

11217
99
zej



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

División de Postgrado

**EVALUACION DE RIESGO
DURANTE EL EMBARAZO**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

G I N E C O O B S T E T R A

P R E S E N T A E L

DR. GUILLERMO ZUÑIGA GARCIA



MEXICO, D. F.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

1985



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

C O N T E N I D O

1. INTRODUCCION.	1
2. JUSTIFICACION.	3
3. OBJETIVOS.	11
4. MATERIAL Y METODOS.	12
5. RESULTADOS.	17
6. COMENTARIOS.	40
7. RESUMEN.	48
8. CONCLUSIONES.	49
9. BIBLIOGRAFIA.	50

1. INTRODUCCION.

DURANTE MUCHO TIEMPO EL FETO FUE PARA EL DESTETRA UN PERFECTO DESCONOCIDO. APARTE DE ESTUDIAR SU UBICACION EN EL CLAUSTRO MATERNO, SU CRECIMIENTO APROXIMADO Y LA POSIBILIDAD DE SU LATIDO CARDIACO (TODO EN FORMA RUDIMENTARIA), EL TOCOLOGO ERA INCAPAZ DE OBTENER CUALQUIER OTRO TIPO DE INFORMACION ACERCA DEL FETO.

HACE ALGUNOS AÑOS LAS COSAS CAMBIARON, CON EL DESCUBRIMIENTO DEL VALOR QUE TENIA EL LIQUIDO AMNIOTICO, FUERON PROPUESTOS UNA SERIE DE ESTUDIOS ENZIMATICOS Y HORMONALES PARA ESTUDIAR LAS CONDICIONES FETALES Y PLACENTARIAS

NUEVAS TECNICAS APARECIERON: AMNIOSCOPIA, MICROANALISIS DE SANGRE FETAL, EL ESTUDIO DE LA RESERVA FUNCIONAL FETAL, LOS TEST DINAMICOS HORMONALES, LAS PRUEBAS DE TRANSFERENCIA PLACENTARIA, LA ECOGRAFIA, LOS TEST DE STRESS, - ETCETERA.

ESTOS DESCUBRIMIENTOS DE LA CIENCIA MODERNA HAN PERMITIDO INVESTIGAR Y DIAGNOSTICAR A FONDO ALTERACIONES DURANTE EL EMBARAZO, YA SEAN DE CAUSA MATERNA O FETAL, FORTALECIENDO CON ELLO LA VIGILANCIA ESTRECHA DEL EMBARAZO CUANDO SE ENCUENTRA ALGUNA ALTERACION, PRINCIPALMENTE EN EMBARAZOS DE ALTO RIESGO PARA SU VIGILANCIA Y CUIDADO ES

PECIAL.

COMO ES SABIDO LA TASA DE MORTALIDAD PERINATAL ES CONSIDERADA COMO UN INDICADOR SENSIBLE DE LA EFICIENCIA REPRODUCTIVA DE UNA POBLACION, ASI COMO DEL ACCESO Y CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE ATENCION MEDICA PERINATAL.

PUEDE AFIRMARSE QUE ACTUALMENTE CONSTITUYE UN INSTRUMENTO INDISPENSABLE PARA EVALUAR NIVELES DE SALUD MATERNO-INFANTIL Y CONSECUENTEMENTE UTIL PARA EL ESTUDIO DE LOS EFECTOS DE LA ATENCION PERINATAL.

EN EL DISTRITO FEDERAL HAY EVIDENCIA DE QUE MADRES CON LA MAS ALTA PREVALENCIA DE FACTORES DE RIESGO TIENEN ACCESO PRINCIPALMENTE A SERVICIOS DE MATERNIDAD DE CALIDAD RELATIVAMENTE MAS BAJA QUE EL RESTO DE LAS MADRES Y VICEVERSA, SERIA POSIBLE REDUCIR CONSIDERABLEMENTE LA ALTA TASA DE MORTALIDAD PERINATAL, SI SE LOGRA DETECTAR EN FORMA MAS TEMPRANA DE CONSULTA (PRIMER NIVEL) A LAS MADRES CON ALTO RIESGO.

2. JUSTIFICACION.

ENTRE LOS CRITERIOS UNIVERSALES QUE DETERMINAN LA IDENTIFICACION DE LAS PRIORIDADES (FACTORES DE RIESGO), SE ENCUENTRAN LOS SIGUIENTES:

A. MAGNITUD. ES CONSIDERADA COMO LA EXTENSION DEL PROBLEMA O SEA ¿ CUAL ES LA FRECUENCIA DEL PROBLEMA ? . PARA ESTO SE UTILIZAN LOS INDICADORES EPIDEMIOLOGICOS, COMO SON LA FRECUENCIA POR EDAD, SEXO, CONDICION SOCIOECONOMICA, INCURABILIDAD, INCIDENCIA, PREVALENCIA, MORTALIDAD GENERAL Y ESPECIFICA, LETALIDAD, HOSPITALIZACION POR DIVERSAS CAUSAS, NUMERO DE INTERNAMIENTOS (DIAS/CAMA), ETCETERA.

B. GRAVEDAD. ES LA REPERCUSION DEL PROBLEMA SOBRE LOS ASPECTOS SOCIOECONOMICOS O POLITICOS, (NUMERO DE AÑOS PERDIDOS EN FUNCION DE LA MORTALIDAD INFANTIL, PERDIDA ECONOMICA PARA LA COMUNIDAD, ETCETERA.) , GRADO DE DEPENDENCIA CIENTIFICA, TECNOLOGICA Y ECONOMICA, PERDIDA DE LA FUERZA DE TRABAJO, ALTERACIONES DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO, ETCETERA.

C. POSIBILIDAD DE PREVENCIÓN. ESTO ESTA RELACIONADO CON LOS BENEFICIOS OBTENIDOS POR UNIDADES DE ACCION Y/O LOS RECURSOS GASTADOS EN EL CONTROL DEL PROBLEMA. EN ESTE CONTEXTO SE DEBE TOMAR EN CUENTA LA PLAUSIBILIDAD BIOLÓGICA.

GICA (PREVENCIÓN DEL SÍNDROME DE ODMU, ESPINA BIFIDA, ETCETERA.) LAS PRIORIDADES POR LO TANTO DEBEN SER MAYORES CUANTO MEJORES PUEDEN SER LOS RESULTADOS OBTENIDOS, POR LA ACCIÓN DE UNIDADES DE RECURSOS UTILIZADOS (RECURSOS FÍSICOS, MATERIALES Y HUMANOS).

D. TRASCENDENCIA. LA VALORACIÓN DE EL PROBLEMA POR PARTE DE LA COMUNIDAD Y EL IMPACTO EN ELLA.

E. DAÑO INDIVIDUAL. DEFINIDO COMO EL DESEQUILIBRIO BIO-PSICO-SOCIAL COMO EFECTO DE LA PRESENCIA, EXCESO O AUSENCIA RELATIVA DE AGENTES QUE PERTENECEN POR DEFINICIÓN AL ECOSISTEMA INDIVIDUAL COMO SON LOS NUTRIENTES, LOS QUÍMICOS EXÓGENOS, QUÍMICOS ENDOGENOS, FISIOLÓGICOS, GENÉTICOS, PSÍQUICOS, FÍSICOS (ACCIDENTES) E INVASORES (PARASITOS), SOCIALES, ETCETERA.

F. TENDENCIA EN EL TIEMPO. PERMANENCIA DEL PROBLEMA EN UN TIEMPO Y ESPACIO DETERMINADO.

LA ATENCIÓN A LA SALUD CON ENFOQUE DE RIESGO DETERMINA EN BASE A LAS PRIORIDADES SEÑALADAS, DEFINICIONES OPERACIONALES SOBRE LOS FACTORES DE RIESGO.

LOS FACTORES DE RIESGO DEBEN SER OBSERVABLES Y/O IDENTIFICABLES ANTES DE QUE OCURRA UN EVENTO NO DESEADO, Y POR ELLO PUEDEN SER CARACTERÍSTICAS DE INDIVIDUOS, FAMILIAS, _

GRUPOS DE EDADES, COMUNIDADES O DEL AMBIENTE.

LA PRESENCIA DE UN FACTOR DE RIESGO DETERMINA LA POSIBILIDAD DE UN DAÑO ESPECIFICO, SI BIEN NINGUN FACTOR DE RIESGO FUNCIONA SEPARADAMENTE, SINO QUE GENERALMENTE EXISTEN ASOCIACIONES DE FACTORES. LAS COMBINACIONES SON DE DIVERSOS TIPOS Y PENETRACION, DE AHI QUE ES IMPORTANTE DETERMINAR SI SU ASOCIACION ES SIGNIFICATIVA PARA UN RESULTADO ESPECIFICO.

SERA DE CAPITAL IMPORTANCIA PODER RESPONSABILIZAR A UNO O VARIOS FACTORES DE RIESGO COMBINADOS EN LA DETERMINACION DE UN DAÑO O VARIOS A LA VEZ. DE AHI QUE DESDE EL PUNTO DE VISTA PREVENTIVO, EL VALOR DE UN FACTOR DE RIESGO ES EN FUNCION DE LA INTENSIDAD DE LA ASOCIACION CON OTROS FACTORES DE RIESGO Y CON LA FRECUENCIA DEL DAÑO EN LA COMUNIDAD.

LOS FACTORES DE RIESGO PUEDEN SER DIVIDIDOS EN FUNCION DE SU CATEGORIA EN:

a. BIOLÓGICOS. EDAD, SEXO, SUSCEPTIBILIDAD A CONTRAER ENFERMEDADES INFECCIOSAS, HIPERSENSIBILIDAD, HERENCIA GENÉTICA, ALGUNAS MALFORMACIONES CONGENITAS, ALTERACIONES NUTRICIONALES Y DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO (FISIOLÓGICOS, PSICOLÓGICOS Y FÍSICOS) DIVERSA PATOLOGÍA DE RESOLUCIÓN

MEDICA, QUIRURGICA, ETCETERA.

b. AMBIENTALES. ACCIDENTES, CONTAMINACION AMBIENTAL, ABASTECIMIENTO DE AGUA, AREA GEOGRAFICA, CLIMA, ETCETERA.

c. SOCIOCULTURALES. EDUCACION, CONCIENTIZACION SOBRE ASPECTOS DE SALUD-ENFERMEDAD, POBREZA Y MARGINACION, RELIGION, SITUACION SOCIOECONOMICA, HACINAMIENTO, ETCETERA.

d. DE COMPORTAMIENTO. HABITOS HIGIENICODIETETICOS, ORGANIZACION FAMILIAR, GRUPO SOCIAL AL QUE PERTENECE, AGRESIVIDAD Y OTRAS TRANSGRESIONES PSICOLOGICAS, ETCETERA.

e. RELACIONADOS CON LOS SERVICIOS DE SALUD. ACCESIBILIDAD A LOS SERVICIOS DE SALUD, OPORTUNIDAD DE ATENCION, CALIDAD DE ATENCION, ETCETERA.

CONSIDERANDO QUE NO TODOS LOS FACTORES TIENEN EL MISMO PESO ESPECIFICO EN LA PRODUCCION DE UN DAÑO, ES NECESARIO ESTABLECER UN CRITERIO DE PONDERACION QUE DETERMINE EN FUNCION DE PREDICCION, LA IMPORTANCIA DE CADA UNO DE ELLOS.

LOS CRITERIOS DE PONDERACION PUEDEN SER UTILIZADOS EN FUNCION DE FACTORES RELACIONADOS CON LA COMUNIDAD (SOCIOECONOMICOS, AMBIENTALES, SERVICIOS DE SALUD, EDUCATIVOS ETCETERA) Y/O INDIVIDUALES (INFECCIOSOS, NUTRICIONALES, DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO, DE HABITOS Y COMPORTAMIENTO,

ETCETERA.).

ESTA SELECCION UN TANTO ALEATORIA, DEBE QUEDAR ENMARCADA DENTRO DE UN CRITERIO DE RELACION CON EL DAÑO, EN ASPECTOS FUNDAMENTALES PREDICTIVOS.

LAS RELACIONES EN FUNCION DEL DAÑO PUEDEN SER CONSIDERADAS COMO SIGUE:

. RELACION CAUSAL: DESENCADENANTE DEL PROCESO PATOLOGICO.

. RELACION FAVORECEDORA: CREA CONDICIONANTES PARA EL DESARROLLO DE UN DAÑO.

. RELACION ASOCIATIVA: FORMA PARTE DE LA ALTERACION DE LOS FACTORES CAUSALES O DETERMINANTES O BIEN SIN EFECTO ALGUNO.

. RELACION DIRECTA: CONSECUENCIA DADA SIN LA NECESIDAD O CONCURSO DE FACTORES INTERMEDIARIOS.

. RELACION INDIRECTA: CONSECUENCIA DADA CON EL CONCURSO DE FACTORES INTERMEDIARIOS.

. RELACION DETERMINANTE: CONSECUENCIA DE LA INTERACCION DE LOS FACTORES DE LA PRODUCCION DE UN DAÑO.

ES DIFICIL IDENTIFICAR LOS CASOS DE RIESGO FETAL EVALUADO MEDIANTE UN ADECUADO SISTEMA DE SELECCION. ESTA SELECCION NO PUEDE SER SOLO CLINICA, YA QUE ES MUY SUBJETIVA,

EL PRIMER PASO PARA OBJETIVAR EL RIESGO CONSISTE EN ESTABLECER UNA LISTA DE FACTORES INDIVIDUALES DE RIESGO.

LA CLASIFICACION DE TALES FACTORES DE RIESGO PUEDEN SER MUY VARIADAS, PUESTO QUE CIRCUNSTANCIAS DE INDOLE DEMOGRAFICA, SOCIAL, ECONOMICA Y HASTA GEOGRAFICA INFLUIRAN EN TAL CLASIFICACION.

ALGUNOS AUTORES SE LIMITAN A AGRUPAR LOS FACTORES DE RIESGO SEGUN SU PROCEDENCIA. ASI USANDIZAGA (1975) ESTABLECE SIETE RUBRICAS:

- I. FACTORES PERSONALES.
- II. FACTORES SOCIO-ECONOMICOS.
- III. FACTORES OBSTETRICOS.
- IV. ENFERMEDADES CONGENITAS O HEREDITARIAS.
- V. ENFERMEDADES COINCIDENTES.
- VI. ALTERACIONES EN LOS ELEMENTOS DEL PARTO.
- VII. ALTERACIONES LIGADAS A LA PROPIA GESTACION.

SE INCLUYEN ASI MAS DE CUARENTA TERMINOS HETEROGENEOS COMO NO TODOS ESTOS FACTORES TIENEN IGUAL TRASCENDENCIA PARA LOS INTERESES FETO-MATERNOS, EN ALGUNOS CENTROS SE AGRUPAN EN TRES O CUATRO TERMINOS O GRADOS. ESTE HECHO PERMITE SENTAR UNA CONDUCTA DISTINTA PARA CADA GRADO, CONCENTRANDOSE LA ATENCION MEDICA EN UN GRUPO MAS REDUCIDO

DE EMBARAZOS, TENIENDO EN CUENTA QUE APROXIMADAMENTE UN 20% DE TODOS LOS EMBARAZOS QUE LLEGAN A ALCANZAR LAS 28 SEMANAS SON PORTADORES DE UNO U OTRO FACTOR DE RIESGO.

DADO QUE LA COINCIDENCIA DE FACTORES PUEDE SUMAR RIESGOS ACUMULATIVOS, DIVERSOS AUTORES HAN SUGERIDO LA CONVENIENCIA DE INTRODUCIR VALORACIONES TIPO INDICES O PUNTAJES DENTRO DE LOS MAS CONOCIDOS ESTA EL DENOMINADO " A.S.M.I." (INDICE DE ASISTENCIA SANITARIA MATERNO-INFANTIL) PROPUUESTO POR NESBITT Y AUBRI (1969) EN NUEVA YORK. INDICES SIMILARES FUERON PROPUESTOS POR GODWIN Y COLS. (1969) Y WILKEN Y SOMMER (1973). EN TODOS ELLOS SE DESIGNA UN PUNTAJE A LA PACIENTE (100) , DEL CUAL SE VAN A RESTAR PUNTOS SEGUN LOS FACTORES QUE PRESENTE. CUANTO MENOR ES EL INDICE MAS ELEVADO ES EL RIESGO. PAPIERNIK Y CENTEREX (1970) INTENTAN COMPLETAR EL SISTEMA DE NESBITT, MEDIANTE UNA EVALUACION PROGRESIVA DEL RIESGO AL EFECTUAR EL PRIMER EXAMEN OBSTETRICO AL OCTAVO MES Y AL REGISTRAR EL RESULTADO OBSTETRICO Y PEDIATRICO.

HOBEL EN 1975 CON SU GRUPO DE HERBOR GENERAL HOSPITAL IDENTIFICA MEDIANTE UNOS IMPRESOS ADECUADOS, FACTORES DE RIESGO PERINATALES INTRAPARTO Y POSTPARTO DANDO A CADA UNO UN VALOR ARBITRARIO DE 1.5 A 10 PUNTOS, REUNE 50 FACTORES

PRENATALES, 40 INTRAPARTO Y 35 NEONATALES. DE ESTA FORMA SELECCIONA LOS CASOS DE RIESGO ALTO, MEDIO O MODERADO.

CARRERA Y COLS. (1974) ESTABLECEN UN SISTEMA QUE RESUME VARIOS FACTORES DE LOS AUTORES PRECEDENTES AGRUPA LOS FACTORES DE RIESGO QUE RESULTAN DEL ESTUDIO DE LA ANAMNESIS Y LOS DATOS DE SCREENING EN TRES GRADOS, PERO AL MISMO TIEMPO ESTABLECE UN RAPIDO SISTEMA DE PUNTUACION (UN PUNTO PARA LOS FACTORES DEL PRIMER GRUPO, DOS PARA LOS DEL SEGUNDO Y TRES PARA EL TERCERO) .

LA ADSCRIPCION DE LOS DIVERSOS FACTORES A UNO U OTRO GRUPO SE HACE EN FUNCION DE LA FRECUENCIA, AL VALOR PREDICTIVO, LA SENSIBILIDAD Y ESPECIFICIDAD DEL FACTOR, DE MODO QUE MIENTRAS LOS DEL GRUPO UNO TIENEN UNA GRAN FRECUENCIA Y ESCASA SENSIBILIDAD, LOS DEL GRUPO TRES TIENEN ESCASA FRECUENCIA Y ALTA SENSIBILIDAD Y ESPECIFICIDAD. DE ESTA FORMA AL INICIO DE LA GESTACION YA SE TIENE UN INDICE NUMERICO DEL RIESGO.

LA EVALUACION EN TRES TIEMPOS DEL RIESGO FETAL PERMITE INDIVIDUALIZAR LA SITUACION AL INICIO DE LA GESTACION AL FINAL DE LA MISMA Y TRAS EL PARTO.

EN MEXICO EXISTE UNA INSTITUCION QUE MANEJA CUESTIONARIOS PARA VALORACION DE RIESGO PERINATAL EN TODAS SUS

PACIENTES (INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA) SOLAMENTE QUE POR SER UNICAMENTE PARA ATENCION DE TERCER NIVEL Y SER UNICA EN EL PAIS, SE APLICA A UN REDUCIDO NUMERO DE PACIENTES.

EXISTE OTRA INSTITUCION (INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL) QUE HA INTENTADO LA APLICACION DE UN TEST PARA VALORACION DE RIESGO PERINATAL A TODOS SUS DERECHAHABIENTES (A PRIMER NIVEL) PERO POR LO EXTENSO DEL CUESTIONARIO NO HA TENIDO APLICACION PRACTICA.

POR ULTIMO NUESTRA INSTITUCION (INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO) EN ALGUNOS DE LOS HOSPITALES DEL AREA METROPOLITANA (C.H. 20 DE NOVIEMBRE, C.H. ADOLFO LOPEZ MATEOS, C.H. 1o. DE OCTUBRE Y C.H. GENERAL IGNACIO ZARAGOZA.) TIENEN UN TEST DE VALORACION DE RIESGO, QUE SE APLICA SOLAMENTE EN LA ATENCION DEL TERCER NIVEL Y NO EN FORMA SISTEMATIZADA.

3. OBJETIVOS.

EL PROPOSITO GENERAL DE ESTA INVESTIGACION ES DETECTAR A UN NIVEL PRIMARIO DE ATENCION LOS FACTORES DE RIESGO PERINATAL MEDIANTE LA APLICACION DE UN TEST DISEÑADO

EN NUESTRO SERVICIO (SERVICIO DE GINECOOBSTETRICIA DEL HOSPITAL GENERAL " GENERAL IGNACIO ZARAGOZA ") Y EVALUAR SU UTILIDAD CONFRONTANDOLA CON LOS RESULTADOS OBTENIDOS. ASIMISMO SE EVALUARA EL IMPACTO DE LOS SERVICIOS MEDICOS PERINATALES.

SE ESPERA QUE ESTE ESTUDIO MUESTRE CAMINOS PARA REDUCIR LA MORBIMORTALIDAD PERINATAL EN MEXICO A TRAVES DE LA DETECCION TEMPRANA DE LOS RIESGOS PERINATALES.

4. MATERIAL Y METODOS.

ESTA INVESTIGACION ES UN ESTUDIO DE LOS EFECTOS DE LA ATENCION MEDICA PERINATAL Y LOS FACTORES DE RIESGO MATERNO SOBRE LA MORBIMORTALIDAD PERINATAL, CON LA UTILIZACION DE UNA HOJA EVALUATORIA DISEÑADA EN NUESTRO SERVICIO (GINECOOBSTETRICIA DEL HOSPITAL " GENERAL IGNACIO ZARAGOZA ") CONFRONTANDOLA CON RESULTADOS.

LA POBLACION ESTUDIADA CONSISTIO EN 1000 PACIENTES EMBARAZADAS QUE ACUDIERON AL HOSPITAL " GENERAL IGNACIO ZARAGOZA " I.S.S.S.T.E., CAPTADAS ININTERRUMPIDAMENTE A PARTIR DEL 18 DE SEPTIEMBRE DE 1984, DE CUALQUIER EDAD GESTACIONAL A LAS CUALES EN EL MOMENTO DE SU INGRESO SE DESCARTO MUER_

TE OVULAR O FETAL.

LA HOJA DE RIESGO FUE APLICADA AL INGRESO DE LA PACIENTE AL HOSPITAL A TRAVES DEL SERVICIO DE " URGENCIAS TOCOQUIRURGICAS " POR EL RESIDENTE DE LA ESPECIALIDAD A CARGO DEL AREA DE ADMISION (GENERALMENTE UN RESIDENTE DE PRIMER AÑO), POSTERIORMENTE FUE COLOCADA EN UN DEPOSITO ESPECIAL DE DONDE A SU VEZ FUE TOMADA PARA LA COLECCION FINAL DE DATOS CORRESPONDIENTES AL RESULTADO DEL EMBARAZO.

LOS CASOS EN LOS CUALES EL EMBARAZO NO CONCLUIA EN SU ESTANCIA HOSPITALARIA, SE ANOTABA EL NOMBRE Y CEDULA DE LA PACIENTE PARA QUE AL FINAL DEL ESTUDIO CONSULTAR EL EXPEDIENTE CLINICO Y ALCANZAR ASI UN MAYOR NUMERO DE CASOS Y RESULTADOS ESTUDIADOS. LOS DATOS OBTENIDOS FUERON VACIADOS EN UNA LIBRETA ESPECIALMENTE DISEÑADA PARA TAL EFECTO.

LA HOJA DE RIESGO SE DISEÑO CON LA INTENCION DE SIMPLIFICAR EL ESTUDIO DE LA MUJER EMBARAZADA CON FACTORES DE RIESGO PERINATAL, DE TAL MANERA QUE PUEDA SER APLICADA POR CUALQUIER MEDICO O PARAMEDICO EN UNA ATENCION DE PRIMER NIVEL, Y ASI PODER DETECTAR EN FORMA TEMPRANA A LAS PACIENTES CON ALTO RIESGO PERINATAL, AGILIZANDO SU MANEJO ESPECIALIZADO Y POR ENDE MEJORANDO LOS RESULTADOS EN LA

ATENCION OBSTETRICA.

LA HOJA CONSTA DE 32 REACTIVOS (FIGURA 1), LOS PRIMEROS SIETE EVALUAN DATOS GENERALES TALES COMO EDAD, PESO TALLA, NIVEL SOCIOECONOMICO, ESTADO CIVIL, ACTITUD ANTE EL EMBARAZO Y PARIDAD.

DEL REACTIVO 8 AL 17 SE EVALUAN ANTECEDENTES COMO: ABORTOS ANTERIORES, CARACTERISTICAS DEL PARTO ANTERIOR, TIPOS DE PELVIS, CIRUGIA PREVIA GINECOOBSTETRICA, PADECIMIENTOS GRAVES ASOCIADOS AL EMBARAZO, ETCETERA.

DEL 18 AL 31 EVALUA PADECIMIENTOS QUE EN EL MOMENTO ACTUAL COMPLIQUEN EL EMBARAZO TALES COMO: CARDIOPATIAS, NEFROPATIAS, DIABETES, HIPERTENSION CRONICA, HIPERTENSION PRODUCIDA POR EL EMBARAZO, HEMORRAGIAS DE LA PRIMERA Y SEGUNDA MITAD DEL EMBARAZO, RUPTURA DE MEMBRANAS Y ALGUNOS HABITOS COMO TABAQUISMO, ALCOHOLISMO, ETCETERA. POR ULTIMO EL REACTIVO 32 ESTA DESTINADO CON EL RUBRO DE OTROS, PARA CUALQUIER PADECIMIENTO DE LA MADRE O ANTECEDENTE NO ESPECIFICADO EN LOS REACTIVOS ANTERIORES.

FRENTE A LOS 32 REACTIVOS SE DISEÑARON CUATRO COLUMNAS DE CUADROS, HABITUALMENTE UN CUADRO PARA CADA REACTIVO QUE EVALUA EL GRADO DE GRAVEDAD PARA CADA FACTOR, EN CUANTO MAS DISTAL LA COLUMNA DEL FACTOR, MANIFIESTA MAYOR

GRAVEDAD. EJ.

	RO	RI	RII	RIII
7. PARIDAD	1 a 5	Nulipara	6 a 9	10 a más.

LA INTENSIDAD DEL FACTOR LA GRADUAMOS DEL UNO AL TRES INICIANDOSE EN LA COLUMNA DOS LA CUAL COLOREAMOS DE VERDE LA COLUMNA TRES QUE MANIFIESTA EL GRADO DOS DE INTENSIDAD SE COLOREO DE AMARILLO, Y LA COLUMNA CUATRO DE GRADO TRES DE INTENSIDAD DE COLOR ROJO, LOS COLORES CON EL FIN DE SER DIDACTICOS Y HACER MAS APRECIABLE LA MANIFESTACION DEL GRADO DE RIESGO.

DEBIDO A LA SIMPLIFICACION DE LA HOJA DISEÑADA Y A LA CALIDAD DE LOS FACTORES INVOLUCRADOS, SE HA CALCULADO QUE POR CADA DOS FACTORES POSITIVOS EN UNA COLUMNA DE RIESGO (VERDE Y AMARILLA) INMEDIATAMENTE LA PACIENTE ADQUIRIRA EL RIESGO DE LA COLUMNA SUBSECUENTE Y ADEMAS BASTARA UN RIESGO POSITIVO DE CUALQUIER COLUMNA PARA QUE LA PACIENTE SE INCLUYA EN ESTE GRADO.

ESTAMOS CONCIENTES QUE EXISTEN EN EL PAIS FORMAS DE VALORACION DE RIESGO PERINATAL MAS COMPLETAS Y EXTENSAS, QUE POR ENDE LAS HACEN MENOS PRACTICAS EN SU APLICACION Y POR LO TANTO NO LLEGAN A EVALUAR LOS GRANDES NUCLEOS DE POBLACION QUE NO TIENEN EL PRIVILEGIO (?) DE SER ATENDI

DAS EN INSTITUCIONES ESPECIALIZADAS (INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA) O INCLUSO DENTRO DE UNA MISMA INSTITUCION _
POR NO SER DETECTADAS A TIEMPO EN SU PRIMER NIVEL DE ATEN_
CION.

INSISTIMOS; ES NUESTRA INTENCION CREAR UN TEST DE VA_
LORACION SENCILLO, PERO UTIL, DE FACIL APLICACION, CAPAZ _
DE DETECTAR LOS RIESGOS PERINATALES Y EN FORMA MAS TEMPRANA.
NA.

5. RESULTADOS.

SE ESTUDIARON 1000 PACIENTES EMBARAZADAS CAPTADAS ININTERRUMPIDAMENTE, DESCARTANDOSE PREVIAMENTE MUERTE OVU LAR O FETAL, A LAS CUALES SE APLICÓ A SU INGRESO EL TEST DE VALORACION DE RIESGO EN EL EMBARAZO DISEÑADO EN NUESTRO SERVICIO (FIGURA 1) . AL CODIFICAR EL TEST EN NUESTRA LI Breta DE COLECCION DE DATOS, SE FORMARON CUATRO GRUPOS SE_ GUN EL GRADO Y FRECUENCIA DEL RIESGO (TABLA 1) .

EL GRUPO I FORMADO POR AQUELLAS PACIENTES CALIFICADAS COMO RIESGO I, QUE INCLUIA 383 PACIENTES (38.3 %) .

EL GRUPO II POR PACIENTES CALIFICADAS CON RIESGO II QUE INCLUYO 222 PACIENTES (22.2 %) .

EL GRUPO III QUE INCLUYO 362 CASOS (36.2 %) DE PA_ CIENTES CALIFICADAS CON RIESGO III. Y POR ULTIMO EL GRUPO IV FORMADO POR PACIENTES CALIFICADAS A SU INGRESO SIN RIES GO QUE INCLUIAN 33 CASOS (3.3 %) .

A ESTOS GRUPOS DE PACIENTES SE LE ESTUDIARON LOS SI_ GUIENTES INDICADORES:

- A. NUMERO DE CONSULTAS (EN CLINICA, HOSPITAL Y PERI_ NATOLOGIA) .
- B. COMPLICACIONES (EMBARAZO, PREPARTO Y PARTO) .
- C. FORMA DE TERMINACION DEL EMBARAZO .

FACTOR DE RIESGO

- 1.- EDADE (años) 20 a 34 15 a 19 14 ó menos ó 35 ó mas
- 2.- PESO (kg) ideal 110-120% 121-130% 131%
- 3.- ESTATURA en cm. 1.50 ó más 1.45-1.49 1.44 ó menos
- 4.- NIVEL SOCIOECONOMICO alto medio bajo muy bajo
- 5.- EDO. CIVIL casada soltera viuda
- 6.- AGITUD adecuada parcialmente inadecuada muy alterada
- 7.- PARIDAD 1 a 5 nulipara 6 a 9 10 ó más

2.- ANTECEDENTES

- 8.- ABORTOS CONSECUT. no dos 3 ó más
- 9.- PARTO ANTERIOR fácil prolongado traumático
- 10.- GINECOLÓGICOS (previos) no infección otros
- 11.- CESAREAS PREVIAS no una cesárea 2 ó más
- 12.- CIRUGIA PREVIA no uterina ginec. uterina
- 13.- MUERTES PERINAT. no una 2 ó más
- 14.- PREECLAMPSIA no moderada severa
- 15.- PARTOS PRET. no uno 2 ó más
- 16.- NIJO CON BAJO PESO no uno 2 ó más
- 17.- NIJO MACROSCÓMICO no sí

3.- EMBARAZO ACTUAL

- 18.- HIPERT. CRÓNICA no sí
- 19.- CARDIOPATIA no sí
- 20.- NEFROPATIA no sí
- 21.- DIABETES no sí
- 22.- AMENAZA DE ABORTO no actual
- 23.- HEMORRAGIA 2a MITAD no sí
- 24.- AMENAZA PARTO PRETERMINO no actual
- 25.- RUPTURA MEMBR. no sí
- 26.- HIPERT. EMBARAZO no sí
- 27.- FACTOR Rh positivo negativo no inmunizada negativa inmunizada
- 28.- ANEMIA Hb 11 g. ó más 10 a 10.9 g. 8 - 9.9 g. < 8 g.
- 29.- TABAQUISMO no sí
- 30.- TOXICOMANIA no sí
- 31.- ALCOHOLISMO no controlable no controlable
- 32.- OTROS

MEDICINA PERINATAL
EVALUACION DE RIESGO EN EL EMBARAZO

- D. EDAD GESTACIONAL POR FECHA DE ULTIMA MENSTRUACION.
 E. PESO.
 F. APGAR AL MINUTO Y CINCO MINUTOS.
 G. MALFORMACIONES.
 H. MUERTE (MATERNA, FETAL Y NEONATAL).

I.S.S.S.T.E.

HOSPITAL " GRAL. IGNACIO ZARAGOZA "
 SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA.

FRECUENCIA DEL RIESGO.

<u>RIESGO</u>	<u>NO. DE CASOS.</u>	<u>PORCENTAJE.</u>
RIESGO I	383	38.3 %
RIESGO II	222	22.2 %
RIESGO III	362	36.2 %
RIESGO D	33	3.3 %
TOTAL	1000	100.0 %

Fuente: Libreta de registro de pacientes del servicio de Gineco-obstetricia del Hospital " Gral. I. Zaragoza ".

AL CONFRONTAR LOS RIESGOS CON LOS PARAMETROS ANTERIORES EXTRAIDOS DEL EXPEDIENTE, NOS ENCONTRAMOS CON: 18 PACIENTES (1.8 %) QUE ACTUALMENTE CONTINUABAN EMBARAZADAS Y OBIAMENTE SIN RESULTADO DEL EMBARAZO, TODAS ELLAS DEL

RIESGO III.

EN 63 PACIENTES MAS (6.3 %) NO SE EVALUARON LOS PA
RAMETROS POR PROBLEMA DE FUNCIONAMIENTO DEL ARCHIVO DEL _
HOSPITAL (EXPEDIENTES DUPLICADOS O NO ENCONTRADOS), POR
LO TANTO LAS PACIENTES ESTUDIADAS EN FORMA COMPLETA FUERON
919 (91.9 %). TABLA 2.

I.S.S.S.T.E.

HOSPITAL GRAL. IGNACIO ZARAGOZA.
SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA

PACIENTES ESTUDIADAS.

Tabla 2

GRUPOS	NO. DE CASOS	PORCENTAJE.
ESTUDIADAS	919	91.9 %
EXP. EXTRAVIADOS	63	6.3 %
EMBARAZADAS	18	1.8 %
TOTAL	1000	100.0 %

Fuente: Libreta de registro de pacientes del servicio de
Gineco-Obstetricia del Hospital " Gral. I. Zaragoza ".

QUEDANDO FINALMENTE EL NUMERO DE CASOS CONOCIDOS DE LA
SIGUIENTE MANERA: DEL RIESGO I, 351 PACIENTES (38.19 %).
DEL RIESGO II, 210 PACIENTES (22.85 %). DEL RIESGO III,
325 PACIENTES (35.36 %). Y DEL RIESGO O , 33 PACIENTES _

(3.59 %). TABLA 3, FIG. 2.

I.S.S.S.T.E.

HOSPITAL " GRAL. IGNACIO ZARAGOZA ".
SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA.

FRECUENCIA DEL RIESGO EN PACIENTES ESTUDIADAS. Tabla 3

GRUPOS	NO. DE CASOS	PORCENTAJE.
RIESGO I	351	38.19 %
RIESGO II	210	22.85 %
RIESGO III	325	35.36 %
RIESGO 0	33	3.59 %
TOTAL	919	100.0 %

Fuente: Libreta de registro de pacientes del servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital " Gral. I. Zaragoza ".

DE LOS 63 EXPEDIENTES NO ENCONTRADOS (6.3 %), 32 (52 %) CORRESPONDIAN AL GRADO I DE RIESGO, 12 (20.0 %) AL GRADO II, Y 19 (28.0 %) AL GRADO III, TABLA 4.

LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN LA CONFRONTACION DEL RIESGO Y LOS PARAMETROS A EVALUAR FUERON LOS SIGUIENTES.

A. RIESGO Y NUMERO DE CONSULTAS.

EL NUMERO DE CONSULTAS PARA CADA RIESGO EN AREAS COMO:

CLINICA, HOSPITAL Y PERINATOLOGIA FUE PARA EL RIESGO I , _
EN LA CLINICA 1362 CON UN PROMEDIO DE 3.86 POR PERSONA, EN
HOSPITAL 536 CON UN PROMEDIO DE 1.52 POR PERSONA Y EN PERI
NATOLOGIA 84 CON UN PROMEDIO DE 0.23 POR PERSONA.

PARA EL RIESGO II, LAS CONSULTAS EN CLINICA FUERON _
930 CON PROMEDIO DE 4.42 POR PERSONA, EN HOSPITAL 412 CON
PROMEDIO DE 1.96 POR PERSONA Y EN PERINATOLOGIA 94 CONSUL
TAS CORRESPONDIENDO A 0.44 POR PERSONA EN PROMEDIO.

PARA EL RIESGO III, EN CLINICA 1568 CONSULTAS CON PRO
MEDIO DE 4.54 POR PERSONA, EN HOSPITAL 944 CONSULTAS CON _
PROMEDIO DE 2.75 POR PERSONA Y POR ULTIMO EN PERINATOLOGIA
380 CONSULTAS CON PROMEDIO DE 1.10 POR PERSONA. TABLA 4 Y 5.

I.S.S.S.T.E.

HOSPITAL " GRAL. IGNACIO ZARAGOZA ".
SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA.

RIESGO Y NUMERO DE CONSULTAS.

Tabla 4

<u>AREA</u>	<u>RI</u>	<u>RII</u>	<u>RIII</u>
CLINICA	1362	930	1568
HOSPITAL	536	412	944
PERINATO	84	94	380
TOTAL	1982	1436	2892

Fuente: Expediente clínico de cada paciente. (Archivo del
Hospital " Gral. Ignacio Zaragoza ".

I.S.S.S.T.E.
HOSPITAL " GRAL. IGNACIO ZARAGOZA ".
SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA.

RIESGO Y PROMEDIO DE CONSULTAS POR PERSONA. Tabla 5

AREA	RI	RII	RIII
CLINICA	3.88 ‰	4.42 ‰	4.54 ‰
HOSPITAL	1.52 ‰	1.96 ‰	2.75 ‰
PERINATO	0.23 ‰	0.44 ‰	1.10 ‰
TOTAL	5.63 ‰	6.62 ‰	8.39 ‰

Fuente: Expediente clínico de cada paciente. (Archivo del Hospital " Gral. Ignacio Zaragoza ".

B. RIESGO Y COMPLICACIONES.

SE CONFRONTARON LAS COMPLICACIONES DEL EMBARAZO, PREPARTO Y PARTO CON LOS DIFERENTES GRUPOS DE RIESGO, OBTENIENDO LOS SIGUIENTES RESULTADOS: EL GRUPO I DE RIESGO I PRESENTO 144 COMPLICACIONES DE LAS CUALES 80 (55.55 ‰) FUERON EN EL EMBARAZO, 9 (6.25 ‰) EN PREPARTO Y 55 (38.20 ‰) EN EL PARTO.

EL GRUPO DEL RIESGO II (GRUPO 2) PRESENTO 125 COMPLICACIONES DE LAS CUALES 67 (53.60 ‰) FUERON EN EL EMBARAZO, 8 (6.40 ‰) EN EL PREPARTO Y 50 (40.0 ‰) EN EL PARTO.

EL GRUPO 3 DE RIESGO III PRESENTO 396 PACIENTES CON COMPLICACIONES, DE LAS CUALES 178 (44.95 %) FUERON EN EL EMBARAZO, 133 (33.59 %) EN EL PREPARTO Y 85 (21.46 %) EN EL PARTO. EL RIESGO 0 NO PRESENTO COMPLICACIONES. TABLA 6 Y 7.

I.S.S.S.T.E.
HOSPITAL " GRAL. IGNACIO ZARAGOZA ".
SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA.

<u>RIESGO Y COMPLICACIONES.</u>			Tabla 6
<u>COMPLICACIONES</u>	<u>RI</u>	<u>RII</u>	<u>RIII</u>
DEL EMBARAZO	80	67	178
DEL PREPARTO	9	8	133
DEL PARTO	55	50	85
TOTAL	144	125	396

Fuente: Libreta de registro de pacientes del servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital " Gral. I. Zaragoza ".

C. RIESGO Y TERMINACION DEL EMBARAZO.

EN ESTE CASO SE CONFRONTARON LOS GRUPOS DE RIESGO CON CINCO FORMAS DE TERMINACION DEL EMBARAZO (EUTOICIA, DISTOCIA, FORCEPS, CESAREA Y OTROS) OBTENIENDO LOS SIGUIENTES RESULTADOS:

EN EL GRUPO DE RIESGO I, SE PRESENTARON 361 PROCEDIMIENTOS

MIENTOS (PARA TERMINACION DEL EMBARAZO) DE LOS CUALES _
277 (76.74 %) FUERON PARTOS EUTOCICOS, 14 (3.87 %) _
DISTOCICOS, 10 (2.77 %) CON FORCEPS, 42 (11.64 %) POR
CESAREA Y 18 (4.98 %) EN OTROS.

EL GRUPO DE RIESGO II, CON 226 CASOS, 151 (66.82 %)
FUERON PARTOS EUTOCICOS, 5 (2.22 %) DISTOCICOS, 16 (7.07
%) CON FORCEPS, 35 (15.48 %) POR CESAREA Y 19 (8.40 %)
EN OTROS.

EL GRUPO DE RIESGO III, CON 336 CASOS, 176 (52.35 %)
EUTOCICOS, 6 (1.78 %) DISTOCICOS, 11 (3.29 %) CON FOR_
CEPS, 114 (33.93 %) POR CESAREA Y 29 (8.65 %) EN OTROS.

I.S.S.S.T.E.

HOSPITAL " GRAL. IGNACIO ZARAGOZA ".

SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA.

RIESGO Y PORCENTAJE DE COMPLICACIONES.

Tabla 7

<u>COMPLICACIONES</u>	<u>RI</u>	<u>RII</u>	<u>RIII</u>
DEL EMBARAZO	55.55 %	53.60 %	44.95 %
DEL PREPARTO	6.25 %	6.40 %	33.59 %
DEL PARTO	38.20 %	40.00 %	21.46 %
TOTAL	100.00 %	100.00 %	100.00 %

Fuente: Libreta de registro de pacientes del servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital " Gral. I. Zaragoza ".

POR ULTIMO EL GRUPO 4 QUE CORRESPONDE A LOS CALIFICADOS CON RIESGO 0, EL NUMERO DE PROCEDIMIENTOS FUERON 35 DE LOS CUALES 16 (45.72 %) FUERON PARTOS EUTOCICOS, NO HUBO DISTOCICOS (0.0 %), 2 (5.72 %) CON FORCEPS, 8 (22.85%) POR CESAREA Y 9 (25.71 %) EN OTROS.

HAY QUE ACLARAR QUE EL PROCEDIMIENTO DE FORCEPS IMPLICA AUTOMATICAMENTE OTRO PROCEDIMIENTO (REVISION DE CAVIDAD) QUE SE INCLUIA EN OTROS. TABLA 8 Y 9.

I.S.S.G.T.E.

HOSPITAL " GRAL. IGNACIO ZARAGOZA ".
SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA.

RIESGO Y TERMINACION DEL EMBARAZO.

Tabla 8

<u>PROCEDIMIENTO</u>	<u>RD</u>	<u>RI</u>	<u>RII</u>	<u>RIII</u>
EUTOCIA	16	277	151	176
DISTOCIA	0	14	5	6
FORCEPS	2	10	16	11
CESAREA	8	42	35	114
OTROS	9	18	19	29
TOTAL	35	361	226	336

Fuente: Libreta de registro de pacientes del servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital " Gral. I. Zaragoza ".

I.S.S.S.T.E
 HOSPITAL " GRAL. IGNACIO ZARAGOZA ".
 SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA.

RIESGO Y TERMINACION DEL EMBARAZO(PORCENTAJE). Tabla 9

<u>PROCEDIMIENTO</u>	<u>RO</u>	<u>RI</u>	<u>RII</u>	<u>RIII</u>
EUTOCIA	45.72	76.74	66.82	52.35
DISTOCIA	0.0	3.87	2.22	1.78
FORCEPS	5.72	2.77	7.08	3.29
CESAREA	22.85	11.64	15.48	33.93
OTROS	25.71	4.98	8.40	8.65

Fuente: Libreta de registro de pacientes del servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital " Gral. I. Zaragoza ".

CONSIDERAMOS IMPORTANTE MANIFESTAR LAS INDICACIONES MAS FRECUENTES DE LOS PROCEDIMIENTOS CON MAYOR RIESGO (FORCEPS Y CESAREA). TABLA 10 Y 11.

I.S.S.S.T.E.
 HOSPITAL " GRAL. IGNACIO ZARAGOZA ".
 SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA.

INDICACIONES MAS FRECUENTES DE CESAREA. Tabla 10

	<u>RO</u>	<u>%</u>	<u>RI</u>	<u>%</u>	<u>RII</u>	<u>%</u>	<u>RIII</u>	<u>%</u>
1.	DCP	100	DCP	70	IRS	37	IRS	33
2.	-	0	ICF	30	ICF	20	CI	26
3.	-	0	-	0	DCP	23	SFA	21
4.	-	0	-	0	SFA	20	DCP	20

Fuente: Libreta de registro y expediente clínico.

I.S.S.S.T.E.
 HOSPITAL " GRAL. IGNACIO ZARAGOZA ".
 SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA.

INDICACIONES MAS FRECUENTES DE FORCEPS.

Tabla 11

	RO	%	RI	%	RII	%	RIII	%
1.	PEP	100	PEP	50	CP	60	CP	45.45
2.	-	0	CP	50	PEP	18	SFA	27.27
3.	-	0	-	0	SFA	12	VPP	18.18
4.	-	0	-	0	TPP	10	TPP	9.20
<hr/>								
	TOTAL	100		100		100		100.00

Fuente: Libreta de registro y expediente clínico.

LAS ABREVIATURAS UTILIZADAS EN LAS DOS TABLAS ANTERIORES SON: DCP (DESPROPORCION CEFALO-PELVICA), ICF (INDUCTOCONDUCCION FALLIDA), IRS (INMINENCIA DE RUPTURA DE SEGUMENTO), SFA (SUFRIMIENTO FETAL AGUDO), CI (CESAREA ITERATIVA), PEP (PERIODO EXPULSIVO PROLONGADO), CP (CESAREA PREVIA), TPP (TRABAJO DE PARTO PROLONGADO) Y VPP — (VARIEDAD DE POSICION PERSISTENTE).

D. RIESGO Y EDAD GESTACIONAL (FUM).

AL CONFRONTAR EL RIESGO EN SUS DIFERENTES GRADOS CON LA EDAD DE LOS PRODUCTOS OBTENIDOS EN BASE A LA FECHA DE —

ULTIMA MENSTRUACION DE LA PACIENTE, LOS RESULTADOS FUERON:

PARA EL GRUPO DE RIESGO I CON 351 PACIENTES, 28 ----
 (7.97 %) SE CLASIFICARON DE PRETERMINO, 309 (88.03 %)
 DE TERMINO, 6 (1.73 %) DE POSTTERMINO Y 8 (2.27 %) EM-
 BARAZOS DEL PRIMER TRIMESTRE QUE SE RESOLVIERON POR LUI _
 (LEGRADO UTERINO INSTRUMENTAL) CON PESO MENOR A 500 GRs.

EL GRUPO II CONSTO DE 210 PACIENTES DE LAS CUALES, 18
 (8.57 %) FUERON DE PRETERMINO, 179 (85.23 %) DE TERMI-
 NO, 10 (4.76 %) DE POSTTERMINO Y 3 (1.44 %) DE MENOS _
 DE 500 GRs. NO CLASIFICADOS.

EL GRUPO III CON 325 PACIENTES DE LAS CUALES 72 (22.
 15 %) SE OBTUVIERON DE PRETERMINO, 231 (71.07 %) DE TER-
 MINO, 4 (1.24 %) DE POSTTERMINO Y 18 (5.54 %) MENOR DE
 500 GRs. NO CLASIFICADOS.

EL GRUPO IV DE RIESGO O FORMADO POR 33 PACIENTES NOS-
 TRO, 1 (3.03 %) PRODUCTOS DE PRETERMINO, 24 (72.72 %)
 DE TERMINO, 1 (3.03 %) DE POSTTERMINO Y 7 (21.22 %) ME-
 NOR DE 500 GRs. NO CLASIFICADOS. TABLA 12 Y 13.

E. RIESGO Y PESO.

LA CONFRONTACION DE LOS GRUPOS DE RIESGO CON EL PESO
 DE LOS PRODUCTOS OBTENIDOS ARROJO LOS SIGUIENTES DATOS:

DE LOS 351 PRODUCTOS DEL GRUPO I, 8 (2.27 %) CORRES

I.S.S.S.T.E.
 HOSPITAL " GRAL. IGNACIO ZARAGOZA ".
 SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA.

RIESGO Y EDAD GESTACIONAL POR FUM. Tabla 12

EDAD	RO	RI	RII	RIII
MENOS DE 500 g.	7	8	3	18
PRETERMINO	1	28	18	72
TERMINO	24	309	179	231
POSTTERMINO	1	6	10	4
TOTAL	33	351	210	325

Fuente: Libreta de registro de pacientes del servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital " Gral. I. Zaragoza ".

I.S.S.S.T.E.
 HOSPITAL " GRAL. IGNACIO ZARAGOZA ".
 SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA.

RIESGO Y EDAD POR FUM (PORCENTAJE). Tabla 13

EDAD	RO	RI	RII	RIII
MENOS DE 500 g.	21.22 %	2.27 %	1.44 %	5.54 %
PRETERMINO	3.03 %	7.97 %	8.57 %	22.15 %
TERMINO	72.72 %	88.03 %	85.23 %	71.07 %
POSTTERMINO	3.03 %	1.73 %	4.76 %	1.24 %
TOTAL	100.00 %	100.00 %	100.00 %	100.00 %

Fuente: Libreta de registro de pacientes del servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital " Gral. I. Zaragoza ".

PONDIAN A PESO MENOR DE 500 GRS., NINGUNO ENTRE 500 y 1500 GRS., 1 (0.28 %) CON PESO ENTRE 1501 A 2000 GRS. , 17 (4.84 %) CON PESO ENTRE 2001 A 2500 GRS., 110 (31.33 %) A PESO ENTRE 2501 A 3000 GRS., 140 (39.88 %) A PESO ENTRE 3001 A 3500 GRS., 62 (17.66 %) CON PESO ENTRE 3501 A 4000 GRS. Y 13 (3.70 %) CON PESO MAYOR DE 4000 GRAMOS.

EL GRUPO II FORMADO POR 210 PACIENTES PRESENTO, 3 (1.42 %) CON PESO MENOR DE 500 GRS., 2 (0.95 %) CON PESO ENTRE 500 Y 1500 GRS., 1 (0.47 %) CON PESO ENTRE 1501 A 2000 GRS., 9 (4.28 %) ENTRE 2000 A 2500 GRS., 76 (36.19 %) ENTRE 2501 A 3000 GRS., 85 (40.47 %) ENTRE 3000 A 3500 GRS., 33 (15.71 %) ENTRE 3501 A 4000 GRS. Y 1 (0.47 %) CON PESO MAYOR DE 4000 GRS.

EL GRUPO III CON 325 PACIENTES PRESENTO, 18 (5.53 %) CON PESO MENOR DE 500 GRS., 12 (3.69 %) CON PESO ENTRE 500 A 1500 GRS., 8 (2.46 %) CON PESO ENTRE 1501 A 2000 GRS., 30 (9.23 %) CON PESO ENTRE 2001 A 2500 GRS., 96 (29.53 %) CON PESO ENTRE 2501 A 3000 GRS., 109 (33.53 %) CON PESO ENTRE 3001 A 3500 GRS., 43 (13.23 %) CON PESO ENTRE 3501 A 4000 GRS. Y 9 (2.76 %) CON PESO MAYOR A 4000 GRS.

POR ULTIMO EL GRUPO IV FORMADO POR PACIENTES CALIFICADAS CON RIESGO 0 EN NUMERO DE 33, PRESENTO 7 (21.21 %) PRODUCTOS CON PESO MENOR DE 500 GRS., NINGUNO CON PESO ENTRE 1501 A 2000 GRS., 1 (3.03 %) CON PESO ENTRE 2001 A 2500 GRS., 11 (33.33 %) CON PESO ENTRE 3001 A 3500 GRS., 11 (33.33 %) CON PESO ENTRE 2501 A 3000 GRS., 3 (9.09 %) CON PESO ENTRE 3501 A 4000 GRS. Y NINGUNO CON PESO MAYOR A 4000 GRS. TABLA 14 Y 15.

I.S.S.S.T.E.

HOSPITAL " GRAL. IGNACIO ZARAGOZA ".

SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA.

RIESGO Y PESO DE LOS PRODUCTOS.

Tabla 14

<u>PESO</u>	<u>R0</u>	<u>RI</u>	<u>RII</u>	<u>RIII</u>
MENOS DE 500 g.	7	8	3	18
MENOS DE 1500	0	0	2	12
1501 A 2000	0	1	1	8
2001 A 2500	1	17	9	30
2501 A 3000	11	110	76	96
3001 A 3500	11	140	85	109
3501 A 4000	3	62	33	43
MAS DE 4000	0	13	1	9
TOTAL	33	351	210	325

Fuente: Libreta de registro y expediente clínico.

I.S.S.S.T.E.
HOSPITAL " GRAL. IGNACIO ZARAGOZA ".
SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA.

RIESGO Y PESO (PORCENTAJE).

Tabla 15

<u>PESO</u>	<u>RD</u>	<u>RI</u>	<u>RII</u>	<u>RIII</u>
MENOS DE 500 g.	21.22 %	2.27 %	1.46 %	5.55 %
MENOS DE 1500	0.00 %	0.00 %	0.95 %	3.69 %
1501 A 2000	0.00 %	0.28 %	0.47 %	2.46 %
2001 A 2500	3.03 %	4.84 %	4.28 %	9.25 %
2501 A 3000	33.33 %	31.33 %	36.19 %	29.53 %
3001 A 3500	33.33 %	39.88 %	40.47 %	33.53 %
3501 A 4000	9.09 %	17.66 %	15.71 %	13.23 %
MAS DE 4000	0.00 %	3.74 %	0.47 %	2.76 %
TOTAL	100.00 %	100.00 %	100.00 %	100.00 %

Fuente: Libreta de registro de pacientes del servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital " Gral. I. Zaragoza ".

F. RIESGO Y APGAR.

LA CONFRONTACION DE LOS DIFERENTES GRADOS DE RIESGO CON EL APGAR DE LOS PRODUCTOS OBTENIDOS SE REALIZO AL MINUTO Y A LOS CINCO MINUTOS.

AL MINUTO EL GRUPO I CON SUS 351 CASOS VALORADOS, REPORTO: NINGUN PACIENTE CON APGAR DE 0, 2 (0.56 %) CON APGAR ENTRE 1 a 3 ., 1 (0.28 %) CON APGAR ENTRE 4 a 6 ., _

340 (96.86 %) CON APGAR ENTRE 7 a 10., 8 (2.28 %) QUE LLOS OBTENIDOS CON PESO MENOR DE 500 GRs. POR ENDE NO VIABLE PERO QUE POR RAZONES DE ESTADISTICA SE INCLUIRAN EN APGAR DE 0.

EN EL GRUPO II, DE 210 RESULTADOS, 3 (1.42 %) NO VIABLES DE MENOS DE 500 GRs. SIN APGAR., 1 (0.47 %) CON APGAR DE 0 AL MINUTO., 1 (0.47 %) CON APGAR DE 1 a 3., NINGUNO CON APGAR DE 4 a 6 Y 205 (97.61 %) CON APGAR DE 7 A 10.

EL GRUPO III CON 325 CASOS, PRESENTO 18 CASOS DE PRODUCTOS NO VIABLES (5.53 %) SIN VALORACION DE APGAR., 7 (2.15 %) DE PRODUCTOS CON APGAR AL MINUTO DE 0., 9 CON APGAR DE 1 a 3 (2.76 %)., 2 (0.61 %) CON APGAR DE 4 a 6 Y 289 (88.92 %) CON APGAR DE 7 A 10.

POR ULTIMO EL GRUPO IV FORMADO POR PACIENTES VALORADAS A SU INGRESO CON RIESGO O REPORTO: NINGUN PACIENTE CON APGAR ENTRE 0 a 6., 7 PACIENTES SIN APGAR (21.21 %) NO VIABLES, Y 26 PACIENTES (78.78 %) CON APGAR ENTRE 7 Y 10. TABLA 16 Y 17.

LA VALORACION DE ESTE MISMO GRUPO DE PACIENTES A LOS CINCO MINUTOS NOS BRINDO, LOS SIGUIENTES DATOS:

EL GRUPO I CON 351 CASOS Y 0 DE APGAR POR ABAJO DE 4,

I.S.S.S.T.E.

HOSPITAL " GRAL. IGNACIO ZARAGOZA ".
SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA.RESULTADOS DE RIESGO Y APGAR AL MINUTO.

Tabla 16

APGAR	RO	RI	RII	RIII
SIN APGAR	7	8	3	18
DE 0	0	0	1	7
DE 1 a 3	0	2	1	9
DE 4 a 6	0	1	0	2
DE 7 a 10	26	340	205	289
TOTAL	33	351	210	325

Fuente: Libreta de registro de pacientes del servicio de Gineco-Obstetricia del " Hospital I. Zaragoza ".

I.S.S.S.T.E.

HOSPITAL " GRAL. IGNACIO ZARAGOZA ".
SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA.RIESGO Y APGAR AL MINUTO (PORCENTAJE).

Tabla 17

APGAR	RO	RI	RII	RIII
SIN APGAR	21.21 %	2.27 %	1.42 %	5.53 %
DE CERO	0.00 %	0.00 %	0.47 %	2.15 %
DE 1 a 3	0.00 %	0.56 %	0.47 %	2.76 %
DE 4 a 6	0.00 %	0.28 %	0.00 %	0.61 %
DE 7 a 10	78.78 %	96.86 %	97.61 %	88.92 %
TOTAL	100.00 %	100.00 %	100.00 %	100.00 %

Fuente: Libreta de registro de pacientes del servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital " Gral. I. Zaragoza ".

2 (0.56 %) CON APGAR ENTRE 4 a 6, 341 (97.15 %) CON APGAR ENTRE 7 a 10 . Y 8 (2.27 %) SIN APGAR (PRODUCTOS NO VIABLES TERMINADOS CON LUI).

EL GRUPO II CON PACIENTES EN NUMERO DE 210, DE LAS CUALES 2 (0.95 %) CON APGAR DE 0 A LOS 5 MINUTOS. NO HUBO PACIENTES CON APGAR ENTRE 1 a 6. 205 (97.61 %) CON APGAR ENTRE 7 a 10. Y 8 (2.27 %) SIN APGAR (PRODUCTOS NO VIABLES).

EL GRUPO III CON 325 PACIENTES, DE LOS CUALES 6 (1.84 %) TUVIERON APGAR DE 0 A LOS 5 MINUTOS., 8 (2.46 %) APGAR ENTRE 1 a 3., 4 (1.23 %) CON APGAR ENTRE 4 a 6., 289 (88.92 %) CON APGAR ENTRE 7 a 10. Y POR ULTIMO 18 PACIENTES (5.53 %) CON PRODUCTOS NO VIABLES SIN APGAR.

EL CUARTO GRUPO CON 33 PACIENTES, DE LOS CUALES 26 (78.78 %) TENIAN UN APGAR ENTRE 7 a 10. EL RESTO DE LOS PACIENTES TUVIERON PRODUCTOS NO VIABLES SIN APGAR 7 (21.21 %). TABLES 18 Y 19.

G. RIESGO Y MALFORMACIONES.

SOLAMENTE SE PRESENTARON SEIS CASOS CON MALFORMACIONES, TODOS ELLOS EVALUADOS COMO RIESGO III. DE LOS 6, 2 (33.33 %) PRESENTARON PALADAR HENDIDO, 2 (33.33 %) PIE EQUINO (NO ESPECIFICADO), 1 (16.66 %) CON HIPOSPADIAS,

1 (16.66 %) CON MICROCEFALIA. TABLA 20.

I.S.S.S.T.E.
HOSPITAL " GRAL. IGNACIO ZARAGOZA ".
SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA.

RIESGO Y APGAR A LOS CINCO MINUTOS.

Tabla 18

APGAR	RO	RI	RII	RIII
SIN APGAR	7	8	3	18
DE CERO	0	0	2	6
DE 1 a 3	0	0	0	8
DE 4 a 6	0	2	0	4
DE 7 a 10	26	341	205	289
TOTAL	33	351	210	325

Fuente: Libreta de registro de pacientes del servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital " Gral. I. Zaragoza ".

I.S.S.S.T.E.
HOSPITAL " GRAL. IGNACIO ZARAGOZA ".
SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA.

RIESGO Y APGAR A LOS 5 MINUTOS (PORCENTAJE).

Tabla 19

APGAR	RO	RI	RII	RIII
SIN APGAR	21.21%	2.27%	1.42%	5.53%
DE CERO	0.00%	0.00%	0.95%	1.84%
DE 1 a 3	0.00%	0.00%	0.00%	2.46%
DE 4 a 6	0.00%	0.56%	0.00%	1.23%
DE 7 a 10	78.78%	97.15%	97.61%	88.92%
TOTAL	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%

Fuente: Libreta de registro de pacientes del servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital " Gral. I. Zaragoza ".

I.S.S.S.T.E.
 HOSPITAL " GRAL. IGNACIO ZARAGOZA".
 SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA.

RIESGO Y MALFORMACIONES.

Tabla 20

<u>MALFORMACIONES</u>	<u>RO</u>	<u>RI</u>	<u>RII</u>	<u>RIII</u>
PALADAR HENDIDO	0	0	0	2
PIE EQUINO (?)	0	0	0	2
MICROCEFALIA	0	0	0	1
HIPOSPADIAS	0	0	0	1
TOTAL	0	0	0	6

Fuente: Libreta de registro de pacientes del servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital " Gral. I. Zaragoza ".

H. RIESGO Y MORTALIDAD.

LA MORTALIDAD TOTAL FUE DE TRECE PRODUCTOS, DISTRIBUIDOS EN EL AREA PERINATAL DE LA SIGUIENTE MANERA: EN LOS GRUPOS DE PACIENTES CALIFICADAS CON RIESGO 0 Y I NO HUBO MUERTES. EN EL GRUPO DE RIESGO II, 2 MUERTES ; UNA FETAL Y UNA NEONATAL. EN EL GRUPO DE RIESGO III, 11 MUERTES, DE LAS CUALES SIETE FUERON FETALES Y CUATRO NEONATALES. TABLA 21 Y 22.

I.S.S.S.T.E.
 HOSPITAL " GRAL. IGNACIO ZARAGOZA ".
 SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA.

RIESGO Y MORTALIDAD FETAL TARDIA.

Tabla 21

<u>RIESGO</u>	<u>RO</u>	<u>RI</u>	<u>RII</u>	<u>RIII</u>	<u>TOTAL</u>
MUEREN	0	0	1	7	8
SOBREVIVEN	33	351	209	318	911
TOTAL	33	351	210	325	919

Fuente: Libreta de registro de pacientes del servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital " Gral. I. Zaragoza ".

I.S.S.S.T.E.
 HOSPITAL " GRAL. IGNACIO ZARAGOZA ".
 SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA.

RIESGO Y MORTALIDAD NEONATAL.

Tabla 22

<u>RIESGO</u>	<u>RO</u>	<u>RI</u>	<u>RII</u>	<u>RIII</u>	<u>TOTAL</u>
MUEREN	0	0	1	4	5
SOBREVIVEN	33	351	209	321	914
TOTAL	33	351	210	325	919

Fuente: Libreta de registro de pacientes del servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital " Gral. I. Zaragoza ".

6. COMENTARIOS.

ES INDISCUTIBLE QUE HAY UNA NECESIDAD IMPERIOSA CUYA UNICA GENESIS ES EL NUMERO TAN ELEVADO DE NACIMIENTOS QUE EXISTEN EN NUESTRO PAIS Y QUE DADA LA DISPONIBILIDAD RES_ TRINGIDA DE RECURSOS, LO CUAL TRAE COMO CONSECUENCIA QUE SI ESTOS RECURSOS NO SE UTILIZAN ADECUADAMENTE, SE PROP_ CIE UNA MENOR COBERTURA QUE ADEMAS AL NO SER ESPECIFICA O SELECTIVA PROPICIA UNA MALA CALIDAD DE ASISTENCIA.

ES POR ELLO QUE ESTE TRABAJO SE ENCUENTRA AMPLIAME_ TE JUSTIFICADO YA QUE PENSAMOS QUE UNA ADECUADA SISTEMATI_ ZACION PARA EL MANEJO DE RECURSOS, DE ACUERDO CON LA NEC_ SIDAD DE ELLOS EN BASE A RIESGO, SE OBTENDRAN MEJORES RE_ SULTADOS.

ES COMUN LA DESERVACION DE QUE EN MUCHAS OCASIONES _ LOS RECURSOS MAS SOFISTICADOS ESTAN AL ALCANCE DE QUIENES MENOS LOS NECESITAN Y VICEVERSA.

ESTA SITUACION PUEDE DARSE CUANDO NO EXISTEN SISTEMAS DE SUPERVISION Y EVALUACION DE LAS ACTIVIDADES, NI UNA LI_ MITACION DE ELLAS EN LOS DIFERENTES ESTRATOS DE ATENCION PARA LA SALUD.

EN LA BUSQUEDA DE INSTRUMENTOS QUE PUEDAN COADYUVAR A LA SOLUCION DE ESTE PROBLEMA SURGE COMO PRIORITARIA LA NE_

CESIDAD BASICA DE CONTAR CON UN MECANISMO O ESTRATEGIA QUE NOS PERMITA SELECCIONAR LA POBLACION SEGUN SU GRADO DE RIESGO DE PERDER LA SALUD, PARA PONER A SU ALCANCE LOS RECURSOS INDICADOS Y NECESARIOS, SIN CARENCIAS PERO SIN EXCESOS.

RESULTA POR LO TANTO UNA CONSECUENCIA DE ESTA LINEA DE PENSAMIENTO, LA NECESIDAD DE ELABORAR INSTRUMENTOS PARA LA IMPLEMENTACION DE ESTA ESTRATEGIA, QUE AL MISMO TIEMPO QUE TENGAN ESPECIFICIDAD NO RESULTEN UNA CARGA PARA EL APLICADOR Y AL MISMO TIEMPO QUE SIRVEN PARA INDICAR UN MANEJO MUY SELECTIVO O DE ALTA ESPECIALIDAD, PUEDAN SER APLICADOS AL NIVEL CORRESPONDIENTE CON FACILIDAD.

DE ACUERDO CON ESTAS APRECIACIONES, EL TRABAJO DESARROLLADO EN ESTA INVESTIGACION PRETENDE EVALUAR EN CIERTO MODO EL GRADO DE UTILIDAD QUE TIENE LA HOJA DE EVALUACION DE RIESGO DISEÑADA EN EL SERVICIO.

LOGICAMENTE QUE AL SER EVALUADA EN EL AREA DE 'URGENCIAS TOCOQUIRURGICAS' ESTAMOS TRASPOLANDO ESTA UTILIDAD A CUALQUIER ETAPA DEL EMBARAZO AL ELIMINAR DE NUESTROS RESULTADOS A LAS PACIENTES QUE LLEGARON CON MUERTE OVULAR O FETAL, PERO PLENAMENTE CONCIENTES DE QUE TAL VEZ MUCHOS DE LOS FACTORES DE RIESGO EVALUADOS EN ESTA ETAPA DE PREPARAR

TO, SE HABRIAN EVITADO, SI LA EVALUACION SE HUBIERA REALIZADO AL INICIO DE LA GESTACION.

TAMBIEN FUERON EXCLUIDOS DE LA EVALUACION 63 CASOS EN LOS QUE POR DIFICULTADES TECNICAS NO SE PUDIERON DETERMINAR LOS DATOS COMPLETOS Y 18 QUE AL MOMENTO DE CERRAR EL ESTUDIO NO SE HABIAN RESUELTO. POR LO TANTO SOLO SE ANALIZAN 919 CASOS EN LOS QUE OBSERVAMOS UNA DISTRIBUCION DEL RIESGO EN II Y III YA QUE SE OBSERVAN SOLAMENTE UN 42 % DE BAJO RIESGO Y 36.2 % CORRESPONDIERON AL ALTO RIESGO (III), SIENDO EL RESTANTE 22 % DE EMBARAZO DE RIESGO MEDIO. RESULTADOS DE DISTRIBUCION NO ESPERADA, LO CUAL NOS HACE PENSAR QUE POSIBLEMENTE A LA LUZ DE UN CONOCIMIENTO MAS ESPECIFICO NOS OBLIGUE, COMO YA LO HEMOS PREVISTO, A PONDERAR CADA FACTOR CONTRA LOS RESULTADOS DEBIENDO REAJUSTAR LOS DATOS EN CUANTO AL LUGAR QUE OCUPAN ACTUALMENTE EN LAS DIFERENTES COLUMNAS DE LA HOJA DE RIESGO.

EN CUANTO A LA CORRELACION QUE EXISTE ENTRE EL NIVEL DE RIESGO EVALUADO Y LA PROBLEMATICA QUE SE PRESENTO EN LOS RESULTADOS DE NUMERO DE CONSULTAS (TABLA 4) ES INDUDABLE QUE DEBE EXISTIR UNA CORRELACION ENTRE EL NUMERO DE CONSULTAS RECIBIDAS EN LAS DIFERENTES AREAS SEGUN EL NIVEL DE RIESGO.

SEGUN SE OBSERVA EN LA TABLA 4, EL INDICE DE CONSULTAS EN EL HOSPITAL EN RELACION CON LA CLINICA ES MUY PARECIDO PARA LOS TRES NIVELES DE RIESGO. EXISTE UNA LIGERA DIFERENCIA EN PROMEDIO DE MENOS DE UNA CONSULTA POR PACIENTE EN EL HOSPITAL Y EL SERVICIO DE PERINATOLOGIA PARA LOS PACIENTES DE ALTO RIESGO EN RELACION CON LOS DE MEDIANO Y BAJO RIESGO, LO CUAL TRADUCIDO A HECHOS REALES NOS INDICA QUE LA SELECCION DE PACIENTES MANEJADAS EN LA INSTITUCION NO SE HACE DE ACUERDO CON SUS NIVELES DE RIESGO EN LA GRAN MAYORIA DE LOS CASOS, PERO SE NOTA CIERTA SELECTIVIDAD DE MANEJO EN AQUELLOS CASOS EN QUE FUE ESTABLECIDA UNA EVALUACION DE RIESGO YA QUE POR EJEMPLO EN PERINATOLOGIA SE DAN 0.23 % DE CONSULTAS A PERSONAS DE BAJO RIESGO, EL DOBLE EN LAS DE RIESGO MEDIO (0.44 %) Y EL CUADRUPLA EN LAS DE ALTO RIESGO (1.20 %) LO CUAL NOS INDICA QUE ES INDISPENSABLE Y URGENTE QUE SE CUENTE CON POSIBILIDADES DE LLEVAR A CABO UNA EVALUACION QUE SELECCIONE EL SITIO A QUE CADA PACIENTE DEBE Ocurrir PARA SU MEJOR MANEJO DE ACUERDO CON SU RIESGO, CON LO CUAL SE INVERTIRA A MEDIANO PLAZO LA RELACION QUE ACTUALMENTE GUARDAN NUESTROS RESULTADOS EN LA TABLA 6 (RIESGO Y COMPLICACIONES) EN LA QUE TRATAMOS DE BUSCAR UNA CORRELACION ENTRE EL GRADO DE RIES

GO EVALUADO Y EL NUMERO DE COMPLICACIONES QUE PRESENTARON EN EL EMBARAZO, PREPARTO Y PARTO.

SE ENCUENTRA QUE LAS COMPLICACIONES QUE PUEDEN PRESENTARSE DURANTE EL EMBARAZO, TIENEN UNA FRECUENCIA INDISTINTA EN LOS DIFERENTES GRADOS DE RIESGO, LO CUAL ES LOGICO YA QUE AL APLICAR LA EVALUACION SE DETECTAN ALTERACIONES PRESENTES PERO NO LAS QUE SE PRESENTAN DURANTE LA EVOLUCION DEL EMBARAZO.

EN CAMBIO CUANDO LOS FACTORES DE RIESGO SE HAN INCREMENTADO CON EL EMBARAZO O EN LA ETAPA PREVIA INMEDIATA AL PARTO PUEDEN AGRAVARLO Y EXISTIR UN INCREMENTO EN EL NUMERO DE COMPLICACIONES QUE SE PRESENTEN.

ESTE FENOMENO HACE QUE EL NUMERO DE COMPLICACIONES QUE SE PRESENTAN DURANTE EL PARTO SEA SIMILAR EN LOS TRES GRUPOS DE RIESGO, DE AQUI SURGE LA NECESIDAD DE QUE DESPUES DE HACER LA EVALUACION DEL RIESGO DURANTE EL EMBARAZO SE TENGA QUE LLEVAR UN CONTROL PRENATAL ADECUADO PARA QUE SE PUEDAN DETECTAR ALGUNAS COMPLICACIONES QUE SE PRESENTAN EN LA EVOLUCION DEL EMBARAZO Y PARTO Y QUE NO SON DETECTADAS POR ESTE INSTRUMENTO.

LO MISMO QUE SE SUGIERE LA UTILIZACION DE HOJAS DE EVALUACION DEL RIESGO INMEDIATAMENTE ANTES DEL PARTO Y DE

EVOLUCION DURANTE EL TRABAJO DE PARTO PARA PODER DETECTAR EN FORMA MAS OPORTUNA CUALQUIER COMPLICACION QUE SURJA.

RIESGO Y TERMINACION DEL EMBARAZO. DADO QUE SE PRESU-
PONE QUE UN EMBARAZO DE ALTO RIESGO TIENE MAYORES POSIBI-
LIDADES DE TERMINAR EN FORMA NO NATURAL. EN LA TABLA 8 SE
MANIFIESTA LA EVALUACION DE LA FORMA DE TERMINACION DEL
EMBEARAZO SEGUN EL RIESGO, ENCONTRANDO QUE NO EXISTEN DIFE-
RENCIAS SIGNIFICATIVAS EN CUANTO A RIESGO DETECTADO Y PO-
SIBILIDAD DE PARTO DISTOCICO. PERO QUE SI EXISTE UNA EVI-
DENCIA SIGNIFICATIVA DE POSIBILIDAD MAYOR DE CESAREA CUAN-
DO LA PACIENTE ES EVALUADA COMO DE ALTO RIESGO (33.3 %).

TOMANDO EN CUENTA LA DEFINICION DE LA OMS (ORGANIZA-
CION MUNDIAL DE LA SALUD), PARA LA CLASIFICACION DE EDAD
GESTACIONAL Y AL EVALUAR EL RIESGO DE NACER ANTES DE TER-
MINO O DESPUES DE ESTE, ES IMPORTANTE DETECTAR LOS FACTO-
RES DE RIESGO PARA MANEJAR OPORTUNAMENTE A LAS PACIENTES
CON UN ALTO PORCENTAJE DE PRESENTAR ESTA COMPLICACION.

CON LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN NUESTRA EVALUACION,
SE OBSERVA QUE CON ESTE INSTRUMENTO SE DETECTA ESTA POSI-
BILIDAD EN UN NUMERO TRES VECES MAS ALTO EN LAS EMBARAZA-
DAS DE ALTO RIESGO QUE EN LAS DE BAJO RIESGO O MEDIANO PA-
RA PARTO PRETERMINO, Y QUE NO EXISTE DIFERENCIA ESTADISTI-

CAMENTE SIGNIFICATIVA PARA PREDICION DE PRODUCTOS POST-TERMINO.

EN CUANTO A LA PREDICION DE PRODUCTOS DE BAJO PESO, ES CUATRO VECES MAYOR EN AQUELLAS PACIENTES QUE SE CLASIFICARON COMO ALTO RIESGO Y SIN DIFERENCIA ENTRE LOS RIESGOS I Y II.

EN CAMBIO PARA EL PESO NORMAL E HIPERTROFIA, LA DETECCION ES SIN DIFERENCIA SIGNIFICATIVA ESTADISTICAMENTE.

SE APRECIA EN LA TABLA 16 Y 17, UNA DIFERENCIA IMPORTANTE ENTRE EL NUMERO DE RECIEN NACIDOS OBTENIDOS SEVERAMENTE DEPRIMIDOS (APGAR DE 1 a 3) SIENDO HASTA CASI CINCO VECES MAYOR EN LAS DEL RIESGO III A LAS DEL RIESGO I Y II SIENDO ESTA DIFERENCIA PERSISTENTE INCLUSO EN EL APGAR A LOS 5 MINUTOS.

TAMBIEN EL NUMERO DE RECIEN NACIDOS MEDIANAMENTE DEPRIMIDOS (APGAR DE 4 a 6) ES DOS A TRES VECES MAYOR EN EL GRUPO DE ALTO RIESGO QUE EN EL DE MEDIANO Y BAJO RIESGO.

ES NOTABLE EL RESULTADO OBTENIDO CON NUESTRA HOJA DE EVALUACION Y PRESENCIA DE MALFORMACIONES EN LOS PRODUCTOS OBTENIDOS, YA QUE EN TODOS LOS CASOS PRESENTES SE MANIFESTARON EN EL GRADO III DE RIESGO, LO CUAL INDICA EL ALTO PORCENTAJE DE DETECCION DE LOS FACTORES DE RIESGO QUE IN-

FLUYEN PARA LA DETERMINACION DE ESTA COMPLICACION.

UNO DE LOS MEJORES INDICADORES CON QUE SE CUENTA PARA EVALUAR EL GRADO DE EFECTIVIDAD DEL INSTRUMENTO DE EVALUACION PROPUESTO ES: SU INFERENCIA CON LA MORTALIDAD PERINATAL Y MATERNA. EN NINGUNO DE LOS GRUPOS ESTUDIADOS HUBO MUERTES MATERNAS (TABLA 21 Y 22). UNA RELACION DIRECTA ENTRE EL GRADO DE RIESGO Y AUMENTO DE MUERTES FETALES Y NEONATALES SE DEMOSTRO EN LAS TABLAS PREVIAMENTE CITADAS YA QUE NO SE OBSERVARON MUERTES PERINATALES EN EL GRADO DE RIESGO 0 Y I. COEXISTIENDO EN EL GRADO II UNA MUERTE FETAL Y OTRA NEONATAL HACIENDOSE NOTAR QUE EL INCREMENTO EN EL NUMERO DE MUERTES FETALES Y NEONATALES PARA EL GRADO III (11 MAS) ES EVIDENTE.

7. RESUMEN.

EL INSTRUMENTO DE DETECCION PROPUESTO PARA LA EVALUACION DE RIESGO TIENE NULA EFECTIVIDAD EN CUANTO A LA DETECCION DE OTRAS COMPLICACIONES. YA QUE ESTAS SE PRESENTAN POR IGUAL EN CUALQUIER GRADO DE RIESGO, PERO RESULTA DE EXTRAORDINARIA UTILIDAD EN CUANTO A LA DETECCION PREDICTIVA DE POSIBILIDADES DE NACIMIENTOS PRETERMINO DE 3 A 1, DE 4 A 1 EN PRODUCTOS DE BAJO PESO, DE 7 A 1 PARA PRODUCTOS SEVERAMENTE DEPRIMIDOS, 5 A 1 PARA LOS MEDIANAMENTE DEPRIMIDOS, 6 A 1 PARA PRESENCIA DE MALFORMACIONES EN EL RECIEN NACIDO, 7 A 1 PARA MUERTES FETALES Y 4 A 1 EN MUERTES NEONATALES.

B. CONCLUSIONES.

CON ESTOS RESULTADOS PODEMOS CONCLUIR:

I. CON LA HOJA PROPUESTA SE DETECTA UN PORCENTAJE ALTO DE POSIBILIDADES DE TENER MALOS RESULTADOS EN CUANTO A: NACIMIENTOS PRETERMINO, RECIEN NACIDOS DE BAJO PESO, RECIEN NACIDOS DEPRIMIDOS, MALFORMACIONES Y MUERTE FETAL Y NEONATAL.

II. MUCHOS DE LOS FACTORES QUE PROVOCAN ESTAS ALTERACIONES PUEDEN SER CONTROLADOS SI SE DETECTAN Y MANEJAN EN FORMA TEMPRANA, POR LO CUAL RECORDAMOS QUE ESTE TIPO DE EVALUACION AUNADO A UN CONTROL ADECUADO DURANTE EL EMBARAZO, A UNA EVALUACION PREPARTO Y CONTROL ASI COMO UNA EVALUACION INMEDIATA SOBRE EL RECIEN NACIDO, NOS DARAN COMO RESULTADO EL OBJETIVO QUE DEBE SER PRIORITARIO PARA CUALQUIER GINECO-OBSTETRA QUE SE PRECIE DE SERLO.

" PROPORCIONAR AL SER HUMANO LAS MEJORES CONDICIONES PARA CRECER Y DESARROLLARSE ".

A T E N T A M E N T E

Dr. Guillermo Zúñiga García.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

1. VIRGINIA HIGHT LAUKARAN, DR. PH. BEA J. VAN DER BERG, MD. THE RELATIONSHIP OF MATERNAL ATTITUDE TO PREGNANCY, OUTCOMES AND OBSTETRICS COMPLICATIONS. AM. J. OBSTETRICS AND GYNECOLOGY. 136: 374, 1980.
2. GORTMAKER S.L. THE EFFECTOS OF PRENATAL CARE UPON THE HEALT OF THE NEWBORNS. A.J.P.H 1979: 69 : 653-660.
3. DIRECCION GENERAL DE SALUD MATERNO INFANTIL Y PLANIFICACION FAMILIAR. SSA. PATRONES DE SALUD MATERNO INFANTIL. MEX. 1980 (SIN PUBLICARSE).
4. ABER H. LEVKOFF, MD MILTON WESTPHAL, MD. M. CLINTON MILLER III, PhD, AND YVONNE MICHEL. MATERNAL RISKS FACTORS IN INFANTS WITH VERY LOW BIRTH WEIGHT. OBSTETRICS AND GYNECOLOGY 60: 612 : 1982.
5. MANUEL VILLALOBOS ROMAN. CARLOS MAC. GREGOR, SANCHEZ N. EMBARAZO DE ALTO RIESGO II. DETERMINACION DEL RIESGO IN TRAPARTO, CORRELACION CON EL RIESGO PRENATAL Y EL RESULTADO PERINATAL. GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA DE MEXICO. VOL 45, NUM 272 JUNIO DE 1979.
6. INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL. FACTORES DE RIESGO PERINATAL, INVESTIGACION CLINICA Y EPIDEMIOLOGICA. 1974 - 1976. ED. SUBDIRECCION GRAL. MEDICA DEL IMSS., 1977.
7. VILLALOBOS O.A., VARGAS G.C. DELGADO B.A. MORTALIDAD PERINATAL EN EL HOSPITAL JUAREZ. SSA. BOL. MED. HOSPITAL INFANTIL. 1979: 66: 111-113.
8. LOWENBERGE F., CHAVARRIA B.A. RANGEL A C. TOMMASI N.E. VARGAS G.C. MORTALIDAD PERINATAL EN EL CENTRO HOSPITALARIO 20 DE NOVIEMBRE DEL I.S.S.S.T.E. GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA MEX. 1973: 34: 83-89.
9. BENSON C. DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTOS GINECOOBSTETRICOS PAGE: 714-750.
10. BAID.D. THOMSON A.M. GENERAL FACTORS UNDERLYING PERINATAL MORTALITY RATES. IN: BUTLER N.R., ALBERMAN E. EDS PERINATAL PROBLEMS. EDINBURGH AND LONDON: E. AND S. LIVINGSTONE. 1969.

11. FACTORES DE RIESGO PERINATAL (NO PUBLICADO). VARGAS
G.C. COMUNICACION PERSONAL.
12. WILLIAMS R.L. MEASURING THE EFFECTIVENESS OF PERINATAL
MEDICAL CARE. MEDICAL CARE 1979; 17: 95 - 110 .