

11217

25

20j.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

**División de Estudios Superiores
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales
de los Trabajadores del Estado**

"Hospital General Gral. Ignacio Zaragoza"

**EVALUACION CLINICA DE RIESGO
PERINATAL DURANTE EL TRABAJO
DE PARTO**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

**E S P E C I A L I S T A E N :
G I N E C O L O G I A Y O B S T E T R I C I A**

P R E S E N T A :

DR. JOSE ALBERTO DIAZ ANAYA

MEXICO, D. F.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

1986



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.

I N D I C E

	<u>Página</u>
I.- INTRODUCCION.....	1
II.- JUSTIFICACION.....	3
III.- OBJETIVOS.....	4
IV.- MATERIAL Y METODOS.....	5
V.- RESULTADOS.....	9
VI.- COMENTARIOS.....	24
VII.- CONCLUSIONES.....	31
VIII.- BIBLIOGRAFIA.....	32

I N T R O D U C C I O N

Desde mediados de siglo se empezaron a implementar diversos sistemas para valorar el riesgo perinatal en el embarazo,¹ dando como resultado de los múltiples estudios generales, que se detectaran factores maternos y fetales que pueden complicar el embarazo y el parto.²⁻⁷

Reportes más recientemente publicados⁸⁻¹¹ han demostrado el alto valor predictivo de la evaluación del riesgo perinatal en el embarazo para preveer el resultado obstétrico.

Con el advenimiento de la Tecnología Moderna, aparecieron sistemas de valoración perinatal mediante monitorización fetal, obteniéndose excelentes resultados de la evaluación de las condiciones fetales en relación con el nacimiento.¹²⁻¹⁵

Sin embargo, existen pocos reportes en la literatura mundial¹⁶⁻¹⁸ donde se evalde en forma clínica el riesgo perinatal transparto y su repercusión sobre las condiciones fetales y al nacimiento, ya que una parte importante de patología perinatal aparece como propia del parto y no era prevista o sólo parcialmente por las evaluaciones de riesgo en el embarazo.²²

En 1978 Friedman¹⁹ destacó la importancia de dos factores de riesgo durante el trabajo de parto, que fueron "la dilatación cervical y el grado de descenso fetal".

En México, Ruiz²⁰ y Villalobos²¹ en 1979 efectuaron valoraciones de riesgo transparto con buenos resultados, basándose en trabajos previos de Aubry y Nesbitt.³⁻⁴

Es una preocupación en la Medicina actual, vigilar que nazcan recién nacidos en las mejores condiciones posibles, tratando de disminuir o corregir los factores de riesgo perinatal que puedan

ser deletéreos tanto para la madre como para su hijo, entendiéndose se por riesgo perinatal, el grupo de factores adversos que puedan dañar a la madre, al feto o al recién nacido.

Se propone en este estudio evaluar un instrumento para valorar - clínicamente el riesgo perinatal en el trabajo de parto, por medio de factores de riesgo más comunes durante la resolución obstétrica.

Esta investigación forma parte de una línea de trabajo establecida en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital General - Gral. Ignacio Zaragoza, donde ya se han obtenido resultados muy positivos en cuanto a predicción de mala evaluación materno fetal y del recién nacido cuando se detecta alto riesgo durante el embarazo; sin embargo, esta evaluación no es suficiente ya que - es bien conocido que a los factores de riesgo del embarazo, se - suman los que son propios del trabajo de parto.

J U S T I F I C A C I O N

Actualmente en nuestro medio existen pocos y aislados sistemas para valorar en forma clínica el riesgo perinatal de una embarazada que inicia trabajo de parto.

Se pretende en este Trabajo, probar un instrumento diseñado previamente para valorar el riesgo perinatal durante el trabajo de parto, por medio de una tabulación y rango de los factores de riesgo más comunes durante la resolución obstétrica, que nos permitan mayor vigilancia a pacientes calificadas con riesgo, mejorar con esto la atención y disminuir la morbi-mortalidad materna, fetal y neonatal ocasionada por la falta de detección y evaluación de factores de riesgo.

O B J E T I V O S

- 1.- Determinar la importancia que tiene llevar a cabo una evaluación de riesgo durante el parto.
- 2.- Evaluar la correlación que existe entre riesgo en el embarazo y riesgo en el parto.
- 3.- Determinar el valor predictivo de riesgo que tiene el instrumento utilizado.
- 4.- Dependiendo de los resultados, proponer la utilización o no de un instrumento igual o similar, pero que sea utilizado - sistemáticamente en el Hospital y/o en la Institución.

M A T E R I A L Y M E T O D O S

Se estudió en forma prospectiva y longitudinal a un grupo de -
1,000 embarazadas que ingresaron al servicio de Tococirugía del
Hospital General -"Gral. Ignacio Zaragoza del I.S.S.S.T.E." del
1º de julio al 9 de septiembre de 1985.

Se incluyó en este grupo a todas las pacientes con embarazos de
más de 28 semanas, en trabajo de parto inicial y que presentaron
resolución del embarazo.

A su ingreso se calificaron con las variables de riesgo del tra-
bajo de parto según la Hoja diseñada previamente (Fig. Núm. 1),-
esta calificación fue llevada a cabo por el residente del 1er. -
año de Gineco-Obstetricia del servicio de Urgencias.

Se vigiló el trabajo de parto anotando las variables del mismo -
en la parte posterior de la Hoja (Fig. Núm. 2), siguiendo su -
evolución.

La paciente fue manejada en forma habitual una vez hecha la valo-
ración.

Se obtuvieron los datos de la evolución del trabajo de parto, su
resolución y las características del recién nacido. Se hizo el -
análisis de datos en cuanto a:

- a) Características generales de la población: Edad, Paridad, -
Edad Gestacional.
- b) Se correlacionó el riesgo perinatal evaluado durante el emba-
razo con el riesgo perinatal evaluado durante el trabajo de -
parto.
- c) Se correlacionó el grado de riesgo obtenido con los resulta-
dos logrados en cuanto a: Forma de resolución del embarazo, -

Características del recién nacido: mortalidad perinatal, Apgar, peso, malformaciones así como la morbi-mortalidad materna.

Los datos obtenidos fueron revisados y validados y se procesaron estadísticamente, obteniéndose promedios y porcentajes; además, se agruparon en gráficas y tablas.

La Significación estadística de los resultados fue obtenida por medio de χ^2 .

1.- Riesgo en el embarazo	<input type="checkbox"/> I Bajo	<input type="checkbox"/> II Medio	<input type="checkbox"/> III Alto
2.- Emotividad	<input type="checkbox"/> Tranquila	<input type="checkbox"/> Excitado	<input type="checkbox"/> Sin control
3.- Actividad Uterina	1 Frecuencia <input type="checkbox"/> 3 a 5	<input type="checkbox"/> Menos de 3	<input type="checkbox"/> 6 ó mas
	2 Intensidad <input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Baja	<input type="checkbox"/> Elevada
	3 Duración seg. <input type="checkbox"/> 40 a 60	<input type="checkbox"/> 60 a 90	<input type="checkbox"/> + de 90
	4 Tono <input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Hipotónico	<input type="checkbox"/> Hipertónico
4.- Dilatación Cervical	Progresiva <input type="checkbox"/> 1-2 cm/h	<input type="checkbox"/> < 1 cm.	<input type="checkbox"/> Estacionaria 3 hrs.
	<input type="checkbox"/> > 2 cm.		
5.- Frecuencia Cardíaca Fetal	1 Frecuencia <input type="checkbox"/> 121-150	<input type="checkbox"/> III-120 <input type="checkbox"/> 151-160	<input type="checkbox"/> 110 ó menos <input type="checkbox"/> 161 ó mas
	2 Ritmo <input type="checkbox"/> Dip I	<input type="checkbox"/> Dip variable	<input type="checkbox"/> Dip II
	3 Respuesta a est. <input type="checkbox"/> Reactivo	<input type="checkbox"/> Plano	<input type="checkbox"/> Taquicardia acot <input type="checkbox"/> Bradicardia
6.- Pelvis	<input type="checkbox"/> Util	<input type="checkbox"/> Límite	<input type="checkbox"/> D.C.P.
7.- Membranas	<input type="checkbox"/> Integras	<input type="checkbox"/> Rotas < 6 hrs.	<input type="checkbox"/> Rotas > 7 hrs.
8.- Presentación	<input type="checkbox"/> Cefálica		<input type="checkbox"/> Otras
9.- No. de Fetos	<input type="checkbox"/> Uno		<input type="checkbox"/> 2 ó mas
10.- Líquido Amniótico	1 Cantidad <input type="checkbox"/> Normal		<input type="checkbox"/> Poli <input type="checkbox"/> Oligo
	2 Color <input type="checkbox"/> Claro	<input type="checkbox"/> Verdoso <input type="checkbox"/> Amarillento	<input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Rojizo <input type="checkbox"/> Amarillo
	3 Calidad <input type="checkbox"/> Grumoso	<input type="checkbox"/> Emulsión	<input type="checkbox"/> Sin grumos
11.- Peso Calculado J. Toshoch	<input type="checkbox"/> 2501-3500.	<input type="checkbox"/> 2001-2500 <input type="checkbox"/> 3501-4000	<input type="checkbox"/> 2000 ó menos <input type="checkbox"/> 4001 ó mas
12.- Placenta Inserción	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Baja	<input type="checkbox"/> Previa
13.- Cordón	<input type="checkbox"/> Sin datos	<input type="checkbox"/> Sospecha	<input type="checkbox"/> Positivo
14.- Madre: Complicaciones	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Controladas	<input type="checkbox"/> Sin Control
15.- Otras		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.- Otras		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3.- Evaluación de Riesgo Perinatal en el trabajo de Parto
FIG. 1

		duración	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	horas
Frecuencia	181													181
Cardíaca	151													151
Fetal	121													121
	111													111
	101													101
Act. Uterina	Tono													
	Frec.													
	Durac.													en 10 min.
Hora	hrs.													hrs.
	min.													min
	10													5
	9													4
	8													3
	7													2
	6													1
	5													0
	4													+1
	3													+2
	2													+3
	1													+4
	0													+5
	Temp.													grados C.
	T.A.													mm Hg
Membranas														I-R.A.-R.E.
Oxitocino														mU/min
B.P.D.														mg.
U. inhibid														mcg/min.

FIG. 2

ALTURA DE LA PRESENTACION

CLAVE DEL MEDICO _____

Pase a: parto en cama
 expulsión
 cirugía

Hora
 hrs. min.

NACIMIENTO

Hora
 hrs. min.

parto en cama
 expulsión
 cesáreo
 fórceps

RECEN NACIDO Sexo M. F.

Peso g.

Talla cm.

Apgar 5min.

Malformación Si No

óbito Muerte neonatal

indicado _____

Fecha: _____

Nombre _____ No. de Expediente _____

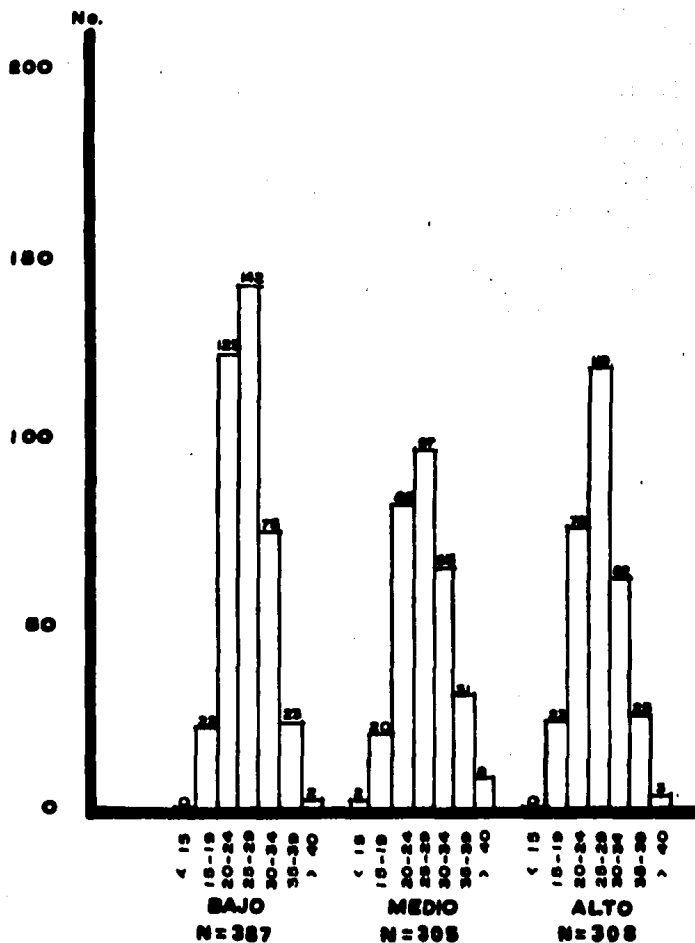
Edad: _____ Edad Gestacional: _____ G- P- A- C-

R E S U L T A D O S

- 1.- En los mil casos estudiados, la edad materna fluctuó entre - 14 y más de 40 años, encontrando la máxima incidencia en los tres grupos de los 25 a 29 años. (Gráfica Núm. 1).
- 2.- En la distribución por paridad el riesgo en las pacientes - nulíparas es más frecuentemente alto. (Gráfica Núm. 2).
- 3.- Se observó estrecha correlación de la evaluación del riesgo en el embarazo con la evaluación en trabajo de parto. (Gráfica Núm. 3).
- 4.- La forma de terminación del embarazo fue fundamentalmente: - Parto Eutócico para el grupo de bajo riesgo y Cesárea para - el grupo de alto riesgo. (Gráfica Núm. 4).
- 5.- En cuanto a la edad gestacional se observó un aumento signi- ficativo de los partos pre y postérmino, según aumentaba el riesgo perinatal. (Gráfica Núm. 5).
- 6.- La misma tendencia se observó con el peso de los productos, - a mayor riesgo correspondió más frecuencia de peso bajo. - (Gráfica Núm. 6).
- 7.- La calificación promedio de Apgar fue significativamente más baja en el grupo de alto riesgo. (Gráfica Núm. 7).
- 8.- En cuanto a los factores que determinaron riesgo alto en el parto en las pacientes analizadas, se observa su frecuencia en la Tabla Núm. 1. Se aprecia que la Desproporción Céfalo - pélvica, la alteración de la Frecuencia Cardíaca Fetal y la Ruptura prematura de membranas son los factores más impor - tantes que determinaron riesgo en el trabajo de parto.

- 9.- En cuanto a los factores de riesgo medio encontrados, la -- alteración de la actividad uterina fue el más frecuentemente observado. (Tabla Núm. 2).
- 10.- Todos los productos que se obtuvieron con malformaciones - congénitas estaban incluidos en el grupo de Riesgo Alto en el Parto, aunque tenían calificación de riesgo medio en el embarazo. (Tabla Núm. 3).
- 11.- La mayoría de las muertes fetales corresponden a riesgo medio en el embarazo (Tabla Núm. 4) y alto en el parto (Tabla Núm. 5), apreciándose también muertes perinatales en casos calificados como riesgo bajo en el embarazo.
- 12.- Sólo se registró una muerte materna, la cual estaba incluida en el grupo de Alto Riesgo tanto en el embarazo como en el parto, portadora de Toxemia del embarazo con óbito y que desarrolló coagulación intravascular diseminada. (Tabla - Núm. 6).

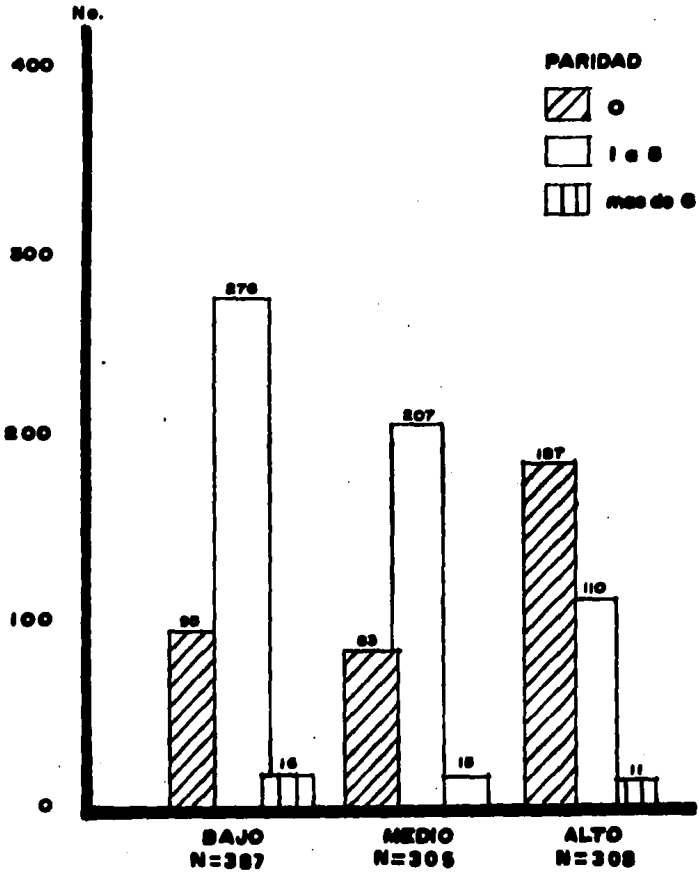
RIESGO EN EL PARTO CON RELACION A EDAD MATERNA



P < .05

GRAFICA 1

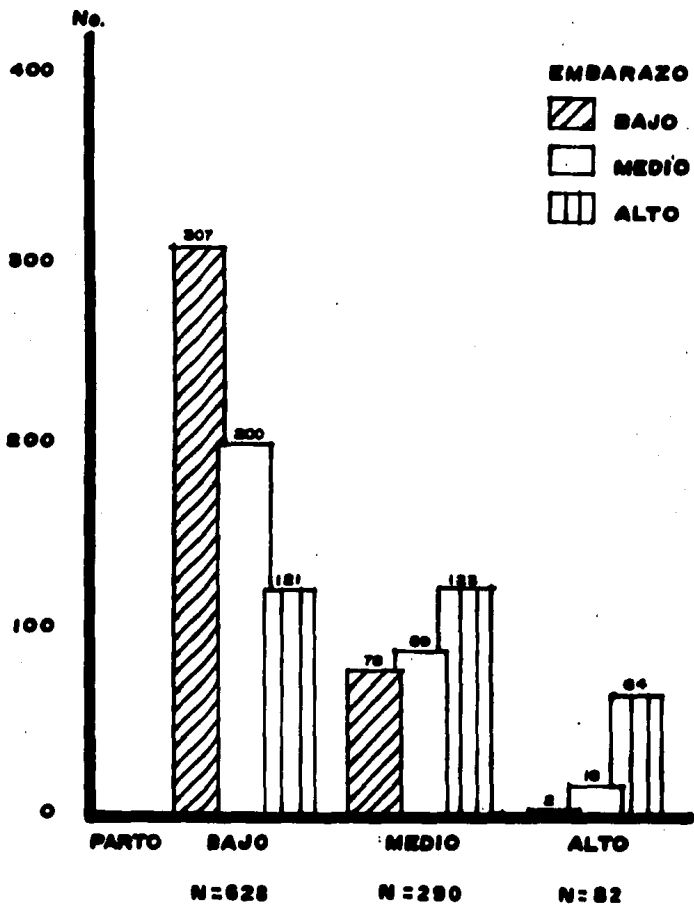
RIESGO EN EL PARTO



$P < .001$

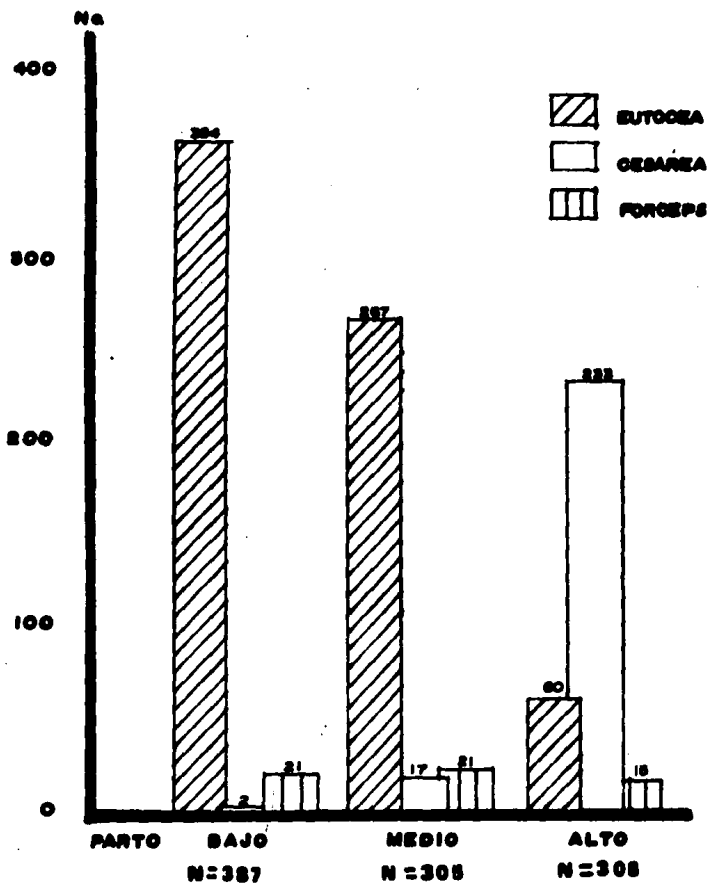
GRAFICA 2

**RIESGO EN EL PARTO
CON RELACION A
RIESGO EN EMBARAZO**



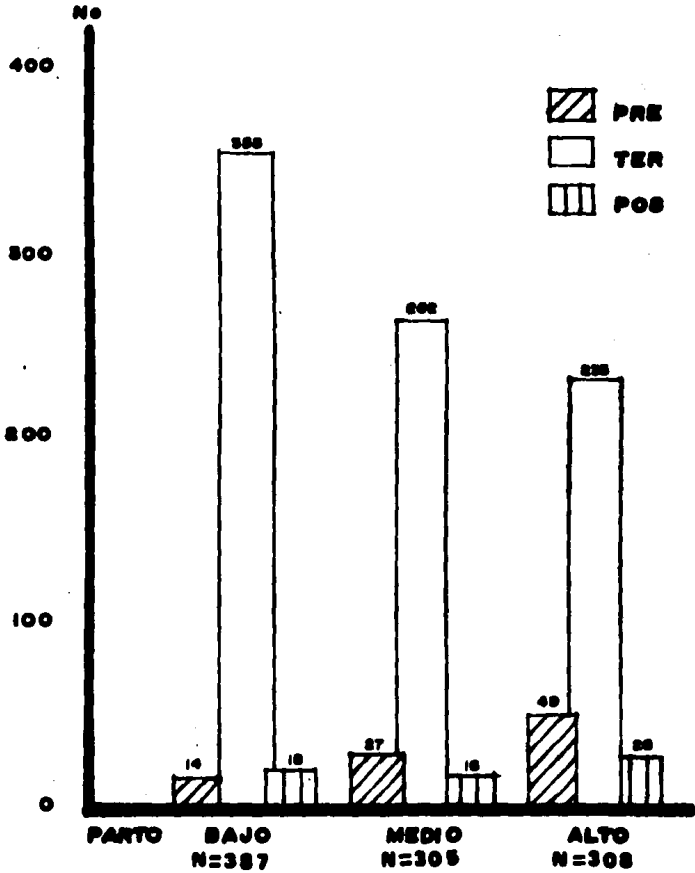
GRAFICA 3

RIESGO EN EL PARTO CON RELACION A TERMINACION DEL EMBARAZO



P < .001
GRAFICA 4

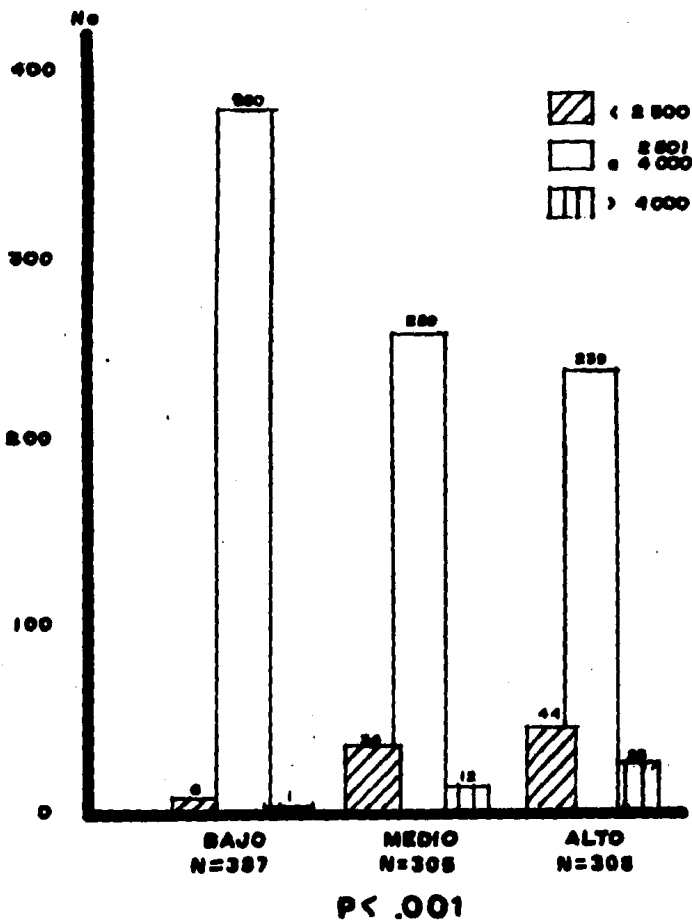
RIESGO EN EL PARTO CON RELACION A EDAD GESTACIONAL



P < .001

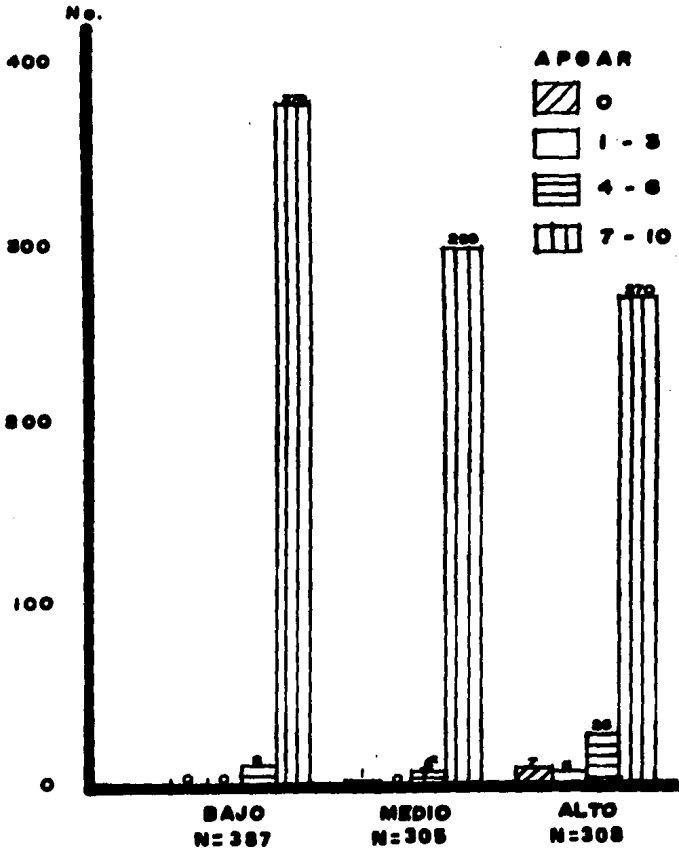
GRAFICA 5

**RIESGO EN EL PARTO
CON RELACION A
PESO DE LOS PRODUCTOS**



GRAFICA 6

**RIESGO EN EL PARTO
CON RELACION A
APGAR DEL R/N**



P < .001

GRAFICA 7

T A B L A N U M . 1
RIEGO EN EL PARTO

FRECUENCIA DE FACTORES DE RIESGO ALTO

Descripción	Número	Porcentaje
D.C.P.	111	23.7
F.C.F.	77	16.5
R.P.M.	63	13.5
DILATACION CERVICAL.	43	9.2
PESO DE LOS PRODUCTOS.	38	8.1
PRESENTACIONES.	37	7.9
ACTIVIDAD UTERINA.	34	7.3
LIQUIDO AMNIOTICO.	25	5.3
COMPLICACIONES MATERNAS.	16	3.5
NUMERO DE FETOS.	12	2.6
PLACENTA.	5	1.0
CORDON.	4	0.8
EMOTIVIDAD.	3	0.6
Total :	468	100.0 %
	=====	=====

T A B L A N U M . 2
R I E S G O E N E L P A R T O
 =====

F R E C U E N C I A D E F A C T O R E S D E R I E S G O M E D I O

D e s c r i p c i ó n	N ú m e r o	P o r c e n t a j e
ACTIVIDAD UTERINA.	210	35.0
DILATACION CERVICAL.	100	16.7
EMOTIVIDAD.	78	13.2
R.P.M.	61	10.2
PESO DE LOS PRODUCTOS.	46	7.7
LIQUIDO AMNIOTICO.	43	7.2
F.C.F.	26	4.4
PELVIS.	18	3.0
COMPLICACIONES MATERNAS.	8	1.3
CORDON.	6	1.0
PLACENTA.	3	0.5
T o t a l :	599	100.0 %
	=====	=====

TABLA NUM. 3
 =====

RIESGO EN EL PARTO
 =====

MALFORMACIONES

RIESGO MEDIO EN EL EMBARAZO Y ALTO EN EL PARTO

Descripción	Número	Porcentaje
SINDROME DE DOWN.	1	0.1
LABIO Y PALADAR HENDIDO.	1	0.1
HIDROCEFALIA.	1	0.1
MENINGOCELE.	1	0.1
NO ESPECIFICADO.	1	0.1
Total:	5	0.5 %

T A B L A N U M . 4

R I E S G O E N E L E M B A R A Z O

M U E R T E P E R I N A T A L

	Bajo	Medio	Alto	Total	Porcentaje
FETAL PREPARTO.	1	4	1	6	0.6
TRANSPARTO.	0	2	0	2	0.2
NEONATAL.	4	6	0	10	1.0
	-----	-----	-----	-----	-----
TOTAL :	5	12	1	18	1.8
	-----	-----	-----	-----	-----

T A B L A N U M . 5

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

M U E R T E P E R I N A T A L

	Bajo	Medio	Alto	Total	Porcentaje
FETAL PREPARTO.	0	1	5	6	0.6
TRANSPARTO.	0	1	1	2	0.2
NEONATAL	0	0	10	10	1.0
T O T A L :	0	2	16	18	1.8

T A B L A N U M . 6

=====

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

.....

M U E R T E M A T E R N A

.....

	Bajo	Medio	Alto	Total	Porcentaje
SI	0	0	1	1	0.1
NO	0	0	0	0	0.0
T O T A L :	0	0	1	1	0.1
	-----	-----	-----	-----	-----

C O M E N T A R I O S

Es innegable que a los factores que propician riesgo en el embarazo, en el parto y en el recién nacido por las propias condiciones generadas por el proceso reproductivo, se tienen que sumar - los factores biológicos y sociales ya presentes en la madre y el medio ambiente que la rodea antes, durante y después del embarazo.

En el estudio llevado a cabo respecto a la edad materna, se aprecia un significativo aumento de la frecuencia de alto riesgo en los grupos de los extremos de la vida reproductiva ($P < 0.05$). - (Gráfica Núm. 1).

La condición de nuliparidad como determinante de alto riesgo fue altamente significativa. Se nota que la paridad considerada de - bajo riesgo (1 a 5 partos previos), disminuye el riesgo en el - parto. (Gráfica Núm. 2).

Es preocupante observar que con frecuencia en la práctica médica, cuando se ha controlado un embarazo cuya evolución ha sido normal, se piense en forma absoluta que debe terminar en un parto normal, lo cual muchas veces no es así, ya que los factores que se evalúan en el trabajo de parto sólo se presentan en éste aunque algunos pueden ser originados en el embarazo y persistir o agravarse por los incidentes del parto.

Esta aseveración se ilustra en la Gráfica Núm. 3 que fue elaborada con datos en los que no se tomó en cuenta la evaluación de riesgo en el embarazo.

El 50% de las embarazadas con bajo riesgo durante el embarazo tuvieron bajo riesgo para el parto, pero el 31% de ellas tuvo - riesgo medio y el 19% riesgo alto.

En cambio, de las embarazadas que en el embarazo fueron calificadas con alto riesgo, el 78% tuvieron clasificación de alto riesgo para el parto, lo cual demuestra también que cuando existen condiciones de alto riesgo previas al parto, las propias de éste se suman, haciendo más crítica la situación para la madre, el feto y/o el recién nacido. (Gráfica Núm. 3).

Este solo hallazgo justificaría el haber llevado a cabo la investigación presente; sin embargo, para dar validez mayor a estos hechos es indispensable relacionar el valor predictivo de este instrumento con los resultados obtenidos, ya que en esta forma se podrá decir con mayor confiabilidad cuáles con las ventajas que ofrece la utilización del instrumento de evaluación que se propone.

Aún cuando en la actualidad el riesgo de una cesárea en sí para la paciente ha disminuido en una proporción muy grande, es necesario recordar que el riesgo no desaparece por completo, ya que persisten factores no siempre bien controlables en cuanto a infecciones, hemorragias, anestesia, etc., y las complicaciones derivadas de la propia operación.

Cuando se lleva a cabo la indicación de una cesárea, en muchas ocasiones la causa es porque las condiciones de la madre y/o del feto se encuentran deterioradas y éste es el procedimiento que les ofrece mejores posibilidades, de modo que aquí se sumaría el riesgo de la cesárea per se, a las condiciones ya inherentes de la madre y del feto.

Analizando de este modo se aprecia en su valor la necesidad de detectar en toda embarazada el riesgo de que su embarazo termine en una cesárea, para tomar en forma oportuna las medidas tendientes a su protección desde el punto de vista preventivo.

Llama poderosamente la atención que de las 251 cesáreas que se llevaron a cabo en el estudio, 233 (91.5%) corresponden a embarazadas previamente calificadas como alto riesgo en el parto, 17 (7%), correspondieron a riesgo medio y sólo 2 (1.5%) a bajo riesgo (Gráfica Núm. 4), que correspondieron a prolapso de cordón como accidentes.

Un factor que podría influir en la forma de terminación del embarazo sería el propio aspecto psicológico que desencadena la clasificación en el médico, pero en el estudio esta situación no pudo darse, ya que en el manejo del Trabajo de Parto se siguieron los lineamientos previamente establecidos y el médico que llevó a cabo el procedimiento no conocía la clasificación de la paciente.

La edad en que se termina el embarazo tal vez está mejor relacionada con las condiciones inherentes a éste, sin que influya demasiado el trabajo de parto, pero es indiscutible que algunos de los problemas del embarazo se ven reflejados en la disminución gradual del número de nacimientos al término de éste a medida que aumenta el riesgo; y por otro lado, el aumento progresivo de nacimientos pre y postérmino, repetimos como resultado y no como causa del riesgo en el parto. (Gráfica Núm. 5).

Esta situación es análoga cuando se refiere al peso del recién nacido, donde su incremento o disminución tiene valor predictivo de las condiciones al nacimiento. (Gráfica Núm. 6).

Las condiciones del feto durante el embarazo reflejan su capacidad de resistencia al trabajo de parto. El bajo riesgo se relaciona con buenas condiciones del recién nacido, expresadas por el Apgar con promedio alto al minuto y a los cinco minutos. En cambio, en el alto riesgo el porcentaje de recién nacidos deprimidos es grande debido a que como ya se ha demostrado en muchas investigaciones, el trabajo de parto aún siendo normal contribuye al deterioro del feto cuando éste se encuentra en condiciones de desventaja. (Gráfica Núm. 7).

Al analizar la Tabla N^om. 1 se observa que uno de los factores - que más frecuentemente influyó para la calificación de alto riesgo en el parto es la desproporción céfalo-pélvica que se diagnosticó en el 23.7%.

No es una condición originada por el trabajo de parto, pero es bien conocida la importante repercusión negativa que puede tener si se deja evolucionar éste y por lo tanto, es un condicionante de cesárea, la cual, si se lleva a cabo en forma oportuna disminuye la morbilidad perinatal.

También es importante en nuestros resultados la incidencia de las alteraciones de la frecuencia cardíaca fetal, como factor de diagnóstico y como causa de riesgo, en 16% de los casos se presentó esta alteración que frecuentemente se asocia con extracción por cesárea y con alteraciones del recién nacido, pero a su vez, estas alteraciones son consecuencia de otros factores de riesgo, como puede ser la preeclampsia, el embarazo postérmino, el bajo peso y en general, la insuficiencia placentaria.

La incidencia con que se presenta como factor de riesgo la ruptura prematura de membrana también es alto (14%) y su asociación más importante está condicionada por alteraciones durante el embarazo, como puede ser: inicio de parto pretérmino, cervicitis crónica, etc. y en general que se diagnostique en forma muy esporádica. Sin embargo, este factor condicionante de riesgo puede ser influido en sus resultados en forma muy importante por las disposiciones de tipo normativo que indican la terminación del embarazo en cuanto se detecte este padecimiento, que en muchas ocasiones también condicionan el llevar a cabo una cesárea, sobre todo después de 12 horas de la ruptura y condiciones obstétricas desfavorables.

Otro factor condicionante de riesgo es el peso de los productos tanto en exceso como en déficit (8% de nuestros casos), lo cual influye en la terminación del embarazo. (vía, tiempo, cuidados).

Los factores de riesgo inherentes propiamente al mecanismo del parto como son: Tipo de Presentación - 8%, Alteraciones de la dilatación cervical - 9%, Alteraciones de actividad uterina - 7%, son factores importantes ya que en conjunto se presentaron en un 24% de los casos.

En cuanto a la presencia de problemas propiamente fetales como son: el peso - 8% y el número de fetos - 3%, como factores de riesgo suman 11% como causa de riesgo y algunos otros inherentes a la placenta - 1%, cordón - 1% y líquido amniótico - 5%, nos da 7% de incidencia como factores de riesgo, quedando un 3.5% (16 casos) tan solo para las complicaciones maternas, dentro de las que destacaron la preeclampsia leve y severa (11 casos) y en orden de frecuencia la diabetes M., Cardiopatía y Enfermedad Tiroidea.

La gran mayoría de estos factores de riesgo que podrían condicionar malos resultados, son previsibles en un altísimo porcentaje y al serlo pueden condicionar medidas de tipo preventivo que anulen la posibilidad de resultados deletéreos tanto para la madre como para el recién nacido. Por lo tanto, resulta otra justificación muy importante para nuestro trabajo el hecho de que con la Hoja de Evaluación Clínica de Riesgo en el Trabajo de Parto, se obligue al médico a revisar todas estas posibilidades que al ser detectadas originan prevención.

En aquellas pacientes que fueron calificadas con riesgo medio para el parto (Tabla Núm. 2) la asociación más importante de éste fue con actividad uterina anormal y alteraciones de la dilatación cervical, en total 42% de los casos y también fueron importantes por su incidencia las alteraciones emotivas de la madre en un 13% así como la ruptura prematura de membranas en un 10%.

Los factores inherentes al producto como son: su peso - 7.7% y las alteraciones de la frecuencia cardiaca fetal - 4.4%, suman 12%, siendo aquí las complicaciones maternas originadas de la pelvis o las complicaciones durante el embarazo mínimas - 4.3%.

ESTA TESIS NO DEBE SALIR DE LA BIBLIOTECA

También en este sector la posibilidad de prevenir la acción deletérea requerida por la gran mayoría de los factores involucrados - como son: la Actividad uterina (Ocitócicos, utero-inhibidores), - la emotividad (Psicoprofilaxis) es muy alta porque son fácilmente previsibles.

En el estudio se obtuvieron 5 productos malformados (Tabla Núm. 3) en los que sin que tengamos una explicación adecuada, se encontró para todos evolución de riesgo medio en embarazo y alto en el parto.

Pero son muy significativos los datos en cuanto a la mortalidad perinatal, ya que nos demuestran (Tabla Núm. 4) a una interpretación libre, la posibilidad de exceso de confianza en el manejo de las - pacientes y principalmente de sus recién nacidos, cuando el riesgo en el embarazo ha sido calificado como bajo y definitivamente, - una falta importante de cuidados adecuados en aquellas pacientes - que han sido calificadas como de mediano riesgo si se analiza tan solo el número total de muertes, pero cuando éstas se relacionan - con el total de pacientes estudiadas y además se comparan con cifras de mortalidad perinatal de otros centros hospitalarios similares al nuestro, encontramos que nuestra mortalidad perinatal (1.8%) es de las más bajas en nuestro medio sólo comparable a la mortalidad reportada por el Instituto Nacional de Perinatología en 1981.

También es importante resaltar la distribución de muertes perinatales en relación con la evaluación clínica del riesgo durante el parto (Tabla Núm. 5), siendo la incidencia de muertes mucho mayor en el riesgo alto, lo cual nos indica que aún cuando se hace el diagnóstico de alto riesgo y se tienen más cuidados para el feto y para el recién nacido, da por resultado mortalidad alta, originada probablemente por acciones tardías en la resolución del embarazo que repercuten en las condiciones fetales al nacimiento o en falta de cuidado y manejo neonatológico.

En lo que se refiere a la mortalidad materna, como se ve en la Tabla N.º 6, ésta coincidió con un embarazo de alto riesgo que es tuvo condicionado por preeclampsia-eclampsia, que originó a su vez óbito a las 34 semanas, el cual dio como resultado final una coagulación intravascular diseminada, causa directa de la única muerte.

Los resultados enunciados demuestran que con el instrumento que se propuso para la evaluación del riesgo en el parto, se pueden obtener grandes ventajas para el manejo adecuado de las embarazadas, ya que aunado a la evaluación de riesgo en el embarazo nos da la posibilidad de prever una gran cantidad de factores que al ser graduados en su posibilidad de daño a la madre y/o al feto, nos capacitan para valorar con grado muy alto de confiabilidad un pronóstico que resulta al ser aplicado, un instrumento de enorme valor para la toma de decisiones, principalmente tendientes a evitar la posibilidad de daño tanto materno y fetal así como del recién nacido.

CONCLUSIONES

Por los resultados encontrados se concluye que:

- 1.- Es importante evaluar y clasificar el riesgo durante el embarazo ya que en un alto porcentaje de casos el riesgo alto se asocia con riesgo alto en el parto (78%).
- 2.- En las embarazadas calificadas como bajo riesgo en el embarazo, se encuentra un porcentaje importante de mediano (31%) y alto riesgo (19%) para el parto.
- 3.- Con el instrumento de evaluación que nos propusimos investigar, se detecta un alto porcentaje de factores de riesgo que se asocian con daño de la madre, el feto y/o el recién nacido.
- 4.- Estos factores son previsibles cuando se tienen en la mente en forma sistematizada.
- 5.- Cuando se emplea este instrumento se obtiene una confiabilidad muy alta de tipo predictivo por la elevada asociación de calificación de alto riesgo con resultados deletéreos para la madre, feto y/o recién nacido.
- 6.- A la luz de estos resultados se propone que se utilice este instrumento de evaluación en forma sistematizada en todas - aquellas pacientes que se encuentren en trabajo de parto inicial a su ingreso a los Hospitales, Clínicas de primer nivel y principalmente, cuando se ha decidido atender el parto en el domicilio de la paciente como consecuencia de una evaluación de bajo riesgo en el embarazo.
- 7.- Al tener entre nuestro armamentario diagnóstico un instrumento con la confiabilidad del que se propone en cuanto a su valor predictivo, nos capacita para cumplir uno de los objetivos más importantes de la medicina perinatal:

"PROPORCIONAR AL SER HUMANO LAS MEJORES CONDICIONES PARA

CRECER Y DESARROLLARSE"

B I B L I O G R A F I A

- 1.- Lillienfeld, A.M. y Pasamanick. B: The Association of Maternal and fetal factors with the development of cerebral palsy and epilepsy. Am. J. Obstet. Ginecol 70:93, 1955.
- 2.- Goodwin, J.W. et, A1: Antepartum identification of the fetus at risk. Can. Med. Assoc. J. 101:57,1969.
- 3.- Nesbitt, R.E. y Aubry R.H.: High risk obstetrics II: Value - of semiobjective grading system in identifying the vulnerable group. Am. J. Obstet. Gynecol. 103:972, 1969.
- 4.- Aubry, R.H. y Pennington, J.C.: Identification of High risk pregnancy the perinatal (concept. Clin. Obstet. Gynecol - 16:3, 1973).
- 5.- Naeye, R.L. et, A1: Influencias de los factores de riesgo en la gestación sobre los transtornos fetales y neonatales. - Clin. Perinat: 187-95; Sept. 1974.
- 6.- Crann D. Schifrin B: Vigilancia fetal continua en el embarazo de alto riesgo. Clin. Perinatal 224:52, Sept. 1974.
- 7.- Crane J. et, A1: A High-risk pregnancy management protocol.- Am. J. Obstet. Gynecol. 125:227, 1976.
- 8.- Ryan G, e, A1: Pregnancy care and pregnancy outcome. Am. J. Obstet. Gynecol. 137:876, 1980.
- 9.- Levine, M.G. et, A1: Birth Trauma; Incidence and Predispo - sing factors: Obstet. Gynecol. 63(6):792-95, Jun. 1984.
- 10.- Método de atención sanitaria a la madre y del niño basado en el concepto de riesgo; Foro Mundial de la Salud: 2(3) - 481-91, 1981.

- 11.- Zoller D.P.: Principles of Managing High-risk pregnant --
Patient Am. Fam. Pshician. 271:216-21, Jan, 1983.
- 12.- Hon, E.H. et, Al: The electronic evaluation of fetal heart
rate. IV. The effect of maternal exercise. Am.J. Obstet. -
Gynecol. 81:361, 1961.
- 13.- Schiffrin B.S. et,Al: Contraccion stress test for antepartum
fetal evaluation. Obstet. Gynecol. 45:433-38, 1975.
- 14.- Gauthier R.J. et, Al: Antepartum fetal heart-rate Testing -
II. Intrapartum fetal heart rate observation and newborn -
outcome following a positive contraction stress test. Am. -
J. Obstet. Gynecol. 133:34-39, 1979.
- 15.- Gratacos J.A. H. Paul R.: Vigilancia de la frecuencia car -
diaca fetal antes del parto: Prueba sin tensión y prueba -
con tensión por contracciones. Clin. Perinat. Vol. 2: -
399-409, 1980.
- 16.- Hobel C.J. et, Al: Prenatal and Intrapartum. High-risk -
screening Am. J. Obstet. Gynecol. 117:1, 1973.
- 17.- Morrison I. et, Al: A simplified intrapartum numerical sco -
ring sistem. Am. J. Obstet. Gynecol. 138:175, 1980.
- 18.- Molfese J.V. et, Al: Perinatal Outcome; Similarity and pre -
dictive value of antepartum and intrapartum assessment -
scales. J. Reprod. Med. 30 (1):30-38. Jan. 1985.
- 19.- Friedman. E.A.: La curva de evolución de parto. Clin. -
Perinat. Vol. I: 15-25, 1981.
- 20.- Ruiz, H.C. Villalobos R.M.: Embarazo de alto riesgo. I. -
Identificación de alto riesgo perinatal y su repercusión -
en el recién nacido. Ginec. Obstet. Mex. 45:379, 1979.

- 21.- Villalobos R.M., Mac Gregor S.N.C.: Embarazo de alto riesgo II. Determinación de riesgo intraparto, correlación con el riesgo perinatal y el resultado perinatal. Ginec. Obstet. - Mex. 45-272, 1979.
- 22.- Zúñiga G.G.: Evaluación de riesgo durante el embarazo. Tesis de Posgrado. Hospital General - "Gral. Ignacio Zaragoza" I.S.S.S.T.E. - U.N.A.M. - 1985.