



**JORNADAS ANUALES EN MEDICINA DE FAMILIA  
XIX DEL POSTGRADO EN MEDICINA DE FAMILIA Y  
XVI DE LA SOCIEDAD VENEZOLANA DE  
MEDICINA DE FAMILIA  
CAPITULO ANDINO**

**CELEBRACION DEL XXX ANIVERSARIO DEL  
POSTGRADO EN MEDICINA DE FAMILIA**

**JULIO, 2.012**



# **IDENTIFICACION DEL RIESGO PERINATAL: CLAVE PARA DISMINUIR LA MORTALIDAD MATERNA**

**DR. GERMÁN E. CHACÓN VIVAS  
GINECO – OBSTETRA  
PROFESOR  
I. A. H. U. L. A. – U. L. A.  
12 / 07 / 2.012**



# CONTENIDO

## MAGNITUD DEL PROBLEMA

Mundial

Nacional

Local

## CONCEPTOS

## CLASIFICACION DEL RIESGO REPRODUCTIVO

## CONDUCTA A SEGUIR

Niveles de atención

## CONCLUSIONES

# **MAGNITUD DEL PROBLEMA**



# MAGNITUD DEL PROBLEMA

“Cada minuto de cada día en algún lugar del mundo una mujer fallece a consecuencia de complicaciones que surgen durante el embarazo y el parto. La mayor parte de estas muertes son evitables”

“La defunción materna es una tragedia para mujeres en lo individual, familiar y también para sus comunidades”

“La muerte de una mujer durante el embarazo o el parto, no sólo es un problema de salud, sino también una cuestión de injusticia social”



# MAGNITUD DEL PROBLEMA

“Las causas médicas de las defunciones maternas son similares en todo el mundo”

“Sólo el 53% de las mujeres embarazadas de los países en desarrollo, dan a luz con ayuda de un médico o partera calificada”

“La mala nutrición contribuye al mal estado de salud materna, razón subyacente de los malos desenlaces de los embarazos”

# NUESTRO PROBLEMA

## TASAS de M. M. en el I. A. H. U. L. A. (Por 100.000 N.V.)

Año 2.001	107.35
Año 2.002	119.76
Año 2.003	149.57
Año 2.004	143.57
Año 2.005	126.10
Año 2.006	228.61
Año 2.007	96.97
Año 2.008	166,97
Año 2.009	83,05
Año 2.010	116,88
Año 2.011	183,45





# MORTALIDAD MATERNA

## I.A.H.U.L.A. (2.001 – 2.011)

<b>Causas Directas</b>	<b>81 % *</b>
<b>Causas Indirectas</b>	<b>16 % *</b>

### Causas Directas

<b>Hemorragias</b>	<b>40.0 %</b>
<b>Trastornos Hipertensivos</b>	<b>35.0 %</b>
<b>Infecciosas</b>	<b>25.0 %</b>

\* Sin tomar en cuenta la M.M. no obstétrica



# MORTALIDAD MATERNA

I.A.H.U.L.A. (2.001 – 2.011)

## Tiempo entre Ingreso y Muerte

<b>Menos de 24 horas</b>	<b>47 %</b>
<b>Entre 25 y 72 horas</b>	<b>16 %</b>
<b>Más de 73 horas</b>	<b>37 %</b>



# CONSULTA DE A. R. O. MORTALIDAD MATERNA

I/C	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	TOT	%
Genétic	3	2	55	58	89	61	51	55	65	73	454	18.40
Endocr	28	34	44	32	42	59	43	37	39	47	375	15.20
Nefrol	19	26	44	42	46	31	27	21	28	22	306	12.40
Hemat	18	20	28	35	25	23	20	19	22	13	223	9.03
Neurol	7	21	24	30	20	26	23	19	17	15	202	8.18
HIV Pos	4	5	6	6	5	10	8	7	9	10	70	2.83
P. VEZ	244	242	257	244	257	236	231	224	249	283	2.467	
M. M.	7	8	7	7	12	4	8	4	7	11	75	100
C.A.R.O.			1	1		1					3	4

**CONCEPTOS**

# SALUD REPRODUCTIVA

“Es el estado de completo bienestar físico, mental y **social**, y no solamente la ausencia de enfermedad durante el proceso reproductivo”



OMS. Reproductive health. 1992

# EMBARAZO DE ALTO RIESGO

Es el que tiene, o probablemente tenga, antecedentes, estados concomitantes con la gestación, parto, puerperio y lactancia que aumentan los peligros para la salud de la madre o del feto, o bien cuando la madre proviene de clases socioeconómicas desposeídas



# CLASIFICACION DEL RIESGO REPRODUCTIVO

## CRITERIOS DE IDENTIFICACION



# RIESGO REPRODUCTIVO

**R. R. Preconcepcional**

**R. R. Perinatal:**

**Durante el embarazo**

**Durante el parto**

**Durante el puerperio**

**F. de Riesgo para el recién nacido**

# **CRITERIOS DE IDENTIFICACION**

**Aspectos Socio-Económicos y Culturales**

**Características de la paciente**

**Antecedentes**

**Patología concomitante**

# **CRITERIOS DE IDENTIFICACION**

## **Riesgo Neonatal:**

**Características del producto**

**Características del L. Amniótico**

## **Riesgo Postnatal:**

**Del alumbramiento**

**Del puerperio**

**De la lactancia**

# I. ASPECTOS SOCIO – ECONOMICOS Y CULTURALES

Educación

Condiciones económicas

Estado civil

Trabajo

Motivación al embarazo

Motivación a las necesidades de salud

Acceso al establecimiento de salud





## II. CARACTERISTICAS DE LA PACIENTE

### Edad:

Menores de 16 años

Mayores de 35 años

### Peso:

Subnormal: Menos de 45 Kg.

Excesivo: Más de 90 Kg.



# III. ANTECEDENTES

Gineco-Obstétricos

Médicos

Hábitos



# GINECO-OBSTETRICOS

Alteraciones de la fertilidad (Esterilidad)

Número de gestaciones (Más de 5)

Intervalo intergenésico (Menos de 1 año o más de 5)

Pérdida Recurrente del Embarazo (Abortos, Pretérminos, de Término, R.N.)

Resolución operatoria de la gestación

# MEDICOS

Enf. Cardiovascular

Enf. Hipertensiva (Cualquier etiología)

Enf. Metabólica (Pancreática, Tiroidea)

Enf. Neoplásica (Cáncer, Leucosis)

Enf. Neuro-Psiquiátrica

Enf. Renal (Nefropatía, Cirugía uretero-renal)

Enf. del Sistema O.-M. y del T. Conectivo (LES, SAF)

Isoinmunización Rh/ABO

# HABITOS



## Adicciones o Toxicomanías:

Alcoholismo

Drogadicción

Tabaquismo (> 10/día)



# IV. PATOLOGIA CONCOMITANTE CON EL EMBARAZO

Anemia. Desnutrición (Hb < 8 gr %)

Gestosis (De la segunda mitad)

RCIU (Simétrico o asimétrico)

Embarazo múltiple

Hemorragia obstétrica (De la segunda mitad)

# **IV. PATOLOGIA CONCOMITANTE CON EL EMBARAZO**

**Infecciones (Hepatitis, Rubéola, Lúes, SIDA)**

**Infestaciones (Toxoplasmosis)**

**Ruptura Prematura de Membranas Ovulares**

**Patología del Líquido Amniótico (Oligo. o Poli.)**

**Otros (Fármacos Teratogénicos, Radiaciones)**

**CONDUCTA A SEGUIR**

# CONDUCTA A SEGUIR

## NIVELES DE ATENCION

Primaria  
Secundaria  
Terciaria



# PREVENCION

## COMBATIR LAS “TRES DEMORAS”

Demora, por la paciente, en la decisión de consultar

Demora en ingresar a la institución de mayores recursos

Demora en la prestación de asistencia calificada

# ATENCIÓN PRIMARIA

## PROTECCIÓN FAMILIAR

Trabajo  
Vivienda  
Educación  
Servicios Públicos  
Asistencia Social y Legal



# ATENCIÓN PRIMARIA

Acceso precoz y de calidad a la atención prenatal

Atención calificada y oportuna durante el parto

Correcta atención durante el puerperio



# ATENCIÓN SECUNDARIA

## DIAGNOSTICO PRECOZ

Detectar el proceso en fase inicial y confirmarlo (Pruebas de alta sensibilidad y especificidad con alto valor predictivo)

## TRATAMIENTO

Primario. Medidas eficaces en el sitio donde se hace la detección

# ATENCIÓN TERCIARIA

## CONSULTA PRENATAL

### CUIDADOS INTENSIVOS PRENATALES

Evaluación materno-fetal

Indicaciones higiénico-dietéticas

Consultas especializadas



# EVALUACION MATERNO-FETAL

Clínica (Peso, T.A., A.U., **M.F.**, etc.)

E. Biofísicos (Ecografía, T.R.F., P.B.F., etc.)

E. Bioquímica (A.F.P., H.C.G., E3, L.P.H.)

E. del Líquido Amniótico



**PREVENCION**

# PREVENCIÓN DE LA PREECLAMPSIA

## PRIMARIA

Identificar la mujer con riesgo de preeclampsia

Combatir los factores de riesgo

## SECUNDARIA

Disponer de medios de detección precoz

Poseer los medios de tratamiento y aplicarlos oportunamente

Aspirina, calcio, antioxidantes

# PREVENCIÓN DE LA PREECLAMPSIA ¿QUÉ HAY DE CIERTO? ¿BENEFICIA LA ASPIRINA?

Roberge S. et al. Early administration of low-dose aspirin... A systematic review and meta-analysis. *Fetal Diag Ther.* 2012; 31: 141-146

5 estudios con 7.941 pacientes . Nivel I

Dosis bajas de aspirina administradas antes de las 16 semanas reducen el riesgo

Trivedi N. et al. A meta-analysis of low dose aspirin for prevention of preeclampsia. *J Postgrad Medicine.* 2011; 57(2): 91-95

19 estudios con 28.237 pacientes. Nivel I

Aspirina a dosis bajas (50-100 mg) tienen un ligero efecto en la prevención de pacientes de alto riesgo

# **PREVENCIÓN DE LA PREECLAMPSIA QUE HAY DE CIERTO? BENEFICIA EL CALCIO?**

**Hofmeyr T. et al. Suplementos del calcio durante el embarazo...  
trastornos hipertensivos. Biblioteca Cochrane Plus. 2010, No. 4**

**11 estudios con 14.946 pacientes. Nivel I**

**Reducen a la mitad el riesgo de Preeclampsia**

**Imdad A. et al. Role of calcium supplementation during... a meta-  
analysis of studies from developing countries. BMC Public Health.  
2011 (suppl 3): 518**

**10 estudios que totalizaron 1.402 títulos**

**El suplemento de calcio (1.5 – 2 gr/d) durante el embarazo se asocia a  
reducción en el riesgo de hipertensión gestacional, preeclampsia, mortalidad  
neonatal y parto pretérmino en países en desarrollo**

# PREVENCIÓN DE LA PREECLAMPSIA QUE HAY DE CIERTO? BENEFICIAN LOS AC. GRASOS?

Rumbold A, et al. Antioxidantes para prevenir la preeclampsia. Biblioteca Cochrane Plus. 2010, No. 4

**10 ensayos con 6.533 pacientes**

**No apoyan el suplemento sistemático**

Simas T, et al. Los omega 3 no reducirían complicaciones del embarazo. The American Journal of Clinical Nutrition. www.intramed, mdline-pubmed. Junio 2012

**5 ensayos con 2.400 pacientes**

**No reducirían el riesgo**

# PREVENCIÓN DE LA PREECLAMPSIA

¿QUÉ HAY DE CIERTO? ¿BENEFICIA EL AJO? ¿EL CHOCOLATE?

Saftlas A, et al. Does chocolate... preeclampsia and gestational hypertension? *Ann Epidemiol.* 2010 August, 20(8): 584-591

13 ensayos con 3.591 pacientes

Disminuyó el riesgo. Se requieren más estudios

Meher D. Ajo para la prevención de la preeclampsia y sus complicaciones . *Biblioteca Cochrane Plus.* 2011, No. 1

1 estudio con 100 pacientes

Sin pruebas suficientes para recomendarlo. Se necesitan estudios adicionales

# PREVENCIÓN DE LA HEMORRAGIA

## MANEJO ACTIVO DEL TERCER PERÍODO DEL PARTO

Administrar un medicamento “útero tónico” inmediatamente después del parto *o antes de la extracción fetal en la cesárea*

Controlar el alumbramiento mediante tracción controlada del cordón umbilical y contra tracción externa del útero

Manejo externo del útero durante y después del alumbramiento

# PREVENCION DE LA INFECCION

## NORMAS DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA

Mejorar la calidad de la atención médica institucional

Promover el parto institucional

Pesquisar la infección ginecológica por citología

Prevenir la ruptura prematura de membranas

Promover el parto y cesárea “limpios”

Promover el uso de antibiótico/profilaxis



Actualización sobre Mortalidad Materna. OMS/UNFPA. Nueva York, 2009

Acosta C. et al. Maternal sepsis. BJOG. 2012; 119: 474-483

Antibiotic Prophylaxis in Obstetric Procedures. SOGC. Clinical practice guideline. Nº 247. 2010

# **CONCLUSIONES**

# EN RESUMEN

## TASAS DE MORTALIDAD

Canadá

4 x 100.000

Chile

23 x 100.000

Ecuador

74 x 100.000

Bolivia

90 x 100.000

Haití

523 x 100.000

Africa

830 x 100.000



Venezuela: 1.998

59 x 100.000

2.011

377 x 100.000

I.A.H.U.L.A. 2.001 – 2.011

127 x 100.000

# EN RESUMEN

## PREVENCION

### Primaria:

Identificar y tratar los factores de riesgo

### Secundaria:

Diagnóstico y tratamiento oportunos

### Terciaria:

Tratamiento etiopatogénico

**FELICITACIONES, EXITOS  
Y SUPERACION PARA EL  
POSTGRADO...**

**A PESAR DE TODOS LOS  
OBSTACULOS, SIEMPRE  
HAY UN CAMINO!!!**

**MUCHAS GRACIAS ...**

[german.emiro@chaconv.com](mailto:german.emiro@chaconv.com)

[gerchavi@gmail.com](mailto:gerchavi@gmail.com)