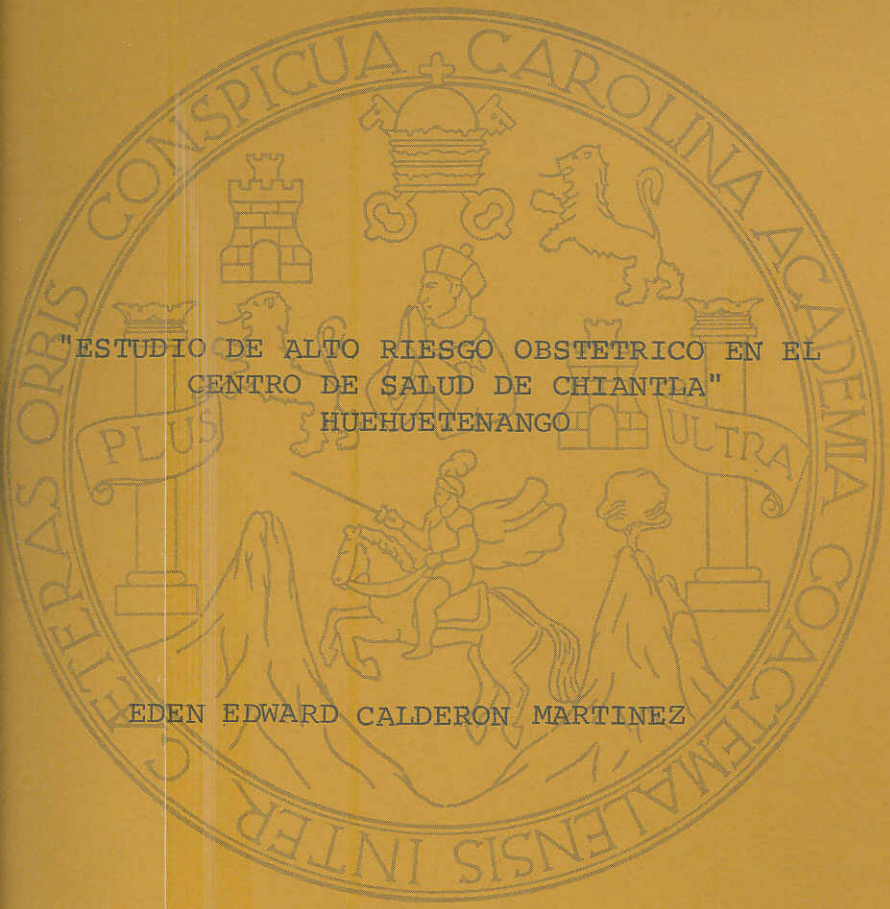
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS



"ESTUDIO DE ALTO RIESGO OBSTETRICO EN EL CENTRO DE SALUD DE CHIANTLA" HUEHUETENANGO

EDEN EDWARD CALDERON MARTINEZ

Guatemala, Agosto de 1981.

PLAN DE TESIS

- INTRODUCCION
- ANTECEDENTES
- OBJETIVOS
- HIPOTESIS
- MATERIAL Y METODOS
- DESCRIPCION DEL AREA DE TRABAJO
- EMBARAZO DE ALTO RIESGO

    1- Valoración Diagnóstica
       a- Escrutinio Inicial
       a- Visitas Prenatales
       c- Valoración del crecimiento - fetal, madurez, y bienestar
    2- Diagnóstico Diferencial
    3- Tratamiento
    4- Pronóstico

- INVESTIGACION EFECTUADA
- CONCLUSIONES
- RECOMENDACIONES
- BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

A manera de introducción se da a conocer en forma general y breve lo que en si constituye la investigación realizada en el Centro de Salud de Chiantla, la cuál lleva como título "Estudio de alto Riesgo Obstétrico en el Centro de Salud de Chiantla, Huehuetenango" (Estudio Retrospectivo de Abril-80 Abril 81). Teniendo como objetivo establecer los factores obstétricos adversos que afectan a la paciente Embarazada que consultó al Centro de Salud, identificando así que la demanda de pacientes con Alto Riesgo Obstétrico que se controlan en dicha institución es elevado, en éste caso, las pacientes consultantes del año en estudio; de acuerdo a la cobertura que se tiene del Servicio Materno.

Así tenemos que, a groso modo, el Alto Riesgo Obstétrico se dice que es todo fáctor que afectará a la Madre y/o al feto teniendo una probalidad significativa de muerte, ya sea antes durante y después del Embarazo o del Nacimiento.

El desarrollo de la investigación se realizó con la obtención de datos estadísticos y fichas médicas de pacientes que asistieron al Centro de Salud de Abril-80-Abril 81.

ANTECEDENTES

En el medio investigado al cuál hice referencia no se había realizado trabajos de Tesis relacionados con Alto Riesgo Obstétricos, por lo que utilicé Literatura Primaria y datos obtenidos directamente del Departamento de Estadística del Centro de Salud.

Además se tomó como referencia el trabajo de Riesgo Obstétrico Elevado del segundo curso Latinoamericano de Salud Materno Infantil, 1970; del cuál se obtuvierón algunos parámetros, los cuales sirvierón como guía para establecer por medio de la historia clínica de cada paciente estudiada quienes poseian más factores Obstétricos adversos para establecer su Alto Riesgo Obstétrico.

OBJETIVOS

Generales:

a- Establecer que factores obstétricos adversos afectan a la paciente embarazada-consultante al Centro de Salud.

b- Identificar cuál es la demanda de pacientes con Alto Riesgo Obstétrico que asisten al Centro de Salud y su relación con la cobertura del servicio Materno existente.

Específicos:

1- Conocer el grado de incidencia de Alto Riesgo Obstétrico en relación al total de mujeres embarazadas en control.

2- Conocer los medios diagnósticos utilizados en nuestro medio.

3- Determinar que mujeres en edad fértil se encuentran afectas a sufrir embarazos de Alto Riesgo Obstétrico de acuerdo a: Edad, Raza, Estado civil, y paridad.

4- Obtener de la literatura primaria sobre alto riesgo obstétrico conocimientos sólidos.

HIPOTESIS:

a- La demanda espontanea de pacientes embarazadas que asisten al Centro de Salud - de Chiantla es por problema de Alto Riesgo Obstétrico.

b- La Tóxemia Gravídica y las anomalias de situación y posición no constituyen el - principal problema de Alto Riesgo Obstétrico en las pacientes Embarazadas que asisten a control pre-natal.

c- La mujer embarazada menor de 18 años y mayor de 35 años no presentan problemas de Alto Riesgo Obstétrico.

d- El estado civil y la cantidad de paras de la Mujer Embarazada consultante no constituyen los principales factores adversos - del problema de alto riesgo Obstétrico.

MATERIAL Y METODOS

Material:

A- Datos de Mujeres Embarazadas que tuvieron control pre-natal en el período de Abril 80 a Abril 81, dentro de los cuáles estan comprendidos las de Alto Riesgo Obstétrico.

B- Riesgo Obstétrico Elevado, documento del - "Segundo Curso Latinoamericano de Salud Materno Infantil". 1970.

Métodos:

a- Estadístico-analítico

b- Inductivo-deductivo

Se contó con 168 papeletas de pacientes en c control pre-natal, objeto del estudio; Estadísticas del Centro de Salud.

DESCRIPCION DEL AREA DE TRABAJO

Municipio de Chiantla:

El nombre de Chiantla es de Orígen Nahua que le fué dado por los Mexicanos que vinieron con los Españoles a la conquista; otros le dan el significado de: Lugar donde abunda el Chian (salvia, Chia la llave), otros piensan que podría ser, casa, habitación, de Chiantli que tiene esa asepción en lengua Mexicana. En lengua Mam le llaman Talbín que quiere decir "Agua que se bebe".

Chiantla fue durante algunos años cabecera Departamental. En la actualidad tiene una población de 34617 habitantes de los cuáles 2852 pertenencen al área Urbana y 31765 al área Rural. Chiantla posee varios Edificios públicos entre los que tenemos: Escuelas, un Palacio Municipal con dos pisos, un Hermoso Reloj Público que se construyó en 1887.

Dista de la cabecera departamental 4 Kilometros se encuentra situado sobre una alta meseta, al píe de un cerro que constituye una desviación de los Cuchumatanes. El lugar es pintoresco, los bosques de pinares y los lechos de sus ríos le dan un clíma agradable, celebra anualmente dos ferias, la de

Candelaria el 2 de Febrero y Natividad el 8 de Septiembre, las cuales le dan una extraordinaria animación.

La población es industriosa se ocupa de la extracción de Plomo y el cultivo de Trigo, Maíz, Papas y frutos propios de la zona.

El territorio del municipio es bastante montañoso en él se encuentran las más altas cumbres del sistema orográfico del Departamento; la meseta superior se ensancha al Norte de Chiantla sobre la sierra de los Cuchumatanes, coronada por las Crestas de Chemal, (3,800 mts.) hacia el Norte y al Noroeste la basta planicie de Chancol y el Rosario, termina bruscamente en el descenso del terreno hacia Quisil y el Rancho de Magdalena por un lado y hacia Todos Santos por el Poniente, de la Ventosa hacia el Sur el terreno desciende desde aquellas elevadas mesetas; formando los flancos exteriores de la sierra, verticalmente cortados algunas veces de suave pendiente otras y con grandes estribos y gradas que forman a diversas alturas mesetas de alguna extensión, de las cuales pueden citarse las que sirven de asiento a las aldeas de: Las Calaveras, el Pino, Patio de bolas, San Joaquín y Manzanillo. Los pliegues de ésta sección de los Cuchumatanes dan a todo el terreno un aspec

to peculiar, con profundas barrancas, desfiladeros, picos y cañadas que atraviesan los caminos más difíciles del Departamento.

Las llanuras principales se hallan; como se ha dicho en la cumbre de la sierra, a más de 3000 mts. de elevación y llevan los nombres de: El Rosario, Julix, Tunimá y Chancol, el llano de Tachique al sur de Chiantla, comunmente llamado llano de la feria porque en el se apacienta el ganado en las dos ferias anuales.

El valle del río Selegua es el más hermoso del Departamento, se abre al lado de Chiantla al píe de los Cuchumatanes y parece recostarse en los flancos grandiosos de la sierra. El río Selegua tiene su origen en las vertientes y se precipita desde lo alto de la montaña con los nombres de Arroyo del Pino y Arroyo de las Calaveras, endereza su curso hacia el Oeste y es un curso de gran anchura y recibe por la derecha los ríos de Toxnogal y Chóchal procedente este último de las llanuras de el Rosario recibe al penetrar en el Municipio de Huehuetenango el nombre de río de Socoleo a causa de las ramas de Zaculeu la antigua fortaleza indígena levantada en sus márgenes y continúa después en Jurisdicción de San Sebastian.

El municipio cuenta además con el río Ocubilá que se une al Selegua al poniente de Chiantla. La pequeña laguna de Chancol y la laguna de Magdalena en los límites de San Juan Ixcoy.

El clima de Chiantla es agradable aunque el frío se acentúa en Diciembre y Enero por la proximidad de las montañas. La flora del Municipio comprende príncipalmente plantas propias de zona fría y templada; cultivándose príncipalmente Trigo, Papas, Maíz, Habas, frijol, y otras legumbres y frutas. Se atiende además la crianza de ganado lanar, Vacuno y Caballar. La lana que se elabora se expende en el Municipio. Además se dedican a curtir pieles y a fabricar aparejos para las caballerías.

El Municipio tiene una extensión territorial de un poco más de 800 Kms. cuadrados sus límites son los siguientes: Al Norte con San Juan Ixcoy, al Este con Aguacatán, al Sur con Huehuetenango y al Oeste con Todos Santos Cuchumatanes y San Sebastian.

El templo de la Virgen de Candelaria consta de una portada y de una sola nave, siendo

uno de los Santuarios más adornados y pulí dos que hay en toda la república; posee - Plata labrada de sacristía, ricos ornamentos y muchas lámparas, la principal y ma - yor fue donada por Francisco Ruiz Lozano,- originario de la ciudad de los Reyes en el Perú, según se menciona en recordación - flórida en segunda parte.

EMBARAZO DE ALTO RIESGO

Un embarazo de alto riesgo es aquel en el cuál la madre o el feto tienen una probabilidad significativa aumentada de muerte - ya sea antes, durante o después del nacimiento o de una invalidez posterior. El niño puede estar amenazado por disfunción materna o por enfermedad y por problemas fetales, incluyendo trastornos genéticos, traumáticos, infecciosos,, tóxemicos o respiratorios o también puede presentarse riesgo - proveniente del tratamiento de complicaciones maternas o perinatales.

La variación del problema de embarazo - de riesgo elevado es enorme. La madre puede morir durante el embarazo, el parto, el nacimiento o el puerperio por hemorragia, - tóxemia, infección, cardiopatía o problemas respiratorios. En otros casos, la mujer -- puede quedar con graves secuelas (por ejemplo, accidente cerebrovascular durante la - eclampsia, choque bacterémico durante la -- sepsis puerperal). La mayoría de recién nacidos que fallecen durante las primeras 4 semanas de vida son de bajo peso. La tasa de muerte para éstos individuos es 40 veces mayor que la tasa de recién nacidos de peso normal. La frecuencia de parálisis cerebral asociada con la premadurez és 10 veces

la dificiencia mental 5 veces y las malformaciones graves 7 veces más que las del recién nacido a término. Los defectos visuales y auditivos, los trastornos emocionales y los problemas sociales son mayores para el individuo que tuvo bajo peso al nacer.

Valoración Diagnóstica:

Cuando menos el 20% de todas las mujeres pueden ser incluidas en los grupos que se observan en la clasificación de la siguiente columna. Estas mujeres presentan más del 50% de todas las muertes perinatales. La mayoría de las muertes perinatales estan asociadas con 6 complicaciones obstétricas: Presentación de Nalgas, Desprendimiento prematuro de la placenta, Tóxemia del Embarazo Embarazo múltiple, pielonefritis e hidramnios. La exposición a teratógenos (medicamentos, enfermedades virales, radiación, -- etc.) Pueden también complicar el embarazo. La ignorancia, la pobreza, el embarazo no buscado y la maternidad en una mujer irresponsable añade también una carga adicional considerable al desenlace del embarazo.

A. Escrutinio inicial:

El escrutinio inicial de la embarazada debe incluir lo siguiente:

1- Un examen general completo (incluyendo peso, altura, desarrollo, etc.) y diagnóstico de padecimientos generales, -- disfunción o anomalias.

2- Valoración cuidadosa abdominopélvia - con referencia especial a lo siguiente:
   a- Utero: configuración, tamaño, altura del fondo, medidas pélvicas de la paciente, cálculo tamaño fetal, presentación, posición, encajamiento, cantidad de líquido amniótico.

   b- Cuello: Posición, epitelización, borramiento, dilatación.

   c- Columna, pélvis, y extremidades, -- anomalias, medida de los diámetros pélvicos.

3- Pruebas de Laboratorio: Hematócrito, - análisis de orina, cultivo de orina, PSS (pruebas serológicas para la sífilis) rubéola y escrutinio de anticuerpos, tipo sanguíneo, determinación de Rh, citología vaginal para la infección estado hormonal y elementos malignos. Pueden necesitarse estudios especiales para problemas particulares (por ejemplo, pruebas de tolerancia a la glucosa

en Diabetes Sacarina).

B. Visitas Prenatales:

Las visitas prenatales serán más frecuentes para las embarazadas con alto riesgo que para aquellas con embarazo normal. Esto permite una apreciación más certera del curso del embarazo y de la identificación y corrección de los problemas (por ejemplo, anemia, infección del sistema urinario). Se identificarán desde un principio aquellos trastornos obstétricos que puedan necesitar tratamiento o decisión especial (por ejemplo, tóxemia gravídica, sangrado uterino). Las visitas proporcionan también la oportunidad para la educación acerca de higiene, nutrición uso de medicamentos y atención del recién nacido y para atención Psiquiátrica.

C. Valoración del crecimiento fetal, madurez y bienestar:

1- Métodos indirectos (no invasivos):
   a- Revaloración de la edad del embarazo FUM, etc.
   b- Crecimiento del útero (altura del fondo, medidas pélvicas de la embarazada).
   c- Encajamiento
   d- Radiografía (centros de osificación, anomalias).

   e- Sonografía (diámetro biparietal fetal, amnioscopia.)
2- Métodos directos (invasivos):
   a- Amniocentesis (Volumen del líquido amniótico, estudios de enzimas, osmolaridad, densidad, contenido de creatinina concentración de bilirrubina, cociente lecitina/esfingomielina, porcentaje de células cargadas de grasa), estriol urinario o estrógenos totales.

   b- Aminografía (anomalía, situación placentaria).
   c- Citología de células de líquido amniótico (cultivo, citoquímica, estudios cromosómicos, etc. para determinar trastornos hereditarios en el feto.)

Diagnóstico Diferencial:

Un útero muy grande para la edad gestacional correspondiente puede indicar embarazo múltiple, hidramnios o tumores uterinos. Un útero de menor tamaño que el debido basado en la FUM puede significar dismadurez fetal (insuficiencia fetal), oligohidramnios, cálculo incorrecto de la duración del embarazo, o enfermedad fetal (por ejemplo, rubéola, enfermedad por inclución citomegálica) o anomalias.

TRATAMIENTO

Se tratará la enfermedad materna con - cautela para evitar lesiones al producto, A veces puede reducirse la mortalidad perinatal y la morbilidad prolongada del embarazo, por ejemplo, en el caso del parto - prematuro, embarazo múltiple, placenta previa, incompetencia cervical, leve desprendimiento prematuro de la placenta o disfunción tiroidea. Puede ser necesario el -- parto temprano para rescatar al producto - si se rompen las membranas antes de 34 semanas o el caso de tóxemia del embarazo, - isoinmunización grave, diabetes mellitus - clínica, infección persistente del sistema urinario, hidramnios considerable o insuficiencia placentaria.

Pronóstico:

Aunque la atención obstétrica mejorada ha reducido la tasa de mortalidad materna en Estados Unidos de Norteamérica de 660 por cada 100,000 nacimientos en 1930 a 27 - por cada 100.000 en 1970, de dos terceras - a tres cuartas partes de estos últimos hubiesen sido todavía prevenibles probablemente. Algunos investigadores consideran que menos restricciones alimentarias para el - control de peso en el embarazo podría redu-

cir todavía más la tasa de mortalidad infantil. Además, la mortalidad perinatal actual en este pais es alrededor de 30 por cada 100.000 nacimientos y cuando menos de una tercera parte de la mitad de estas pérdidas podrían haberse evitado. Indudablemente que los fáctores socio-económicos desempeñan un papel importantísimo. La granmayoría de muertes maternas y perinatales - pertenecen a la categoria de Alto Riesgo.

La mayoría de muerte perinatal esta asociada con seis complicaciones obstétricas:

Presentación de Nalgas:

La más frecuente después de la de vértice una de cada 33 partos (3%); predominando las incompletas. Otros autores refieren -- que constituye un 3-4% citando una incidencia de 3.17% entre 190.661 partos de niños con peso por encima de 1000 gr.

Desprendimiento prematuro de placenta:

Se calcula según promedio de numerosos autores en 0.1% y relacionando con proble-- más de preeclampsia y eclampsia en un 25-60 % de frecuencia.

Toxemia del Embarazo:

La mortalidad materna está en el 15% el pronóstico fetal es también desfavorable, - la Eclampsia es alrededor del 0.2%.

Embarazo Múltiple

El embarazo doble presenta una frecuencia de 1 por cada 80 partos simples. Así - la ley de Hellin asigna proporciones de:

- 1×80^2 (6400) para embarazos Triples
- 1×80^3 (512.000) para embarazos Cuadruples
- 1×80^4 (40.960.000) para emb. Quintuples.

La literatura registra como curiosidad 50 casos de quintuples, 3 de sextuples y 1 de 7 fetos. Con respecto al embarazo doble: El Bivitelino constituye el 85% de - los embarazos dobles, a diferencia del Univitelino que se presenta sólo en el 15% de gemelares dobles.

P-ielonefritis:

Esta complica el embarazo en un 2% de los casos igual antes y después del embarazo. La Infección Urinaria va de un 4-5%.

HIDRAMNIOS:

Se observa con mayor frecuencia en multiparas y al final del embarazo con una frecuencia del 1%.

INVESTIGACION EFECTUADA

Se principiará por enumerar los parámetros que fueron tomados de el trabajo del - segundo curso Latinoaméricano de Salud Maternoinfantil, sobre Alto Riesgo Obstétrico y que sirvieron de base para el desarrollo de la presente investigación, siendo los siguientes:

Edad Materna	Ptos.
< 15 años	20
15-19 años	10
20-29 años	0
30-39 años	5
35-39 años	10
> 40 años	20

Estado Civil	
Soltera	5
Casada	0

Paridad	
1-3	10
4-7	0
+-7	5
+ de 8	10

Abortos	
1	5
2	10
3 y +	30

Hemoglobina	Ptos.
10-11 grs	5
9-10 grs	10
- de 9 grs	20

Infección Urinaria Aguda:	5 ptos.
Cesárea Anterior:	30 ptos.
Presentaciones fetales previas anómalas:	10 ptos.

Además de acuerdo a la población general del Municipio (34617), al número de primeras consultas, al número de Embarazos esperados y al número de Partos esperados se obtuvieron los siguientes datos:

a- Demanda Espontánea:	= 168 (primeras cons)
b- Embarazos Esperados:	= 1730
c- Partos Esperados	= 1557
d- Nivel de Cobertura	= 9.7%

CUADRO No. 1

Edad	No.	%
< 15 años	1	0.60
15-19 años	60	35.72
20-29 años	64	38.09
30-34 años	23	13.69
35-39 años	16	9.52
> 40 años	4	2.38
Total	168	100.00

Como podemos observar la mayoría de pacientes consultantes al centro de salud, osciló entre las edades de 15 a 29 años, con un ligero predominio de las de 20 a 29 años respectivamente con un porcentaje de 73.81 del total.

CUADRO No. 2

Estado Civil	No.	%
Soltera	58	34.52
Casada	110	65.48
Total	168	100.00

En lo que se relaciona con el estado civil de las pacientes, tenemos que un 34.52% representó más Alto Riesgo Obstétrico.

CUADRO No. 3

Paridad	No.	%
0	63	37.50
1-3	60	35.73
4-7	32	19.04
8	13	7.73
Total	168	100.00

Las pacientes con Alto Riesgo Obstétrico, de acuerdo al número de paras tuvieron predominio las Primigestas, seguida de las múltiples con 4-7 paras, ya que de acuerdo a nuestro patrón de evaluación de los factores adversos las pacientes con I y 3 paras no presenta Riesgo Obstétrico, exceptúando los casos especiales que puedieren presentarse en algunas pacientes con patología agregada.

CUADRO No. 4

Abortos	No.	% en relación al total de Ab.	% en relación al total de Ptes.
1	18	64.28	10.71
2	8	28.57	4.76
3 +	2	7.15	1.19
Total	28	100.00	16.66

En general se puede decir que el fáctor adverso fue relativamente bajo tomando en - cuenta la cantidad de pacientes vistas, y - que expresada cuantitativamente corresponde ría a un 79.29% de pacientes que no estuvie ron afectas por este parámetro.

CUADRO No. 5

	No.	%
Primigestas	63	37.50
Multíparas: Sin aparente Riesgo Obstétrico	60	35.73
Con Riesgo Obstétrico	32	19.04
Gran Multíparas	13	7.73
Total	168	100.00

CUADRO No. 6

Trimestre	No.	%
1	30	17.85
2	115	68.45
3	23	13.70
Total	168	100.00

Como se podrá apreciar la mayoría de pacientes consultan por primera vez en busca de ayuda médica en el segundo trimestre de su embarazo, lo que en nuestro medio se con

sideraría como un factor adverso de Riesgo Obstétrico.

CUADRO No. 7

Area	No.	%
Rural	114	65.47
Urbana	54	32.14
Total	168	100.00

La mayoría de pacientes consultantes son - del área rural, considerando que éstas no presentan las mismas oportunidades de asistir a - un centro asistencial como lo es un hospital - en una cabecera Departamental y además los medios Socio-económico-culturales son distintos.

CUADRO No. 8

Escolaridad	No.	%
Alfabeto	71	42.26
Analfabeto	97	57.74
Total	168	100.00

Como podemos observar la Ignorancia añade también una carga adicional considerable al desenlace del embarazo, así tenemos como factor adverso un 57.74% de Analfabetismo en las pacientes consultantes al Centro de Salud de -- Chiantla.

CUADRO No. 9

Cesárea Anterior	No.	% en Relación a cesáreas	% en relación al Total de Pacientes
1	2	28.57	1.19
2	5	71.43	2.97
Total	7	100.00	4.16

Las pacientes que presentaron el factor - adverso de presentar cesárea anterior fue relativamente bajo tomando en cuenta que relacionándolo con el total de pacientes fue de - 4.16%, aún cuando hubo predominio por las pacientes con 2 cesáreas anteriores al Embarazo actual lo que da aún más Riesgo.

CUADRO No. 10

Presentación Pódalica	No.		% en Relación al - Total de pacientes
Previa	1	16.66	0.59
Actual	5	83.34	2.97
Total	6	100.00	3.56

Se toma a la presentacion Fetal previa - anómala como uno de los fáctores adversos del Alto Riesgo Obstétrico, del cuál se detectó - solamente un caso, que aparentemente no es -- muy significativo, ahora bién si tomamos en cuenta las presentaciones fetales anómalas actuales, el Riesgo se elevaría más como en nuestro caso, que se encontraron 5 casos.

CUADRO No 11

VDRL	No.	%
Positivo	--	--
Negativo	54	32.12
Sin Ex.	49	29.16
Total	103	61.28

CUADRO No. 12

Hemoglobina	No.	%
11 +	99	58.92
10 - 11	4	2.38
Total	103	61.30

Dentro de los factores adversos del Alto Riesgo también estan contemplados los -- exámenes de laboratorio y dentro de los cuáles podemos observar que pocas pacientes cumplieron con éste requisito aún cuando sus resultados no son del todo desfarables, tomando en cuenta además que 65 pacientes no se realizó ningún examen, esto se podría deber a - que los exámenes se los realizan en el Hospital de la Cabecera Departamental y estas pacientes asistieron a su control una sola vez.

CUADRO No. 13

Alto Riesgo Obstétrico	No.	%
Sin	78	46.43
Con	90	53.57
Total	168	100.00

Para hacer este cuadro se tomaron como pacientes sin Riesgo Obstétrico, a las que quedaron enmarcadas con cero puntos en los parámetros que se tomaron como base para el desarrollo de la investigación, esto desde luego -- cuantitativamente.

Además se obtuvieron los siguientes resultados:

- Infección Urinaria Aguda:	3 = 1.78%
- Primigestas Asimiladas:	2 = 1.19%

El porcentaje se sacó en relación al total de pacientes en estudio.

CONCLUSIONES

Luego de finalizada la investigación llegué las siguientes conclusiones:

1- Los factores Obstétricos adversos que afectan a la paciente Embarazada consultante al Centro de Salud son: Edad, Estado Civil, - Paridad, Antecedentes de abortos y cesáreas anteriores, Escolaridad, y Presentaciones - fetales anómalas actuales.

2- La demanda espontánea de pacientes Embarazadas que asisten al Centro de Salud de Chiantla, el 53.57% presentan Alto Riesgo Obstétrico.

3- El grupo Etareo que más estuvo afecto a sufrir Alto Riesgo Obstétrico fue el comprendido entre 15-19 años.

4- De acuerdo al estado civil el 34.52% correspondió a pacientes solteras las cuales estuvieron afectas por Alto Riesgo Obstétrico.

5- La incidencia de Alto Riesgo Obstétrico en el Centro de Salud de Chiantla es de 1 por cada 2 pacientes Embarazadas vistas.

6- De acuerdo a la Paridad las pacientes con - más Alto Riesgo Obstétrico son las primigestas con 37.50%.

7- La Tóxemia Gravídica no constituyó problema de Alto Riesgo Obstétrico, ya -- que no se encontró ningún caso dentro del grupo de pacientes en estudio.

8- Los problemas de presentaciones anómalas constituyen solamente el 3.56% con predominio total de presentación Pódalica actual, contra un 0.59% de presentación pódalica previa.

9- Las mujeres embarazadas menores de 18 años fueron las que presentaron más - Alto Riesgo Obstétrico que las mayores de 35 años.

10- El presente estudio es el primero que - se realiza en el Departamento de Huehuetenango y a nivel de la República también.

11- El 57.74% de las pacientes Embarazadas consultantes al Centro de Salud son -- Analfabetas.

12- El 68.45% de pacientes Embarazadas consultaron por primera vez durante el segundo trimestre de Gestación.

RECOMENDACIONES

A- Organizar cursillos de orientación de lo que es la paciente Embarazada, el Embarazo, su desarrollo y riesgo en sus distintas etapas, Estos dictados por los distintos miembros del personal en Salud, y así por este medio aumentar considerablemente la Demanda de la Paciente Embarazada.

B- Elaborar una Ficha patrón con todos los - factores adversos del Alto Riesgo Obstétrico en una forma Cuantificable, y luego distribuírlos a las distintas instituciones de Salud donde se lleve control - Materno, para que a través de su ficha - Clínica se pueda establecer el grado de Alto Riesgo Obstétrico de cada paciente.

C- Hacer más estudios sobre Alto Riesgo Obstétrico en nuestro medio.

D- Que se utilicen todos los recursos diagnósticos a nuestro alcance para poder -- realizar un Diagnóstico preciso con lo - cuál se podrán evitar las complicaciones posteriores.

BIBLIOGRAFIA

1- Dr. MARCUS A. KRUPP
Diagnóstico Clínico y Tratamiento
Editorial Manual Moderno
12a Edición, 1977
México 11,D.F.

2- Luis M. Hellman
Williams
OBSTETRICIA
5ta. reimpresión
Salvat Editores S.A.
1977.

3- Ricardo Schwarcz
OBSTETRICIA
Tercera Edición
(Quinta Reimpresión)
Editorial "El Anteneo"
Buenos Aires, Argentina

4- Documento de la Facultad
RIESGO OBSTETRICO ELEVADO
Robert E. L. Nesbitt, Jr. M.D.
Richard H. Aubry, MD
Syracuse New York
"2o. Curso Latinoaméricano de Salud Materno Infantil", 1970

5- Adrian Recinos
MONOGRAFIA DEL DEPARTAMENTO DE HUEHUETENANGO
Volumen 2, de la Monografía
Segunda Edición,
Editorial Ministerio de Educación Pública
Guatemala, 10 de Abril de 1954.

Br. _____

Eden Edward Calderón Martínez

_____
Asesor.

orge Afre Sosa

Dr. _____
Revisor.

Oscar Ernesto García Aguirre

_____
tor de Fase III

s Waldheim

Dr. _____
Secretario

Jaime Gómez

Dr. _____
Decano.

Carlos Waldheim