

HOSPITAL REGIONAL “ 1º DE OCTUBRE “

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

GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

**ATENCION OBSTÉTRICA JERARQUIZADA
POR FACTORES DE RIESGO**

Dr. Daniel J. Zárate López



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 “ 1º DE OCTUBRE “

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

GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

**ATENCION OBSTÉTRICA JERARQUIZADA POR FACTORES DE
RIESGO**

DR. FRANCISCO ALVARADO GAY
ASESOR DE TESIS

DR. FRANCISCO ALVARADO GAY
COORD. DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

DR. GERARDO DE JESUS OJEDA VALDEZ
COORD. DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION

DR. VICENTE ROSAS BARRIENTOS
JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION

INDICE:

Indice	
Resumen	i
Introducción	1
Justificación	4
Objetivos	5
Material y métodos	6
Resultados	8
Discusión	10
Conclusiones	12
Bibliografía	13
Tablas	15

RESUMEN

OBJETIVO: Calificar los factores de riesgo, y proporcionar una atención resolutive de tipo jerarquizada con el fin de disminuir la morbimortalidad materna y perinatal.

MATERIAL Y METODOS: Se realizó un estudio prospectivo, longitudinal abierto y observacional, en la unidad de tococirugía del Hospital Regional “ 1º de Octubre”, de enero de 1999 a junio de 1999. Se calificaron el riesgo perinatal en bajo, mediano y alto riesgo de acuerdo a la cedula de riesgos perinatales.

RESULTADOS: En la evaluación final se obtuvo 17.57% de bajo riesgo, 51.41% de mediano riesgo y 31% de alto riesgo. La vía de resolución de bajo riesgo fue de 86% con parto y 14% con cesárea, los de mediano riesgo fue de 78.3% con parto y 21.64% con cesárea, así como para los de alto riesgo se obtuvo 43.58% por medio de parto y 56.41% con cesárea. Los casos de complicaciones fetales en su mayoría fueron inherentes a la prematurez de los mismos, y solo en 5 casos de tipo obstétrica como son 1 caso de fractura de clavícula, sin riesgo previo, así como 4 casos de síndrome respiratorio del recién nacido por retardo en decisión quirúrgica.

CONCLUSIONES: La atención jerarquizada por los Médicos de mayor experiencia en relación al tipo de riesgo perinatal nos permite dar una mejor atención a las pacientes, disminuir la morbimortalidad de las mismas, disminuir las complicaciones neonatales, y sistematizar la enseñanza quirúrgica de acuerdo a experiencia basada en tiempo y casos atendidos por grado de especialización.

INTRODUCCION

A mediados de siglo se inicio el estudio para implementar sistemas de valoración de riesgo perinatal durante el embarazo, como resultado de estos estudios se identificaron algunos factores que influyen directamente con la evolución y la indicación obstétrica resolutive, y que son directamente modificadores del beneficio materno feta^(1,2,3).

El manejo de riesgo perinatal es tomado en cuenta por los diferentes organismos de salud pública e incluido dentro de sus programas, dado que el concepto como tal nos determina el conocimiento de que algunas poblaciones e individuos tienen mayor posibilidad que otros de sufrir enfermedad, lesión y/o , muerte para lo cual requieren de una atención especifica mas especializada. En la práctica el concepto antes mencionado nos permite hacer una medicina mas equitativa dando mayor énfasis y recurso a las poblaciones de mayor riesgo ^(4,5,6).

La racionalización del termino riesgo nos permite dar un enfoque médico diferente, donde se nos permite lograr que el trabajo del personal de salud sea mas redituable y de mejor calidad, acorde con los riesgos de salud de la población ^(7,8).

El tiempo, la civilización, los cambios en las costumbres y la evolución del conocimiento técnico y científico han modificado en parte estas creencias; pero siempre se han tendido a respetar los principios mas antiguos. Actualmente vivimos una época de grandes avances en la tecnología científica, pero también de crisis de actitudes y de severas limitaciones económicas en la que los principios básicos de la medicina, y en especial de la ginecoobstetricia y la perinatología, han impulsado nuevamente al médico a reconquistar el lugar tan relevante que ocupaba el embarazo y del parto con el estricto apego a los

lineamientos naturales, y con mayor énfasis para corregir las desviaciones que alteren una adecuada evolución, basado en el conocimiento mas profundo de la fisiopatología de los procesos que generan enfermedad, y/o muerte perinatal y materna^(9,10).

De los grupos mas vulnerables a un daño es el materno infantil, la obstétrica actual revela que ha habido una disminución dentro de los últimos 30 años de mortalidad materna, basada en la citada tecnología, sin embargo en nuestro país aun nos encontramos por debajo de los estándares internacionales de muerte y complicaciones materno infantil, probablemente como consecuencia del acelerado ritmo de reproducción humana que impide mejorar la calidad de atención y con proporcionar una mejor calidad de vida. ⁽¹¹⁾.

En nuestro país muchas pacientes reciben una atención no profesional corriendo el riesgo de complicaciones perinatales. Aunque los programas actuales ponen en práctica la enseñanza para estas labores, no son suficientes ya que muchas de las ocasiones no son supervisadas por personal realmente capacitado, para diagnosticar complicaciones o riesgos inherentes a la evolución del embarazo, ocasionando con esto una deficiente atención y continuar con niveles altos de complicaciones que pudiesen ser corregidas y controladas previamente ^(12,13).

Se han establecido programas para sistematizar los conceptos de riesgos y poder mejorar la atención. El objetivo de los citados programas es disminuir la morbimortalidad de la población materno-infantil, basados en los principios de mejores coberturas, oportunidad, calidad y eficiencia en las acciones. Basándose con mayor interés en la sistematización de los factores para una adecuada atención preventiva. ^(14,15).

El embarazo es un estado fisiológico que se puede asociar a factores de riesgo, los cuales pueden modificarse en el transcurso del embarazo o desencadenarse del trabajo de parto. El control perinatal es indispensable para identificar factores de riesgo durante el desarrollo del embarazo, lo que permite plantear estrategias diagnósticas y requiere la aplicación de nuevas técnicas y conocimientos para calificar el riesgo adecuando la atención obstétrica de acuerdo a la calificación obtenida. ⁽¹⁶⁾.

Dentro del sistema académico del instituto se norman ciertas actividades para los diferentes grados de educación médica, donde de acuerdo a un plan de estudios se estima el grado de aprendizaje y habilidades adquiridas, por el personal académico de acuerdo al año que cursa, previniendo con esto una madurez medica en los residentes y una menor tasa de complicaciones. ⁽¹⁷⁾

JUSTIFICACION

Uno de los principales problemas de salud pública en la actualidad sigue siendo el alto índice de morbi-mortalidad de la atención obstétrica en el sector salud que en el año de 1998 fue de 24%, debido a la atención de las madres por médicos o facultativos con falta de práctica y experiencia en la atención de las mismas, llámese parteras, médicos en formación, o residentes de recién inicio.

La categorización de las patologías están establecidas, de acuerdo a la gravedad de las mismas, el porcentaje de complicaciones inherentes al diagnóstico, y esto nos lleva a pensar que de acuerdo a la gravedad del diagnóstico y pronóstico se debe fundamentar el nivel de atención por el personal médico involucrado.

Siendo así nos justifica el pensar en la necesidad de categorizar nivel académico y de experiencia para poder desarrollar las técnicas pertinentes para la captación, diagnóstico y decisión terapéutica de las pacientes. Con lo cual se puede reducir el número de diagnósticos equivocados, complicaciones y a su vez demandas de tipo legal tanto personales como institucionales.

La correcta estadificación de riesgos en base a el tipo de indicación obstétrica, la resolución acertada del embarazo y el personal indicado para su atención, tendrá como resultado la disminución de las complicaciones y un mejoramiento en la calidad de la atención a costos bajos.

OBJETIVOS:

OBJETIVO GENERAL:

1.- Jerarquizar por factores de riesgo a las pacientes obstetricas, tomando en consideración la evaluación de factores de riesgo perinatal durante el embarazo y el trabajo de parto.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1.- Reportar los riesgos de morbilidad materna y perinatal en función de una atención médica jerarquizada en el lapso de un año.

2.- Reportar los factores de riesgo más comunes de la atención obstétrica.

MATERIAL Y METODOS:

Se realizó un estudio prospectivo, longitudinal, observacional y abierto en la unidad de tococirugía del servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional 1º de octubre del I.S.S.S.T.E., durante el período comprendido entre enero a junio de 1999.

CRITERIOS DE SELECCION:

Pacientes embarazadas que acudieron a la unidad a solicitar atención con embarazos mayores de 28 semanas que requerían resolución del mismo, con producto vivo y que todos los eventos fueron realizados en el Hospital 1º de Octubre.

CRITERIOS DE EXCLUSION:

Se excluyeron todas aquellas pacientes que no cumplieran con estas condiciones, ó que hubieran sido trasladadas a otra unidad para su resolución.

A todas las pacientes se les evaluó el riesgo perinatal. Con una puntuación referida (2) para pacientes de bajo riesgo hasta 25 puntos, y atendidas por parto por residentes de primer grado con ayuda de un médico interno. Así mismo para las pacientes de mediano riesgo con puntuación de 26 a 40 atendidos por un residente de 2do grado y ayudado por residente de 1er año. Y puntuación por arriba de 41, atendidos por residente de 3er y 4to año, ayudados por residentes de 2do y 3er año, en todos los casos supervisados por Médico especialista.

Se analizó la distribución de complicaciones con las siguientes variables: calificación de riesgo, vía de resolución del embarazo, complicaciones durante o posteriores a la resolución del embarazo, factores de riesgo mas frecuentes, edad y gestas.

ANALISIS ESTADISTICO:

La comparación de la frecuencia de las complicaciones presentadas en los grupos se realizo mediante análisis uní variado dicotómico: Bajo riesgo contra mediano y alto riesgo, usando χ corregida por Yates y prueba exacta de Fisher en celdas con valor esperado menor de 5.

RESULTADOS

Se captaron 1352 pacientes que acudieron al servicio de tococirugía con embarazos mayores de 28 semanas. A los cuales se realizó la detección y calificación de factores de riesgo, formando tres grupos: bajo, mediano y alto riesgo. Se excluyeron 220 por no cumplir los criterios requeridos, por lo tanto se trabajó con un total de 1132 pacientes.

El grupo de bajo riesgo se formó con 199 pacientes (18%), el de mediano riesgo con 582 (51%) y el de alto riesgo con 351 pacientes (31%). La media y rango de edad de cada grupo se muestran en la tabla 1.

En relación a la vía de resolución, el 68% fue por vía vaginal y el 32% por vía abdominal. El análisis de la vía de resolución en los diferentes grupos se muestra en la tabla 2, el número de cesáreas fue menor en el grupo de bajo riesgo, con el 14%, en comparación con el de mediano y alto riesgo en los cuales el porcentaje de cesáreas fue de 22% y 56% respectivamente.

Las complicaciones encontradas en las pacientes atendidas por vía vaginal, se muestran en la tabla 3, el porcentaje de desgarros, distocia de hombros y otras causas fue similar en los 3 grupos. Para el análisis estadístico, se comparó bajo contra mediano y alto riesgo y únicamente se encontraron diferencias significativas entre grupos en la presencia de periodo expulsivo prolongado ($p < 0.05$) y en el número de pacientes que no presentaron complicaciones ($p < 0.04$).

Las complicaciones encontradas en las pacientes intervenidas quirúrgicamente fueron hipotonía, hemorragia, síndrome de dificultad respiratoria y otras, como se muestra en la tabla 4, no se encontró una diferencia significativa al comparar entre los grupos de riesgo el número de estas complicaciones, sin embargo el número

de pacientes que no presentaron complicaciones, sí mostraron una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0.000$).

DISCUSIÓN:

Evaluar y calificar el riesgo durante el embarazo y el trabajo de parto nos permite no solamente ubicar a los diferentes tipos de pacientes en grupos de riesgo, sino que nos ofrece un medio para poder sistematizar y normar la atención de acuerdo a cada caso.

Hacer una evaluación y calificación del factor de riesgo no es sencillo ya que en la misma intervienen muchos factores, algunos de los cuales son inherentes al correcto llenado de los formatos elaborados. La evaluación que utilizamos para nuestro estudio nos abarca aspectos generales de la paciente y de su embarazo al momento de su ingreso siendo fundamentalmente antecedentes y estado actual de la gestación, sea que la paciente se encuentre cursando con trabajo de parto o sin él.

Los conceptos asociados al riesgo se encuentran basados en probabilidades y en muchas ocasiones no es posible definir o asociar el papel de un determinado factor en la generación del daño pues son varios los factores que intervienen y no es posible darle un peso específico a cada uno. Poniendo al servicio de la población materno-infantil el conocimiento técnico y científico del personal médico en base a su experiencia con la finalidad de disminuir los índices de morbilidad y mortalidad en este grupo específico.

Durante la realización de este estudio se observó que los porcentajes de riesgo medio y alto se han modificado con respecto a reportes previos en donde ya se hacia referencia a su incremento siendo que en este estudio se observaron al ingreso con riesgo medio de 51.41% y de alto riesgo de 31%.

Dado que nuestro hospital se encuentra considerando como de tercer nivel nos refleja el tipo de pacientes que se atienden en nuestra unidad.

La edad de las pacientes nos mostró una diferencia importante destacándose que esta variable por si sola nos permite establecer un riesgo estimado sabiendo previamente que en pacientes muy jóvenes o añosas la posibilidad de complicaciones se incrementa.

La vía de resolución nos muestra que en las pacientes calificadas con riesgo bajo predomina el parto hasta en un 86% y en riesgo alto disminuye hasta en un 56.41% y el resto se resolverán por cesárea.

La calificación final en los grupos de 40 ó menores de 15, en todos los casos se encausaron dentro de las pacientes de riesgo alto a su ingreso lo que nos pone en alerta ante el potencial desarrollo de complicaciones en este tipo de pacientes.

Una vez obtenida la calificación se es posible asignar la atención obstétrica, tomando en consideración el grado de especialización medica con que cuente la unidad, viendo que es posible sistematizarla si se cuenta con el personal adecuado, lo que se refleja en los resultados obtenidos. En los casos en los cuales no se pudo realizar la atención como se había proyectado se debió a gran medida a falta de organización o de personal médico disponible en ese momento; en los casos de los que la atención fue como lo proyectado siempre fue supervisada por personal de una rango académico mayor.

CONCLUSIONES:

1.- Los resultados obtenidos muestran que a través de la jerarquización de la atención del evento obstétrico en base a la calificación del factor de riesgo se puede impactar de manera favorable en los índices de complicaciones, así como la morbimortalidad materna y perinatal.

2.- En nuestro país, donde las unidades médicas son en su gran mayoría hospitales-escuela se debe normar la atención de la paciente obstétrica en base a la experiencia y conocimiento médico.

3.- Se deben de replantear los programas de atención en vista del incremento de la población de riesgo medio y alto.

4.- Que en todas las unidades médicas que proporcionen atención obstétrica se cuente con un sistema de valoración de riesgo perinatal que permita identificar y referir oportunamente a las pacientes con riesgo medio y alto a unidades donde existan recursos humanos con personal capaz de brindar una atención adecuada y de calidad.

5.- El manejo de estos sistemas de valoración debe hacerse en los tres niveles de atención con el fin de ofrecer una atención oportuna y de calidad para que el control prenatal cumpla con su objetivo de obtener niños sanos sin perjuicio para la salud de la madre.

BIBLIOGRAFÍA:

- 1) Ahued, A..J.R. Concepto de embarazo de alto riesgo. Rev. Med. I.S.S.S.T.E., 1987; 1:19-21.
- 2) Arroyo, P. La planeación de la salud perinatal el caso de francia. Perinatol. Reprod. Hum., 1990, 4 (4).
- 3) De la Garza Quintanilla, Gonzalez, et al. Muerte perinatal. Ginecol. Obstet. Mex., 1995;63:186-89.
- 4) Chase, H.C. Perinatal mortality: Overview and current trends in Nesbit rel. Clinics in Perinatology. Philadelphia N.S. saunders Co. 1995. p3.
- 5) Infante, C. Utilización de servicios de atención prenatal: Influencia de la morbilidad percibida en redes sociales de ayuda. Salud pública de México. 1993;32 (4):419-29.
- 6) Ortigoza, E. Carrasco, Y., et al. Morbilidad gestacional. Ginecol. Obstet. Mex., 1993;61:247-53.
- 7) Rivera López Tayde, et. Al. Influencia del control natal sobre la morbimortalidad materna y perinatal en un centro hospitalario de segundo nivel de atención. Ginecol. Obstet. Mex., 1994;62:185-88.
- 8) Romero G. Gonzalez, R., et. Al. Morbi y mortalidad prenatal asociada a senescencia placentaria. Ginecol. obstet. Mex. 1997;65:8-12.
- 9) Romero G. Sánchez, R. Morbimortalidad fetal asociada a hipomotilidad fetal. Ginecol. Obstet. Mex. 1994;62:222-25.
- 10) Váldez F. Valle, et. Al. Prevalencia y factores de riesgo para complicaciones obstétricas en la adolescente. Comparación con la gente adulta. Ginecol. Obstet. Mex., 1996;64:209-21.
- 11) Diaz Vargas, G.C. evaluación clínica del riesgo perinatal. Tesis de posgrado. I.S.S.S.T.E.- U.N.A.M.1986.

- 12) Flores M.E. Evaluación del trabajo de parto con factores de riesgo al inicio del trabajo de parto y resolución del mismo. Tesis de posgrado. I.S.S.S.T.E.- U.N.A.M. 1997.
- 13) Montaña M.W. impacto de utilizar un sistema de riesgo en la atención materno infantil. Tesis de posgrado. I.S.S.S.T.E.-U.N.A.M. 1990.
- 14) Ortiz M.M. morbimortalidad materna y perinatal. Tesis de posgrado. I.S.S.S.T.E.-U.N.A.M. 1996.
- 15) REA. F.V. Evaluación de riesgo perinatal. Tesis de posgrado. I.S.S.S.T.E.-U.N.A.M. 1997.
- 16) Solano E.L. Vargas, G.O. detección de embarazo de alto riesgo en el primer nivel de atención médica y su envío eficiente y oportuno a tercer nivel. Tesis de posgrado. I.S.S.S.T.E.-U.N.A.M. 1993.
- 17) Vargas M.E. Cesárea previa: valoración del riesgo medio y parto. Tesis de postgrado. I.S.S.S.T.E.-U.N.A.M. 1991.

Cuadro 1. Media y rango de edad en las pacientes que se clasificaron en 3 grupos de riesgo

Grupo de riesgo n (%)	Media y rango de edad
Bajo 199 (18%)	25 (20-34)
Mediano 582 (51%)	28 (15-35)
Alto 351 (31%)	32 (14-44)

Cuadro 2. Vía de resolución del embarazo en los diferentes grupos de riesgo

Grupo de riesgo	Vía de resolución	
	Vaginal	Abdominal
Bajo (n=199)	171 (86%)	28 (14%)
Mediano (n= 582)	454 (78%)	128 (22%)
Alto (n=351)	154 (44%)	197 (56%)

Cuadro 3. Complicaciones encontradas en los embarazos resueltos por vía vaginal en los 3 grupos de riesgo

Grupo	Desgarros	Distocia de hombros	Periodo de expulsión prolongado	Otras causas	Atención normal
Bajo (n = 171)	5 (3%)	9 (5%)	7 (4%)	3 (2%)	147 (86%)
Mediano (n = 454)	5 (1%)	10 (2%)	10 (2%)	14 (3%)	415 (92%)
Alto (n=154)	2 (1%)*	0 (0%)*	0 (0%)*	5 (3%)*	140 (91%)*
χ^2 (Fisher)	p = 0.15	p = 0.01	P = 0.05	p = 0.24	p = 0.02

Cuadro 4. Complicaciones encontradas en los embarazos resueltos por vía abdominal en los 3 grupos de riesgo

Grupo	Hipotonía	Hemorragia	Síndrome de dificultad respiratoria	Otras causas	Atención normal
Bajo (n = 28)	0 (0%)	0 (0%)	1 (3%)	1 (3%)	26 (94%)
Mediano (n= 128)	5 (4%)	3 (2%)	8 (6%)	3 (2%)	108 (84%)
Alto (n= 197)	12 (6%)	14 (7%)	20 (10%)	6 (3%)	145 (74%)
χ^2 (Fisher)	p = 0.19	p = 0.06	P = 0.21	p = 0.59	p = 0.00