

11217

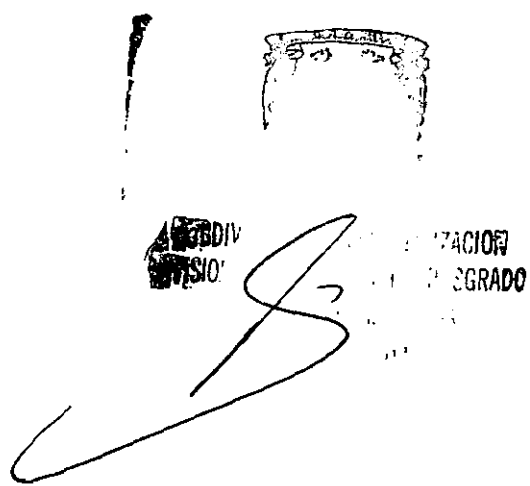
103

HOSPITAL REGIONAL "GRAL. I. ZARAGOZA"  
I.S.S.S.T.E.  
SERVICIO GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA


AUTORIZACIÓN DE ARTICULO


294601

**EVALUACIÓN DE RIESGO PERINATAL**

A large handwritten signature is written over a rectangular stamp. The stamp contains the text "SERVICIO" and "AUTORIZACION DE TESIS".

  
\_\_\_\_\_  
DR. JUAN MIRANDA MURILLO  
COORDINADOR DEL SERVICIO  
DE GINECO-OBSTETRICIA

  
\_\_\_\_\_  
DR. SERAFIN GARCIA MENDOZA  
MEDICO ADSCRITO  
ASESOR DE TESIS

  
\_\_\_\_\_  
DRA. VERÓNICA REA FLORES  
MEDICO RESIDENTE DE 4º AÑO  
GINECO-OBSTETRICIA  
AUTOR.

2001



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

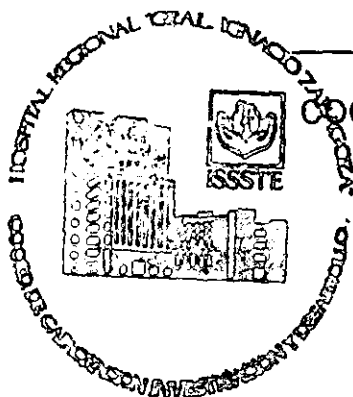
Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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.

HOSPITAL REGIONAL "GRAL. I. ZARAGOZA"  
I.S.S.S.T.E.  
SERVICIO GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

AUTORIZACIÓN DE ARTICULO

**EVALUACIÓN DE RIESGO PERINATAL**



  
DR. ALFONSO A. VAZQUEZ LOPEZ  
COORD. CAP. INVEST. Y DESARROLLO

  
DRA. IRMA DEL TORO GARCIA.  
JEFE DE INVESTIGACION.

I. S. S. S. T. E.  
SUBDIRECCIÓN GENERAL MEDICA  
**REVISADO**  
DIC. 3 1997  
JEFE DE LOS SERVICIOS DE ENSEÑANZA

  
DR. DIONISIO PARRA ROLDAN.  
JEFE DE ENSEÑANZA  
GINECO-OBSTETRICIA

## EVALUACION DE RIESGO PERINATAL

Dra. Verónica Rea Flores.  
Dr. Juan Miranda Murillo.  
Dr. Serafín García Mendoza.

SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA  
HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA" I.S.S.S.T.E.  
CALZ. I. ZARAGOZA #1711  
COL. EJERCITO CONSTITUCIONALISTA, MEXICO, D.F.  
TELS: 744-13-80, 744-41-93, 7-44-22-63 EXT. 120, 121, 144, 146  
FAX: 745-51-72.

## RESUMEN.

**OBJETIVO:** Identificar factores de riesgo perinatal, jerarquizar la atención y disminuir la morbimortalidad materna y perinatal.

**MATERIAL Y METODOS:** Se realizó un estudio retrospectivo, transversal y descriptivo en la Unidad de Tococirugía del Hospital Regional "Gral. Ignacio Zaragoza", en el período del 01 de julio al 30 de septiembre de 1997. Se estudiaron 955 pacientes a las que se les realizó evaluación de riesgo perinatal, clasificándose en bajo, medio y alto riesgo, se analizaron 34 variables, además de vías de resolución, semanas de gestación, apgar y peso de los productos.

**RESULTADOS:** Se clasificaron a 546 (57%) pacientes de bajo riesgo, 287 (30%) de mediano riesgo y 122 (13%) de alto riesgo. La vía de resolución fue para las de bajo riesgo de 75% partos y 25% cesáreas, para las de mediano riesgo de 34% partos y 66% cesáreas y las de alto riesgo de 9% partos y 91% cesáreas. El peso de los productos fue en promedio de 3106 , 3070 y 2780 gramos para las de bajo, medio y alto riesgo respectivamente. Los productos con afectación se encontraron en mayor porcentaje en los productos de alto riesgo (10.8%).

**CONCLUSIONES:** Se observó un peso de los productos menor en las pacientes de alto riesgo, así como menor edad gestacional y por consiguiente resultados menos favorables. El porcentaje de pacientes de medio y alto riesgo se ha incrementado en relación a estudios previos en éste mismo Hospital, así como el índice de cesáreas.

**PALABRAS CLAVE:** riesgo perinatal, morbimortalidad, prevenir.

**ABSTRACT:**

**Objetive:** To identify perinatal risk factors, attention rank and disminution of perinatal and maternal morbidity and mortality.

**Material and methods:** In a retrospective, transverse and descriptive study was accomplished in the "Gral. Ignacio Zaragoza" Hospital from July 01 to September 30 1997. 955 patients were studied and classified according to perinatal risk evaluation, to classify in low, medium and high risk. We analyzed 34 variables, perinatal outcome, pregnancy age, apgar scores and birth weight.

**Results:** 546 (57%) patients were classified in low risk, 287 (30%) in medium risk and 122 (13%) high risk. In the low risk group had 75% delivery and 25% cesarean sections, in the medium risk group had 34% delivery and 66% cesarean sections, on the high risk group had 9% delivery and 91% cesarean sections.

The birth weight average was 3106, 3070 and 2780 grs. in the low, medium and high risk groups respectively. The newborn with affection was major average in the high risk group (10.8%).

**Conclusions:** We founded a low birth weight in the patients of high risk and less pregnancy age, and therefore perinatal outcome less favorable. The percentage medium and high risk patients have increased in relation to previous studies in the same Hospital and the percentage of cesarean sections.

**Key words:** perinatal risk, morbidity and mortality, prevention, perinatal outcome.

## INTRODUCCION:

Las normas para el cuidado de la salud materno infantil y el bienestar familiar, son indispensables para la programación de actividades de todos los niveles del sistema de servicios de salud y para la organización de sus recursos.<sup>1</sup>

Desde tiempos remotos, salud, educación y ejercicio son tres conceptos estrechamente ligados, sirva como ejemplo el caso de la atención durante el embarazo en el México precolombino, donde su trascendencia sociocultural y evidente enfoque preventivo resaltan poderosamente.<sup>2</sup>

La literatura pone de manifiesto una situación digna de tomarse en cuenta: entre más evolucionado está un país, la atención prenatal preventiva es la predominante, mientras que la atención curativa es mayoritaria dentro del subdesarrollo. Ante tal situación, la aplicación de programas educativos en salud representan una alternativa factible y útil.<sup>3</sup>

En numerosas publicaciones desde hace más de dos décadas, se ha puesto de manifiesto la existencia de una intensa relación entre morbilidad perinatal con factores socioculturales. Sin embargo, a pesar del avance alcanzado en el conocimiento de una serie de aspectos reproductivos hasta hace poco insospechados, aún se muestran en los primeros lugares entidades nosológicas como la Hipertensión que complica el embarazo y el puerperio, la amenaza de parto pretérmino, la ruptura prematura de membranas y la infección de vías urinarias, que al parecer no han sido modificadas por las acciones aplicadas de parte de los organismos sanitarios. Esta situación plantea la posibilidad de que varios de sus determinantes, tengan origen fuera

del contexto biológico tradicional, es decir, en otro de los componentes de la relación paciente-institución, este proceso al parecer se inicia en el hogar, se continúa en la escuela, en el trabajo y en la colectividad y posiblemente corresponde a la actitud de la población hacia su propia salud.<sup>4</sup>

Se han establecido programas buscando el ordenamiento y sistematización de las actividades relacionadas con la atención del embarazo, parto y puerperio, y con el cuidado del crecimiento y desarrollo del niño.<sup>5</sup> El objetivo es disminuir la morbimortalidad específica del grupo materno infantil mediante mejores coberturas, oportunidad, calidad y eficiencia de las acciones. Se guían por tres principios: estrategia de riesgo en la organización de servicios, incorporación del análisis epidemiológico en el estudio de la morbimortalidad y énfasis en la administración para la vigilancia y evaluación de las actividades, particularmente la preventiva. Se hace énfasis en el control prenatal para asegurar que cada embarazo culmine con el parto de un producto sano, sin afectar la salud de la madre.<sup>6</sup>

En los servicios de atención prenatal, se ha documentado ampliamente la influencia de la edad, la escolaridad, la ocupación, el estrato social, el lugar de residencia, el estado civil y la disponibilidad de seguridad social.

Muchas mujeres que reciben una asistencia inadecuada, corren el riesgo de sufrir complicaciones perinatales y para conseguir una asistencia de calidad se necesitan profesionales competentes y una coordinación de servicios entre las consultas médicas, las clínicas y los hospitales de 3er. Nivel.

Por lo que las estrategias y esfuerzos del sector salud se deben orientar al aumento de la cobertura y garantizar la calidad de las prestaciones que brinda.



Esta calidad se debe sustentar en la organización de servicios y un sistema adecuado de información.

Se debe contar con una historia clínica apropiada, resumida y con enfoque a la identificación de los factores de riesgo, ya que ésta puede constituir el banco de datos más valioso con que cuenta el equipo de salud, ya sea para conocer las características de la población derechohabiente, evaluar los resultados de la atención brindada, identificar problemas prioritarios y realizar investigaciones epidemiológicas, como la selección y ponderación de los factores de riesgo.

El enfoque de riesgo se fundamenta en el hecho que no todos los individuos tienen la misma probabilidad o riesgo de padecer un daño determinado, sino que para algunos, dicha probabilidad es mayor que para otros. Esta diferencia establece un gradiente de necesidades de cuidados que va desde un mínimo para los individuos de bajo riesgo de prestar ese daño, hasta un máximo, necesario sólo para aquellos con alta probabilidad de sufrir alteraciones de salud en el futuro.<sup>7</sup>

Analizando las causas y actitudes de mujeres embarazadas hacia la demanda de servicios de salud en población abierta, se aprecia que la mayoría de las consultas corresponden a causas como presentar síntomas neurovegetativos y estados patológicos como edema, preeclampsia, amenaza de parto pretérmino, sangrado o flujo vaginal, infección de vías urinarias y dejar de percibir movimientos fetales.<sup>8</sup> Se ha documentado que la disminución de los movimientos fetales se asocia con un significativo aumento de la morbilidad perinatal y el sufrimiento fetal.<sup>9</sup> Algunos investigadores han apoyado con base en sus resultados una mayor frecuencia de pacientes hipertensas con datos de productos con retardo del crecimiento intrauterino,

con evolución perinatal desfavorable, caracterizada por sufrimiento fetal, desceleraciones durante el trabajo de parto y líquido amniótico meconial.<sup>10</sup> La demanda de atención prenatal en la actualidad en el tercer nivel muestra entre los diagnósticos de la consulta de primera vez las altas frecuencias de madre adolescente, madre añosa, antecedente de dos o más cesáreas y el de óbito.<sup>11</sup>

El embarazo en la adolescente es una condición de alto riesgo por la elevada incidencia de complicaciones obstétricas que presenta en comparación con la población adulta.<sup>12</sup> Se describe mayor frecuencia de desproporción cefalopélvica, anemia , preeclampsia y bajo peso del recién nacido.<sup>13</sup> La resolución del embarazo en estas pacientes muestra mayor frecuencia de partos distócicos y cesáreas, así como amenaza de aborto.<sup>14</sup> Y en estas pacientes cuando ocurre embarazo lleva además a una desintegración y desorganización en la vida de la joven, pues trae como consecuencia frecuente el abandono de estudios, del trabajo, conflictos familiares y se ha descrito un control prenatal inadecuado o inexistente.<sup>15</sup>

Con respecto a la edad de las pacientes, la mayor frecuencia de muerte perinatal se encuentra en pacientes jóvenes y nulíparas.<sup>16</sup>

Se realizó este estudio con el objeto de identificar los factores de riesgo perinatal, jerarquizar la atención y disminuir la morbimortalidad materna y perinatal.

## **MATERIAL Y METODOS.**

Se realizó un estudio retrospectivo, transversal, descriptivo y observacional en la Unidad de Tococirugia del servicio de Ginecoobstetricia del Hospital Regional " General Ignacio Zaragoza" durante el periodo comprendido del 01 de julio de 1997 al 30 de septiembre de 1997.

Se incluyeron 955 pacientes que acudieron al servicio con embarazos mayores de 20 semanas para resolución del mismo. Se excluyeron pacientes que fueron trasladadas a otra Unidad para resolución de su embarazo.

A todas las pacientes se les realizó detección y clasificación del riesgo perinatal de acuerdo a un sistema denominado por nosotros PREVENISSSTE, que incluye 34 variables con tres posibles respuestas cada una. Se clasificaron en base a los resultados en bajo, medio y alto riesgo, y se jerarquizó su atención.

Se analizó la vía de resolución del embarazo, peso de los productos, apgar al minuto y semanas de gestación, todo en conjunto con los factores encontrados previamente.

El análisis estadístico fué realizado con medidas de tendencia central.

## RESULTADOS.

Se captaron 955 pacientes que acudieron al servicio de Tococirugia con embarazos mayores de 20 semanas. A todas se les realizó detección y evaluación de riesgo perinatal y se clasificaron en base a resultados en bajo, medio y alto riesgo.

Se clasificaron como de bajo riesgo a 546 pacientes que correspondió a un 57%, de mediano riesgo a 287 pacientes con un promedio de 30.% y de alto riesgo a 122 pacientes correspondiendo a un 13%. Grafica 1.

La media de edad en las pacientes de bajo riesgo fué de  $26.72 \pm 4.64$ , con una mediana de 27, se encontró una moda de 30, con un rango de 15 a 34. En las pacientes de mediano riesgo encontramos una media de  $28 \pm 6.31$ , con una mediana de 28 y moda de 27, el rango fué de 14 a 36. La media de las pacientes de alto riesgo fué de  $31 \pm 6.47$ , se encontró una mediana de 32, moda de 32 y un rango de 11 a 43. Grafica 2.

Las diez variables que más frecuentemente estuvieron presentes y que condicionaron que las pacientes se clasificaran en medio y alto riesgo fueron por orden de frecuencia: edad, cirugía previa uterina, antecedente de cirugías, amenaza de parto pretérmino, hijos de bajo peso, ruptura prematura de membranas, peso al inicio del embarazo, paridad, nivel socioeconómico e hipertensión en el embarazo. Tabla 1.

La vía de resolución de los embarazos para las pacientes de bajo riesgo fué: 75% parto y 25% cesáreas, siendo las principales indicaciones para ésta última: desproporción cefalopélvica (31.8%), anomalías de situación y posición (18.9%), sufrimiento fetal agudo y crónico (15.9%), inductoconducción fallida (12.2%) y ruptura prematura de membranas/oligohidramnios (8.3%). En las pacientes de mediano riesgo

se resolvió el 34% de embarazos por parto y el 66% por cesárea, las principales indicaciones fueron: desproporción cefalopélvica (31.9%), período intergenésico corto (14.1%), anomalías de situación y posición (10.4%), ruptura prematura de membranas/oligohidramnios (9.4%) y sufrimiento fetal (6.8%). Las pacientes de alto riesgo se atendieron 9% por parto y 91% por cesárea, y las principales indicaciones fueron: cesárea iterativa (43.2%), preeclampsia (10.8%), ruptura prematura de membranas (7.2%), desproporción cefalopélvica (7.2%), período intergenésico corto y gestantes añosas (5.4%). Gráfica 3.

La media de las semanas de gestación para las de bajo riesgo fué de  $39.02 \pm 1.90$ , con una mediana de 39.3, moda de 40 y rango de 24 a 43.2. En las de mediano riesgo obtuvimos una edad gestacional media de  $38.6 \pm 1.79$ , con una mediana de 38.5, moda de 38 y rango de 25.3 a 42.2. Las pacientes de alto riesgo tuvieron una media de edad gestacional de  $37.2 \pm 3.02$ , la mediana de 38, moda de 39 y rango de 25.4 a 42.2. Gráfica 4.

En cuanto a el peso de los productos, observamos en las pacientes de bajo riesgo un promedio de  $3,106 \pm 502$  gramos, con una mediana de 3,100, moda de 3,300 y con un rango de 600 a 4,900 gramos. En las pacientes de riesgo medio se obtuvo una media de  $3,070 \pm 507$  gramos, la mediana fué de 3,100 y la moda de 3,200, el rango fué de 900 a 4,500 gramos. Finalmente, en las pacientes de alto riesgo la media del peso fué de los productos fué de  $2,780 \pm 653$  gramos, con una mediana de 2,900, moda de 2,600 y rango de 1000 a 4,400. Gráfica 5.

Los productos que se consideraron con afectación fueron aquellos que tuvieron una valoración de Apgar al minuto de 6 o menor y fueron: en las pacientes de bajo riesgo 16 atendidos por parto (3.9%) y 11 por cesárea (8.08%), en los de medio riesgo

atendidos por parto se encontraron 5 (5.15%), y por cesárea 9 (4.73%) y en los de alto riesgo hubo 12 obtenidos por cesárea (10.8%).Gráfica 6.

## DISCUSION Y CONCLUSIONES.

El objetivo de la asistencia prenatal es la vigilancia de la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y el cuidado posterior del producto.

La evaluación del riesgo no es una tarea sencilla. El concepto de riesgo es fundamentalmente probabilístico y la cadena que asocia un factor de riesgo con daño no siempre está definida. En algunos casos el daño deriva claramente de un factor, pero en otros, la relación es mucho más difícil de establecer por desconocimiento del factor o factores que intervienen o por la dificultad de establecer el peso individual de cada uno de ellos, cuando el problema es multifactorial.

El propósito de este estudio fué realizar en todas las pacientes que acudieron al servicio de Tococirugía detección y evaluación del riesgo perinatal en forma oportuna para poder jerarquizar su atención y de esta manera disminuir la morbimortalidad materno-infantil; además de poder evaluar al tipo de población que acude al servicio, identificar los factores de riesgo que predominan en nuestra población y poder incidir sobre ellos a través de programas preventivos.

Nosotros observamos en nuestro estudio que los porcentajes de población de medio y alto riesgo se han modificado, en relación a los encontrados previamente en otros estudios realizados en esta misma Unidad hace algunos años; y los que encontramos en la actualidad son de 30% de embarazos de mediano riesgo y 13% de alto riesgo. La edad de las pacientes en las de bajo y mediano riesgo no muestra una diferencia importante (26.72 y 28 respectivamente), no ocurre así con las de alto riesgo donde se encontró una edad promedio de 31. En la vía de resolución de los embarazos, encontramos que el 25% de los de bajo riesgo se resolvió por cesárea, siendo las 2

causas más importantes la desproporción cefalopélvica y anomalías en la situación y posición del producto; mismas indicaciones que predominaron en las pacientes de mediano riesgo y encontrando un porcentaje de cesáreas de 66%; en las pacientes de alto riesgo el 91% se resolvió por cesárea y las principales indicaciones derivaron de antecedente de dos o más cesáreas y preeclampsia, éstas dos últimas indicaciones muestran perfectamente la razón del aumento del índice de cesáreas dado el riesgo de las pacientes en esta población.

No se observó gran diferencia en el promedio de la edad gestacional entre los diferentes riesgos, ya que los tres grupos se encontraron con edades de término.

En cuanto al peso entre los productos de bajo y mediano riesgo no observamos una diferencia significativa, pero los de alto riesgo si mostraron un peso menor de hasta 300 gramos.

Los resultados de productos afectados se encontraron en mayor porcentaje en las pacientes con clasificación de alto riesgo (10.8%), lo cual resulta obvio dados los riesgos encontrados en las mismas.

Nuestros resultados nos muestran que en las pacientes de alto riesgo podemos esperar productos con pesos más bajos, prematuridad y resultados menos favorables, lo cual nos lleva a complicaciones postnatales ampliamente conocidas. Se propone en base a estos resultados realizar de manera rutinaria la evaluación de riesgo perinatal en forma oportuna, para poder otorgar la mejor atención a la población y que los productos de las gestaciones así como las madres puedan disfrutar de una mejor calidad de vida.



## BIBLIOGRAFIA.

- 1)Schwarcz R. , Díaz A.G., et al: Atención prenatal y del parto debajo riesgo. Public. Cient. CLAP 1991;1234:11-15.
- 2)Habib, OS, Vaughan, JP: The determinats of health services utilization in southern Iraq: a household interview survey. Int. J Epidemiol, 1986;15(3): 395-403.
- 3)Arroyo, P: La planeación de la salud perinatal. El caso de Francia. Perinatol Reprod Hum. 1990,4(4).
- 4)Ortigosa, E., Karchmer, S: Factores relacionados con el reconocimiento de signos de alarma durante el embarazo. Ginec Obstet Mex.1996,64:90-95.
- 5)Rivera, T., Salas, M, et al: Influencia del control prenatal sobre la morbimortalidad materna y perinatal en un centro hospitalario de 2º. Nivel de atención. Ginecol Obstet Mex 1994; 62:185-88.
- 6)Infante, C: Utilización de servicios de atención prenatal: influencia de la morbilidad percibida y de las redes sociales de ayuda. Salud Pub. Mex. 1990;32:419-29.
- 7)De la Garza, C., Gonzalez, M.: Muerte perinatal. Ginecol Obstet Mex. 1995;63:186-89.
- 8)Díaz, A., Schwarcz, R. et al: Sistema Informatico Perinatal. Public Cient CLAP 1993;1203:9-14.
- 9)Romero, G., González, R. et al: Morbimortalidad perinatal asociada a senescencia placentaria. Ginecol Obstet Mex. 1997;65:8-12.
- 10)Infante, C.: Utilización de Servicios de Atención Prenatal: Influencia de la morbilidad percibida y de las redes sociales de ayuda. Salud Pub Mex. 1990; 32, (4):419-29.
- 11)Romero, G., Sánchez, R.:Morbimortalidad perinatal asociada a hipomotilidad fetal. Ginecol Obstet Mex. 1994;62:222-25.

ESTA TESIS NO SALE  
DE LA BIBLIOTECA

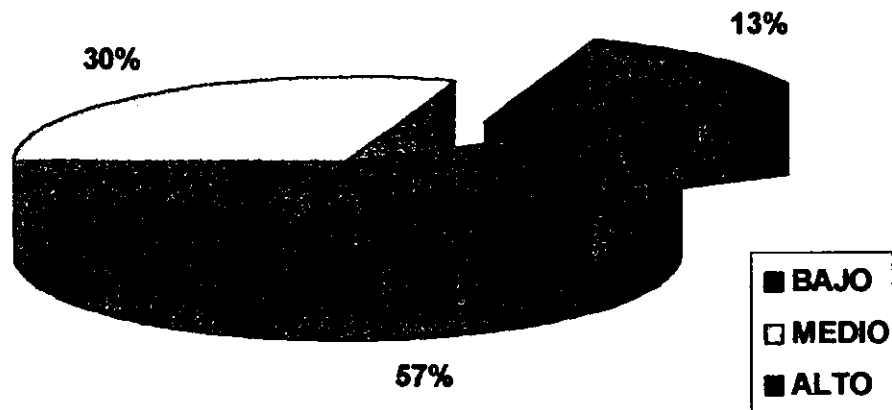
- 12) Ortigosa, E., Carrasco, I. et al: Morbilidad gestacional. *Ginecol Obstet Mex.* 1993; 61:247-53.
- 13) Roopnarinesingh S., Bassaw, B.: Is adolescent pregnancy hazardous?. *W I Med J.* 1993; 42:22-2
- 14) Valdez, F., Valle, O.: Prevalencia y factores de riesgo para complicaciones obstétricas en la adolescente. Comparación con la población adulta. *Ginecol Obstet Mex.* 1996; 64:209-13.
- 15) Ehrenfeld-Lenkiewicz N.: Educación para la salud reproductiva y sexual de la adolescente embarazada. *Salud Pub Mex.* 1991; 36:154-60.
- 16) Puente TFJ, et al : Muerte fetal. *Ginecol Obstet Mex.* 1988; 56:189-94.

**PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO.**

TABLA 1.

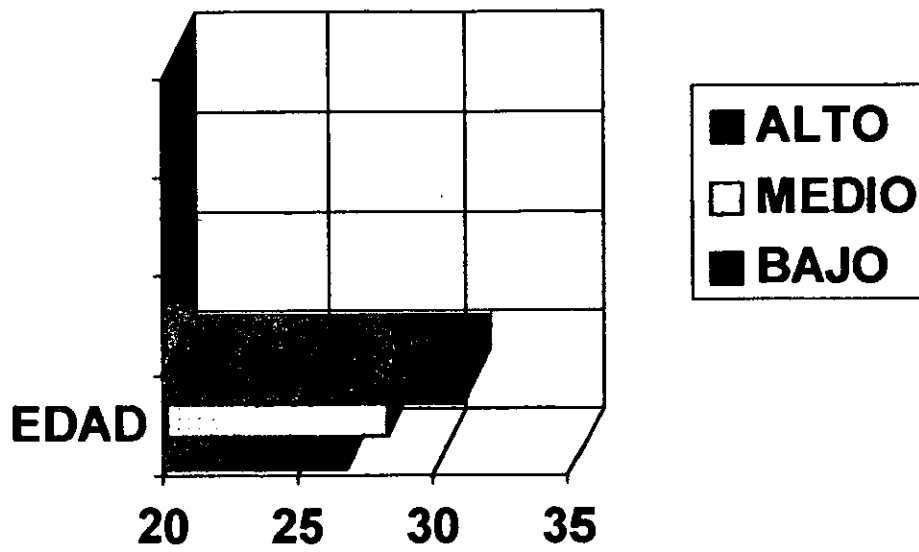
FACTOR DE RIESGO	BAJO	MEDIO	ALTO
	%	%	%
EDAD	61.46	27.85	10.68
CIRUGIA PREVIA	73.40	21.15	5.44
ANTEC. CIRUGIA	74.55	0.10	25.34
AMENAZA PARTO PRET.	86.91	11.30	1.78
HIJOS PESO BAJO	94.76	4.08	1.15
RPM	91.72	7.22	1.04
PESO INICIO	86.07	12.98	0.94
PARIDAD	48.16	51.83	-
NIVEL SOCIOECONOMICO	76.33	23.66	-
HIPERTENSION/EMB.	96.75	2.40	0.83

## CLASIFICACION DE RIESGO PERINATAL.



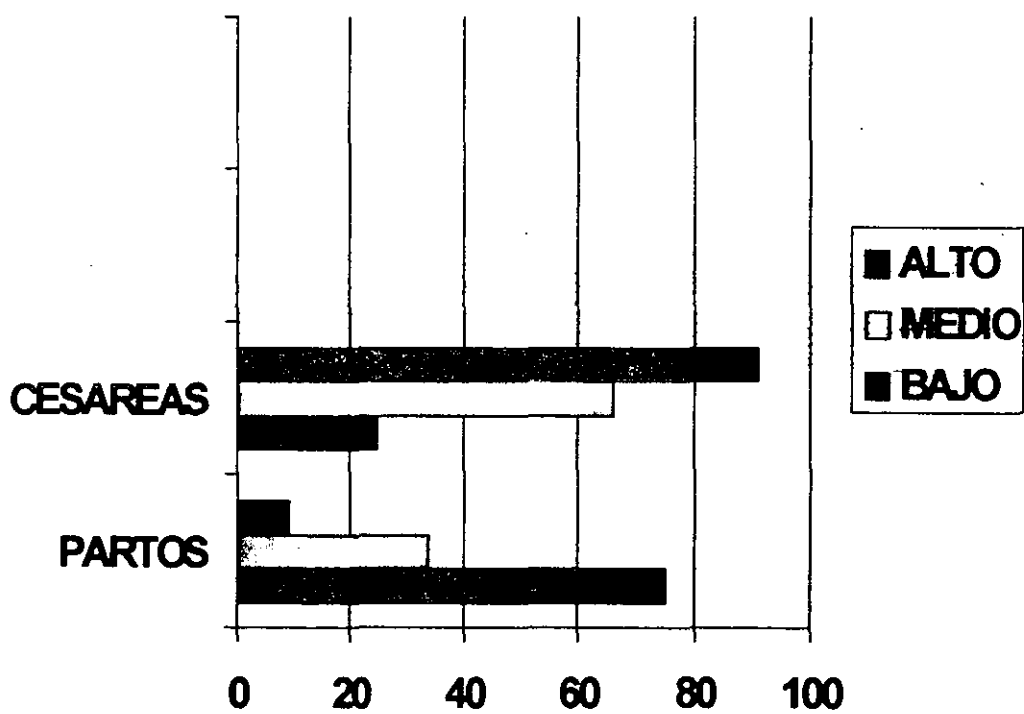
GRAFICA: 1

## PROMEDIO DE EDAD



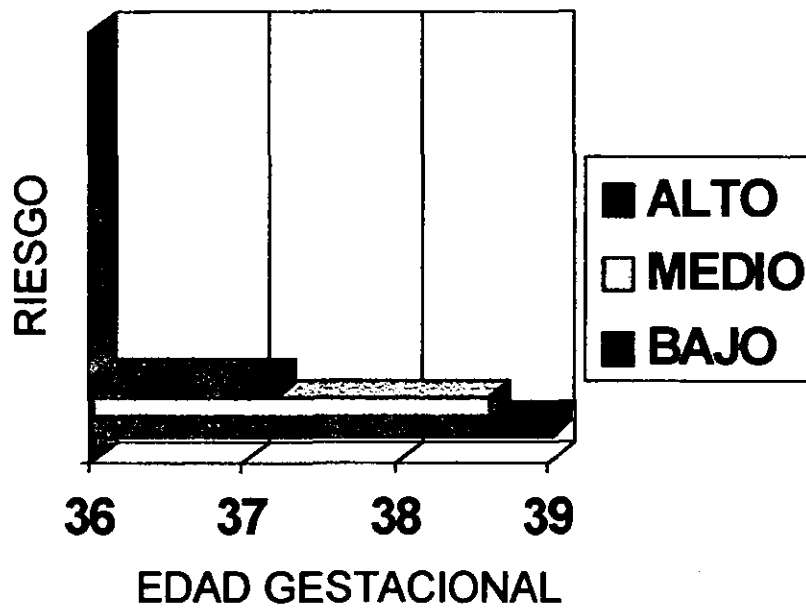
GRAFICA:2

## VIA DE RESOLUCION



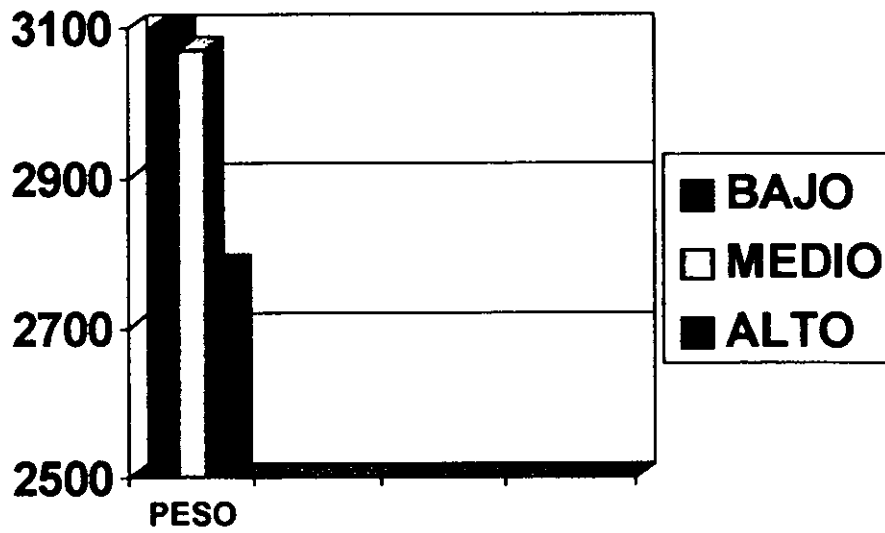
GRAFICA: 3

## PROMEDIO EDAD GESTACIONAL



GRAFICA:4

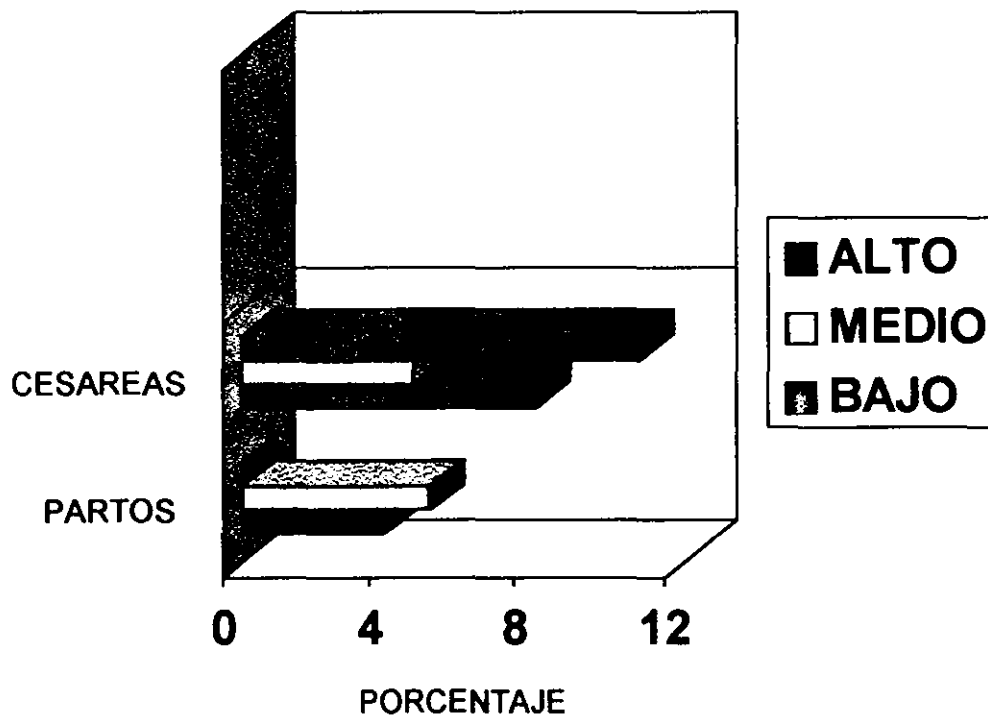
## PESO DE LOS PRODUCTOS



GRAFICA:5



## PRODUCTOS CON APGAR BAJO



GRAFICA:6