



ARTÍCULO ORIGINAL

Detección oportuna de factores de riesgo del embarazo en la consulta externa del Hospital Escuela U.V.

Opportune detection of pregnancy risk factors in the external consult of the U.V. Teaching Hospital

Raul Martinez Campos
Hospital Escuela de la Universidad Veracruzana

Martinez-Campos R. Detección oportuna de factores de riesgo del embarazo en la consulta externa del Hospital Escuela U.V. Rev Med UV 2007; 7(1): 14-21.

RESUMEN

Introducción. La etapa de mayor morbi-mortalidad en la vida del ser humano es el período perinatal, por lo que uno de los grandes retos a los que se enfrentan los servicios de salud mundialmente, es la detección y manejo oportuno del riesgo en pacientes embarazadas, ya que mediante ello se vigila la evolución del embarazo y se prepara a la madre para el parto y la crianza de su hijo. **Objetivo.** Contribuir a la disminución de la morbi-mortalidad perinatal y materna a través de la identificación adecuada y oportuna de los factores de riesgo. **Metodología.** Se llevó a cabo en el Hospital Escuela de la Universidad Veracruzana entre noviembre de 1998 y marzo de 1999, un programa de intervención para la oportuna identificación de factores de riesgo. Se usó una herramienta elaborada por el CIMIGen, conocida como Semáforo de Riesgo, sistema de preguntas sencillas y específicas, clasificadas en tres niveles. El personal médico de consulta prenatal, se capacitó, se llevó a cabo una prueba piloto y se analizaron los datos periódicamente. **Resultados.** Infecciones urinarias activas, factor importante asociado con partos de pretérmino, productos de bajo peso y aborto, estuvieron presentes con alta frecuencia. Se alcanzó un 17.8% de efectividad dado el número de factores modificados. **Conclusiones.** Su aplicación

facilitó la identificación temprana del riesgo en embarazadas, presentándose factores de riesgo medio, solos o asociados, con mayor frecuencia, sin embargo, la atención del médico evitó transformarse en riesgo alto.

Palabras clave: morbi-mortalidad perinatal, morbi-mortalidad materna, detección de riesgo, riesgo en el embarazo, semáforo de riesgo.

ABSTRACT

The “International Conference on Primary Care of Health”, realized in Alma Ata, Kasajistan organized by the WHO in 1978, mentioned the mother - infantile as prior assistance, since the stage of major morbi-mortality in the human being, is the period perinatal. A challenge at the time, it is to detect and to handle opportunely the risk in this stage. According to a study, between (among) 1996 and 1997, high effect of morbidity existed perinatal and mother in the condition(state) of Veracruz. The medical equipment(team) of external consultation of the Hospital School of Gynaecology and Obstetrics of the University Veracruzana, was lacking some system to detect and to evaluate risk perinatal. To contribute(pay) to the decrease of prenatal and mother morbi-mortality, one took to end in this Hospital, between

Recibido 28/05/2007 - Aceptado 12/06/2007

November, 1998 and March, 1999, a program of intervention for the opportune identification of factors of risk. There was used a tool elaborated by the CIMIGen, known as Semaphore of Risk, system of questions simple and specific, classified under three levels. The medical personnel of prenatal consultation, qualified, pilot took to himself to end a test (proof) and the information was analyzed periódicamente. His (her,your) application facilitated the early identification of the risk in pregnant women, appearing factors, alone or associate of medium risk, with major frequency, nevertheless, the attention of the doctor avoided to transform in high risk. Urinary active infections, important factor associated with childbirths of pretérmino, products of low weight and abortion, were present with high frequency. 17.8 % of efficiency was reached in view of the number of modified factors.

Key words: perinatal morbi-mortality, mother morbi-mortality, detection of risk, risk in the pregnancy(embarrassment), semaphore of risk.

INTRODUCCIÓN

La etapa de mayor morbi-mortalidad en la vida del ser humano es el periodo perinatal, por lo que uno de los grandes retos a los que se enfrentan los servicios de salud mundialmente, es la detección y manejo oportuno del riesgo en pacientes embarazadas¹, ya que mediante ello se vigila la evolución del embarazo y se prepara a la madre para el parto y la crianza de su hijo. Se considera al control prenatal como un conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que pueden condicionar morbi-mortalidad materna y perinatal, por lo cual el control prenatal debe ser eficaz y eficiente. Esto implica que el equipo de salud entienda la importancia de su labor en esta etapa.

Las estrategias de control prenatal están orientadas a la prevención, diagnóstico oportuno y tratamiento de las patologías. Debe ser precoz, para evitar el olvido de información por parte de la embarazada, con esto podemos perfectamente lograr los objetivos de una adecuada atención prenatal, como son: identificar los factores de riesgo y diagnosticar la edad gestacional, la condición fetal, así como la condición materna.

En la población obstétrica que no tiene factores de riesgo y presenta un embarazo sin complicaciones,

la evolución es altamente positiva. Entendemos como embarazo sin complicaciones, al estado fisiológico de la mujer que inicia con la fecundación y termina con el nacimiento del producto a término y en cuya evolución no se presentan factores que afectan a la salud de la madre o del niño.² Caso contrario, tenemos el embarazo de alto riesgo, en el cual existe un factor, ya sea materno o fetal, que afectará de manera adversa los resultados de la gestación.

Aunque en embarazos de alto riesgo no es posible esperar resultados favorables con certeza, éstos pueden mejorar si se emplea un sistema que indique los factores de riesgo y mitigue los problemas del embarazo. Son muchas las alteraciones que pueden presentarse, por lo cual, como lo mencionamos anteriormente, es de vital importancia saber identificarlos al principio del periodo prenatal, y sobre los riesgos que no se pueden anticipar, como son aquellos que se presentan sólo al progresar el embarazo (embarazos múltiples y preeclampsia), el médico debe vigilar su aparición.³

La “Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud”, realizada en Alma Ata, Kasajistán, organizada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1978, definió y otorgó reconocimiento internacional al concepto de Atención Primaria de Salud (APS). Su lema fue: “Salud para todos en el año 2000”. Dentro de los ocho elementos más importantes para lograr ésta, se mencionó la asistencia materno-infantil.⁴ Se debe entender como APS materno-infantil, al conjunto de acciones tendientes a preservar la salud del binomio madre-hijo enfocado fundamentalmente a que los riesgos presentes no se conviertan en daño para ambos.⁵

Las afecciones más comunes que inciden en la mortalidad perinatal son: padecimientos de la madre que afectan al feto o recién nacido; complicaciones propias del embarazo que repercuten en el producto; bajo peso al nacer (2 500 gr) y prematuros; hipoxia, asfixia y otros problemas respiratorios del feto o recién nacidos antes, durante y después del parto, aunque estas causas han sido reducidas últimamente en los países desarrollados junto con las anomalías congénitas, aún continúan ocupando en nuestro país uno de los principales lugares como causa de muerte, ya que en 1995 existía una tasa de 7.37 por cada 1000 nacidos vivos registrados (N.V.R.). Por su denominación,

es claro que la mayor parte de las muertes ocurren durante o muy cercanas al nacimiento; así el 80% de las defunciones por afecciones perinatales corresponden a niños de menos de 7 días de edad, lo cual significa el 33.8% de toda la mortalidad infantil y el 77.2% de todas las muertes neonatales tempranas.⁶ En 1996, en el estado de Veracruz, se registró una tasa de mortalidad perinatal de 14.1 x 1000 N.V.R. y una tasa de mortalidad neonatal de los años 1996 y 1997 de 6.8 x 1000 N.V.R. (Fuente: S.S.A.)

Podemos definir la mortalidad materna como toda defunción de una mujer ocurrida durante el embarazo, el parto, o los cuarenta y dos días siguientes a la terminación de la gestación, por causas relacionadas o agravadas por ésta, pero no por causas accidentales o incidentales.⁷

En el año de 1995, la Universidad de John Hopkins, la OMS y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) determinaron que debido a complicaciones del parto y embarazo (toxemias y hemorragias del embarazo, entre algunas de ellas), “hay cada año en el mundo 585 000 defunciones maternas”. (UNICEF 1996).

En México se han realizado diversos estudios para detectar los factores asociados a la muerte materna, un ejemplo de ello fue el realizado en el estado de Morelos en 1994, cuyos resultados nos indican la necesidad de fortalecer el esquema de detección de complicaciones en el embarazo mediante un control prenatal temprano, y de promover estrategias de carácter intersectorial para brindar atención oportuna a estas complicaciones. Es importante hacer mención que en las instituciones de salud del estado de Morelos se cuentan con historias clínicas que aportan poca información, siendo ésta además, de calidad cuestionable.⁸

Entre 1994-1995, la tasa de mortalidad materna registrada a nivel nacional fue de 4.8 x 10000 N.V.R. En el estado de Veracruz se registró una tasa de 5.1 x 10000 N.V.R. en 1996 y de 4.5 x 10000 N.V.R. en 1997. (Fuente S.S.A.). Las principales causas de mortalidad materna en el estado, son: hemorragia y toxemia en el embarazo, complicaciones en el parto y puerperio.

El Hospital Escuela de la Universidad Veracruzana (H.E.U.V.) cuenta con servicio de Gineco-Obstetricia tanto en su consulta externa como en hospitalización, que brinda servicio a los trabajadores de la misma universidad, así como a la población abierta de escasos recursos.

En los años de 1996-97, en este hospital se otorgaron un total de 30,377 consultas, de las cuales 15,232 (50.14%) correspondieron a control prenatal y 1,306 (8.57%) a alto riesgo, el resto se otorgó en pediatría y planificación familiar (41.29%).

La atención prenatal se lleva a cabo por médicos generales en tres consultorios, de lunes a viernes de 8:00 a 14:00 hrs., con una carga de trabajo de 10.5 pacientes por día aproximadamente.

La consulta la llevan a cabo apoyándose en la historia clínica perinatal simplificada.

Las pacientes clasificadas como de riesgo bajo o medio, son atendidas sin ningún problema. Las consideradas como de alto riesgo, pueden o no ser canalizadas al consultorio correspondiente, depende del médico tratante. Con la finalidad de disminuir los índices de riesgo, una de las soluciones que se han intentado en el pasado dentro de los servicios de salud, fue propuesta por el Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP), el cual detectó que a pesar de que la historia clínica es fundamental en el sistema de salud, eran notorias las deficiencias en la mayoría de los países de América. En respuesta a ese problema, en la década de los 70's el CLAP propuso un modelo de historia clínica perinatal, la cual fue adoptada por muchos países del continente.

A pesar de la gran aceptación que tuvo inicialmente, los resultados no respondieron a las expectativas que los autores del proyecto se habían planteado. Una de las causas fue el excesivo número de formularios, ante el cuál el personal que integra el equipo de salud mostró resistencia, lo cual es muy común, manifestándose en un llenado incompleto.⁹

Es por eso que en el área de consulta externa, donde se otorga el servicio de control prenatal del H.E.U.V., decidimos realizar un programa de intervención para modificar el control y vigilancia del embarazo, buscando contribuir a la identificación oportuna de los factores de riesgo e incidir oportunamente en los mismos.

OBJETIVO

Contribuir a la disminución de la morbi-mortalidad perinatal y materna a través de la identificación adecuada y oportuna de los factores de riesgo.

METODOLOGIA

Se trata de un estudio longitudinal de intervención, en el que se considera posible la presencia de amenazas que harían imposible discernir si fue la intervención la que produjo el impacto dando conclusiones no verdaderas, por ejemplo: pérdida diferencial del sujeto en los diversos grupos; el tipo de pacientes que se ausentan durante el estudio.

La población en estudio fueron pacientes embarazadas residentes en Xalapa y lugares circunvecinos, que acudieron a control prenatal en el H.E.U.V.

La herramienta a utilizar fue elaborada por el Centro de Investigaciones Materno Infantil Gen. (CIMIGen). Se conoce como Semáforo de Riesgo. Es un sistema que se aplica fácilmente y con mínimos recursos, consiste en una serie de preguntas sencillas y específicas, las cuales se clasifican en tres niveles que se identifican con los colores de un semáforo vial, considerando su simbología: 10

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

Se integró a cada expediente clínico una cédula de resumen integral de riesgo perinatal, que fue llenada por cada médico de acuerdo a lo observado en la consulta, apoyándose con el Semáforo de Riesgo, y llenando la tarjeta de registro para formar un archivo.

Se verificó la calidad del proceso, en cuanto al llenado del formato, la aplicación de tratamiento, la realización de referencia de embarazo de alto riesgo y la existencia de contrarreferencia de pacientes.

Se procesaron y analizaron los datos obtenidos, auxiliados con la creación de una base de datos que permite el cruce de variables y la aplicación de un auxiliar como el programa Epi-Info, con la obtención de frecuencias y presentación de tablas.

RESULTADOS

Los resultados se presentan de acuerdo a dos vertientes importantes: datos obtenidos de la Evaluación Inicial del Riesgo Prenatal (PREVIGen II) y de la Valoración en Consulta Subsecuente del Embarazo (PREVIGen III). Resultados obtenidos de la detección oportuna del embarazo de riesgo medio y alto y de su referencia al ginecoobstetra.

Se proporcionó un total de 2813 atenciones prenatales. Hubo una disminución progresiva ya que solamente una paciente asistió a la consulta número 8 (Cuadro 1). El promedio de atenciones perinatales por paciente embarazada fue 2.87.

Cuadro 1. Embarazos de alto riesgo

	NO. DE CONSULTA								TOTAL
	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	7ª	8ª	
Nº PACIENTES	629	477	304	186	91	35	15	1	977
RIESGO ALTO	29	135	60	41	19	4	0	0	288
%	4.6	28.30	19.73	22.0	20.8	11.42	0	0	29.47

Fuente: Elaboración propia con datos tomados en el proceso de investigación.

La confiabilidad de los registros pudo determinarse con la estimación de la fecha probable de parto en el 96.51% de la población. Así también, los registros de la cita programada para la próxima consulta, a 828 pacientes (84.71%).

Al inicio de la atención prenatal, el promedio fue de 21.8 semanas de gestación incrementándose éste progresivamente.

Evaluación Inicial del Riesgo Prenatal (PREVIGen II).

Los factores de riesgo identificados en la evaluación inicial del riesgo prenatal con el PREVIGen II fueron los que a continuación se mencionan:

Datos generales

Edad.- El número de pacientes del grupo de 15 a 19 años y de 31 a 35 años considerados de riesgo medio fue de 129 y de 70 respectivamente con un 20.36% de manera conjunta. Las pacientes del grupo de edad de 14 años o menos y de 36 años o más considerados de riesgo alto fueron 3 y 24 respectivamente con un 2.76%. La media estuvo conformada por 751 pacientes que correspondió al grupo de edad de 20 a 30 años considerado de riesgo bajo o sin riesgo (76.86%).

Peso al inicio del embarazo.- El número de pacientes con factores de riesgo medio por peso de 65 a 75 kg. y de 41 a 50 kg., fue de 79 y 158 respectivamente en conjunto el 24.25%. Las pacientes con riesgo alto por peso de 76 kg. ó más y de 40 kg. o menos fueron 21 y 5 respectivamente con el 2.66%. La media la conformaron 714 pacientes sin

riesgo o de riesgo bajo con peso de 51 a 64 Kg. (73.08%).

Estatura.- Las pacientes con talla de 145 a 149 cm consideradas de riesgo medio, fueron 156 (15.96%) y las de riesgo alto con talla menor a 144 cm fueron 153 (15.66%). El resto de las pacientes sin riesgo o de riesgo bajo por talla de 150 cm o más, la media fue de 572 (58.54%).

Estado civil.- Las pacientes solteras consideradas de riesgo medio fueron 82 y viudas 1 con un 8.39%, con riesgo alto por estar sin cónyuge sólo 5 pacientes (0.5%) y la media considerada sin riesgo o de riesgo bajo, lo conformaron las casadas y en unión libre 889 (90.9%).

Antecedentes Gineco-obstétricos

Paridad.- Entre los factores de riesgo directamente relacionados con la gestación, con riesgo medio fueron 355 las nulíparas y 24 las pacientes con 4 y 6 partos anteriores, conjuntamente representan el 38.8%. Las pacientes sin riesgo o de riesgo bajo por antecedente de 1 a 3 partos, fueron 598, que representan el 61.2%. En parto anterior, 31 pacientes con riesgo medio por parto difícil, y sólo una paciente con antecedente de parto traumático.

Abortos.- Las pacientes con el antecedente de este factor fueron 10 clasificadas como de riesgo medio (1.02%) por 2 o más abortos consecutivos.

Cesáreas previas.- Este factor estuvo presente en 111 pacientes con antecedente de una cesárea, clasificadas como riesgo medio (18%) y sólo 13 pacientes con riesgo alto por antecedente de 2 ó más cesáreas anteriores (2%). Un total de 498 pacientes no presentaron este factor (80%).

Parto pretérmino.- El número de pacientes que tuvieron como antecedente un parto de estas características, fue de 9, considerado de riesgo medio (1.44%) y sólo una paciente con dos o más considerada de riesgo alto (0.16%).

Preclampsia – eclampsia.- Este factor considerado de riesgo medio, sólo lo presentaron 6 pacientes (0.96%).

Hijos de 2 500 gr o menos.- Un total de 26 pacientes tuvieron el antecedente de un hijo con este peso considerado riesgo medio (4.1%) y 3 pacientes el antecedente de 2 ó más hijos como riesgo alto (0.48%).

Hijos de 4 000 gr o más.- Fueron 6 las pacientes que presentaron el antecedente de un hijo con este peso (0.96%), considerado factor de riesgo medio. Con 2 ó más

hijos con este peso fueron 3 pacientes (0.48%).

Muertes perinatales.- Con el antecedente de una muerte perinatal se encontraron 9 pacientes (1.44%) clasificadas como riesgo medio y sólo 3 pacientes con riesgo alto (0.48%) con 2 ó más muertes perinatales previas.

Hijo malformado.- Solo una paciente refirió este factor considerado de riesgo alto.

Cirugía ginecológica previa.- Este factor de riesgo lo presentaron 3 pacientes como riesgo alto por antecedente de cirugía uterina previa (0.48%) y 2 pacientes como riesgo medio.

Consanguinidad.- 3 pacientes (0.3%) presentaron antecedentes de consanguinidad, siendo clasificadas como de riesgo alto.

Factor Rh.- Pacientes con Rh negativo no controladas fueron 2 clasificadas como riesgo medio y Rh negativo 2 pacientes consideradas de riesgo alto.

Hemoglobina.- Las pacientes que en su momento presentaron exámenes de laboratorio con Hb de 8 a 10 grs. catalogadas como riesgo medio fueron 40 (4.1%) y sólo 5 pacientes (0.5%) con riesgo alto con 8 o menos gramos de hemoglobina.

Tabaquismo y alcoholismo.- Como un factor de riesgo medio el tabaquismo estuvo presente en 15 pacientes (1.5%) y el alcoholismo de igual forma como factor de riesgo medio en 5 pacientes (0.5%). Se encontró una toxicomanía no especificada en una paciente, clasificada como de riesgo medio.

Dentro de las condiciones del embarazo, se encontraron algunos factores de riesgo en la valoración inicial:

Amenaza de aborto.- 29 pacientes presentaban antecedentes de amenaza de aborto controlada (2.9%) clasificada como riesgo medio y 2 pacientes con amenaza de aborto activa por lo que corresponde a riesgo alto.

Amenaza de parto pretérmino.- Un total de 12 pacientes presentaron este factor de riesgo (1.2%) controlado y clasificado como riesgo medio.

Hemorragia ginecológica.- Este factor de riesgo lo presentaron 4 pacientes (0.4%) como hemorragia ginecológica controlada, clasificada como riesgo medio.

Ruptura de membranas.- En la valoración inicial, una paciente presentaba ruptura de membranas en forma

activa, considerada como riesgo alto.

Cardiopatía, nefropatía, diabetes, hipertensión crónica, hipertensión del embarazo.- Estos factores de riesgo para el embarazo no fueron mencionados por las pacientes en la valoración inicial, ni en forma controlada ni activa.

Evaluación Subsecuente del Riesgo Prenatal (PREVIGen III).

La aplicación del PREVIGen III permitió identificar los factores de riesgo presentes en la evolución de cada embarazo, de las pacientes que acudieron a control subsecuente, los factores de riesgo identificados fueron los siguientes:

Se identificó un total de 288 embarazos de riesgo alto, por tener uno o más factores asociados.

Un total de 11 pacientes presentaron factores de riesgo asociados, por lo que se consideró únicamente un factor para su registro como embarazo de riesgo alto (Gráfica 1).

Los factores de riesgo que se registraron con mayor incidencia se describen a continuación:

Infección urinaria activa.- Factor de riesgo con mayor frecuencia, registrándose 142 casos, es decir, el 48.3%. Destaca como problema de salud habitual en la consulta prenatal.

Aumento de peso de 3 kg o más.- El número de ocasiones que se registró este factor, es 86 (29.86%) y estuvo presente principalmente en las etapas finales del embarazo.

Disminución de peso.- Similar al factor de riesgo anterior, se registró en 34 ocasiones (11.8%) y generalmente asociado a factores de riesgo medio.

Aumento del F.U. 8 cm o más.- Presente en 9 ocasiones como factor de riesgo alto con el 3.12% y en 2 ocasiones asociado al aumento de peso.

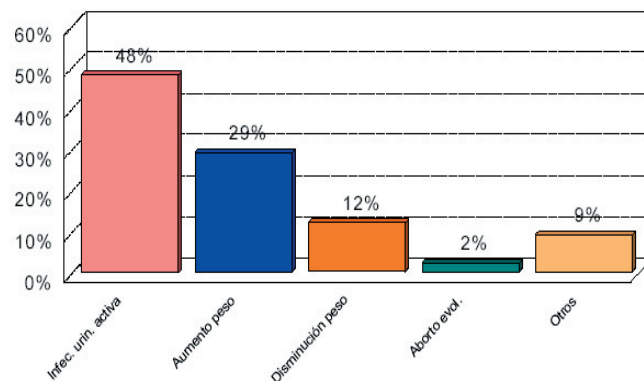
Sin aumento del F.U. Registrado en 10 ocasiones (3.4%) y asociado a incremento de peso.

T.A. sistólica 140 a 160 mm Hg y diastólica 91 a 109 mm Hg.- Presente en una paciente que fue derivada en su oportunidad al consultorio de embarazo de alto riesgo.

Aborto en evolución.- Esta situación clínica como factor de riesgo estuvo presente en 6 pacientes, que se derivaron al consultorio de embarazo de alto riesgo para atención inmediata.

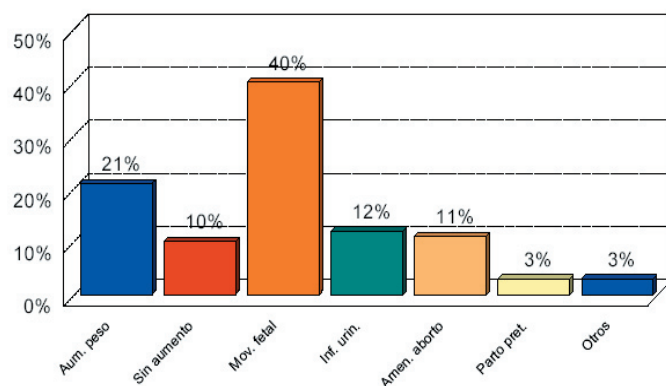
Los factores de riesgo medio, se presentaron con mayor frecuencia que los de riesgo alto, ya sea solos o asociados, siendo necesaria la intervención del médico para evitar que se transformaran en riesgo alto (Gráfica 2).

Gráfica 1. Factores de riesgo alto



Fuente: Elaboración propia con datos tomados en el proceso de investigación.

Gráfica 2. Factores de riesgo medio



Fuente: Elaboración propia con datos tomados en el proceso de investigación.

Se alcanzó un 17.8% de efectividad por el número de factores modificados, y son los siguientes:

Movimientos fetales moderados.- Identificado por el médico, este factor se registró con mayor frecuencia, 336 ocasiones. Representa un 40.77 % de la consulta.

Aumento de peso.- Estuvo presente en 177 ocasiones, segundo en frecuencia, (21.48%).

Sin aumento de peso.- Registrado en 79 ocasiones (9.58%).

Infección urinaria controlada.- Factor de riesgo medio, cuyo registro de mayor objetividad y basado en

apoyos de estudios paraclínicos fue de los más frecuentes, registrándose en 98 ocasiones. Representa el 11.89%.

Amenaza de aborto.- Estuvo presente en 21 ocasiones (2.54%), generalmente asociado a factores de riesgo como:

Hemorragia genital mínima.- la cual se presentó en 10 ocasiones.

T.A. sistólica 140-160 mm Hg.- Fue identificada en 6 ocasiones y en dos de ellas asociada a T.A. diastólica de 91 a 109 mm Hg. Juntas representan el 1% del total.

Parto de pretérmino.- Un total de 28 registros (2.8%) en pacientes del tercer trimestre del embarazo.

Ruptura de membranas.- Una paciente presentó ruptura de membranas de menos de 12 hr de evolución. En su oportunidad fue canalizada para atención especializada en alto riesgo.

DISCUSION

En este proceso, es imperativo resaltar la manera focalizada de buscar los factores de riesgo, los cuales de presentarse individualmente, pudieran pasar inadvertidos, pero al encontrar uno, dos o más en forma simultánea o agrupados, se facilitó la identificación de embarazos de riesgo alto y con ello, se dio inicio al proceso de reducción de los factores de riesgo y/o se canalizaron a la sección de embarazo de riesgo alto. Pudo observarse que durante el desarrollo de la intervención, conforme se suceden las consultas, se modifican los factores de riesgo.

La asistencia a control prenatal, se inició en promedio en las semanas 21-22 del embarazo, lo cual reduce las posibilidades de un adecuado control. Las condiciones que ocasionan esto, generalmente son de tipo socioeconómico, a pesar que los costos de atención son accesibles y existe disponibilidad del servicio durante las veinticuatro horas los trescientos sesenta y cinco días del año.

La implementación de este sistema, permitió la unificación de criterios de los médicos adscritos a la consulta prenatal, al establecerse parámetros de evaluación con los que no se contaba anteriormente, esto mejoró la calidad de la atención médica.

La aplicación de instrumentos como el PreviGen, facilitó la identificación temprana del embarazo con riesgo,

siendo importante la referencia de pacientes hacia embarazo de riesgo alto, lo que evita cesáreas urgentes que ponen en peligro la vida del binomio madre-hijo.

De esta manera se establecen parámetros de referencia hacia Riesgo Alto, los cuales no existían, mejorando la calidad y la oportunidad en la atención médica.

Fueron identificadas pacientes con embarazos de riesgo alto en la evaluación inicial y en la subsecuente, algunas de las cuales se controlaron en la consulta prenatal, bajo estrecha vigilancia del médico general.

La infección urinaria activa y controlada, estuvo presente con una frecuencia muy importante, siendo uno de los factores que requieren de la vigilancia permanente del médico, por estar asociada y ser causa de partos de pretérmino y productos de bajo peso; además de ser frecuente origen de aborto, en el primer trimestre del embarazo. Otros factores como el aumento o la disminución de peso, generalmente asociados a bajos ingresos, madres solteras o sin cónyuge, son origen de deserción y/o abandono de la atención y vigilancia perinatal.

Un número importante de pacientes con el antecedente de cesárea previa, nos dio la oportunidad de estrechar la vigilancia en la etapa final del embarazo. El conocer los factores de riesgo presentes durante la evolución del embarazo, realizar su vigilancia y control, modificarlos o hacerlos desaparecer, además de ser gratificante, generó una motivación a los médicos y los miembros del equipo de salud, para continuar con el programa.

Este sistema, implementado inicialmente en el CIMIGen es susceptible de mejoras o adecuaciones para lograr un funcionamiento de calidad en el proceso de atención médica, tanto en la consulta prenatal con el médico general, como en el control de riesgo alto con los especialistas, hubo mejora en la relación con estos médicos que atienden el embarazo de riesgo alto, al referirles pacientes mejor clasificadas y con mayor oportunidad, todo a favor de la resolución adecuada del embarazo y la disminución de la morbilidad y mortalidad materno fetal.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Dentro del hospital escuela, específicamente en el área de consulta externa, no existían parámetros de clasificación de

riesgo prenatal, por lo que al implementar este programa se estandarizaron los procedimientos de evaluación de riesgo prenatal.

Es importante mantener la calidad en los procesos de atención clínicos hacia el embarazo de riesgo medio y alto y unificar criterios de manejo para algunos de los procesos clínicos como la infección de vías urinarias, factor de mayor incidencia en la evolución del embarazo, así como el manejo y control del estado nutricional y la hipertensión arterial. Se recomienda incrementar apoyos mediante trabajo social médico cuando se localicen embarazos de riesgo alto en adolescentes, madres solteras o sin cónyuge, así como apoyar a embarazadas de nivel socioeconómico bajo, a través de trabajo social, para evitar deserciones o embarazos complicados que terminen en urgencias, provocando alta morbilidad de la madre y el producto de la gestación.

Debemos también establecer mecanismos de coordinación dentro de la institución con el servicio de nutrición, por la incidencia de variaciones de peso durante el embarazo y la identificación de embarazadas de muy bajo peso, además con el servicio de psicología para definir y establecer verdaderamente una atención integral del embarazo, conjuntando equipos de trabajo multiprofesionales.

Efectuar un adecuado seguimiento estadístico del programa y darlo a conocer a todo el personal del hospital.

Establecer protocolos de manejo en patologías presentadas en las usuarias así como actualización continua de estos procedimientos.

Dar a conocer a las usuarias, la aplicación de este programa en el control de su embarazo.

Realizar sesiones periódicas de control y seguimiento con el personal médico y de enfermería que intervienen en la realización del programa.

Lograr la identificación idónea del personal que interviene en la aplicación del programa para su correcta utilización y seguimiento.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Salinas A. Percepción de riesgo y actitud hacia la anticoncepción en mujeres con embarazo de alto riesgo. *Salud Pública Méx.* 1994; Vol. 36(5):513-520
- 2.- Manual de normas y procedimientos para la atención de la mujer durante el embarazo parto y puerperio normal y complicado por toxemia, hemorragia e infección, SSA. UNICEF.
- 3.- Queenan J. Atención de embarazo de alto riesgo. Editorial Manual Moderno. México D.F. 1993.
- 4.- Health for all by the year 2000. Plan of Action for the Implementation of Regional Strategies. PAHO-WHO, 1982, official document num. 170.
- 5.- Jurado G. E. y col. "La atención primaria a la salud materno infantil" Quinto Simposium GEN, México, D.F. 1992.
- 6.- Secretaría de Salud. La salud de los niños. México, D.F. Nov. 1994.
- 7.- Hernández B., Langer A., Romero M., Chirinos J. Factores asociados a la muerte materna hospitalaria en el estado de Morelos. *Salud Pública Méx.* 1994; Vol. 36(5):521-528.
- 8.- IDEM.
- 9.- Sarué, E; Díaz, A. G; Giacomini, H; Schwarcz, R. Enfoque de riesgo en el sistema informático perinatal. Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano; 1991. 37 p. Montevideo, Uruguay. 1991.
- 10.- Centro de Investigaciones Materno-Infantil.. Hospital del Perpetuo Socorro. Sistema para Detección y Evaluación de Riesgo Perinatal. Julio 1991.