

11217

17
2EJ

**EVALUACION DEL TRABAJO DE PARTO CON
FACTORES DE RIESGO AL INICIO DEL TRABAJO DE
PARTO Y RESOLUCION DEL MISMO.**

Dr. Eduardo Flores Mundo.

Dr. Juan Miranda Murillo.

Dr. Dionisio Parra Roldán.

SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA"

CALZ. IGNACIO ZARAGOZA #1711

COL. EJERCITO CONSTITUCIONALISTA, MEXICO, D.F.

TELS: 744-41-93, 744-13-80, 744-52-16, EXT. 120, 121, 144, 146.

FAX: 745-51-72.

0270444

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



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.

11217

17
2ej


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

AUTORIZACION DE ARTICULO


**EVALUACION DEL TRABAJO DE PARTO CON
FACTORES DE RIESGO AL INICIO DEL TRABAJO
DE PARTO Y RESOLUCION DEL MISMO.**



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



**DR. DIONISIO PARRA ROLDAN.
MEDICO ADSORITO DE G.O.
ASESOR DE TESIS**



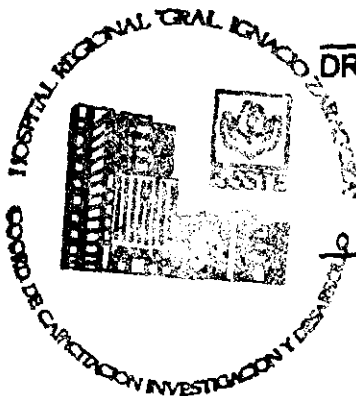
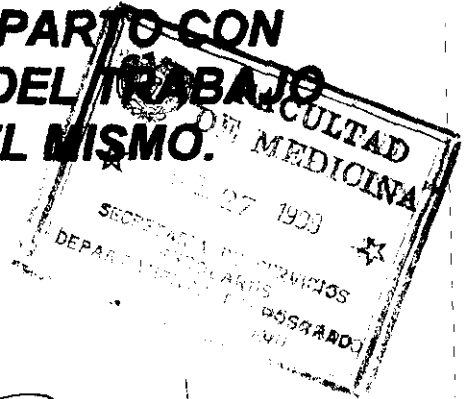
**DR. EDUARDO FLORES MUNDO
MEDICO RESIDENTE DE 4º AÑO
GINECO-OBSTETRICIA.
AUTOR.**

1999

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

AUTORIZACION DE ARTICULO

**EVALUACION DEL TRABAJO DE PARTO CON
FACTORES DE RIESGO AL INICIO DEL TRABAJO
DE PARTO Y RESOLUCION DEL MISMO.**




DR. A. ALEJANDRO VAZQUEZ LOPEZ
COORD. DE INV. Y DESARROLLO


DRA. IRMA DEL TORO GARCIA.
JEFE DE INVESTIGACION


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

I.S.S.S.T.E.
SUBDIRECCION GENERAL MEDICA
RECIBIDO
DIC. 4 1997
JEFATURA DE LOS SERVICIOS DE ENSEÑANZA

RESUMEN

OBJETIVO. Disminuir la morbilidad materna y perinatal con la aplicación de factores de riesgo al inicio del trabajo de parto y parto.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó un estudio retrospectivo, observacional y abierto en un período comprendido del 1º. De julio de 1997 al 30 de septiembre de 1997, en el que se incluyeron todas las pacientes embarazadas que se ingresaron a la unidad con producto viable y que fuera posible realizar trabajo de parto a partir de las 35 semanas de gestación, excluyéndose a las pacientes con indicación absoluta de cesárea.

Se estudiaron 737 pacientes a las que se les realizó hoja de evaluación de riesgo y partograma ambos con clasificación del riesgo (bajo, medio, y alto) con vigilancia estricta del trabajo de parto hasta la resolución del mismo.

RESULTADOS: Se estudiaron 737 pacientes clasificadas por el factor de riesgo en tres grupos: Grupo 1 (bajo) 434 pacientes (58.8%), de los cuales 332 (76.4%) se resolvieron por parto y 102 (23.5%) por cesárea. Grupo 2 (medio) 279 pacientes (37.8%) de las cuales 175 (62.7%) se resolvieron por parto y 104 (37.2%) por cesárea. Grupo 3 (alto) 24 pacientes (3.2%) de las cuales 11 (45.8%) se resolvieron por parto y 13 (54.1%) por cesárea.

CONCLUSIONES: Los resultados encontrados en este estudio, nos indican que existe la posibilidad elevada de que un embarazo con factor de riesgo bajo se transforme a riesgo medio (riesgo relativo de 3.84).

PALABRAS CLAVE: embarazo, factores de riesgo, resolución del embarazo.

ABSTRACT

OBJETIVE: To diminish maternal and perinatal morbimortality with the application of risk factors from beginning labor to delivery.

MATERIAL AND METHODS: A retrospective, observational, and open was accomplished during period of July 1 to September 30 1997. This study included pregnant patients who attended in unit labor at the "Gral. Ignacio Zaragoza" Hospital, with viable product and was possible to realize labor of 35 gestation weeks. Excluded patients with absolute indications of cesarean sections.

737 patients accomplished risk factors evaluation (low, middle and high) and partogram with strict vigilance during labor to delivery.

RESULTS: 737 patients with risk factors classified in 3 groups: Group I (low risk) 434(58.8%) patients. 76.4% (332) with vaginal delivery and 23.5%(102) with cesarean section. Group II (middle risk) 279(37.8%) patients. 62.7% (175) with vaginal delivery and 37.2% (104) with cesarean section. Group III (high risk) 24(3.2%) patients. 45.8% (11) with vaginal delivery and 54.1% (13) with cesarean section.

CONCLUSIONS: Results founded in this study suggested elevated possibility of the low risk pregnancy transform to middle risk. (Risk relative: 3.84).

KEYWORDS: Pregnancy, risk factors, delivery, cesarean section.

INTRODUCCIÓN

El embarazo es un estado fisiológico que puede estar asociado a factores de riesgo y estos pueden aumentar en el riesgo momento en que la mujer inicia con actividad uterina en cualquiera de las etapas del embarazo. El objetivo del cuidado de este evento es minimizar el riesgo de morbimortalidad tanto para la madre como para el producto. Al respecto el control prenatal es indispensable para identificar factores en su transcurso y plantear estrategias diagnósticas, requiriendo la aplicación de nuevas técnicas y conocimientos en la identificación y mejoramiento de los factores de riesgo¹. El tratamiento de la paciente embarazada habitualmente comienzan en un momento posterior a la concepción y continúan hasta el comienzo del trabajo de parto, por lo que un control adecuado de la paciente grávida como resultado una disminución significativa de la morbimortalidad materna y perinatal .

A nivel mundial uno más de los indicadores del desarrollo tanto económico como social de un país, es la morbimortalidad materna y perinatal, por tal motivo se han emprendido acciones que ayuden a disminuir estos factores de riesgo que redunden en el beneficio del binomio madre é hijo.

México no ha sido la excepción y en forma más concreta en nuestro hospital , a manera de antecedente, cabe mencionar que se han realizado estrategias para detectar esos factores y poder modificarlos y brindar bienestar al binomio como: el estudio de la evaluación de la historia reproductiva y se repercusión en el embarazo.

Ya que como sabemos cuando una paciente es sometida al mismo evento en repetidas ocasiones el riesgo de que éste se complique aumenta cada vez más. Otro más son, la evaluación del nivel educativo, edad y periodo intergenésico etc. y la manera en que repercute positiva o negativamente en el desarrollo y resolución del

embarazo.²

El embarazo en la adolescencia constituye un factor de riesgo importante, ya que implica problemas de integración familiar (madres solteras, unión libre etc.) asociándose a una tasa más elevada de complicaciones obstétricas y muertes perinatales.^{3,4}

Numerosas publicaciones refieren que existe una gran relación entre la morbimortalidad materna y fetal y el nivel sociocultural de la mujer embarazada, las pacientes con nivel sociocultural más bajo son las que presentan la mayoría de las complicaciones de las cuales se pueden mencionar: infecciones de vías urinarias, incremento en los síntomas neurovegetativos, sangrados, amenaza de aborto, así como de preeclampsia, eclampsia, que continúa siendo la primera causa de mortalidad materna.

El riesgo se fundamenta en el hecho de que no todas las pacientes tienen la misma probabilidad o riesgo de padecer un daño determinado, sino que para algunas, dicha probabilidad es mayor que para otras.

Esta diferencia establece un gradiente de necesidades, de cuidados que van desde un mínimo para las pacientes de bajo riesgo o baja probabilidad de presentar ese daño, hasta un máximo, necesario sólo para aquellas con alta probabilidad de sufrir alteraciones de la salud en el futuro.

En condiciones normales las pacientes con bajo riesgo resuelven su embarazo en un primer nivel de atención y en algunas ocasiones las de alto riesgo; aunque por lo general éstas últimas pacientes requerirán de técnicas y personal altamente capacitado

Desde el punto de vista textual el embarazo se ha clasificado para fines estadísticos en bajo y alto riesgo quedando un punto intermedio, que es importante ya que en trabajos previos se ha demostrado que con el solo trabajo de parto el 50% de este mediano riesgo pasa a ser alto.^{9,10}

FLORES: FACTORES DE RIESGO Y TRABAJO DE PARTO

El presente estudio incluye una variante dentro de la clasificación del riesgo perinatal : EL RIESGO MEDIO, y para catalogarlo como tal se tienen variables como: primigestas, antecedente de cesárea previa, antecedentes de parto prolongado, abortos repetidos etc..

Dichos factores se muestran en la guía para calcular el riesgo perinatal, de la cual hacemos uso para el desarrollo de este trabajo.

MATERIAL Y MÉTODOS

El presente estudio se realizó en el Hospital Regional "Gral. Ignacio Zaragoza" En el periodo del mes de julio al mes de septiembre de 1997, se evaluaron a todas las pacientes que acudieron a la unidad tocoquirúrgica con trabajo de parto.

A su ingreso se les aplica guía para la evaluación del riesgo perinatal, así como partograma para clasificarlos en bajo, medio y alto riesgo en el trabajo de parto.

Se incluyeron las pacientes embarazadas con productos viables mayores de 35 semanas de gestación .

Se excluyeron a todas las pacientes que presentaran algún factor, ya fuera materno o fetal que condicionara una indicación absoluta de cesárea.

Se vigiló la evolución del trabajo de parto a partir de su ingreso hasta la resolución del embarazo y se realizó la evaluación de estas pacientes mediante medidas de tendencia central y con la valoración de riesgo relativo.

RESULTADOS

De las 737 pacientes incluidas en el estudio 518 (70.2%) finalizaron su embarazo vía vaginal y 219 (29.7%) en operación cesárea gráfica 1 .

De todas las pacientes que terminaron su embarazo en parto eutócico 129 (17.5%) fueron primigestas , 171 (23.2%) secundigestas, 118 (16.0%) tercigestas, 57 (7.7%) cuartigestas, 38 (5.1%) multigestas gráfica 2, y solo 5 (0.9%) fueron distócicos por la aplicación de fórceps. Gráfica 2. En este grupo la edad fue de 14 a 42 años, con una media de 27.2, mediana de 27 , una moda de 24 y una varianza de 28.19.

Los fórceps se aplicaron a dos pacientes secundigestas con cesárea previa y en los otros tres restantes se aplicaron a pacientes primigestas con periodo expulsivo prolongado. 49 pacientes (9.4%) con antecedente de cesárea previa terminaron en parto.

De las pacientes que terminaron el embarazo en cesárea 103 (13.9%) fueron primigestas, 71 (9.63%) secundigestas 36 (4.8%) tercigestas, 5 (0.6%) cuartigestas y 4 (0.5%) multigestas gráfica 3. Este grupo contó con una edad de 16 a 43 años , una media de 28.47, una mediana de 28, una moda de 30 y varianza de 36.84 .

Y de éstas 58 pacientes que corresponde al (26.4%) tenían el antecedente cesárea previa.

De los datos anteriores se desprende que del total de pacientes estudiadas, 235 (31.8%) pacientes fueron primigestas, 244 (33.1%) secundigestas 154 (20.8%) tercigestas, 62 (8.4%) cuartigestas y 42 (5.6%) multigestas. gráfica 4.

El rango de edad del total de la pacientes fué de 14 a 43 años con promedio de 27.6, moda de 24 , mediana de 27 y varianza de 33.4.

Se clasificaron tres grupos de acuerdo al factor de riesgo.: Grupo I 434 (58.8%) en bajo riesgo, Grupo II 279 (37.8%) en Riesgo Medio y Grupo III 24 (3,2%) en alto riesgo. gráfica 5. De las pacientes del Grupo I 332 (76.4%) se resolvió el embarazo por parto y 102 (23.5%) por cesárea, en el Grupo II 175 (62.7%) por parto y 104 (37.8%) por cesárea, y el Grupo III 11 (45.8%) por parto y 13 (54.1%) cesárea. gráfica 6.

La distribución de las pacientes de acuerdo con la edad gestacional fué la siguiente : 18 (2.4%) cursaron con embarazo de 35 semanas, 121 (16.4%) de 36-37 semanas, 515 (69.8%) de 38-40 semanas y 83 (11.2%) de 41-42 semanas o más gráfica 7.

Posteriormente se calculó el riesgo relativo de las pacientes y se encontraron los siguientes datos: el riesgo de que una paciente que ingresa a la unidad con riesgo bajo y que esté se eleve a un riesgo medio es de 3.84. y el riesgo de una paciente de pasar de medio a alto es de 1.98.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Con los resultados obtenidos en el presente estudio podemos darnos cuenta de la importancia que tiene el realizar en forma oportuna una evaluación adecuada del riesgo perinatal con el que ingresan a la unidad tocoquirurgica ya que como podemos observar en los resultados de las pacientes que ingresan a la unidad con un bajo riesgo 23.5% de estas pacientes con el simple hecho de entrar en trabajo de parto se elevo su riesgo al grado que su embarazo tuvo que ser resuelto por medio de operación cesárea y de las pacientes que ingresaron con riesgo medio el 37.8% se convirtieron en pacientes de alto riesgo y solamente una población pequeña de pacientes con riesgo alto pudieron finalizar su embarazo por parto eutócico, lo que es acorde con lo reportado en la literatura.

En base al riesgo relativo como podemos darnos cuenta es también una manera de poder evaluar esta posibilidad ya que como pudimos observar el riesgo de que una paciente con bajo riesgo pase a ser de mediano riesgo es de 3.84 .

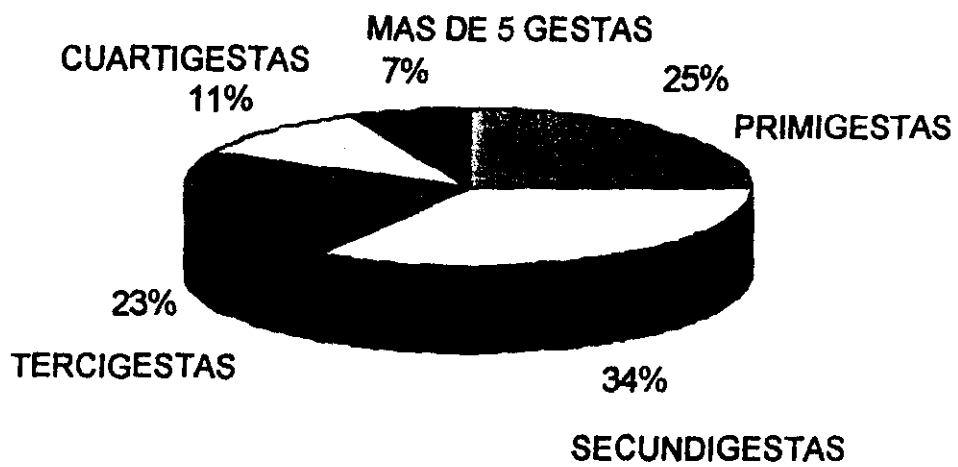
De lo que podemos concluir que con una buena atención en el transcurso del embarazo y al inicio del trabajo de parto podemos detectar en forma oportuna y prevenir todos los efectos que trae consigo una mala atención y de esta manera favoreceremos beneficios al binomio madre-hijo

RESOLUCION DEL EMBARAZO



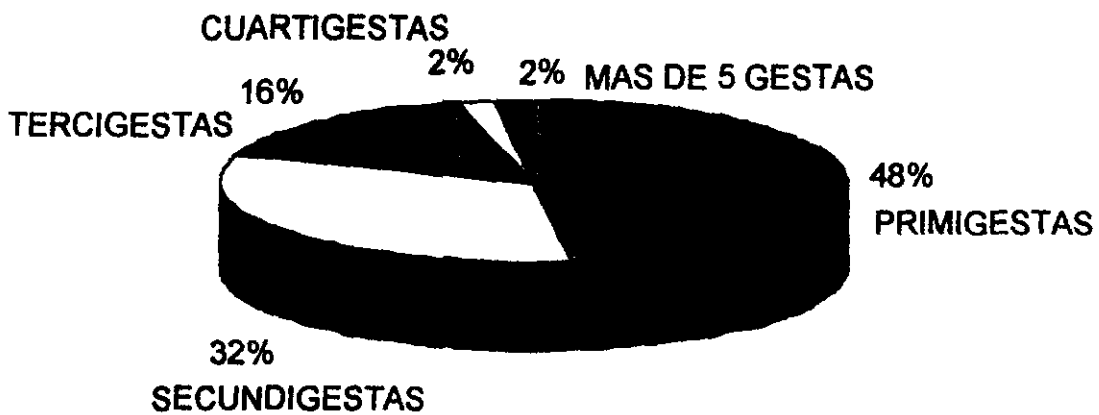
GRAFICA: 1

DISTRIBUCION DE PARTOS



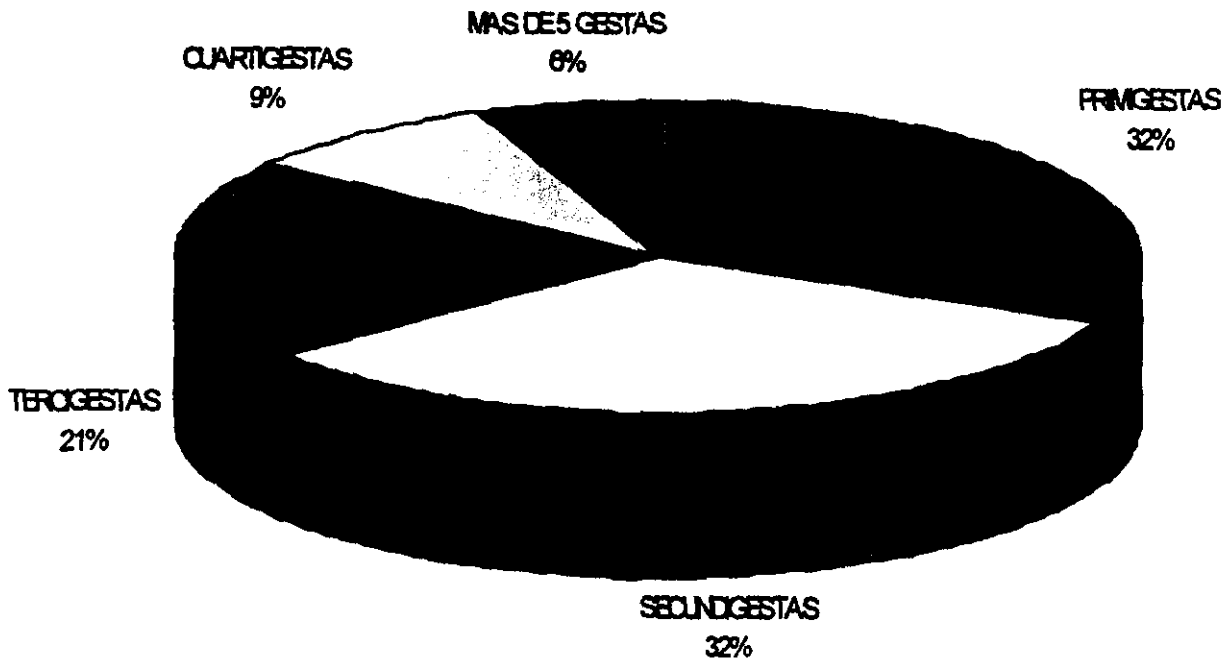
GRAFICA: 2

DISTRIBUCION DE CESAREAS



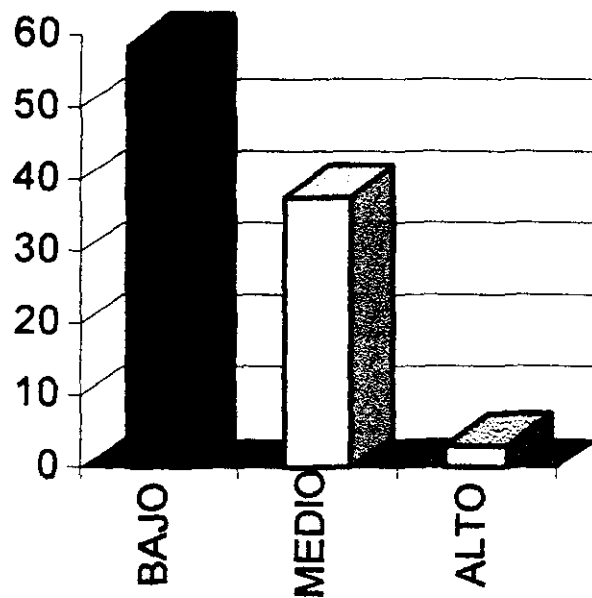
GRAFICA: 3

DISTRIBUCION TOTAL



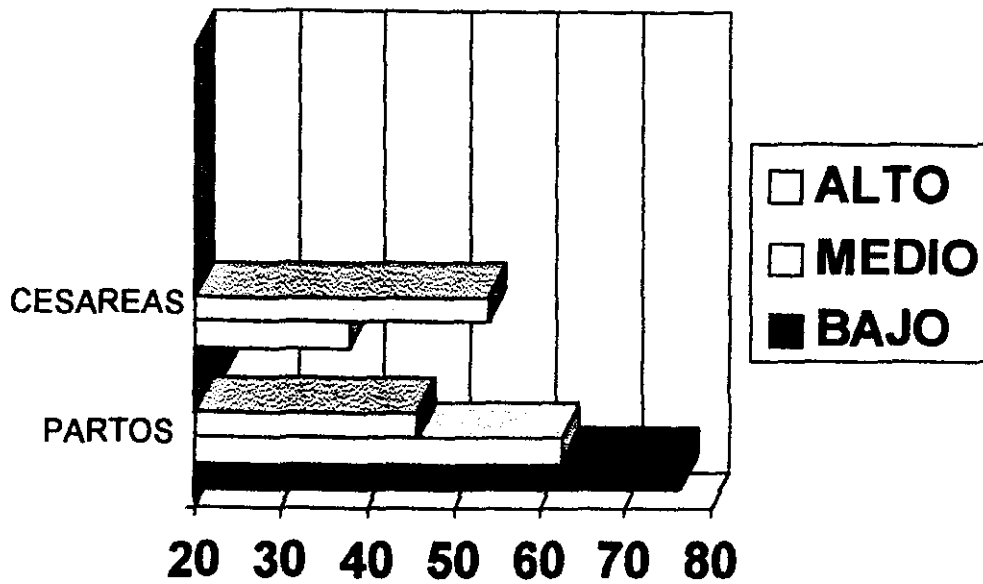
GRAFICA: 4

FACTOR DE RIESGO



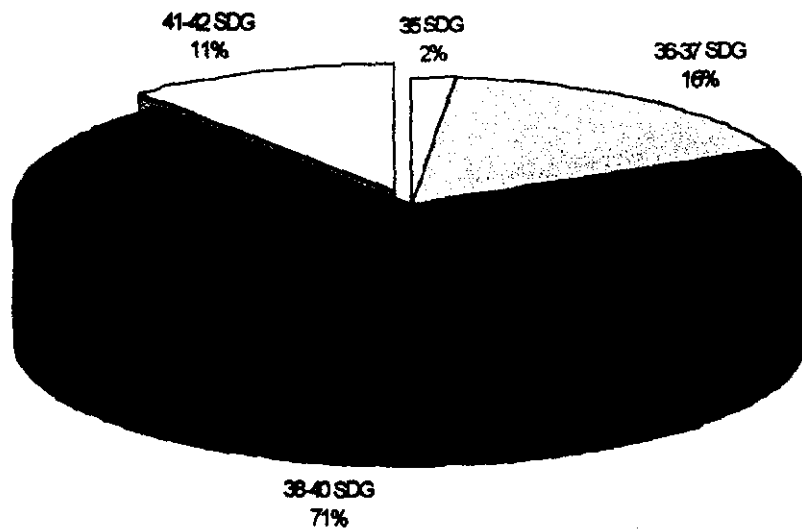
GRAFICA: 5

RESOLUCION DEL EMBARAZO



GRAFICA: 6

EDAD GESTACIONAL



GRAFICA: 7

BIBLIOGRAFIA

- 1) Chase H.C. Perinatal mortality: Overview and current trends in Nesbit rel (de) Clinics in Perinatology. Philadelphia W S Saunders Co. 1974 P3.
- 2) Ortiz Montañez Martha Patricia Morbilidad materna y perinatal (tres factores de riesgo) Tesis de postgrado UNAM é ISSSTE.
- 3) Valdez Banda et al. Prevalencia y factores de riesgo para complicaciones obstétricas en la adolescente. Comparación con la gente adulta. Gin Obstet Méx. 1996;64:209-21.
- 4) De la Garza Quintanilla-González: Muerte perinatal. Gin Obstet Méx 1995;63:186-189.
- 5) Rivera López Tayde Et. Al. Influencia del control prenatal sobre la morbimortalidad materna y perinatal en un centro hospitalario de segundo nivel de atención. Gin Obstet Mex 1994;62:185-88.
- 6) Quiroz Navarro Carlos Cesárea previa: riesgo bajo, parto o fórceps. Tesis de postgrado. UNAM-ISSSTE.
- 7) Vargas Maldonado Eliazar: Cesárea previa: valoración riesgo medio y parto. Tesis de postgrado. UNAM-ISSSTE.
- 8) Programa permanente de prevención y tratamiento de los defectos al nacimiento. Proyecto multiinstitucional. GEN A.C. Noviembre 1988.
- 9) Orea Díaz Julio H. Valoración de riesgo materno y fetal para el parto en pacientes con cesárea previa. Tesis de postgrado. UNAM-ISSSTE.
- 10) Schwarcz R. et al. Atención prenatal de bajo riesgo. Publicación científica del CLAP 1991;1234:9-17