

11217
73
zej



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Medicina
División de Estudios de Postgrado

I S S T E
HOSPITAL GENERAL IGNACIO ZARAGOZA

ATENCION DEL PARTO DE BAJO RIESGO EN CAMA CON
TRABAJO DE PARTO AMBULATORIO

Tesis de Postgrado

Que para obtener el Título de
Especialista en Ginecología y Obstetricia

Presenta el:

DR. MACLOVIO JOSE PIÑA MONREAL

Director de Tesis: Dr. Ruben Saldaña Rodríguez



**TESIS CON
FALSA FE ORIGIN**

México, D. F.

1985



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

III

I N D I C E

	Página.
I INTRODUCCION	1
II JUSTIFICACION	6
III OBJETIVOS	8
IV MATERIAL Y METODO	10
V RESULTADOS	24
VI DISCUSION	52
VII CONCLUSIONES	66
VIII RESUMEN	69
IX BIBLIOGRAFIA	71

I.-INTRODUCCION

El parto como proceso final del curso de una gestación siempre ha ocupado un lugar importante dentro de la dinámica de todo grupo humano. Y ya desde épocas remotas en nuestra cultura, observamos que la asistencia obstétrica como fenómeno natural era atendido dentro de las comunidades por gente con los mínimos recursos y conocimientos para ello. Así que en base a pensamiento mágico y superstición implementaron su armamento para la resolución de los problemas intercurrentes que durante el proceso se presentaban; existen vestigios en las culturas desarrolladas a lo largo del mundo de que la posición materna durante el nacimiento era variada pero siempre con tendencia a la natural en vertical (sentada, de pie, en cuclillas, etc.) y en forma infrecuente la posición supina (5, 11, 17.).

Con el incremento del conocimiento humano y desarrollo de tecnología, obviamente el manejo obstétrico tuvo variantes importantes muchas de ellas mejorando estas, como sería la adopción de técnica aséptica (19,23), etc; también encontramos retrocesos importantes como el implementado el siglo pasado por Morisseau determinando la posición de decubito dorsal por la

parturiente durante el trabajo de parto y nacimiento del producto (21,23), maniobra que al paso del tiempo y el estudio de los efectos que tiene sobre la gvolución del trabajo de parto, comprobándose que el mayor beneficio es para el obstetra que con ello tiene -- una paciente estática y fácil de vigilar; pero en contraparte encontramos que los efectos que tiene sobre la contractilidad uterina es importante ya que con variar simplemente a decubito lateral o semifowler las contracciones uterinas son más intensas y menos frecuentes (9, 26, 27), favoreciendo el intercambio de gases a nivel placentario puesto que evita disminución de la perfu- ción sanguínea, fenómeno bien documentado (efecto Po- seiro) (25,26). Caldeyro, Méndez B, McNamus y otros autores reportan incremento en la eficacia de las contracciones uterinas en posición erecta, así como mayor comodidad y desaparición del dolor lumbosacro en la mujer embarazada en trabajo de parto (3,6,7,10,15,24,26,27).

Con el perfeccionamiento de las técnicas de estudio y la experiencia acumulada se han podido establecer diferentes medios para calificar el riesgo durante el embarazo (4,14,21,22), pero no solo en base a pa

toología materna, sino tambien considerando - el riesgo que significa el parto para el feto y en base a ello establecer la mejor via de nacimiento para cada producto, pudiendose establecer que de la poblacion gestante aproximadamente el 75% corresponde a bajo riesgo, el 15% a mediano y el 10% a alto riesgo, asi mismo durante la vigilancia y asistencia obstetrica las necesidades de cada embarazo dependen directamente de esta valoracion del riesgo, ya que con ella es factible detectar complicaciones durante el trabajo de parto, nacimiento y periodo puerperal y neonatal.

Existen reportes provenientes de paises desarrollados como son Holanda y USA en los cuales en base a una adecuada calificacion del riesgo perinatal y tras parto, este se puede asistir con los minimos implementos pero en condiciones adecuadas para resolver complicaciones no esperadas, creando centros de atencion de partos extrahospitalarios con apoyo en hospitales de tercer nivel, asi como la implementacion de partos intradomiciliarios por personal adiestrado en forma adecuada (medicos, enfermeras, parteras, etc.), reportando morbilidad similar o menor de la observada en atencion tradicional (1,2,6,8,12,13,16,18,20). Existen reportes

que demuestran diferencias no significativas en la concentración de oxígeno de cordón umbilical de recién nacidos atendidos en su domicilio en relación con recién nacidos atendidos en hospital(2).

Actualmente en México no contamos con una estadística fiel respecto a la asistencia de parto en domicilio, pero es ampliamente conocido que en la zona rural es una alternativa frecuentemente utilizada.

La saturación constante de nuestras salas de cirugía y partos es la mayor parte del tiempo ocupada por pacientes de bajo riesgo, consecuentemente con frecuencia encontramos bloqueo de recursos físicos y humanos en la asistencia de pacientes de riesgo bajo con la disminución en la vigilancia y atención de la paciente de riesgo alto.

Así en base a estos conocimientos tenemos evidencia de que la posición erecta favorece en forma importante la evolución del trabajo de parto, así mismo en la posición recostada con semifowler se evita la disminución de la perfusión placentaria y favorece el intercambio a nivel de la velocidad corial y por lo tanto en forma directa mejor estado del feto, y mayor comodidad de la madre.

No siempre la implementación complicada y en exceso tecnificada brinda garantía de mejores resultados al nacimiento de un nuevo ser, consideramos más adecuada la optimización de recursos y jerarquización de los mismos en base a una simple calificación individual del riesgo para cada gestación.

II.- JUSTIFICACION

Con el advenimiento de la tecnología moderna y los adelantos que implica su aplicación en el saber humano, es impresionante el auge que dentro de la ginecología obstétrica ha tenido la creación de centros especializados para el cuidado y atención de la mujer gestante. A la par la demanda de atención obstétrica y sobre todo en el medio institucional ha sufrido un incremento importante, lo que ocasiona saturación de estos servicios con la consecuente disminución de la calidad de atención y todo como efecto directo de la cantidad de trabajo.

Actualmente este es un problema importante - en todo el país y sobre todo a nivel central (area metropolitana), ya que teniendo como antecedente el estado político-económico que atraviesa nuestro país, las posibles soluciones al problema de falta de recursos físicos y humanos implicaría inversiones económicas - impresionantes pero superfluas, tanto que sería utópico el plantear una solución en base a incrementar area física y recursos humanos (14,28); por lo que en base a lo expuesto proponemos obtener una posible solución que se encuentra al alcance de nuestra actual economía pe-

ro al mismo tiempo sin disminuir la calidad de atención obstétrica por la cantidad de trabajo, mediante la optimización de los recursos existentes.

III.-OBJETIVOS

OBJETIVO PRIMARIO:

1.-Demostrar que la discriminación de la asistencia de pacientes embarazadas durante el trabajo de parto mediante la clasificación de riesgo es útil para mejorar la eficacia de la utilización de los recursos (cantidad).

2.-Demostrar que este tipo de manejo mejora la eficiencia de nuestros recursos (calidad).

OBJETIVO SECUNDARIO:

1.-Desaturación de las áreas de cirugía y partos de pacientes de bajo riesgo y destinar estas a la vigilancia y atención de pacientes de mediano y alto riesgo.

2.-Llevar a cabo la asistencia del parto de bajo riesgo en cama y sin acciones agresivas por el obstetra asistente, en una área intrahospitalaria, con el mínimo de implementos necesarios, evitando la sala y mesa obstétrica de expulsión.

3.-Dar fluidez al flujo madre hijo hacia el manejo en alojamiento conjunto.

4.-Establecer una estadística fiel y real sobre la metodología del parto en cama en base a califica

ción del riesgo perinatal e intraparto.

5.-Establecer un precedente sobre la posibilidad de asistencia obstétrica del embarazo de bajo -- riesgo así como del parto en forma extrahospitalaria 6 en el domicilio.

IV.- MATERIAL Y METODO

En el lapso comprendido entre el 1 de julio de 1984 y el 15 de enero de 1985 se estudiaron 87 embarazadas de bajo riesgo y sus recién nacidos, todas las madres manifestaron aceptación voluntaria del programa.

Los criterios de inclusión fueron:

- 1.- Cursar embarazo de término.
- 2.- Evaluación de bajo riesgo perinatal según hoja evaluatoria No. 1.
- 3.- Encontrarse en I periodo de trabajo de parto.
- 4.- Evaluación pronóstica de parto de bajo riesgo según hoja evaluatoria No. 2.

El area física destinada para la atención del parto de bajo riesgo se localiza en el 5^o piso de la unidad. El area se restringe por areas de contaminación (negra, gris y blanca); area negra a vestidor y cuarto séptico, area gris destinada al trabajo de parto ambulatorio y cuanero transicional, area blanca destinada al parto en cama.

Dentro del area contamos con 2 camas camilla para al asistencia del parto, una camilla de traslado,-

**HOJA EVALUATORIA DEL RIESGO
PERINATAL No. 1**

FACTOR DE RIESGO.

I DATOS GENERALES

1.- EDAD (años)	20 a 34	15 a 19	- 14 o 35 +	
2.- PESO (al inicio)	IDEAL +/- 10%	+/- 11 a 20%	+/- 21 a 30%	+/- 31%
3.- ESTATURA (en cm)	150 o +	145 a 149	144 o menos	
4.- NIVEL SOCIOECONOMICO	ALTO	MEDIO BAJO	MUY BAJO	
5.- ESTADO CIVIL	CASADA o en SITUACION LIBRE	SIN CONYUGUE		
6.- ACTITUD	ADECUADA	PARCIALMENTE	INADECUADA	
7.- PARIDAD	1 a 5	MULTIPARA	6 a 9	10 o mas.

II ANTECEDENTES

8.- ABORTOS CONSECUTIVOS	NO	DOS	TRES O MAS
9.- PARTO ANTERIOR	FACIL	PROLONGADO	TRAUMATICO
10.- GINECOLOGICOS (pelvis)	NO		ESTRECHEZ, TUMOR
11.- CESAREA PREVIA	NO	UNA CESAREA	DOS O MAS
12.- CIRUGIA PREVIA	NO	ABDOMINAL	GINECOLOGICA UTERINA

13.- MUJERES PERINATALES	NO	UNA	DOS O MAS
14.- PRECLAMPSIA	NO	MODERADA	SEVERA
15.-PARTO PRETERMO	NO	UNO	DOS O MAS
16.- NIJO CON BAJO PESO	NO	UNO	DOS O MAS
17.- NIJO MACROSCOPICO	NO		SI

III EMBARAZO ACTUAL

18.- HIPERTENSION CRONICA	NO		SI
19.- CARDIOPATIA	NO		SI
20.- NEFROPATIA	NO		SI
21.- DIABETES	NO		SI
22.- AMENAZA DE ABORTO	NO		ACTUAL
23.-HEMORRAGIA 2a MITAD	NO		SI
24.- AMENAZA PARTO PRETER	NO		ACTUAL
25.- ROTURA MEMBRANAS	NO		SI
26.- HIPERTENSION EMBARAZO	NO		SI
27.- FACTOR Rh	POSITIVO	NEGATIVO NO INMUNIZADA	NEGATIVO ISOMUNIZADA

28.- ANEMIA Hb	11 r o +	10.9-10	9.9-8	8 o menos
29.- TABAQUISMO	NO			SI
30.- TOXICOMANIAS	NO			SI
31.- ALCOHOLISMO	NO		CONTROLABLE	EXAGERADO INCONTROLABLE
32.- OTROS				

HOJA DE EVALUACION DEL
RIESGO PERINATAL.

HOJA NUMERO 1.

PACIENTE CANDIDATA AL PROGRAMA DE PARTO DE
BAJO RIESGO

- 1.- Edad materna entre 20 y 34 años.
- 2.- Paridad: entre I y V .
- 3.- Sin datos de alto riesgo perinatal (hoja No. 1).
- 4.- Estado emocional adecuado.
- 5.- Derechohabiente del instituto.
- 6.- Embarazo actual de término (37 a 41 semanas).
- 7.- No enfermedad o padecimiento asociado al embarazo.
- 8.- Encontrarse en I período de trabajo de parto, con evolución favorable, dilatación de 3 - 7 cm.
- 9.- Membranas íntegras o recientemente rotas (menos de 6 hrs).
- 10.- Producto esperado con peso medio (2600-3500 ms), realia de JOHNSON-TOBACH.
- 11.- Autorización o consentimiento de la paciente.
- 12.- Sin evidencia actual o próxima de distocia o complicación feto - materna.
- 13.- Líquido amniótico de caracteres normales.

HOJA EVALUATORIA

No. 2 .

HOJA No. 3

VALORACION DE RIESGO

1.- ESTADO ACTIVIDAD UTERINA * Frecuencia en 10 min. * Intensidad * Duración (segundos) * Tono	3 a 5 Normal 40-60 Normal	menos de 3 BAJA 60-90 Hipotónico	6 o más ELEVADA + de 90 Hipertónico
2.- ESTADO DE DILATACION * Progresiva * Estacionaria	1 cm/hr	+ 1 cm/hr	- 1 cm/hr
3.- ESTADO FETAL * Frecuencia * Ritmo * Respuesta a estímulos	121 - 150 reactivo Normal	110 - 120 DIP variable Sin respuesta.	- 109 o + 160 DIP II Bradicardia
4.- ESTADO EMOCIONAL MATERNO. * Tranquila * Excitada * Cooperadora * Posición adoptada	SI NO SI		NO SI NO
5.- VALORACION PELVICA	UTIL	LIMITE	D.C.P.
6.- ESTADO DE LAS MEMBRANAS * Integridad	INTEGRAS o reciente rotura - de 6 hrs.	+ de 6 hr de rotura	+ de 12 hr de rotura
7.- ESTADO FETAL * Líquido amniótico	Claro		verde, amarillo o sanguinolento.
8.- MADUREZ L. A.	GRUMOSO	ALCUNOS GRUMOS.	LECHOSO
9.- CANTIDAD DE V.A.	NORMAL		AUMENTADO o DISMINUIDO
10.- EVIDENCIA DE DISTOCIA	NO		SI

una cama para recuperación, una cuna térmica con equipo para reanimación del recién nacido, un lavabo para aseo quirúrgico. El cunero de transición cuenta con cuatro cunas térmicas para la estancia temporal del recién nacido en su flujo hacia el alojamiento conjunto o algún cunero. (plano anexo No. I.)

Los recursos humanos consisten en una enfermera encargada del servicio, un residente de I año de ginecoobstetricia, un residente de I año de pediatría, dos pasantes de enfermería (licenciatura en obstetricia), un empleado de intendencia; siempre se encuentra localizable un residente de II ó III año así como un adscrito de ginecoobstetricia para consultas requeridas en el area de casos con problema o futuro problema.

El flujo y manejo se inicia en el area de urgencias de ginecoobstetricia, toda paciente que solicita atención obstétrica es candidata al programa, en este momento se valora por un residente de grado (I, II o III) de ginecoobstetricia de cumplirse criterios de inclusión (hoja 3), riesgo bajo perinatal (verde) según hoja 1, se obtiene aceptación de la paciente y se verifica vigencia del derecho a la atención, si lo anterior es afirmativo se incluye en programa y pasara al 5º pi

so, previamente se efectua en misma area rutina obstetrica (baño gral, tricotomia vulvar, enema g vacuante, toma de constantes vitales y elaboración de nota de ingreso), seguidamente se traslada al area de parto de bajo riesgo en silla de ruedas en compañía de medico residente y enfermera.

A su ingreso al area se proporciona botas para ambulación y se efectua revaloración integral de condiciones de ingreso, se evalua según hoja No. 2 el riesgo intraparto y se elabora anotación en expediente de no detectarse complicaciones o riesgo elevado se acepta definitivamente en el programa. Se permeabiliza vena, se indica ambular en area o adoptar posición más comoda para la paciente unicamente restringiendo la posición de decubito dorsal. Las evaluaciones de la frecuencia cardiaca fetal son rutinarias y a consideración del medico a cargo, las valoraciones genitales se efectuan solo en caso necesario para comodidad de la paciente y evitando amniotomia hasta el periodo expulsivo salvo que se presente en forma espontanea antes.

En el periodo expulsivo se coloca en cama cunilla para atención del parto, la posición adoptada es decubito dorsal con semifowler y flexión de extremida-

des inferiores a nivel de rodillas y separación forzada de ellas para una adecuada presentación de genitales.

Una vez preparada el medico se efectua lavado quirúrgico y colocación de ropas esteriles, efectua asépsia y antisépsia de región vulvoperineal (solución antiséptica), se colocan campos esteriles y de ser necesario se efectua cateterismo vesical.

Se procede a la aplicación de anestesia para efecto de episiotomía (infiltración local o bloqueo de nervios pudendos), con maniobras permitidas y sin ser intervencionista se asiste el nacimiento del producto colocandose sobre la cama en area esteril, se efectua por el obstétra aspiración de secreciones bucofaringeas con perilla, se pinza y corta cordón umbilical a los 20 segundos o primer llanto energico del producto, pasando el producto a manos del pediatra para su asistencia (liberación de vías aereas superiores -- con perilla, somatometría, calificación de APGAR al 1 y 5 minuto de vida, ligadura de cordón umbilical, aseo corporal, mantenimiento de temperatura), durante este lapso el obstétra asiste el alumbramiento procurando sea en forma espontanea pero sin objeción para que sea di-

rigido y solo en casos indicados manual, posterior al alumbramiento y sincrónico con la estancia - del recién nacido en brazos de la madre se efectúa gentil revisión y limpieza de cavidad uterina, de no tolerarse el procedimiento por la madre se omitirá si no - hay duda en la integridad de secundinas, pero de considerarse necesaria se podrá efectuar bajo anestésia general.

Se efectúa sutura de episiorrafía en la forma habitual.

Se pasa la madre al area de recuperación en donde se observa la evolución y si dentro de los primeros 60 minutos la evolución es satisfactoria y sin complicaciones pasa al area de alojamiento conjunto, salvo en aquellos casos en que por indicación del pediatra el producto no este en condiciones de paso a este servicio, en dicho caso la paciente pasará al puerperio fisiológico tradicional.

El recién nacido pasa de manos del pediatra a brazos de la madre y posteriormente a cunero anexo - al servicio a transición en donde en cuna térmica permanece aproximadamente lapso entre 3 y 4 hrs para posteriormente pasar al alojamiento conjunto.

El día siguiente se valora el estado del binomio y de ser satisfactorio se egresan; en este momento se efectúa encuesta a la madre sobre opinión con -- respecto al manejo y atención (hoja 4).

Posteriormente se efectuara valoración tardía a la madre, citandose a los 30 días una paciente -- por cada 10 atendidas efectuandose misma valoración -- que a su egreso (hoja 4.).

Si durante la evolución de la paciente en el trabajo de parto o parto se detecta posibilidad o presencia de distocia o complicación, en forma inmediata y oportuna se traslada al area de cirugía y partos para su manejo adecuado.

En libreta especial se recolectan parámetros establecidos para evaluación (hoja 5.).

ENCUESTA POSTPARTO

1.-¿Usted había tenido atención en cama de un parto?

SI _____ NO _____

2.-¿ Sintió ud mayor confianza en su atención ?

SI _____ NO _____

3.-¿ Porque ?

4.-¿ Considera ud más adecuada esta forma de atención?

SI _____ NO _____

5.-¿ Porque?

6.-¿ Durante su atención sintió algún temor ?

SI _____ NO _____

7.-¿ Cual ?

8.-¿ Como sintió el apoyo del personal en su atención?

Adecuado _____ Regular _____ Malo _____

9.-¿ Cual considera Ud la posición más adecuada durante el trabajo de parto ?

Sentada _____ Caminando _____ Recostada _____

10.-; En forma breve comente sobre su atención, recalando lo bueno y lo malo observado en ella.

PARAMETROS DE VALORACION EN PARTO DE BAJO
RIESGO .

- 1.- Fecha y hora de ingreso.
- 2.- Número progresivo.
- 3.- Nombre y cédula.
- 4.- Edad materna.
- 5.- Procedencia.
- 6.- Edad gestacional.
- 7.- Gestas.
- 8.- Dilatación al ingreso.
- 9.- Riesgo perinatal e intraparto.
- 10.-Clave de diagnósticos.
- 11.-Posición durante el trabajo de parto.
- 12.- Posición durante el parto.
- 13.-Procedimientos efectuados.
- 14.-Fecha y hora de nacimiento.
- 15.- Calificación de APGAR al 1^o y 5^o minutos.
- 16.-Calificación de Silvermann al 1^o y 5^o minutos.
- 17.-Peso del recién nacido.
- 18.-Tipo de alumbramiento.
- 19.-Sexo del producto.
- 20.-Tipo de anestesia utilizada.
- 21.-Tiempo de estancia en trabajo de parto.
- 22.-Destino de la madre.
- 23.-Destino del recién nacido.
- 24.-Nombre del obstetra.
- 25.-Nombre de la enfermera.
- 26.-Observaciones y comentarios.

V.-RESULTADOS

Durante el lapso establecido para el estudio se brindo asistencia de parto de bajo riesgo a 87 pacientes.

Debemos hacer mención que el programa se limitó al turno matutino (7:00 a 14:00 hrs) y de lunes a viernes.

De estas pacientes la calificación de riesgo perinatal fué bajo para 73 (83.9%), mediano 10 (11.4%) y alto 4 (4.5%). El riesgo mediano se baso en medio socioeconómico y paridad, el alto riesgo basado en edad materna y nefropatía actualmente inactiva, incluidas - por su buena evolución (Tabla No. 1).

La calificación del riesgo intraparto fué baja para 77 (88.5%), mediano para 10 (11.4%). El incremento en el riesgo a mediano fué en base a: 5 productos esperados con peso superior a 4000 gs, 4 con líquido amniótico meconial y dos con detención de la progresión del trabajo de parto.

La edad gestacional de los embarazos fué en su totalidad de término, teniendo la siguiente distribución:

ISSSTE - HOSPITAL GENERAL IGNACIO ZARAGOZA

MEDICINA PERINATAL

RIESGO		PERINATAL	
BAJO	MEDIANO	ALTO	
No.	73	10	4
	(83.9%)	(11.4%)	(4.5%)

TABLA No. 1

DISTRIBUCION SEGUN RIESGO PERINATAL

37-38 semanas 32 pacientes (36.7%)

39-40 semanas 40 pacientes (45.9%)

41 semanas 15 pacientes (17.2%)

No se incluyeron pacientes con embarazos de pretérmino o postérmino. (tabla No. 2).

La distribución según paridad fué 2 a 3 partos previos 55 (63.2%), 4 a 5 partos previos 24(27.5%) 6 a 7 partos previos 8 (9.1%), no se incluyeron nuliparas o con más de 7 partos previos (tabla No. 3.).

La edad materna tuvo un rango entre 20 y 38 años distribuyendose de la siguiente manera:

20 años 7 pacientes (8.0%).

21-25 años 27 pacientes(31.0%)

26-30 años 35 pacientes(40.2%)

36-38 años 6 pacientes(6.8%)

Los datos anteriores se encuentran en la tabla No. 4.

La dilatación al ingreso fué superior a 3 cm pero nunca mayor de 9 cm, dilatación de 3 cm 5 pacientes (5.7%), 4 a 6 cm 45 pacientes (51.7%) y 7 ó más cm 37 pacientes (42.5%), tabla No. 5.

La evolución del trabajo de parto desde el ingreso hasta el periodo expulsivo se valoro mediante la

I S S S T E - HOSPITAL GENERAL IGNACIO ZARAGOZA

MEDICINA PERINATAL

		E D A D G E S T A C I O N A L		
		37 - 38 semanas	39 - 40 semanas	41 semanas
N o .		32	40	15
		(36.7%)	(45.9%)	(17.2%)

T A B L A N o . 2

DISTRIBUCION SEGUN EDAD GESTACIONAL

ISSSTE - HOSPITAL GENERAL IGNACIO ZARAGOZA

MEDICINA PERINATAL

P A R I D A D P R E V I A

No.

2 - 3	4 - 5	6 - 7
55	24	8
(63.2%)	(27.5%)	(9.1%)

- 28 -

T A B L A N o . 3

DISTRIBUCION SEGUN PARIDAD

I S S S T E - HOSPITAL GENERAL IGNACIO ZARAGOZA

MEDICINA PERINATAL

		E D A D M A T E R N A (a ñ o s)				
		20	21 a 25	26 a 30	31 a 35	36 a 40
N o .		7	27	35	12	6
		(8.0%)	(31.0%)	(40.2%)	(13.3%)	(6.8%)

T A B L A N o . 4

DISTRIBUCION POR EDADES MATEERNAS

ISSSTE - HOSPITAL GENERAL IGNACIO ZARAGOZA

MEDICINA PERINATAL

DILATACION EN CENTIMETROS

	0 - 3	4 - 6	7 o +
No.	5	45	37
	(5.7%)	(51.7%)	(42.5%)

TABLA No. 5

DISTRIBUCION SEGUN DILATACION INGRESO

elaboración de curvas de Friedman, encontrándose la siguiente evolución: una hora o menos 9 pacientes (10.3%), 2 - 3 hs 21 pacientes (81.5%) y 4 o más horas 7 pacientes (8.2%), tabla No. 6.

El análisis de la curva de Friedman indica dilatación de 0.5 cm por hora 9 (10.3%), 1 a 1.5 cm -- por hora 35 (40.2%), 1.6 a 2.0 cm por hora 36 (41.3%), 2.5 cm por hora 2 (2.2%), 3 cm por hora 2 (2.2%) y 4 - cm por hora 3 (3.4%); el promedio de dilatación fué para el grupo de 1.2 cm por hora, ninguna paciente con dilatación menor de 0.5 cm por hora ni mayor de 4 cm por hora, el tiempo promedio en trabajo de parto fué de 2.45 hs para cada paciente (tabla No. 7).

La posición adoptada por las pacientes durante el trabajo de parto fué en 73% de ellas de más de una posición y el 27.0% solo una posición, la distribución es la siguiente: ambulando-recostada 28 (32.0%), recostada 23 (27.0%), ambulando-sentada 20 (23.0%), -- sentada-recostada 12 (14.0%) y ambulando-sentada-recostada 4 (4.0%), tabla No. 8.

La posición durante el parto fué decubito dorsal con semifowler con flexión de extremidades inferiores a nivel de rodillas y separación forzada se empleó

I S S S T E - HOSPITAL GENERAL IGNACIO ZARAGOZA

MEDICINA PERINATAL

DURACION DEL I PERIODO DEL TRABAJO DE PARTO		
0 a 1 horas	2 a 3 horas	4 o + horas
9	71	7
(10.3%)	(81.5%)	(8.2%)

No.

T A B L A N o . 6

DISTRIBUCION SEGUN DURACION DEL I PERIODO DE T P

TABLA No. 7

VELOCIDAD DE DILATACION .	NUMERO DE PACIENTES .	\$	
0.5 cm por hora	9	10.3	9 10.3%
1.0 cm por hora	14	16.0	35 (41.0%)
1.2 cm por hora	1	1.1	
1.3 cm por hora	9	10.3	
1.5 cm por hora	11	12.6	
1.6 cm por hora	12	13.7	36 (41.3%)
1.7 cm por hora	6	6.8	
2.0 cm por hora	18	20.6	
2.5 cm por hora	2	2.2	4 (4.5%)
3.0 cm por hora	2	2.2	
4.0 cm por hora	3	3.4	3 3.4%

DISTRIBUCION SEGUN VELOCIDAD DE DILATACION

ISSSTE - HOSPITAL GENERAL EMACIO SARRAZA

MEDICINA PERINATAL.

POSICION	No.
AMBULANDO / RECOGIDA	28 (32.1%)
AMBULANDO / SEÑADA	20 (22.9%)
SEÑADA / RECOGIDA	12 (13.7%)
AMBULANDO / SEÑADA / RECOGIDA	4 (4.5%)
RECOGIDA	23 (26.8%)
TOTAL	87

TABLA No. 8

DISTRIBUCION POR POSICION EN EL TRABAJO DE PARTO

en 85 pacientes (97.9%) y decubito dorsal en 2 pacientes (2.2%), ya que estas últimas se obtuvieron por operación cesarea, tabla No. 9.

El parto se considero eutocia en 83 (95.4%), distocico 2 (2.2%) por distocia de hombros en productos macrosómicos.

El peso de los productos fué del rango de 2300 a 4600 gs, la distribución fué de la siguiente manera:

3001 a 3500 gs	30 recién nacidos	(34.0%)
2501 a 3000 gs	26 recién nacidos	(29.5%)
3501 a 4000 gs	23 recién nacidos	(26.1%)
4001 o más gs	6 recién nacidos	(6.8%)
2001 a 2500 gs	3 recién nacidos	(3.4%)

La distribución se detalla en tabla No. 10.

El tipo de alumbramiento tuvo 3 modalidades espontáneo en 45 (51.7%), dirigido 38 (43.6%), manual en 4 (4.5%), de esta últimas dos corresponden a las operaciones cesareas, uno al embarazo gemelar y otra a retardo en el alumbramiento espontaneo, tabla No. 11.

El uso de anestesia durante el parto solamente se efectuó en 48 pacientes (56.5%), siendo infiltración local y bloqueo de pudendos, 37 pacientes no

I S S T E - HOSPITAL GENERAL IGNACIO ZARAGOZA

MEDICINA - PERINATAL

POSICION DURANTE EL PARTO	No.
SEMISENTADA	85 (97.8%)
OTRA	2 (2.2%)

TABLA No. 9

DISTRIBUCION SEGUN POSICION EN EL PARTO

I S S E T E - HOSPITAL GENERAL IGNACIO ZARAGOZA

MEDICINA PERINATAL

P E S O E N G R A M O S

2001 a 2500	3001 a 3500	2501 a 3000	3501 a 4000	4000 a mas
3	30	26	23	6
(3.4%)	(34.0%)	(29.5%)	(26.1%)	(6.8%)

T A B L A N o . 10

DISTRIBUCION POR PESOS AL NACIMIENTO

ISSSTE - HOSPITAL GENERAL IGNACIO ZARAGOZA

MEDICINA PERINATAL

TIPO DE ALUMBRAMIENTO		
DIRIGIDO	ESPONTANEO	MANUAL
38	45	4
(43.6%)	(51.7%)	(4.6%)

No.

TABLA No. 11

DISTRIBUCION SEGUN TIPO DE ALUMBRAMIENTO

recibieron anestesia, tabla No.12.

La calificación de APGAR obtenida por los recién nacidos al minuto y 5^o minuto fueron para el 100% de ellos superior a 7 (incluidos los obtenidos por cesareas), tabla No. 13.

La estancia de la madre en recuperación fue dentro del rango de 45 a 70 minutos, durante su estancia no se presento complicación alguna.

El destino de la madre al egreso de recuperación fue alojamiento conjunto 77 (88.5%), puerperio fisiológico 8 (9.1%) y al area de cirugía y partos 2 pacientes (2.2%), tabla No. 14.

El destino final de los recién nacidos fue alojamiento conjunto 77 (87.5%) y al cunero fisiológico 11 (12.5%), ningún producto al cunero patológico, - tabla No. 15. Los productos que pasaron al cunero fisiológico fueron 6 (6.8%) por macrosomía, 3 (3.4%) por hipotrofia y 2 (2.2%) productos de cesarea.

Los procedimientos efectuados en el servicio fueron basicamente atención de parto eutócico, episiotomía, episiorrafía, amniotomía, revisión de cavidad uterina, reparación de lesiones genitales y conducción del trabajo de parto, se enúmeran progresivamente en -

I B S S T E - HOSPITAL GENERAL IGNACIO ZARAGOZA

MEDICINA PERINATAL

T I P O D E A N A L G E S I A

	INFILTRACION LOCAL	BLOQUEO DE PUDENDOS	N I N G U N A
N o .	45	3	37
	(53.0%)	(3.5%)	(43.5%)

T A B L A N o . 12

DISTRIBUCION SEGUN TIPO DE ANALGESIA UTILIZADA

I S S S T E - HOSPITAL GENERAL IGNACIO ZARAGOZA

MEDICINA PERINATAL

CALIFICACION DE APGAR	1er min.	5° min.
MEJOR DE 7	0 (0.0%)	0 (0.0%)
MAYOR DE 7	88 (100 %)	88 (100 %)

TABLA No. 13

DISTRIBUCION SEGUN CALIFICACION DE APGAR AL NACER

I S S S T E - HOSPITAL GENERAL IGNACIO ZARAGOZA

MEDICINA PERINATAL

DESTINO DE LA MADRE		
ALOJAMIENTO CONJUNTO	PUERPERIO FISIOLOGICO	T O C O
77	8	2
(88.5%)	(9.1%)	(2.2%)

No.

- 42 -

T A B L A N o . 14

DISTRIBUCION SEGUN DESTINO DE LA MADRE

ISSSTE - HOSPITAL GENERAL IGNACIO ZARAGOZA

MEDICINA PERINATAL

DESTINO DEL RECIEN NACIDO

ALOJAMIENTO CONJUNTO	CUERO FISIOLOGICO	CUERO PATOLOGICO
78 (89.7%)	10 (10.3%)	0 (0.0%)

Nº .

- 43 -

TABLA Nº . 15

DISTRIBUCION SEGUN DESTINO DEL RECIEN NACIDO

la lista No. 16.

Los diagnósticos finales al concluir el manejo de los pacientes se enlistan en la tabla No. 18.

Las complicaciones observadas durante el manejo de los pacientes fueron desgarros perineales de II grado en 6 pacientes, 4 de ellos en pacientes en las que se efectuó episiotomía y 2 en pacientes en las que no se efectuó episiotomía.

La encuesta realizada según hoja establecida (Hoja No. 4), efectuada al egreso de los pacientes reveló:

Antecedente de parto en cama 16 (18.3%), sin antecedente 71 (81.7%), tabla No. 19.; se refirieron con mayor confianza 81 (93.0%), igual para sistema tradicional y el actual 4 (4.5%) y menos 2 (2.2%), cabe mencionar que estas dos últimas terminaron en operación cesarea, tabla No. 20.; respecto a la comodidad fué mayor para 82 (94.2%), igual 5 (5.7%), tabla No. 21.; la posición considerada más adecuada para el trabajo de parto fué sentada 40 (45.9%), recostada 30 (34.4%) y ambulando 17 (19.7%).

I B S S T E - HOSPITAL GENERAL IGNACIO PARACOLA

MEDICINA PERINATAL

ATENCION DE PARTO DISTOCICO	2
REPARACION DE DESCARGO PERINEAL	6
CONDUCCION DEL TRABAJO DE PARTO	46
EPISIOTOMIA Y EPISIORRAFIA	48
REVISION DE CAVIDAD	78
AMNIOTOMIA EN PERIODO EXPULSIVO	80
ATENCION DE PARTO EUTOCICO*	86
PROCEDIMIENTOS	No.

* 1 parto gemelar.

DISTRIBUCION POR PROCEDIMIENTOS EFECTUADOS

TABLA No. 16

I S S S T E - HOSPITAL GENERAL IGNACIO YARAGOZA

MEDICINA PERINATAL

EMBARAZO GEMELAR	1
DISTOCIA DE HOMBROS	2
DESCARRO PERINEAL DE II GRADO	6
PERIODO EXPULSIVO PROLONGADO	6
CIRCULAR DE CORDON	12
TRABAJO DE PARTO REGULAR	85
EMBARAZO DE TERMINO	87
DIAGNOSTICOS	No.

DISTRIBUCION POR DIAGNOSTICOS FINALES

TABLA No. 18

I S S S T E - HOSPITAL GENERAL IGNACIO ZARAGOZA

MEDICINA PERINATAL

ANTECEDENTE DE PARTO EN CAMA	N o .
POSITIVO	16 (18.3%)
NEGATIVO	71 (81.7%)

T A B L A N o . 19

DISTRIBUCION SEGUN ANTECEDENTE DE PARTO EN CAMA.

ISSSTE - HOSPITAL GENERAL IGNACIO ZARAGOZA

MEDICINA PERINATAL

CONFIANZA		
MAYOR	IGUAL	MEJOR
81	4	2
(93.0%)	(4.5%)	(2.2%)

TABLA No. 20

No.

- 48 -

RESPUESTA A LA PREGUNTA: ¿SINTIÓ UD MAYOR CONFIANZA ?

I S S S T E - HOSPITAL GENERAL IGNACIO ZARAGOZA

MEDICINA PERINATAL

MAYOR COMODIDAD	No.
POSITIVO	82 (94.2%)
NEGATIVO	5 (5.7%)

TABLA No. 21

RESPUESTA A LA PREGUNTA : ¿ FUE MAS COMODO PARA UD ?

ISSSTE - HOSPITAL GENERAL IGNACIO ZARAGOZA

MEDICINA PERINATAL

		P O S I C I O N		
		N o .		
		SENTADA	RECOSTADA	AMBULANDO
N o .		40	30	17
		(45.9%)	(34.4%)	(19.7%)

T A B L A N o . 22

RESPUESTA A LA PREGUNTA : ¿CUAL CONSIDERO UD LA POSICION MAS ADECUADA DURANTE EL TRABAJO DE PARTO ?

Con respecto a temores durante su atención solo la falta de información del programa se manifestó como temor y todo al no brindarse al inicio de su asistencia, pero conforme se platicaba en el área desaparecían sus dudas y temores, lo que se optimizaba con el incremento de la relación médico-paciente, afección que se confirmó en el 90% de las pacientes.

La evaluación tardía al mes de postparto en las 8 pacientes nos brindó respuestas positivas ya que en su totalidad ante la alternativa de un nuevo parto expresaron preferencia por este tipo de atención, así mismo las pacientes recordaban el nombre del médico y la enfermera que las atendieron, todas contestaron afirmativamente ante el cuestionamiento si recomendarían este tipo de atención.

VI.- DISCUSION

El problema que motivo la implementación de esta tesis es una situación que se vive cada día en nuestros hospitales y en forma general para todas las instituciones encargadas de la salud del país, con -- los resultados que se presentan como más ostensibles de:

1.- Falta de capacidad para cubrir la asistencia de la población bajo su responsabilidad.

2.- Consecuente falta de recursos humanos, técnicos y materiales para mejorar la calidad de los servicios prestados.

La finalidad de este estudio fué probar un sistema de manejo de pacientes embarazadas alternativo que tienda a resolver los problemas planteados.

Los resultados de esta sistematización nos muestran y sirven para:

I.- Evaluar riesgo perinatal.

II.-Evaluación del riesgo al parto.

III.-Evaluar requisitos de inclusión.

IV.- Evaluar evolución del trabajo de parto y parto.

V.- Evaluar las condiciones del recién nacido.

VI.- Evaluar las condiciones en recuperación.

VII.- Evaluar el material utilizado.

VIII.- Evaluar ventajas y desventajas.

IX.- Evaluar proyección a futuro.

I.- EVALUACION DE RIESGO PERINATAL:

Al aplicar nuestra hoja evaluatoria del riesgo perinatal no detectamos complicaciones asociadas o detectables de acuerdo a la calificación del riesgo obtenida, en nuestro grupo no se presentó complicación - que dependiera de inadecuada calificación de riesgo perinatal (preeclampsia, infección, S.F.A., etc.), las - pacientes en las que se fundamentó incremento del riesgo a rangos de mediano y alto fué en base a edad materna pero al no tener otro parámetro de riesgo perinatal incrementado, obtuvimos una evolución satisfactoria idéntica a la esperada, por lo tanto consideramos congruente la hoja evaluatoria del riesgo perinatal - de acuerdo a los resultados obtenidos dependientes de esta calificación de riesgo otorgada a cada una de -- las pacientes incluidas en el estudio.

II.- EVALUACION DEL RIESGO AL PARTO:

Las complicaciones que se presentaron al parto principalmente se refieren a mal cálculo de peso y/o tamaño del feto, lo cual originó 2 distocias de hombros al nacimiento en productos cuyo parto se atendió en el area sin mayores problemas y un caso de desarmonia fetopelvica a expensas de producto macrosómico que se resolvió por cesarea en el area de cirugía y partos así como un caso de DCP adquirida a expensas de deflexión de la presentación.

Tambien es notable que no se detectó un embarazo gemelar, que gracias a que los dos productos tenían presentación cefálica y no habia ninguna otra complicación, se pudo resolver el problema en el area, ya que el diagnóstico se hizo despues del primer nacimiento.

El cálculo de peso fetal se hace en el servicio de urgencias al hacer la evaluación de riesgo en el parto por medio del indice de Johnson-Tosach, pero encontramos que el error de apreciación puede deberse a dos condiciones principalmente:

- 1.- Que el método de medición del fondo uterino no sea llevado a cabo en forma adecuada.

2.- Que no se respete el punto 10 de la hoja evaluatoria No. 2, y que a pesar de cálculo de peso fetal adecuado, si los puntos 5 y 10 de la hoja evaluatoria No. 3 son negativos (color verde) la paciente se envía a parto de bajo riesgo.

En una evaluación posterior se comprobó mala medición del fondo uterino en dos casos (uno con distancia de hombros), mala evaluación pélvica en un caso (-DCP) y en otro no se detectó presentación deflexionada lo que origino DCP adquirida.

Por otro lado es importante señalar que es necesario tener más acuciosidad en la evaluación al correlacionar el fondo uterino con el tamaño apreciativo del feto (tamaño de la cabeza, cantidad de Líquido amniótico, etc.) para poder detectar la posibilidad de embarazo múltiple que en el único caso que tuvimos no fué detectado.

III.- REQUISITOS PARA INCLUSION:

La selección de pacientes no fué llevada a cabo en forma estricta en cuanto a estos parámetros, ya que hubo 10 con mediano riesgo y 4 con alto riesgo que fueron incluidas en el grupo (esta decisión se tomó porque los puntos de alto riesgo fueron originados

por la edad de la paciente, paridad y antecedente de padecimiento actualmente inactivo), 6 pacientes con edad mayor de 35 años y una paciente con antecedente de nefropatía. También se incluyeron 37 pacientes con más de 6 gestaciones (6 a 7).

IV.- EVOLUCION DEL TRABAJO DE PARTO Y PARTO:

Respecto a la evolución presentada en la dilatación cervical fué favorable ya que ninguna de ellas se puede calificar como prolongación de fase de latencia o con parto precipitado, la mínima dilatación por hora fué de 0.5 cm así como la mayor de 4 cm por hora - posiblemente dependiente de el criterio de respetar al máximo la integridad de las membranas hasta el II periodo del trabajo de parto. Así mismo la detección de productos esperados con peso superior a 4000 gs en 5 casos pero que debido a su adecuada evolución del trabajo de parto (dilatación y descenso) sin problemas maternos o fetales se dejaron evolucionar terminando en parto normal en el area de parto en cama. También se detectaron 3 productos con líquido meconial intenso, pero que con el criterio de mantener las membranas íntegras hasta el periodo expulsivo no se detectaron previamente y al no haber evidencia clínica de deterioro fetal solamente se

considero como antecedente de fenómeno hipoxico pero no agudizado durante el trabajo de parto. Se detectaron 8 productos con circular de cordón a cuello pero hasta el periodo de nacimiento ya que clínicamente no dieron manifestaciones. Así los ya comentados dos casos que meritaron cirugía para resolución del embarazo uno por DCP con producto macrosómico y otro con DCP adquirida por vicio en la presentación.

Los problemas ocasionados por macrosomía en el periodo expulsivo son descritos como frecuentes y uno de ellos como la distocia de hombros se presentó en nuestro grupo, pero se resolvió con maniobra inicial de restitución manual de hombros, sin complicaciones maternas o fetales.

Es importante establecer que así mismo se presentó como complicación materna el desgarro perineal y esto en base a que durante el periodo expulsivo, se debe de llevar a cabo la evaluación de la resistencia del perine para permitir el paso sin dificultades del feto y en caso de que ésta exista se debe llevar a cabo una episiotomía suficiente, ya que hubo 6 fallas en esta evaluación ya que de 37 pacientes en que no se efectuó 4 presentaron desgarro de II grado (10.8%) que ameritó

reparación, así como en 2 casos de 48 en que se efectuó episiotomía (4.1%) se presentó prolongación de esta por procedimiento insuficiente.

La práctica rutinaria de la revisión de cavidad en el puerperio inmediato es útil e inocua ya que de las 85 pacientes que tuvieron eutocia o distocia en su parto en 78 se efectuó sin efectos de anestésia y únicamente con maniobras suaves (gentiles) y con apoyo psicológico para la paciente, en las restantes 7 pacientes (8.2%) no se efectuó por intolerancia dolorosa y al tenerse evidencia de secundinas completas se obvió.

Respecto a las maniobras necesarias para la adecuada asistencia de un parto se detectó por apreciación médica de los residentes que atendieron los partos que existe dificultad para realizar maniobras tendientes al desprendimiento de los hombros, ya que la superficie de la cama es blanda, por lo que se sugiere colocar la pelvis en nivel firme y más elevado (se tiene ya una propuesta de diseño para fabricar camas especiales para este procedimiento en la institución). El colchón blando en la cama propicia el hundimiento de la pelvis lo que dificulta las maniobras de extracción de hombros y la reparación de episiotomía y desga

ros, para lo cual se sugiere una superficie firme y plana. Así mismo estas dificultades son incomodas para el médico ya que no se encuentra habituado al método, pero generalmente después de la asistencia de 3 a 4 partos estas desaparecen o son mínimas.

V.- CONDICIONES DEL RECIEN NACIDO:

Todos los recién nacidos que se asistieron en el área de parto de bajo riesgo correspondieron clínicamente a término, con respecto a sus pesos el 90% - fué de peso medio para nuestra población, solamente tenemos presencia de macrosomía 6.8% e hipotrofia en 3.4% de todos los nacimientos en el área, esto como ya se comentó a la confiabilidad que representa el índice utilizado para predecir el peso esperado del producto, la presencia de macrosomía no solamente tiene implicaciones durante el parto, sino que el seguimiento que necesitan estos productos en el neonato meniado e inmediato es diferente al de un producto EUTROFICO, así -- mismo los productos hipotróficos.

La calificación de apgar evaluatoria del estado del producto al nacimiento no presentó cambios -- con respecto a los esperados dado el riesgo y evolución del feto durante el trabajo de parto, siendo más satis--

factoria la calificación del 100% de más de 7 tanto al minuto como a los 5 minutos.

El destino de los productos fué el 90% al alojamiento conjunto y solamente 10% tuvo necesidad de pasar a cunero fisiológico siendo la causa de este manejo en orden de frecuencia macrosomía, hipotrofia y en solo dos ocasiones causa materna (pacientes postoperadas de cesarea), peso en si el manejo en area de bajo riesgo no incremento de manera alguna la morbilidad fetal o neonatal y si en cambio se agilizó el flujo hacia el alojamiento conjunto. No tenemos complicaciones reportadas dependientes de el manejo del recién nacido en area de parto en cama.

VI.- RECUPERACION.

El area de recuperación de nuestro servicio sirvió para vigilancia de estado puerperal inmediato de la madre y detección oportuna de complicación y momento oportuno y precoz de paso a hospitalización, evitando de este modo las largas jornadas en espera de valoración medica o tramites administrativos que en muchas ocasiones no solo horas de espera y ayuno sino en ocasiones hasta días de estancia e incomodidad para la madre, así mismo para el recién nacido el tener

prontamente un cunero, con implementación nc cesaria para la transición inicial a su vida extrauterina y de igual modo que su madre el evitar largas esperas de ser trasladado por pasillos y elevadores en incubadora de traslado y sobre todo por ser solamente un cunero temporal ya que de este pasara a los brazos y cuidados de su madre en forma más temprana.

VII.- MATERIAL UTILIZADO:

El análisis de el material humano utilizado en este proceso es por demas alagador, ya que tratandose de pacientes de bajo riesgo es suficiente con la vigilancia de residente de I año así como liconciadas en obstetricia para detectar posibilidad de distocia en lo cual se solicita mediante localización en area a residente jerárquicamente superior o medico adscrito para resolución o corroboración de detección, siendo esto la excepción, ya que durante este lapso solamente se requirio en 1 ocación la presencia de un medico adscrito para corroboración de diagnóstico y en 5 ocaciones residente de III año para resolución de distocia y corroboración de diagnóstico, siempre se contó con solamente una enfermera durante el turno y nunca se necesitó más personal para el óptimo funcio

namiento del servicio. El medico pediatra se encuentra adscrito al area del 5^o piso ya que valora a los recién nacidos en el alojamiento conjunto y en ninguna ocasión se necesito de residente o adscrito.

Con respecto al material utilizado solamente consistia en bulto de ropa esteril (dos batas esteriles, 4 campos esteriles), material para parto (dos pinzas de Kelly, tijera, porta agujas, pinza de disección, riñon), mesa de Mayo, suturas (cadgut crómico 0 y 00), solución antiséptica. Al recién nacido solamente pinza umbilical o cinta umbilical y campos esteriles.

Con todo el manejo implementado obviamos manejos ya rutinarios en nuestros servicios de labor toco, evitamos grandes traslados de la madre puerpera en camillas por pasillos y elevadores (5 o 6 pisos) y el producto no es trasladado en incubadora, sino que su traslado en en la incubadora natural la misma madre embargada.

VIII.- VENTAJAS Y DIFICULTADES TECNICAS:

Claro esta que no solamente se presenta ventajas en este manejo, tambien existen desventajas y sobre todo en aspectos técnicos, como seria uno de los que pudiera interferir en el flujo de la paciente ya que mu--

chas de nuestras pacientes a su ingreso no tienen posibilidad de demostrar completamente su vigencia de derechos, este simple hecho ocasiona que la paciente al recuperarse del parto no pueda tener asignación de una cama y por lo tanto tendria que bajar a recuperación de toco, así mismo el estado avanzado de dilatación al ingreso es otro impedimento para la inclusión, ya que el traslado hasta el area implica un pasillo de 100 metros aproximadamente y posteriormente el traslado en elevador 5 pisos (elevador de uso general), lo que implica tiempo y ante una dilatación importante es preferible no trasladarla y evitar un incidente en el trayecto, otro aspecto técnico es la no aceptación del proyecto por la paciente, y por último el más importante y punto alido que así mismo nos encamino a intentar esta solución alterna que es la falta de personal, ya que al no contar con personal de enfermeria disponible para el area no se puede incrementar el horario de funcionamiento del area y por lo tanto no es factible el cumplir con objetivos secundarios del proyecto.

Otro punto fundamental para este proyecto es la posibilidad de resolución de complicaciones obstétricas en la evolución de alguna paciente, se tiene el re-

curso de traslado a cirugía y partos para resolución del problema en forma adecuada, contando a la mano con el recurso de los uteroinhibidores, apoyo importante para resolver fácil y transitoriamente el problema y sobre todo brindarnos la oportunidad de efectuar nuestras acciones tranquilamente y con tiempo evitando las precipitaciones y las consecuentes conductas producto de ello, porque en esos casos debemos valorar que el trayecto hasta el área de partos y cirugía bien puede ser de varios minutos que si no se maneja oportunamente pueden tener repercusiones en el binomio, en nuestra implementación contamos así mismo en la misma área (5 piso) con un quirófano bien implementado que en caso de ser necesario pudiera utilizarse para una manipulación quirúrgica.

Las ventajas se han descrito a lo largo del desarrollo de la tesis pero recalcándolas una vez más son en sentido de una agilización de los flujos de las pacientes por las diferentes áreas, una necesidad mínima de recursos humanos y físicos para su asistencia, una individualización de la paciente con respecto a su evolución y respeto completo ante las necesidades de la paciente durante su trabajo de parto (ambulación y posi

ción libremente escogida), mayor comodidad al evitar posiciones forzadas en mesas de expulsión.

Mejoría importante del estado psicológico emocional de la paciente, ya que se evita la contaminación que significan las áreas sobresaturadas de pacientes y sobre todo con diferentes riesgo, patologías y manejos.

IX.- PROYECCION A FUTURO:

Si bien nuestra implementación sería tan anti que como nosotros mismos los fundamentamos en el texto, es bien importante el establecer que tiene un lugar dentro de las soluciones a la creciente demanda de asistencia por parte de la población, ya que demostrado está de que en base a una adecuada valoración del riesgo perinatal e intraparto es posible obtener partos sin complicaciones esperadas y sobre todo con mínimos recursos pero sin decrecer la calidad de la atención. Este proyecto - tiene la ventaja de estar a la mano de cualquier institución por más pobre que sea y sobre todo con muchas posibilidades de trascender fuera de las unidades médicas y poder implementarse con nuevas bases en el hogar mismo de la paciente.

VII.-CONCLUSIONES

En base a los resultados obtenidos por el presente trabajo, y al análisis previo de los mismo podemos sostener las siguientes conclusiones:

1.- Es factible la asistencia de un parto de bajo riesgo con el mínimo de implementos necesarios fuera del area de cirugía y partos.

2.- En base a una calificación estricta del riesgo perinatal e intraparto es factible pronosticar no presencia de complicaciones durante la evolución del mismo con un grado aceptable de confiabilidad.

3.- La asistencia de parto en cama con posición casi sentada no incrementa las dificultades para el nacimiento, ni incrementa las complicaciones para el producto o la madre.

4.- La implementación de parto de bajo riesgo en area específica y con la técnica descrita y detallada, es bien aceptada por la paciente e implica mayor comodidad, confianza y apoyo psicológico para la misma.

5.- La revisión de cavidad en el puerperio inmediato sin anestesia, con maniobras gentiles y en pacientes que lo toleren es un procedimiento posible, sin complicaciones ni morbilidad infecciosa.

6.- A pesar de criterios estrictos para calificar el riesgo perinatal e intraparto, siempre se tendrá la falla humana como variable independiente de error, por lo que debe de tenerse en cuenta.

7.- La asistencia del parto de bajo riesgo - en cama no incrementa el riesgo de complicaciones obstétricas.

8.- La asistencia del parto de bajo riesgo - en cama no ocasiona aumento del riesgo en el recién nacido.

9.- En base a una adecuada calificación de riesgo es factible la desaturación de las áreas de cirugía y partos, si se lleva a cabo un manejo por niveles progresivos de riesgo aún dentro de los hospitales.

10.- La vigilancia estrecha y personalizada de las pacientes permite una mejor comunicación que disminuye en ellas la tensión, el miedo y la angustia con lo cual se logra un número grande de pacientes que no requieren anestesia o requieren procedimientos más simples de esta como infiltración local o bloqueo de nervios pudendos así como revisión de cavidad sin anestésia.

11.- Los procedimientos como la conducción

del trabajo de parto bien vigilados no deben de dar complicaciones.

12.- El manejo de las pacientes con respeto de la integridad de las membranas hasta el periodo expulsivo seguramente es factor que favorece el parto eutócico.

VIII.- RESUMEN

El presente trabajo se originó de la necesidad de discriminar el manejo de la embarazada de acuerdo a su riesgo perinatal e intraparto.

Se implementó area dentro del hospital con - los mínimos recursos necesarios para esta asistencia - (tanto humanos con físicos).

El grupo estudiado fué de 87 pacientes, durante un lapso de 7 meses, calificandose con hojas de tinadas a ese fin (hojas 1,2,3), encontrandose el 84% con riesgo bajo, solamente el 4.5% con riesgo alto, la paridad del grupo de II a VI. El trabajo de parto con tendencia a ser ambulatorio pero pudiendose tomar cualquier posición deseada por la madre, el parto se asistió en cama con posición de semisentada.

Durante el trabajo de parto solamente se detecto en 2 casos detención del descenso de la presentación uno por DCP y otro por producto deflexionado, ambas resueltas por cesarea Kerr, el resto de pacientes con parto en el area, solamente dos distocicos por distocia de hombros por productos macrosómicos. El estado de los recién nacidos fué satisfactorio para el 100% - con calificación superior a 7 al 1er y 5^o minuto de na

cidos, el manejo fué en alojamiento conjunto para 77, solamente 10 en cunero fisiológico todos por macro somía e hipotrófia. En 92% de las pacientes se efectuó revisión de cavidad sin empleó de anestesia, con tolerancia en todas ellas y sin incremento de morbilidad infecciosa.

En base a los resultados obtenidos se concluyó que las tablas empleadas para valoración de riesgo perinatal e intraparto tienen un alto índice de confiabilidad (aproximadamente 90%) para detección de evolución satisfactoria y sin complicaciones del trabajo de parto y parto de la paciente con riesgo bajo. Así mismo que es factible implementar el parto en area con -- austeridad de recurso pero con los mínimos indispensables para su asistencia y con el recurso a la mano para solucionar cualquier problema no previsto.

IX.-BIBLIOGRAFIA

- 1.- Barton J.J., Rovner S.: Alternative birthing center: Experience in a teaching obstetric service. Am. J. Obstet Gynecol 137:377, 1980.
- 2.- Beskes T K, Umbilical cord gases in home deliveries versus Hospital-Based deliveries. The J Rep Med, 26 ;8, Aug, 1981.
- 3.- Calvert J P, Newcombe R G.: An assessment of radio-telemetry in the monitoring of labor. Brith. J Obst Gynecol 139, March, 1981.
- 4.- Díaz del C, E., Pinsker, V.S.: Factores socioculturales y médicos que afectan la mortalidad perinatal en México. Rv. Med IMSS (México), 19:223, 1981.
- 5.- Graham H: Eternal Eve: The history of Gyneacology - and Obstetrics. Garden City, N.Y. Doubleday, 1951.
- 6.- Guzmán, S.A., Avalos, L.M.: Parto Psicoprofiláctico - vs atención obstetrica tradicional. Ginecol y Obst Méx. Vol. 51. No. 316, Agosto 1983.
- 7.- Hussein K.T. Gaafar, A.S.: The urinary bladder and the uterine activity. Am. J. Obstet and Gynecol. August, 1967.

- 8.- Irving, F.C.: Safe Deliverance. Boston, Houghton Mifflin, 1942.
- 9.- Käser, O. Friedberg, V.: Ginecología y obstetricia. Vol. II Embarazo y Parto, Salvat Editores, 1979.
- 10.- McManus, T.J., Calder, A.A.: Upright posture and the efficiency of labour, Lancet, Jan. 14, 1978.
- 11.- Miller, D.: Res obstetrica in the Bible. J. Obstet Gynecol Br. Emp 60:7, 1953.
- 12.- Notelovitz M.: The single-unit delivery system. A safe alternative to home deliveries. Am. J. Obstet Gynecol. 132:889, 1978.
- 13.- Pearse, W.H.: Home Birth. JAMA 241:1039, 1979.
- 14.- Philpott, R.H.: Problemas obstetricos del mundo en desarrollo. Ginecol y Obstet. Temas Actuales, Ed. Interamericana, México, 1982.
- 15.- Read, J.A., Miller, F.C.: Ensayo randomizado de ambulaci3n vs occitocina para acelerar el parto. Informe preliminar. Am. J. Obstet Gynecol. 139, March. 1981.
- 16.- Russell, N; Dejong, J.R.; Kirkwood, K.S.: An Out-Of-Hospital Birth Center Using University Referral. Obst Gynecol. Vol. 58. No6, Dec, 1981.

- 17.- Thomas, H.: Classical contributions to obstetrics and Gynecology. Springfield, III. Thomas. 1935.
- 18.- Shamsi, H.H.; Petrie R.H.; Steer, C.M.: Changing obstetric practices and amelioration of perinatal outcome in a university hospital. Am.J. Obstet Gynecol 133:855, 1979.
- 19.- Speert, H.: Obstetrics and Gynecology in America. A history. Chicago, American College of Obstetricians and Gynaecologists, 1980.
- 20.- Trause, M.A.; Boss, D.; Klaus, M.: Separation for -- Childbirth: The effect on Sibling. Child Psych Hum develop. Vol. 12 (1), 1981.
- 21.- Tausing, F.J.: The story of prenatal care. Am O. Obstet Gynecol. 34:731, 1937.
- 22.- Villelobos, R.M.; McGregor, S.C.: Embarazo de alto riesgo. II. Determinación del riesgo intraparto, correlación del riesgo perinatal y el resultado perinatal. Ginecol y Obstet Méx., Vol. 45, Num, 272 Junio 1979.
- 23.- Watson, T.: Lectures on the principles y practice of phisis, delivered al King's College, London. London Med. Gaz (NS) 1:801, 1842.

- 24.- Williams, R.M.; Thom, M.H.: A study of the benefits and acceptability of ambulation in spontaneous labor. Br J Obstet Gynecol, feb. 1980.
- 25.- Caldeyro-Barcia, R.; Méndez-Bauer, C.; Pose, S.V., Poseiro, J.: Fetal monitoring during labor. En H. Wallace, E.M. Gold y E. Liss (eds.): Maternal and Child Health. Principles, practices, problems, resources and methods delivery. pág. 332. Ch. C Tomes, Springfield, Illinois, 1973.
- 26.- Hon, E.H.: The human fetal circulation in normal labor. En Donald, E. Cassels (red.): The heart and circulation in newborn and infant, Grune and Stratton, New York, 1966.
- 27.- Scott, J.R.; Rose, N.B.: Effect of psychoprophylaxis (Lamaze preparation) on labor and delivery in primiparas. N. Engl J Med 27, May 76 294 (22):1205-7.
- 28.- Babensard, J; Pérez, C.: INFLACION. Fenómeno de la época moderna. Revista de estudios económicos latinoamericanos. Ed. Casacuverta. Buenos Aires, Arg. 1982.