

Riesgo intraparto y algunas condiciones obstétricas prenatales

Intrapartum Risk

Dra. Mayra Sánchez Lueiro; Dr. Francisco Fernández Rodríguez; Dra. Isabel Figueroa Calderón; Dr. Jorge Luis Porrata Maury

Hospital Ginecobstétrico Docente Ana Betancourt de Mora. Camagüey, Cuba.

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo y prospectivo de gestantes con riesgo intraparto en el Hospital Docente Ginecobstétrico Provincial de Camagüey Ana Betancourt de Mora en el año 1996 para conocer la relación entre riesgo intraparto y algunas condiciones obstétricas prenatales. Las historias clínicas fueron la fuente de datos, aplicándoles una encuesta que se procesó por computación en el Sistema Microstat, utilizando por cientos y test de hipótesis de proporciones. Se evaluaron 176 gestantes según clasificación de riesgo vigente a nivel nacional, el 74, 13% se clasificó en el nivel III y 23, 86 % en el nivel II, de ellas 104 eran nulíparas. El 48% fueron evaluadas de alto riesgo prenatal y la ganancia de peso fue insuficiente en la mayoría de las estudiadas. Las condiciones de riesgo intraparto más frecuentes fueron el uso de oxitocina y el líquido meconial, predominaron los embarazos a término con recién nacidos normopeso, encontrando como morbilidad neonatal la depresión al nacer, hubo cuatro muertes fetales y una neonatal precoz. Como morbilidad materna se encontró el desgarro de cuello en el 15, 90%.

DeCS: PARTO; FACTORES DE RIESGO.

ABSTRACT

A descriptive, prospective study of pregnant women with intrapartum risk was carried out at Ana Betancourt de Mora Gynecology - Obstetric Provincial Hospital in 1996 so as to know the relationship among intrapartum risk and some prenatal obstetric conditions. Clinical records were the source of data, the data was processed through MICROSTAT system, using percentages and test of proportion hypothesis, 176 pregnant women were assessed according to risk classification updated at national level, 74, 13% classified at level III and 23, 86% at level II 104, 1 % out of them were nulliparous. 48, 86% were assessed with high prenatal risk and weight gain was insufficient in most of studied pregnant women.

Intrapartum risk conditions most frequent were the use of oxytocin and meconial fluid; at term pregnant women with normal weight prevailed. We found depression at birth as neonatal morbidity. There were four fetal deaths and one early neonatal one; cervix laceration was found as maternal morbidity in 15, 90%.

DeCS: DELIVERY; RISK FACTORS.

INTRODUCCIÓN

El Programa de Atención Materno Infantil en Cuba tiene como objetivo lograr que las mujeres conciban en óptimas condiciones biológicas, psíquicas y sociales para que tengan el hijo deseado en el momento oportuno, modificando de esta manera el riesgo preconcepcional y sus consecuencias.

Se considera que en nuestro país existen entre un 15 y un 30 % de mujeres que tienen alguna condición que las identifican como mujeres de riesgo reproductivo incrementado (2).

Las gestantes se incluyen dentro de los grupos especialmente vulnerables y se logra la característica particular de que al hablar de riesgo obstétrico no se hace referencia, a un solo riesgo, ni a una sola persona, por eso es más correcto hablar de riesgo materno-fetal para hacerlo extensivo al producto de la concepción o referirse al riesgo materno-fetal teniendo en cuenta que muchos de estos factores no solo repercuten en la morbilidad y mortalidad materno-fetal sino que se extiende su influencia al período neonatal y postneonatal (3).

La atención prenatal se organiza como estrategia de intervención en función del riesgo obstétrico, para de esta manera identificar a las gestantes con probabilidad de aparición de un evento o daño precisamente en el momento del parto, el cual

implica una serie de medidas y de cuidados que van desde los mínimos para las mujeres de bajo riesgo, hasta la vigilancia intensiva en aquellas con elevadas posibilidades de sufrir alteraciones para su salud o la de su bebé (1).

Existen numerosas clasificaciones de riesgo, tanto durante el embarazo como durante el parto (5) por la necesidad de conocer las principales condiciones que elevan el riesgo materno fetal.

En nuestro país se estableció que toda gestante que ingresara en la sala de partos fuera clasificada por niveles de atención y se mantuviera su seguimiento en dependencia de esta clasificación.

La vigilancia del trabajo de parto y el diagnóstico precoz del sufrimiento fetal agudo durante el mismo, son un reto para la obstetricia moderna pues se acepta que pueden existir repercusiones en el futuro neurológico que pueden ir desde lesiones leves hasta el retardo mental con parálisis cerebral y muerte.

En la actualidad a nivel mundial son muchos los investigadores que crean medios cada vez más sofisticados para la vigilancia fetal intraparto tratando de perfeccionar la calidad en la atención a la maternidad.

La necesidad de conocer las principales condiciones que elevan el riesgo materno-fetal durante esta etapa, así como ofrecer a la sociedad y a la familia seguridad y excelencia en la atención médica motivaron la realización de esta investigación .

MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo y prospectivo al universo constituido por 176 gestantes clasificadas con riesgo al parto de los 2 673 nacimientos ocurridos en el primer trimestre de 1996 en el Hospital Docente Gineobstétrico Ana Betancourt de Mora de Camagüey.

La muestra se seleccionó por medio del sistema estadístico EPIDAT.

Los expedientes clínicos constituyeron la fuente de datos, que fueron volcados en una encuesta confeccionada con las variables objeto de estudio y los mismos fueron procesados en una microcomputadora IBM compatible mediante el sistema estadístico Microstat.

Los métodos utilizados fueron estadística descriptiva, distribución de frecuencia, Chi cuadrado y test de hipótesis de proporciones.

Los resultados se expresan en tablas de frecuencia y contingencia

RESULTADOS

En la Tabla 1 se analiza la relación edad evaluación nutricional en las gestantes con riesgo intraparto, demostrándose que las edades más frecuentes estuvieron entre 21 y 30 años con 104 mujeres para un 59, 06 %. Se encontraron 18 gestantes adolescentes para un 10, 22%.

En cuanto a la valoración nutricional 86 de las estudiadas eran normopeso.

Tabla 1. Relación Edad - Evaluación nutricional

Edad (años)	Normopeso	Bajo peso				Sobrepeso		Total
		I	II	III	IV	I	II	
15 ó menos	3	0	0	0	1	1	0	5
16-20	15	2	5	5	1	3	1	32
21-25	32	7	8	4	6	0	0	57
26-30	21	3	6	9	4	4	0	47
31-35	13	1	2	3	3	3	2	27
36-40	2	0	0	1	2	0	2	7
41 y mas	0	0	0	0	0	1	0	1
Total	86	13	21	22	17	12	5	176

Fuente: Encuesta P: 0, 05

Mostramos en la Tabla 2 la relación entre riesgo prenatal y riesgo intraparto. El mayor número de las encuestadas fue clasificada como alto riesgo obstétrico en la atención prenatal y al relacionarla con la clasificación según riesgo intraparto el mayor porcentaje pasa al nivel III de atención (77, 90%) y el 22, 09% restante fue evaluada en el segundo nivel.

Solamente 33 gestantes se clasificaron como bajo riesgo en la atención prenatal y de ellas el 81, 81% pasó al nivel III, mientras que el 18,18% al nivel II.

Se destaca que de las 90 estudiadas que no fueron alto riesgo prenatal, 67 pasan a la categoría de nivel III, intraparto para un 74, 44%.

Tabla 2. Relación Riesgo prenatal - Riesgo intraparto

Riesgo prenatal	Riesgo intraparto		
	Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3
Condición a vigilar	2	4	6
Sin riesgo	15	36	51
Bajo riesgo	6	27	33
Alto riesgo	19	67	86
Total	42	134	176

Fuente: Formulario. $P \leq 0,05$

Describimos en la Tabla 3 el nivel al parto y sus causas. La condición más frecuente que motivó que las gestantes se clasificaran en el nivel III fue el empleo de oxitocina, el 28,04% para inducción y el 15,34% para conducción. En el nivel II el líquido meconial y el embarazo postérmino agruparon las causas más frecuentes.

Tabla 3. Relación entre condiciones de riesgo y nivel de atención

Nivel de parto	Causas	Total
II	Líquido meconial	19
	Embarazo postérmino	9
	Enfermedad materna compensada	6
	macrosomía	4
	EUHE leve	2
	Pretérmino	2
	Inducción	50
	Conducción	27
III	Cesárea anterior en trabajo de parto	19
	Pelviana	15
	Sufrimiento fetal agudo	14
	Otras	9

Fuente: Encuestas $P \leq 0,05$

Al analizar la morbilidad del recién nacido en relación con el nivel de atención, se observa que la más frecuente fue la depresión al nacer en el 9,30% (Tabla 4)

Tabla 4. Relación morbilidad del recién nacido con niveles de riesgo intraparto

Morbilidad de recién nacido	Nivel II	Nivel III	Total
Depresión al nacer	3	13	16
Neumonía congénita	0	4	4
Broncoaspiración meconial	1	0	1
Enfermedad de la membrana Hialina	0	1	1
Malformado	0	1	1

Fuente: Formulario $P \leq 0,05$

DISCUSIÓN

Coincidiendo con la literatura revisada el parto se produce generalmente entre los 21 y 30 años, época en que la mujer alcanza la madurez fisiológica de su aparato reproductor y por tanto el período más fértil de su vida.

Numerosos son los riesgos asociados al embarazo en la adolescencia entre los que se señalan partos pretérminos y complicaciones durante el trabajo de parto y posterior al nacimiento (7-10).

Muchos autores coinciden en señalar el incremento de partos distócicos en la adolescencia, además de la repercusión en la mujer en cuanto a su preparación técnica y profesional.

En el análisis del bajo peso al inicio del embarazo son muchos los autores que comprueban su estrecha relación con el recién nacido bajo peso. En los trabajos cubanos los doctores Lugones (3) y Rosell D (11) demuestran una alta relación entre madres bajo peso y recién nacidos bajo peso.

Atendiendo a nuestra clasificación de riesgo intraparto, el nivel II corresponde a gestantes con algún riesgo, pero el nivel III es utilizado cuando el riesgo materno - fetal es muy elevado y el trabajo de parto y su seguimiento debe ser realizados por personal especializado y con vigilancia estrecha.

Teniendo en cuenta que las gestantes se clasifican también durante el embarazo en alto y bajo riesgo, así como las que presentan condiciones a vigilar o las que no

tienen ningún factor de riesgo, quisimos demostrar si ciertamente las clasificadas durante su atención prenatal como riesgo se correspondían a los niveles II y III y coinciden en más de los 2/3 de las estudiadas la asociación de ambas clasificaciones.

Atendiendo a las causas que promueven la clasificación del nivel III tenemos que el uso de oxitocina, ya sea en inducción o conducción agrupó el mayor número de gestantes y está descrito que el empleo de esta sustancia no está exento de riesgos, entre los que se señalan partos distócicos, ya sean instrumentados o cesáreas y sangramientos postpartos (4). También los neonatos, según estudios de Phuapradit en Thailandia (12) y Cordoví en Cuba (Cordoví V. Factores de riesgo en la depresión neonatal (Tesis). Camagüey; Hospital Ginecobstétrico Ana Betancourt de Mora, 1993) pueden presentar complicaciones, sobre todo hiperbilirrubina neonatal.

En cuanto al nivel II la presencia de líquido meconial, embarazo postérmino y enfermedad materna compensada agruparon las causas más frecuentes.

En la muestra estudiada se encontró una muerte neonatal precoz por malfomación congénita y ocurrieron cuatro muertes fetales.

Concluimos nuestro trabajo coincidiendo con la literatura revisada en cuanto a la edad, donde con mayor frecuencia se produce el parto, entre los 21 y 30 años, se encontró correspondencia entre bajo peso y riesgo perinatal.

Se comprobó la relación entre riesgo prenatal y riesgo intraparto según lo referido en estudios nacionales.

El uso de la oxitocina continúa siendo el factor de riesgo más importante tanto en nuestro estudio como en la bibliografía referida, y la depresión al nacer sigue siendo la complicación más frecuente de las gestantes con riesgo intraparto.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Machado G, García R, Pérez A y Sotolongo I. Riesgo fetal intraparto. Rev Cub Obst Gin. 1991; 17(2): 112-118.
2. MINSAP. Programa para la reducción del bajo peso al nacer. UNICEF. 1993.
3. Lugones M. Análisis del riesgo preconcepcional en un grupo básico de trabajo. Rev. Cub. Obts Gin. 1995; 21 (1-2): 31-34.
4. MINSAP. Programa Nacional de Atención Materno Infantil. Cuba 1989.
5. Rodríguez N, Cabezas E, Aguila S, Alvarez C, Alfonso ME. Manual de Procedimientos de Diagnósticos y Tratamiento de Obstetricia y Perinatología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 1997: 93-104.

6. Sarmiento G, Valles JL, Ramos F, Llanes E. Estudio de 101 partos en presentación pelviana. Rev Cub Obst Gin 1990; 16(2): 237-244.
7. Fraser AM, Brohert JE, Word RH. Association of young maternal age with adverse reproductive out comes. New Engl Med. 1995; 332 (17): 1113-7.
8. Peláez J, Sarmiento JA, De la Osa R, Zambrano A. Cesárea en la adolescente. Morbilidad materna y perinatal. Rev Cubana Obst Gin 1996; 22(1): 45-52.
9. Vázquez A, De la Cruz F, Almirall A, Sánchez M, Repercusión materna del embarazo precoz Rev. Cub. Obst. Gin 1995; 1(1-2): 40-44.
10. Alegría FU, Embarazo en adolescentes: Un estudio comparativo. Rev. Saude Pública. 1989; 23(6): 473-7.
11. Rosell D, Domínguez M, Casado A, Ferrer I. Factores de riesgo del bajo peso al nacer. Rev. Cub. Med. Gen. Integr. 1996; 12(3): 270-274.
12. Phuapradit W, Chaturachinda K, Auntlamai S, Auntlamai S, Risk factors for neonatal Hyperbilirrubinemia. J. Med. Assoc. Thai 1993; 76 (8): 424-8.

Dra. Mayra Sánchez Lueiro. Profesor Instructor. Especialista de I Grado en Ginecología y Obstetricia. Hospital Ginecobstétrico Docente Ana Betancourt de Mora. Camagüey, Cuba.