su precisión. (14) (Ver cuadro III)

CUADRO III
CALIFICACION DEL RIESGO MATERNO FETAL

I.-Factores de tipo general	Madre	Feto
Edad materna		
menos de 15 años	20	20
entre 15 y 19 años	5	10
entre 20 y 29 años	0	0
entre 30 y 34 años	5	5
entre 35 y 39 años	10	10
más de 40 años	15	20
Nutrición		
muy delgada	10	15
obesa	20	20
Estatura baja	10	10
Educación deficiente	5	5
Estado socio económico bajo	5	5
Soltera, divorciada, separada	5	5
II.-Patología ginecológica previa		
Disfunción menstrual recurrente	5	5
Esterilidad involuntaria de más de 2 años	10	10
Operación sobre cuerpo uterino (excluyendo cesáreas)	20	20
Operación en cervix, vagina y periné	10-20	5
Tumores uterinos ováricos grandes	20	20
III.-Patología obstétrica y perinatal previas		
Paridad		
Primigesta	10	10
De 1 a 4 hijos	0	0
De 5 a 8 hijos	5	5
Más de 8 hijos	15	15
Abortos		
1 a 2 casos	5	5
Más de 2 casos	5	15
Partos prematuros		
1 a 2 casos	5	10
Más de 2 casos	10	20
Muertes neonatales		
1 a 2 casos	5	10
Más de 2 casos	10	30
Muertes fetales		
1 a 2 casos	5	10
Más de 2 casos	10	30
Anomalías congénitas		

	Madre	Feto
Anomalías congénitas		
I a 2 casos	5	10
Más de 2 casos	5	30
Niños anormales		
I a 2 casos	5	10
Más de 2 casos	5	30
Fetos grandes	10	15
Cervix incompetente	5	20
Forceps		
I a 2 casos	15	25
Más de 2 casos	20	30
Cesárea		
I a 2 casos	15	25
Más de 2 casos	30	20
IV.-Enfermedades que complican al embarazo		
Gardiopatías		
Clase I ó 2	10	10
Clase 3 ó 4	30	30
Hipertensión vascular		
Crónica media	15	15
Crónica grave	30	30
Enfermedades tromboflebiticas	15	5
Anemia		
Hemoglobina de 10 a 11 grs	5	5
de 9 a 10 grs	10	10
menos de 9 grs	20	20
Diabetes activa	30	30
Prediabetes	10	20
Problemas adrenales	30	20
Problemas pituitarios	20	10
Problemas tiroideos	20	20
Infección urinaria aguda	5	5
crónica	15	15
Nefritis	20	20
Enfermedad sistémica aguda moderada	5	5
aguda grave	15	15
Enfermedad sistémica crónica moderada	5	5
grave	20	20
Sífilis no tratada	20	20
Alcoholismo	10	10
Tabaquismo	3	5
Drogadicción	15	15
Alteraciones psiquiátricas emocionales	5-10-15	5-10-15
V.-Enfermedades propias del embarazo		
Preeclampsia moderada	10	10
grave	20	30
Eclampsia	30	40

	Madre	Feto
Placenta previa	5-10-15 20-25-30	10-100
Desprendimiento de placenta normo- inserta	5-10-15 20-25-30	20-200
Problema Rh, sensibilización establecida	5	30
Incompatibilidad ABO	5	30
VI.-Condiciones materno fetales patológicas finales		
Estructura pélvica límite	10	10
Estrechez en cualquier plano	20	20
Edad fetal esperada en el parto		
Más de 42 semanas	5	15
De 38-42 semanas	0	0
De 32-38 semanas	5	15
De 28-32 semanas	5	30
Menos de 28 semanas	5	50
Feto pequeño para la edad del embarazo (sufrimiento fetal por insuficiencia placentaria crónica)	10	30
Actividad cardíaca fetal anormal (prueba preparto con o sin oxitocina)	5	30
Posiciones cefálicas posteriores y trans- versas	10	20
Presentación		
Cara y frente	20	30
Pélvica	10	20
Situación transversa	20	30
Embarazo múltiple	20	30
Falta de encajamiento en primigestas	10	10
Membranas rotas	10-20	10-30

Riesgo ligero: Menos del 30%
 Riesgo medio: Entre 30 y 60%
 Riesgo elevado: Más del 60%

Por lo tanto, para poder identificar al embarazo de al to riesgo, el médico familiar debe de conocer los factores que influyen para que se presente éste.

El diagnóstico se logra establecer a merced de los fac tores involucrados conocidos como causa de embarazo de alto - riesgo, mencionados anteriormente y se apoya en los siguientes exámenes de laboratorio y gabinete: Rh y grupo sanguíneo, biometría hemática, VDRL, examen general de orina, electrocardio-

grafía materna, citología vaginal, cardiotocografía, amnioscopia, amniocentesis, etcétera. (12,17,6)

El médico familiar es el primer contacto de la gestante, no debe ser ajeno al conocimiento de la existencia de los factores que complican la gestación y como tal, poseer los conocimientos para identificar y canalizar adecuadamente este grupo de pacientes a un hospital de nivel superior, en México. (7,9)

Es obvio que el control prenatal juega un papel muy importante, porque desde el inicio de la concepción se efectúa un registro y se cuantifica el riesgo. Respecto a la periodicidad de las consultas es difícil establecer números, debido a que cada paciente presenta particularidades, de ahí que su manejo sea individual. (15,16)

Es patente que quien exige una vigilancia estrecha durante la gestación son las pacientes con alto riesgo preparto, como serían, por ejemplo, edad materna avanzada, obesidad, enfermedades cardiovasculares, nefropatías, diabetes, problemas obstétricos como retardo en el crecimiento intrauterino, hemorragias, etcétera. (7,12)

La valoración bajo vigilancia bio-eléctrica durante el trabajo de parto, tiene como finalidad primaria la vigilancia de la frecuencia cardíaca fetal y la presión intrauterina en el trabajo de parto, y por lo tanto, evitar la asfixia fetal intraparto, los factores de este riesgo serían, por citar algunos, DPFNI, amniotitis, presentaciones anormales, prolapso de cordón, etcétera. (12)

Esta vigilancia continua tiene como objetivo obtener productos sanos y evitar secuelas (5), por lo que al canalizar a esta paciente a una unidad de perinatología, se tiene como objetivo a corto plazo reducir la morbilidad y mortalidad perinatal y a largo plazo evitar el retraso mental y físico.

Por ejemplo, se ha reducido la incidencia de mortalidad perinatal en México de 1467.3 en 1960 a 821.4 en 1978.(14) (Tasa obtenida por 100 000 nacidos vivos)

Ahora bien, que manejo práctico se le debe de dar a la mujer que cursa con embarazo de alto riesgo, ésto, debido a múltiples factores que incurren durante el estado grávido, es difícil elaborar un plan de manejo único que satisfaga todos los criterios y comprenda todas las complicaciones de la gestación. Se divide al embarazo en trimestres, sin olvidar que una patología puede no sólo acaecer en un lapso determinado sino presentarse en cualquier etapa.

La norma del I.M.S.S. para la vigilancia de una paciente con alto riesgo es que debe ser canalizada a un hospital de segundo nivel, en donde será valorada y ahí se determinará si continúan llevando su control prenatal o es canalizada con su médico familiar con las indicaciones que el caso amerite.

Las pacientes embarazadas con riesgo elevado deben ser examinadas dos veces al mes, por lo menos hasta el segundo trimestre y cada semana posteriormente o diario si la circunstancia lo amerita.

Se evalúa, principalmente, la tensión arterial, pulso, peso, medición de fondo uterino, frecuencia cardiaca fetal y si hay presencia de edemas.

Se solicitan biometría hemática, química sanguínea, general de orina, VDRL, grupo sanguíneo y citología vaginal.

Se registra y se clasifica el riesgo materno-fetal de acuerdo al criterio imperante de cada institución.

Durante el segundo trimestre, la paciente se maneja, además de lo anterior, valorando siempre la ganancia de peso y el crecimiento uterino, la dieta balanceada, así mismo, fijar la fecha de aparición de los movimientos fetales y la auscultación de la frecuencia cardiaca fetal. Así, al detectar

alguna anomalía o patología agregada se deberá de dar tratamiento o canalizar a la paciente a una unidad de nivel de atención media.

Durante el tercer trimestre son frecuentes las alteraciones metabólicas, cardiovasculares, toxemia, sangrados del tercer trimestre, ruptura prematura de membranas, amniotitis, etcétera, por lo que también deberán de ser canalizadas a un centro especializado para ser manejadas y asegurar un bienestar materno fetal adecuado. (3,12)

Haciendo énfasis, con lo anterior el diagnóstico de embarazo de alto riesgo se debe de efectuar en la consulta prenatal y en el momento del ingreso de la paciente a admisión mediante el registro y clasificación del riesgo materno-fetal que imperen en cada institución, que dentro del Instituto Mexicano del Seguro Social es la forma M.F. 7/83, de atención prenatal, en la cual los puntos que tratan son: Antecedentes generales, antecedentes personales patológicos, antecedentes gineco-obstétricos, estado actual, diagnósticos, tratamiento, laboratorio y resumen de envío. Esta forma M.F. 7/83 fue elaborada por la Subdirección General Médica a través de la Jefatura de Medicina Familiar en 1983 y esta basada en los factores más frecuentes que aumentan el riesgo del embarazo.

Por lo tanto, el pilar de esta identificación oportuna es el médico familiar, quién con esto se podría reducir la morbilidad materno fetal, ya que, por ejemplo, se han reportado en México cifras de mortalidad materna de 17.5 por 100 000 mil nacidos vivos; que comparandola con la de Suecia que es de 6.4 por 100 000 nacidos vivos, es una cifra alarmante.

(7)

A continuación se mencionan las primeras causas de muerte perinatal y materna en México. (Ver cuadro IV y V)

CUADRO IV
MORTALIDAD MATERNA EN MEXICO

	IMSS		POBLACION GENERAL.	
	1970	1978	1970	1978
TOXEMIA DEL EMBARAZO Y EL PUERPERIO	23.6	12.3	26.5	19.1
HEMORRAGIAS DEL EMBARAZO Y DEL PARTO	6.3	3.9	28.7	20.1
ABORTOS	5.1	3.2	15.3	6.7
SEPSIS PUERPERAL	5.8	3.6	17.8	8.1
OTRAS COMPLICACIONES	18.3	11.5	62.3	46.4

Fuente: La Revolución Demográfica en México 1970-1980. Jorge Martínez Manautou. I.M.S.S. 1982

CUADRO V
MORTALIDAD PERINATAL EN MEXICO

	IMSS		POBLACION GENERAL	
	1970	1978	1970	1978
AFECCIONES ANOXICAS E HIPOXICAS NO CLASIFICADAS EN OTRA PARTE	614.32	480.97	304.46	274.88
INMADUREZ NO CLASIFICADA	268.76	185.76	192.21	104.14
OTRAS AFECCIONES DEL FETO O DEL RECIEN NACIDO	136.72	82.46	241.14	181.77
AFECCIONES DE LA PLACENTA Y CORDON UMBILICAL	44.97	21.68	28.36	15.21
COMPLICACIONES DEL EMBARAZO Y PARTO	22.58	16.37	12.77	7.46

Fuente: La Revolución Demográfica en México 1970-1980. Jorge Martínez Manautou. I.M.S.S. 1982

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Es de todos conocido la importancia de identificar oportunamente el embarazo de alto riesgo, ya que este problema es multifactorial, debemos de hacer una mayor difusión para un adecuado control prenatal y así poder disminuir la incidencia de morbilidad materna fetal, dando un tratamiento o canalización oportuna de estos casos, y así poder ofrecer una mejor perspectiva de vida al binomio madre e hijo.

Así, el médico familiar juega un papel muy importante, no sólo al identificarlo, sino al dar orientación sobre la fisiología del embarazo, nutrición, higiene e insistir en la importancia de su control periódico de su embarazo. También el médico familiar debe de informar sobre los síntomas de alarma del embarazo, como serían: la ruptura prematura de membranas, hemorragias transvaginales, aparición de edemas, amenaza de parto prematuro, ausencia de movimientos fetales, etcétera.

OBJETIVOS

I.- Identificar las cinco principales causas de embarazo de alto riesgo detectadas a primer nivel, de acuerdo a la hoja de atención prenatal M.F. 7/83.

2.- De las causas que se encuentren determinar cuales son las que se pueden prevenir a primer nivel.

HIPTESIS

HI. Las causas más frecuentes de embarazo de alto riesgo identificadas en primer nivel de atención son: Toxemia, Hemorragias del tercer trimestre del embarazo, Multiparidad, Diabetes Mellitus y Cardiopatías.

HO. La Toxemia, Hemorragias del tercer trimestre - del embarazo, Multiparidad, Diabetes Mellitus y las Cardiopatías no son causas frecuentes de embarazo de alto riesgo identificadas en primer nivel de atención.

MATERIAL Y METODOS

El presente estudio se llevó a cabo en forma retrospectiva longitudinal, en donde se revisaron 1,297 hojas de envío M.F. 7/83 de pacientes adscritas a la UMF No. 21 del IMSS, de la delegación No. 5, del Valle de México, del periodo comprendido del 1o. de enero al 31 de diciembre de 1984.

Se incluyeron en el estudio todas aquellas mujeres que estaban embarazadas y tuvieran una valoración en su hoja de envío M.F. 7/83 de 4 o más puntos, tomando en cuenta los parámetros especificados en la hoja de atención prenatal. Por lo tanto, se excluyeron del estudio a las pacientes embarazadas que no tuvieran como calificación mínima 4 puntos.

Se les clasificó por grupo de edades, edad gestacional al momento de envío al Hospital General de Zona Los Venados, diagnóstico de envío y número de consultas otorgadas en la Unidad de Medicina Familiar No. 21.

Posteriormente, en el Hospital General de Zona Los Venados, se revisó el concentrado de envíos de donde se obtuvieron a las pacientes que no reunían los requisitos antes mencionados para ingresar en el presente trabajo y que presentaron embarazo de alto riesgo, con lo que podemos determinar si era posible identificarlo o no a primer nivel.

Del total de envíos que se realizó en 1984 fueron 2625 (al HGEZ Los Venados), de los cuales se revisaron 1,297, ya que sólo eran estas hojas las disponibles que se tenían con retroinformación del Hospital General de Zona Los Venados.

A continuación se describe la hoja de envío M.F. 7/83 en la que se basó el estudio.

MATERIAL Y METODOS

El presente estudio se llevó a cabo en forma retrospectiva longitudinal, en donde se revisaron 1,297 hojas de envío M.F. 7/83 de pacientes adscritas a la UMF No. 21 del IMSS, de la delegación No. 5, del Valle de México, del periodo comprendido del 1o. de enero al 31 de diciembre de 1984.

Se incluyeron en el estudio todas aquellas mujeres que estaban embarazadas y tuvieran una valoración en su hoja de envío M.F. 7/83 de 4 o más puntos, tomando en cuenta los parámetros especificados en la hoja de atención prenatal. Por lo tanto, se excluyeron del estudio a las pacientes embarazadas que no tuvieran como calificación mínima 4 puntos.

Se les clasificó por grupo de edades, edad gestacional al momento de envío al Hospital General de Zona Los Venados, diagnóstico de envío y número de consultas otorgadas en la Unidad de Medicina Familiar No. 21.

Posteriormente, en el Hospital General de Zona Los Venados, se revisó el concentrado de envíos de donde se obtuvieron a las pacientes que no reunían los requisitos antes mencionados para ingresar en el presente trabajo y que presentaron embarazo de alto riesgo, con lo que podemos determinar si era posible identificarlo o no a primer nivel.

Del total de envíos que se realizó en 1984 fueron 2625 (al HGZ Los Venados), de los cuales se revisaron 1,297, ya que sólo eran estashojas las disponibles que se tenían con retroinformación del Hospital General de Zona Los Venados.

A continuación se describe la hoja de envío M.F. 7/83 en la que se basó el estudio.

ATENCIÓN PRENATAL N.F. 7/83

ANTECEDENTES

- | | | |
|---|-----------|--|
| 1.-Edad (en años) | _____ | |
| 20 a 30 | <u>0</u> | |
| - de 20 | <u>I</u> | |
| + de 30 | <u>I</u> | |
| - de 15 ó + 34 | <u>4</u> | |
| 2.-Peso materno previo al embarazo (Kilos) | | |
| 50 ó más | <u>0</u> | |
| - de 50 | <u>I</u> | |
| 3.-Talla (metros) | | |
| + de 1.50 | <u>0</u> | |
| - de 1.50 | <u>I</u> | |
| 4.-Escolaridad materna | | |
| Secundaria ó más | <u>0</u> | |
| Primaria ó menos | <u>.5</u> | |
| 5.-P.U.M. | _____ | |
| 6.-P.E.P. | _____ | |
| 7.-Gesta | _____ | |
| 2 a 5 | <u>0</u> | |
| Primigesta | <u>I</u> | |
| + de 5 | <u>3</u> | |
| 8.-Para | _____ | |
| - de 5 | <u>0</u> | |
| + de 5 | <u>4</u> | |
| 9.-Abortos | _____ | |
| 0 a I | <u>0</u> | |
| 2 | <u>2</u> | |
| 3 ó más | <u>4</u> | |
| 10.-Cesárea previa | | |
| No | <u>0</u> | |
| Si | <u>4</u> | |
| 11.-Intervalo entre el último parto y el actual (meses) | | |
| I3 a 60 | <u>0</u> | |
| - de I3 | <u>.5</u> | |
| + de 60 | <u>.5</u> | |
| 12.-Antecedentes obstétricos | | |
| Ninguno patológico | <u>0</u> | |
| Toxemia | <u>4</u> | |
| Polihiidramnios | <u>4</u> | |
| Placenta previa o DPPNI | <u>4</u> | |
| Pretérmino | <u>4</u> | |
| Bajo peso al nacer -2,500 gr | <u>4</u> | |
| Malformación mayor | <u>4</u> | |
| Muerte fetal tardía | <u>4</u> | |
| Macrosonia + de 4,000 gr | <u>4</u> | |
| Cirugía pélvica uterina | <u>4</u> | |
| 13.-Antecedentes Personales Patológicos | | |

Ninguno	0
Hipertensión arterial	4
Diabetes Mellitus	4
Infección Sistémica	4
Cardiopatía	4
I4.-Tabaquismo en el embarazo	
No 6 - de 10 cigarros al día	0
+ de 10 cigarros al día	1
ESTADO ACTUAL	
I5.- Consultas prenatales:	
	DIA MES
I6.-Semanas de gestación:	_____
I7.-Peso (Kilos):	_____
Incremento máximo de peso por trimestre:	
1er. trimestre: 300 gr por mes.	
2do. trimestre: 1 Kg por mes.	
3er. trimestre: 2 Kg por mes.	
Incremento mayor en 2 consultas consecutivas:	4
I8.-Médico tratante (matricula):	_____
I9.-Altura del fondo uterino (cm):	_____
20.-Salida de líquido amniótico: -	0 + 4
21.-Foco fetal (presencia): +	0 - 4
22.-Movimientos fetales activos: si	no
23.-Tensión arterial: Diastólica	_____
Igual a 90 en más de 2 ocasiones	4
24.-Sangrado genital: +	1 ++ 2 +++ 4
25.-Edema: +	1 ++ 2 +++ 4
DIAGNOSTICO	
26.-Diagnóstico:	_____
Sin patología	0
Hipertensión arterial	4
Diabetes Mellitus	4
Infección sistémica	4
Toxemia	4
Placenta previa	4
D.P.P.N.I.	4
Si estan anotados en antecedentes NO sumar nuevamente.	
TRATAMIENTO	
27.-Nombre de medicamentos:	_____
LABORATORIO	
28.-Hemoglobina:	
+ 9.5	0
- de 9.5 gr hasta la semana 34	1
- de 9.5 gr después de la semana 34	2

- 29.-Hematocrito
- | | |
|---------------------------------|----------|
| + de 32 | <u>0</u> |
| - de 32 hasta la semana 34 | <u>1</u> |
| - de 32 después de la semana 34 | <u>2</u> |
- 30.-Factor Rh
- | | |
|--------------------------|----------|
| Compatible con el esposo | <u>0</u> |
| Madre Rh- y esposo Rh+ | <u>4</u> |
- 31.-Examen general de orina
- | | |
|---|----------|
| Normal | <u>0</u> |
| Anormal | |
| Albuminuria en 2 E.G.O. consecutivos | <u>4</u> |
| Hemoglobinuria y/o leucocituria y/o cilindruria y/o bacteriuria | <u>8</u> |
| En 2 E.G.O. consecutivos | <u>4</u> |
| Urocultivo + de 100 000 colonias | <u>4</u> |
- 32.-Glucemia
- | | |
|-----------------------------|----------|
| Normal | <u>0</u> |
| Más de los valores normales | <u>4</u> |
- 33.-W.D.R.L.
- | | |
|----------|----------|
| Negativo | <u>0</u> |
| Positivo | <u>2</u> |
- EVALUACIÓN DEL EMBARAZO
- 34.-Resumen de envío: _____
Suma de factores de riesgo: _____
- 35.-Condiciones del producto al nacer:
- | | |
|-------------------------------|----------------------------|
| Vivo _____ | Muerto _____ |
| Peso al nacer _____ | Semanas de gestación _____ |
| Morbilidad materna _____ | |
| Morbilidad del producto _____ | |

RESULTADOS

El total de envíos de pacientes embarazadas durante el año de 1984 al HGZ Los Venados, fueron 2,625, de los cuales 1,297 hojas de atención prenatal M.F. 7/83 se revisaron, lo que corresponde al 49.40%.

No se revisaron todas las hojas M.F. 7/83, ya que las faltantes no se encontraron en la UMF No. 21 con retroinformación del Hospital General de Zona Los Venados.

Del total inicial, 2,625 hojas M.F. 7/83, se enviaron 470 casos con alto riesgo (con calificación de 4 puntos ó más, lo que representa un 17.90% y de la muestra analizada correspondiente a lo canalizado y atendido en el H.G.Z. Los Venados, se encontraron 261 casos, con calificación mínima de 4 puntos ó más, lo que expresa el 9.94%.

Ahora, tomando en cuenta el total de embarazadas analizadas en el trabajo (1,297) se identificaron como embarazo de alto riesgo (261), que representa el 20.12%, de los cuales se analizaron todos los casos.

Las edades en que las pacientes presentaron su embarazo actual se expresa en el cuadro I, en donde se observa que pacientes menores de 15 años se embarazó el 1.14%, de 16 a 20 10.34%, de 21 a 24 años 34.09%, de 25 a 29 años 29.11%, de 30 a 34 años 12.64% y de 35 años o más 12.64%.

De acuerdo a las semanas de gestación, en el momento que se enviaron a un segundo nivel de atención, se observa en el cuadro II, en la que el 67.81% se envió en la semana 36 en adelante, de 31 a 35 semanas el 28.73%, de 21 a 30 semanas - 2.29% y menos de 20 semanas 1.14%.

El número de consultas otorgadas, se refiere en el cuadro III, en donde se observa que sólo el 19.92% llevo una buena asistencia a la consulta prenatal, siendo de 1 consulta

el 6.89%, 2 consultas 12.26%, 3 consultas 23.75%, 4 consultas 11.48%, 5 consultas 15.70%, 6 consultas 9.96%, 7 consultas - 9.57%, 8 consultas 5.36%, 9 consultas 2.68% y 10 consultas - 2.29%.

En el cuadro IV se expresa la forma de terminación de su embarazo de las pacientes estudiadas, en donde se observa que el 67.43% fueron partos eutócicos, el 26.43% por operación cesárea y el 6.13% por aplicación de forceps.

En el cuadro V se describe a las pacientes identificadas con alto riesgo previo a la terminación de su embarazo, en donde se observa que el 38.31% corresponde a cesáreas previas, multifactorial 37.54%, preeclampsia 4.21%, Eh negativo 4.21%, cardiopatías 2.29%, anemia severa 2.29%, diabetes mellitus - 1.91%, placenta previa 1.53%, DPPNI 1.14% e hipertensión arterial 1.14%.

En el cuadro VI se observa la patología que generó la interrupción de su embarazo, siendo por aplicación de forceps 16 pacientes (6.13%) y 69 pacientes por cesárea (26.43%).

De las pacientes no identificadas en la UMF No. 21 - con embarazo de alto riesgo al término del mismo, se mencionan en el cuadro VII, en donde observamos que 63 pacientes presentaron desproporción cefalo pélvica (2.40%), 16 sufrimiento fetal agudo (0.60%) resuelto por operación cesárea, 13 con sufrimiento fetal agudo (0.49%) resuelto con aplicación de forceps, 3 partos gemelares (0.11%), 2 toxemias (0.07%), 1 diabetes mellitus (0.03%), 1 cardiopatía (0.03%) y 1 placenta previa (0.03%).

En el cuadro VIII se representa a las pacientes que fueron canalizadas oportunamente al H.G.Z. Los Venados, observándose: preeclampsia 11 (4.21%), placenta previa 3 (1.14%), cardiopatía 5 (1.91%) y toxemia 1 (0.38%).

En el cuadro IX se refieren a las pacientes con embarazo de alto riesgo, integrando a las no identificadas, las - identificadas en la UMF No. 2I y a las pacientes que acudieron espontáneamente al H.G.Z. Los Venados, en donde se observa que 110 pacientes presentaron D.C.P. (4.19%), sufrimiento fetal - agudo 38 (1.44%) resueltos por operación cesárea, sufrimiento fetal agudo 22 (0.38%) resueltos con aplicación de forceps, - preeclampsia II (0.41%), toxemia 7 (0.26%), cardiopatías 7 - (0.26%), placenta previa 5 (0.19%), partos gemelares 3 (0.11%), y diabetes mellitus 2 (0.07%).

En el Hospital General de Zona Los Venados, se reportaron 2 óbitos, en los que a las madres se les había evaluado su embarazo como de alto riesgo, las dos pacientes eran diabéticas, multiparas y afloras. No se reportó ninguna muerte materna en dicho hospital.

Las pacientes multiparas reportadas en la M.F. 7/83 se encontraron 63 pacientes, lo que representa el 4.85% del total de pacientes estudiadas (1,297).

CUADRO I

DISTRIBUCION POR GRUPO DE EDADES DE LAS MUJERES EMBARAZADAS EN CONTROL PRENATAL EN LA UMF No. 21.

	No DE PACIENTES	%
Menos de 15 años	3	1.14
16 a 20 años	27	10.34
21 a 24 años	89	34.09
25 a 29 años	76	29.11
30 a 34 años	33	12.64
35 años o más	33	12.64
	<u>261</u>	<u>666</u> 99.96

FUENTE: HOJAS DE ATENCION PRENATAL M.P. 7/83 DE LA UMF. No. 21 DEL 1o. DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 1984.

CUADRO II

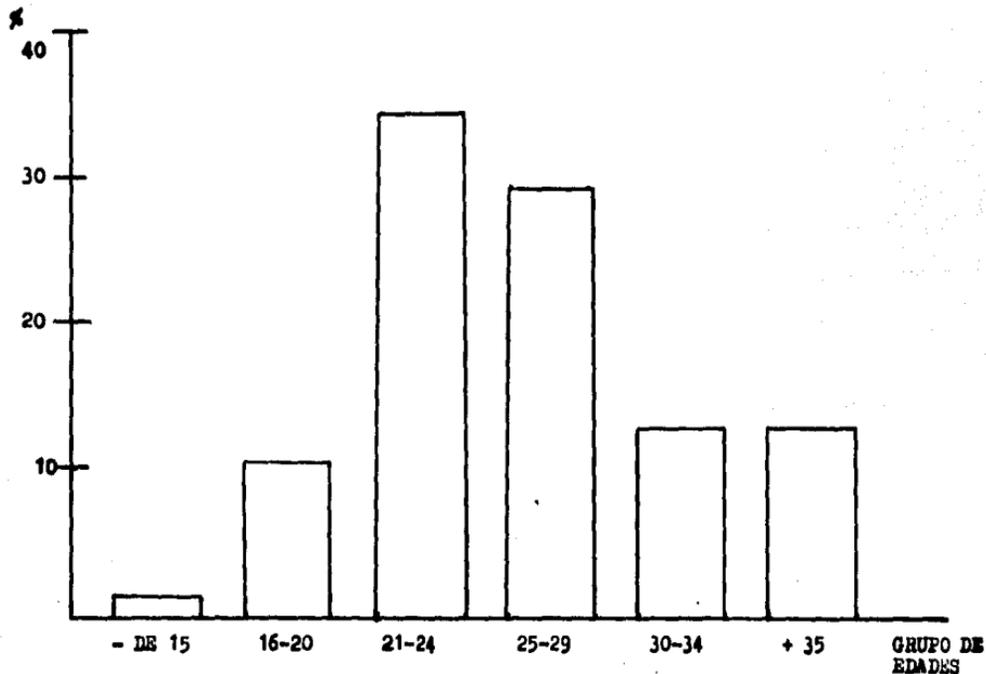
SEMANAS DE GESTACION EN EL MOMENTO EN QUE FUERON ENVIADAS AL H.G.Z. LOS VENADOS.

SEMANAS DE GESTACION	No DE PACIENTES	%
Menos de 20 semanas	3	1.14
21 a 30 semanas	6	2.29
31 a 35 semanas	75	28.73
Más de 36 semanas	177	67.81
	<u>261</u>	<u>99.97</u>

FUENTE: HOJAS DE ATENCION PRENATAL M.P. 7/83 DE LA UMF No. 21 DEL 1o. DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 1984.

GRAFICA 1

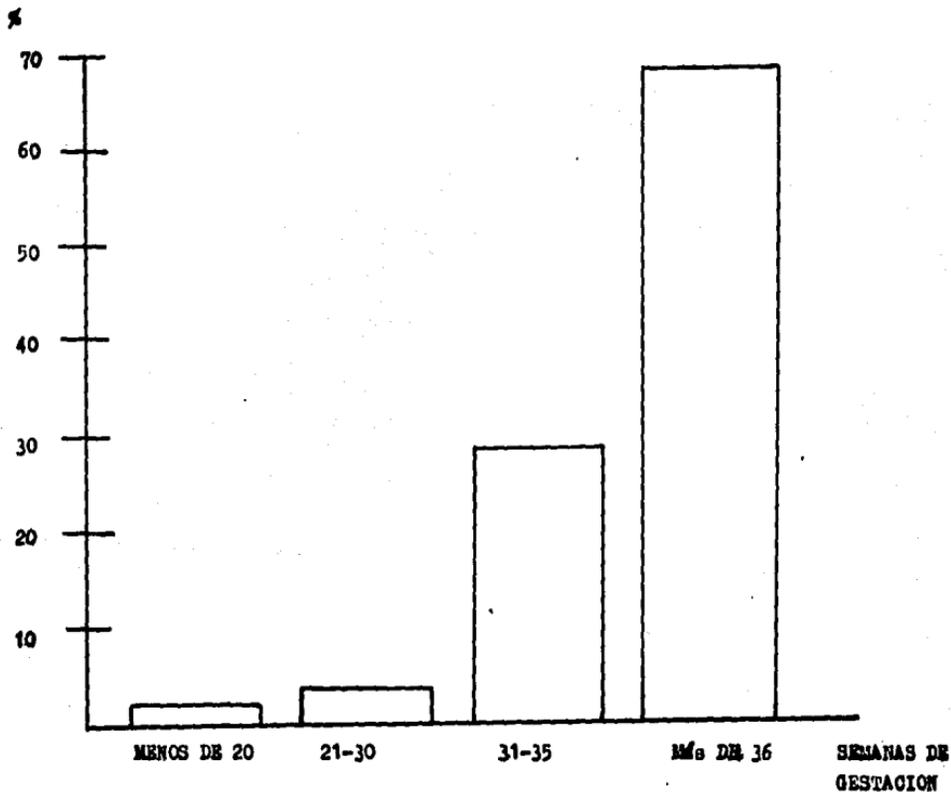
DISTRIBUCION POR GRUPO DE EDADES DE LAS MUJERES EMBARAZADAS EN CONTROL PRENATAL
EN LA U.M.F. No.21.



FUENTE: CUADRO I

GRAFICA 2

SEMANAS DE GESTACION EN EL MOMENTO QUE FUERON ENVIADAS AL H.G.Z. LOS VENADOS.



FUENTE: CUADRO II.

CUADRO III

No. DE CONSULTAS OTORGADAS EN LA UMF No 21 DURANTE SU EMBARAZO

No. DE CONSULTAS	No DE PACIENTES	%
1	18	6.89
2	32	12.26
3	62	23.75
4	30	11.48
5	41	15.70
6	26	9.96
7	25	9.57
8	14	5.36
9	7	2.68
10	6	2.29
	<u>261</u>	<u>99.95</u>

FUENTE: HOJAS DE ATENCION PRENATAL M.P. 7/83 DE LA UMF No 21
DEL 1o. DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 1984.

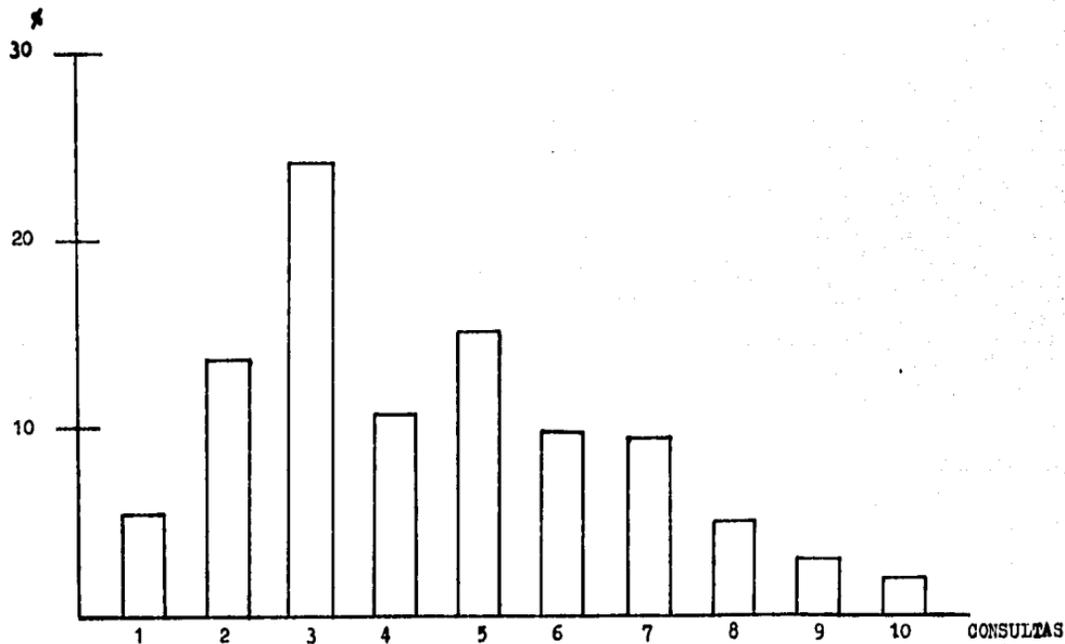
CUADRO IV

FORMA DE TERMINACION DE SU EMBARAZO DE LAS PACIENTES ESTUDIADAS

	APLICACION DE FORCEPS	CESAREA	PARTOS EUTOCICOS
Menos de 15 años	0	2	1
16 a 20 años	2	13	12
21 a 24 años	4	19	66
25 a 29 años	7	21	48
30 a 34 años	3	11	19
35 años o más	0	3	30
TOTAL:	<u>16</u>	<u>69</u>	<u>176</u>
% :	6.13%	26.43%	67.43%

FUENTE: HOJAS DE ATENCION PRENATAL M.P. 7/83 DE LA UMF No 21
DEL 1o. DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 1984.

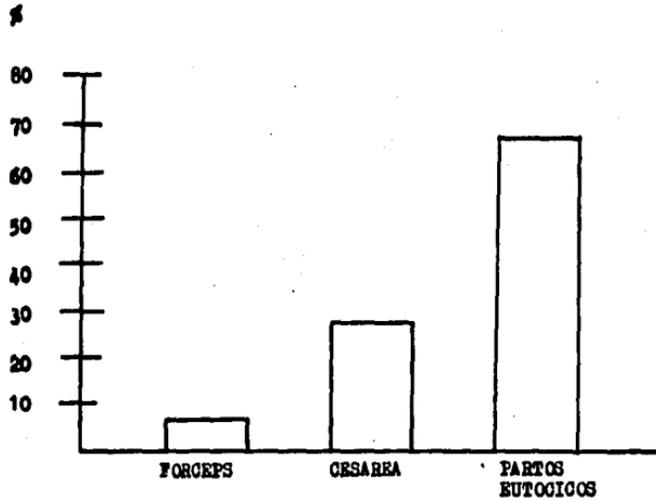
GRAFICA 3
NUMERO DE CONSULTAS OTORGADAS EN LA U.M.F. No. 21 DE LAS PACIENTES ESTUDIADAS



FUENTE: CUADRO III

GRAFICA. 4

FORMA DE TERMINACION DE SU EMBARAZO DE LAS PACIENTES ESTUDIADAS



FUENTE: CUADRO IV

CUADRO V

**PACIENTES IDENTIFICADAS CON ALTO RIESGO PREVIA
A LA TERMINACION DEL EMBARAZO ACTUAL.**

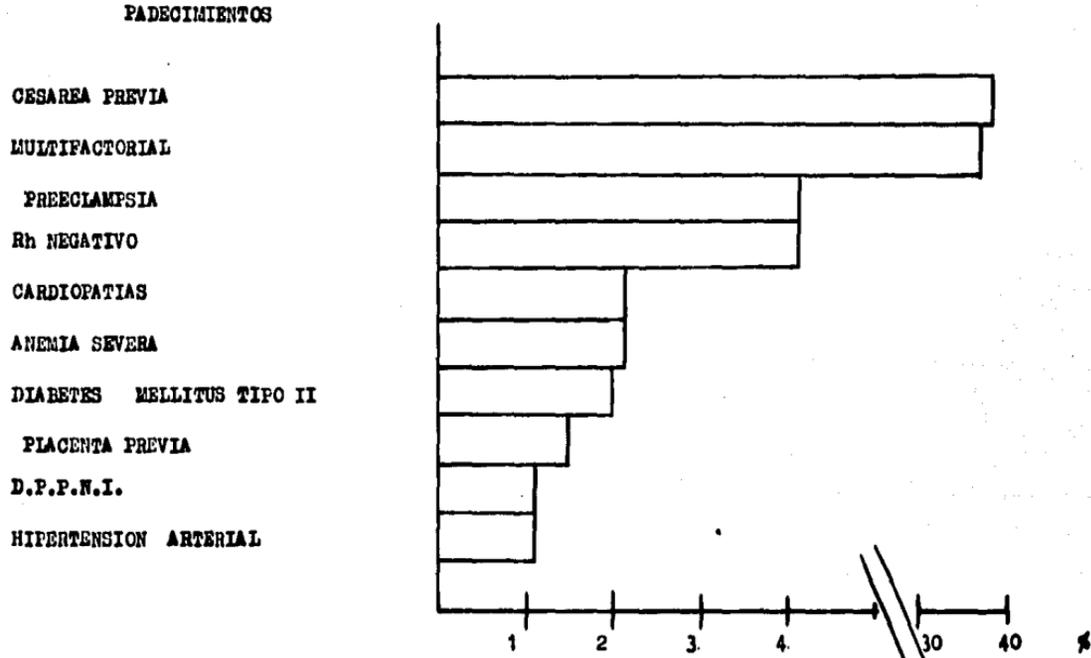
	No DE CASOS	%
1.-CESAREA PREVIA	100	38.31
2.-MULTIFACTORIAL	98	37.54
Antecedentes Generales	23	
Ant. Gineco-obstétricos	55	
Ant. Personales Patológicos	10	
3.-PREECLAMPSIA	11	4.21
4.-Rh NEGATIVO	11	4.21
5.-CARDIOPATIAS	6	2.29
6.-ANEMIA SEVERA	6	2.29
7.-DIABETES MELLITUS TIPO II	5	1.91
8.-PLACENTA PREVIA	4	1.53
9.-D.P.P.N.I.	3	1.14
10.-HIPERTENSION ARTERIAL	3	1.14
	247	94.57

FUENTE: HOJAS DE ATENCION PRENATAL M.F. 7/83 DE LA UMF No 21 DEL 1o. DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 1984.

Se dió el diagnóstico de multifactorial, ya que en estas pacientes se obtuvo la suma de 4 puntos o más, sumando los antecedentes generales, antecedentes gineco-obstétricos, antecedentes personales patológicos, como por ejemplo: menos de 20 años de edad o más de 30 años un punto, peso menos de 50 Kg un punto, más aunado con los otros antecedentes que por lo regular se valoran con 4 puntos, dando así el mínimo requerido para ingresar en el presente estudio.

GRAFICA 5

PACIENTES IDENTIFICADAS CON ALTO RIESGO PREVIA A LA
TERMINACION DEL EMBARAZO ACTUAL



FUENTE: CUADRO V

CUADRO VI
PATOLOGIA QUE GENERO LA INTERRUPCION DEL EMBARAZO
APLICACION DE
FORCEPS
CESAREAS

SUPRIMIENTO FETAL AGUDO	9	22
DESPROPORCION CEFALO-PELVICA	7	47
	<hr style="width: 50%; margin: 0 auto;"/>	<hr style="width: 50%; margin: 0 auto;"/>
	16	69

FUENTE: HOJAS DE ATENCION PRENATAL M.F. 7/83 DE LA UMF No 21 CON RETROINFORMACION DEL H.G.Z. LOS VENADOS.

CUADRO VII
PACIENTES NO IDENTIFICADAS EN LA UMF No 21 QUE PRESEN
TARON ALTO RIESGO AL TERMINO DE SU EMBARAZO.

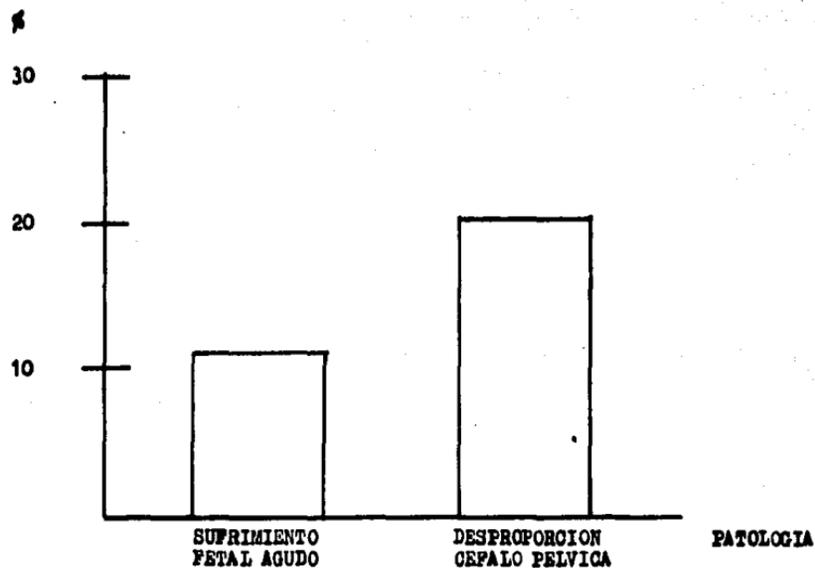
DIAGNOSTICO DE EGRESO	No DE PACIENTES	%
+1.-DESPROPORCION CEFALO PELVICA	63	2.40
+2.-SUPRIMIENTO FETAL AGUDO	16	0.60
++3.-SUPRIMIENTO FETAL AGUDO	13	0.49
4.-PARTOS GEMELARES	3	0.11
5.-TOXEMIA	2	0.07
6.-DIABETES MELLITUS	1	0.03
7.-CARDIOPATIA	1	0.03
8.-PLACENTA PREVIA	1	0.03
	<hr style="width: 50%; margin: 0 auto;"/>	<hr style="width: 50%; margin: 0 auto;"/>
	100	3.76

+ Resueltos por operación cesárea.
++ Resueltos por aplicación de forceps.

FUENTE: HOJAS DE ATENCION PRENATAL M.F. 7/83 DE LA UMF No 21 CON RETROINFORMACION DEL H.G.Z. LOS VENADOS.

GRAFICA 6

PATOLOGIA QUE GENERO LA INTERRUPCION DEL EMBARAZO



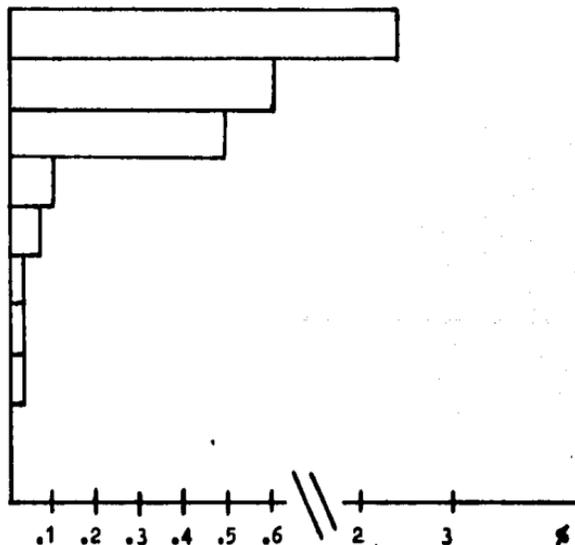
FUENTE: CUADRO VI

GRAFICA 7

PACIENTES NO IDENTIFICADAS EN LA U.M.F. No. 21 QUE PRESENTARON ALTO RIESGO AL TERMINO DE SU EMBARAZO

DIAGNOSTICO DE EGRESO

- + DESPROPORCION CEPALO PELVICA
- + SUPRIMIENTO FETAL AGUDO
- ++ SUPRIMIENTO FETAL AGUDO
- PARTOS GEMELARES
- TOXEMIA
- DIABETES MELLITUS
- CARDIOPATIA
- PLACENTA PREVIA
- + Resuelto por operación cesárea
- ++Resuelto con aplicación de forceps



FUENTE: CUADRO VII

CUADRO VIII
PACIENTES CANALIZADAS OPORTUNAMENTE AL HGZ LOS VENADOS
EN DONDE SE CORROBORO SU DIAGNOSTICO.

	No. DE PACIENTES	%
PREECLAMPSIA	12	4.21
PLACENTA PREVIA	3	1.14
CARDIOPATIA	5	1.91
TOXEMIA	1	0.38
	<u>20</u>	<u>7.64</u>

FUENTE: HOJAS DE ATENCION PRENATAL M.P. 7/83 DE LA UMF No 21

CUADRO IX
PACIENTES CON EMBARAZO DE ALTO RIESGO INTEGRANDO A LAS NO IDENTIFICADAS, LAS IDENTIFICADAS EN LA UMF No 21 Y LAS PACIENTES QUE ACUDIERON ESPONTANEAMENTE AL HGZ LOS VENADOS.

	No DE PACIENTES	%
+1.- DESPROPORCION CEFALO PELVICA	110	4.19
+2.-SUPRIMIENTO FETAL AGUDO	38	1.44
+3.-SUPRIMIENTO FETAL AGUDO	22	0.83
4.-PREECLAMPSIA	11	0.41
5.-TOXEMIA	7	0.26
6.-CARDIOPATIAS	7	0.26
7.-PLACENTA PREVIA	5	0.19
8.-PARTOS GEMELARES	3	0.11
9.-DIABETES MELLITUS	2	0.07
	<u>205</u>	<u>7.76</u>

+Resueltos por cesárea.

++Resueltos por aplicacion de forceps.

FUENTE: HOJAS DE ATENCION PRENATAL DE LA UMF No 21 CON RETRO-INFORMACION DEL HGZ LOS VENADOS.

GRAFICA 8

Pacientes Canalizadas Oportunamente al H.G.Z. Los Venados en
Donde se Corroboró su Diagnóstico

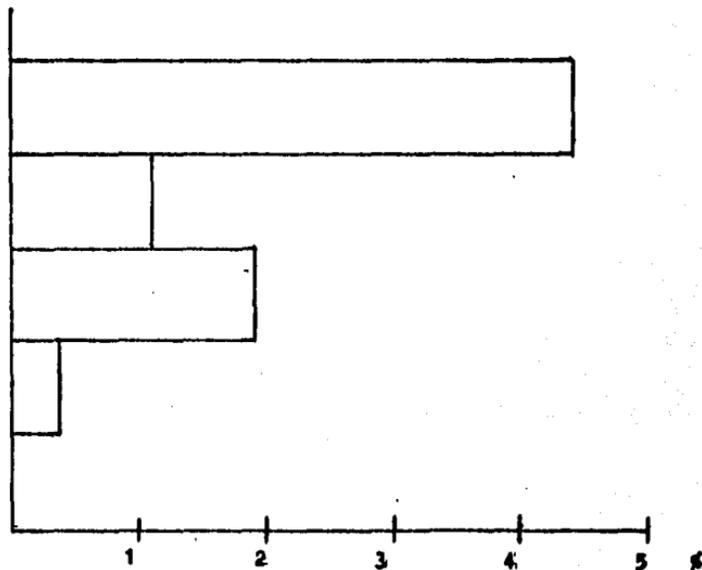
PADECIMIENTOS

PREECLAMPSIA

PLACENTA PREVIA

CARDIOPATIA

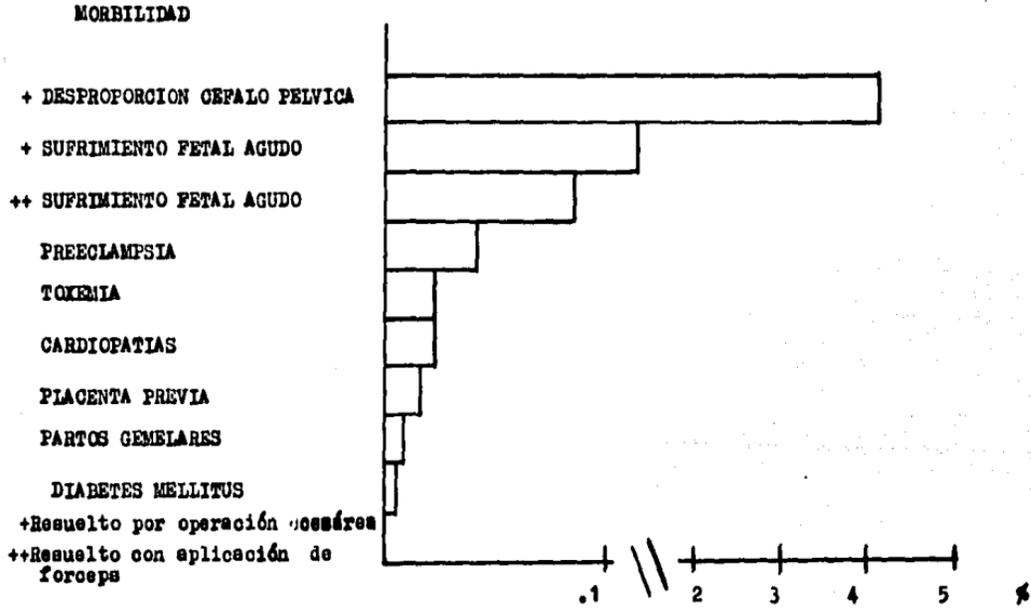
TOXEMIA



FUENTE: CUADRO VIII

GRAFICA 9

PACIENTES CON EMBARAZO DE ALTO RIESGO INTEGRANDO A LAS NO IDENTIFICADAS, LAS IDENTIFICADAS EN LA U.M.F. No. 21 Y LAS PACIENTES QUE ACUDIERON ESPONTANEA - MENTE AL H.G.Z. LOS VENADOS



FUENTE: CUADRO IX

DISCUSION

El porcentaje que se obtuvo de embarazo de alto riesgo fue de 20.12%, tomando en relación el número de pacientes estudiadas (1,297) con retroinformación del H.G.Z. Los Venados, esta cifra es similar a lo reportado en otros estudios aquí en México.

Tomando en cuenta el número total de envíos (2,625) - con las pacientes encontradas en el estudio (261) da un 9.94% de incidencia.

Se encontró que el 63.1% de las pacientes presentó su embarazo entre los 20 y 30 años de edad, la cual es la edad ideal para la gestación, sobre todo para el bienestar del producto.

De acuerdo a las semanas de gestación, el 67.81% fueron enviadas de la semana 36 en adelante, esto indica que las pacientes no presentaron ninguna complicación durante ni al final de su embarazo, que ameritara su envío a un segundo nivel de atención. De los casos restantes 32.19% (84 pacientes) sólo 20 pacientes se canalizaron oportunamente, en las restantes no había una indicación precisa para su envío, además esta canalización se efectuó entre el lapso comprendido de la semana 31 a la 35.

De las que si se canalizaron oportunamente se les corroboró el diagnóstico en el H.G.Z. Los Venados, los diagnósticos de estas pacientes fueron:

Preeclampsia	11 casos
Placenta previa	3 casos
Cardiopatía	5 casos
Toxemia	1 caso
	<hr/> 20 casos

El número de consultas otorgadas en la U.M.F. No. 21,

se obtuvo que el 80.08% no llevo una adecuada asistencia a la consulta prenatal, ya que esperaríamos que el número de consultas tendría que haber aumentado, ya que estas pacientes presentaron un alto riesgo durante su embarazo.

De las pacientes que no fueron identificadas que presentaron un alto riesgo, las cuales se mencionan en los resultados, no se detectaron en la U.M.F. No 2I, ya que al presentar algún problema estas pacientes durante su embarazo, no acudieron a la U.M.F. No 2I, sino que por iniciativa propia acudieron al Hospital General de Zona Los Venados, en donde fueron atendidas. Estas pacientes tenían los siguientes diagnósticos:

Placenta previa	I caso	0.04%
Diabetes Mellitus	I caso	0.04%
Cardiopatía	I caso	0.04%
Toxemia	2 casos	0.07%

Las pacientes no identificadas en la U.M.F. No 2I que presentaron embarazo de alto riesgo, corresponde el 3.52% de causas no previsibles, las cuales son las siguientes: desproporción cefalo pélvica, sufrimiento fetal agudo y placenta previa. Las causas previsibles fueron partos gemelares, toxemia, diabetes mellitus y cardiopatía, lo que corresponde a un 0.24%.

De los dos óbitos reportados en el H.G.Z. Los Venados, las pacientes llegaron en trabajo de parto y a su llegada no se auscultó frecuencia cardiaca fetal, determinando que el producto estaba muerto. Las dos pacientes tenían como antecedentes de riesgo el de ser diabéticas, multiparas y de ser pacientes añosas.

De las 26I pacientes estudiadas el 67.43% fueron partos eutócicos y el 32.57% se resolvió con la aplicación de forceps o por operación cesárea, como lo indica el cuadro IV.

De las primeras causas de embarazo de alto riesgo en-

contradas en el estudio, la toxemia aparece en quinto lugar, las hemorragias del tercer trimestre del embarazo aparecen en septimo lugar, las cardiopatías aparecen en sexto lugar y la diabetes mellitus aparece en el noveno lugar, por lo que la hipótesis formulada en este estudio no se corroboró, lo que se podría explicar a que no se incluyeron en el trabajo a las pacientes atendidas en tercer nivel (Centro Médico Nacional) y también puede ser debido, como se hace mención en los antecedentes científicos, a que a disminuido la incidencia de la morbimortalidad materna.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

CONCLUSIONES

1.- Se debe de dar una mayor información a la población en edad fértil, sobre la importancia de llevar un adecuado control prenatal, hacer énfasis sobre cual es la edad ideal para la gestación y dar a conocer los factores de riesgo reproductivo.

2.-El porcentaje de incidencia de embarazo de alto riesgo es similar a otros estudios reportados en México (20.12%) que coinciden de acuerdo al índice de riesgo señalados por el I.M.S.S.

3.-Las cinco primeras causas de alto riesgo identificadas en la U.M.F. No 2I fueron las siguientes (en orden decreciente): Cesárea, Causas Multifactoriales, Preeclampsia , Rh negativo y Cardiopatías. Lo cual varía de acuerdo a otros estudios en México, esto se pudiese explicar por el tipo de población que se maneja en esta unidad, la cual tiene un ingreso fijo, por lo menos de un sueldo mínimo y a los programas que se llevan dentro del instituto.

4.-Las pacientes que terminaron su embarazo con alto riesgo fueron 20 pacientes, representando el 7.66% del total de las pacientes identificadas con alto riesgo en la U.M.F. No 2I.

5.-La morbilidad encontrada de los casos no identificados en la U.M.F. No. 2I que terminaron su embarazo con alto riesgo, representa el 3.52% de causas no previsibles, ya que fueron de origen obstétrico y el 0.24% de causas previsibles en primer nivel de atención.

BIBLIOGRAFIA

- 1.-Aubry RH. Nesbbit RJ. High Risk Obstetrics I: Perinatal outcome in relation to a broadened approach to obstetrics care for patient at special risk. AM J Obst Gynec. 1963; 105-241
- 2.-Aubry RH. Pennington. Identificación y Valoración de Embarazo de Alto Riesgo. La Noción Perinatal. Clin Obst Gynec Nort. Marzo, 1973; 3-27
- 3.-Babson SG. Beechan CT. Tratamiento del Embarazo de Alto Riesgo y Cuidado Intensivo del Recién Nacido. Buenos Aires: Ed. Medica Panamericana, 1973
- 4.-Babson SG. Benson RC. Management of high risk pregnancy and intensive care of neonate. St Louis: Ed. The C.V. Mosby Co, 1971
- 5.-Benson CR. Embarazo de Alto Riesgo. Libro Diagnóstico y Tratamiento Gineco-obstétricos. México: Ed. El Manual Moderno S.A., 1980: 596-632
- 6.-Gabbe GS. O'Leary JA. Embarazo de Alto Riesgo. Rev Aten - ción Médica. Mayo 14, 1983
- 7.-Karchmer KS. Concepto actual de alto riesgo en la práctica obstétrica moderna. Asoc Mex Ginc Obst. Curso 2 Mayo, 1983
- 8.-Korones SB. High Risk New Born Infants. The basis for intensive nursing care. Am J Obst Gynec. 1972, 109
- 9.-López OE. Ginecología y Obstetricia. México: Ed. Mendez - Oteo. 1981: 293-96
- 10.-Nesbbit RJ. Aubry RH. High Risk Obstetrics III. Value of semiobjective gravidity systems in identifying the vulnerable group. Am J Obst Gyn 1969: 103 ;972

- II.-Ontiveros CE. Concepto Actual del Embarazo de Alto Riesgo. Hospital de Ginecología y Obstetricia No. I. Jornada Médica Bienal. 1972: 3-6
- I2.-Queenan JT. Protocols for high risk pregnancies. New Jersey: Economics Books, 1982
- I3.-Septien J. Embarazo de Alto Riesgo. Causas Valoración y Manejo. Gyn Obst Mex. Mayo 1974; 48I-97
- I4.-Septien GJ. Evaluación del Embarazo de Alto Riesgo de la Gestante y del Feto antes del Parto. Asoc Mex Gyn Obst. 1984; I-I4
- I5.-Urrusti J. Atención Perinatal. Rev Fac Med. 1978 Vol XVII; 42-58
- I6.-Schally VA. Progresos Recientes en Ginecología y Obstetricia. IMSS, 1978; 47-73
- I7.-Wilson JR. Beechan CT. Carrington ER. Ginecología y Obstetricia. Barcelona: Ed. Salvat. 1977