

Incidencia y factores prenatales en el embarazo de riesgo

Drs. Pedro Faneite, María González, Clara Rivera, Milagros Linares, Josmery Faneite

Departamento de Obstetricia y Ginecología, Hospital "Dr. Adolfo Prince Lara", Puerto Cabello, Estado Carabobo

RESUMEN

Objetivo: Conocer la incidencia del embarazo de riesgo, y los factores de riesgo prenatal en antecedentes maternos, obstétricos y de patología médica y obstétrica.

Método: Estudio observacional retrospectivo epidemiológico descriptivo de 376 gestantes durante el lapso junio-octubre 1999. Se empleó como instrumento identificador de riesgo un formulario con factores y calificación cuantitativa, previamente validado.

Ambiente: Hospital "Dr. Adolfo Prince Lara", de Puerto Cabello, Estado Carabobo, Venezuela.

Resultados: Se diagnosticaron 347 embarazos de riesgo, lo que da una incidencia de bajo riesgo 44,67% (155 casos) y de alto riesgo 55,33% (192 casos). Los factores de riesgo dentro de los antecedentes maternos en relación con la edad, mostraron incidencia general de 54,47% (189 casos) y la paridad 43,52% (151 pacientes); en antecedentes obstétricos tuvieron incidencia global 75,22% (261 casos); destacando los abortos 40,61%, cesáreas previas 28,31%, y partos prematuros 7,28%; patología médica fue de 85,59% (247 casos), predominaron las anemias 47,47% e infecciones 41,75%. La patología obstétrica mostró incidencia global de 52,16% (181 casos); entre ellas las hemorragias de II-III trimestre 31,49%, amenaza de parto prematuro 23,76%, e hipertensión inducida por el embarazo 18,78%.

Conclusión: Los resultados señalan que la incidencia del embarazo de alto riesgo es todavía elevada, se justifica un plan nacional con participación regional, enfoque y atención antenatal hacia las hemorragias del embarazo, prematuridad y patologías hipertensivas.

Palabras clave: Embarazo de riesgo. Incidencia. Factores predisponentes.

SUMMARY

Objective: To know the high risk pregnancy incidence, and the prenatal risk factors in maternal and obstetrical history, and medical and obstetrical pathologies.

Method: Observational retrospective epidemiological study of 376 pregnancies over June-October 1999. We used a validated form with scoring technique for risk identification and quantitative calibration.

Setting: Hospital "Dr. Adolfo Prince Lara", Puerto Cabello, Estado Carabobo, Venezuela.

Results: Were diagnosed 347 risk pregnancies, with a low risk incidence of 44.67% (155 cases), and high risk incidence of 55.33% (192 cases). The risk factors in maternal history in relation to age gave a general incidence of 54.47% (189 cases), and parity 43.52% (151 patients); in obstetrical history had a general incidence of 75.22% (261 cases), with abortions 40.61%, previous cesarean 28.31%, prematurity 7.28%; the medical pathologies showed general incidence of 85.59% (247 cases), anemia 47.47%, infections 41.75%. The risk factors in obstetrical pathologies showed a global incidence of 52.16% (181 cases); second-third-trimester bleeding 31.49%, premature labor 23.76%, and pregnancy induced hypertension 18.78%.

Conclusion: These results show that the pregnancy risk incidence is still high, it justified a national plan with regional participation, with attention to gestational hemorrhages, prematurity and hypertensive disease.

Key words: Patients at risk. Incidence. Associated prenatal factors.

INTRODUCCIÓN

El embarazo es una entidad que debe tener un final feliz, esto es el principio ideal en la atención médica, pero no lo es en la práctica obstétrica. Sabemos que existen embarazadas portadoras de

Recibido: 10-02-00

Aceptado para publicación: 12-07-00

factores de riesgo que elevan la probabilidad de daño o morbimortalidad maternofetoneonatal, y se les califica como embarazos de riesgo (ER) (1-4). Los mismos tienen una incidencia que oscila entre 20% al 30% (5-8), deben ser identificados porque el embarazo de alto riesgo (EAR) aporta entre 70% a 80% de la morbimortalidad referida (9,10).

La selección temprana de estos embarazos permite racionalizar la atención perinatal y concentrar los recursos en quienes más lo necesitan, a objeto de brindar la atención en el nivel de complejidad que su grado de riesgo requiera (9-16).

En 1983 publicamos un primer trabajo retrospectivo de incidencia de embarazos de riesgo, señalamos los factores y su repercusión fetoneonatal (17), empleamos como instrumento identificador un sistema índice cuantitativo con adaptaciones, se obtuvo una incidencia de 30%, detectándose los factores y su efecto perinatal. Posteriormente en 1989 (18), reportamos un segundo trabajo prospectivo usando el mismo sistema de identificación, se verificó y validó su utilidad, y repercusión perinatal.

Han pasado 10 años de ese último trabajo y creímos prudente revisar la incidencia actual del embarazo de riesgo, pues con el tiempo pueden cambiar los factores, o variar su grado de afectación. Además, en las últimas dos décadas se mantiene elevada la mortalidad perinatal, con tendencia al incremento (19). También realizamos un estudio de la influencia de diversos factores socioeconómicos sobre la salud medida por la mortalidad perinatal (20). De tal manera que si actualizamos la situación del embarazo de riesgo, podemos conocerlo en detalle, mejorar su atención y atacarlo de una manera más directa y racional.

De manera concreta podemos:

1. Determinar la incidencia actual del ER.
2. Conocer los factores de riesgo prenatales en antecedentes maternos y obstétricos, patología médica y obstétrica.
3. Mejorar su identificación y manejo.

PACIENTES Y MÉTODOS

Se estudian 376 pacientes controladas en la consulta prenatal del Hospital "Dr. Adolfo Prince Lara", de Puerto Cabello, durante el período junio-octubre 1999.

Es un estudio observacional retrospectivo descriptivo epidemiológico analítico de las historias de las pacientes consultantes.

En cada una de ellas se analizaron incidencia y factores de riesgo prenatal. Utilizamos el sistema de identificación diseñado por Nesbitt y Aubry (5), a su vez modificado por Ruiz y col. (21), y adaptado a nuestro medio por Faneite y col. (17). Se elaboró un formulario que consta de tres partes. La primera valora el riesgo prenatal, donde se consideran trece factores invariables y cuatro variables, a los que se les asignó una calificación de 5,10,15,20, según la experiencia del autor y repercusión perinatal, cuestión validada en trabajo prospectivo (18). Las otras dos partes no se consideraron en este estudio: riesgo intraparto y repercusión perinatal.

A cada paciente se le elaboró una hoja con sus datos, se recopilaron antecedentes prenatales maternos (edad, paridad), antecedentes obstétricos, patología médica y patología obstétrica.

El embarazo que alcanzó 5 o más puntos se calificó como de riesgo; alto riesgo 40 puntos, y bajo riesgo al tener menos de esta puntuación.

Los resultados se resumen en cuadros de distribución de frecuencia.

RESULTADOS

En el Cuadro 1 se presenta la incidencia del embarazo de riesgo. Como podemos observar de 376 pacientes estudiadas 347 se clasificaron como de riesgo; con una incidencia de 92,28%. Dentro de este grupo 192 casos fueron de alto riesgo (55,33%) y 155 de bajo riesgo (44,6%).

Cuadro 1
Grado de riesgo

Grado	Nº	%
Alto	192	55,33
Bajo	155	44,67
Total	347	

El Cuadro 2 muestra los antecedentes maternos como factores de riesgo. Estos tuvieron una incidencia global para edad de la embarazada 54,47% (189 casos), la paridad 43,52% (151 casos). Destacaron la edad materna de 15-19 años 49,21% (93 casos), y la paridad 4-7 con 56,95% (86 casos).

INCIDENCIA Y FACTORES PRENATALES

Cuadro 2

Antecedentes maternos

Edad años (N° %)		Paridad (N° %)	
≤ 14 (4 - 2,12)		0 Para (45 - 29,80)	
15-19 (93 - 49,21)		4-7 para (86 - 56,95)	
30-34 (62 - 32,80)		≥ 8 para (20 - 13,25)	
35 - 39 (24 - 12,70)			
≥ 40 (6 - 3,17)			

Edad: mínima 12 máxima 46

El Cuadro 3 expresa los antecedentes obstétricos como factor de riesgo. De una manera global hubo una incidencia de 75,22% (261 pacientes). Predominaron los abortos 40,61% (106 casos), cesáreas previas 28,31% (74 pacientes), prematuros 7,28% (19 embarazadas).

El Cuadro 4 resume las patologías médicas asociadas como factor de riesgo. Observamos que hubo una incidencia total de 85,59% (297 casos). Destacan las anemias 47,47% (141 casos), infecciones 41,75% (124 pacientes), representadas en particular por infecciones urinarias y vaginitis severa.

El Cuadro 5 señala las patologías obstétricas como factores de riesgo. Se puede observar una incidencia global de 52,16% (181 casos). Destacaron las hemorragias del tercer trimestre 31,49% (57 casos), amenaza de parto prematuro 23,76% (43 casos), y la hipertensión inducida por el embarazo (HIE).

Cuadro 3

Antecedentes obstétricos

Antecedentes	N°	%
Abortos	106	40,61
Cesáreas previas	74	28,31
Prematuros	19	7,28
Muertes neonatales	14	5,36
Muertes fetales	12	4,60
Trastorno menstrual	5	1,92
Parto con distocia	5	1,92
Misceláneos	26	9,96

Cuadro 4

Patología médica asociada

Patología	N°	%
Anemias	141	47,47
Infecciones	124	41,75
Hipertensión	14	4,71
Epilepsia	7	2,36
Diabetes	5	1,68
Nefropatía	3	1,01
Tiroides	2	0,67
Cardiopatías	1	0,34
Total	297	

Cuadro 5

Patología obstétrica asociada

Patología	N°	%
Hemorragias II-III trimestre	57	31,49
Amenaza parto prematuro	43	23,76
HIE*	34	18,78
Amenaza de aborto	14	7,73
Embarazo prolongado	11	6,08
Embarazo gemelar	9	4,97
Misceláneos	13	7,18
Total	181	

* Hipertensión inducida por el embarazo

DISCUSIÓN

Estudiar el embarazo de riesgo periódicamente es una tarea fundamental que cada centro, hospital o región debe hacer. En ello se juega la calidad de atención obstétrica y perinatal que estamos dando, esto es vigente con la medicina perinatal moderna y el nuevo concepto del feto como paciente. Esto tiene como efecto que una vez identificado un ER se debe estudiar y aplicar los métodos diagnósticos actuales con el tratamiento que corresponda (2,3,22,23).

La organización perinatal jerarquizada por niveles de riesgo es un recurso de asistencia racional que se ha divulgado desde los años 70; son diversas las experiencias latinoamericanas publicadas (1,3,4). En Venezuela dimos a conocer nuestra opinión y experiencia en materia organizativa (24,25), en ella

justificamos la asistencia del embarazo de riesgo; sin embargo esa organización propuesta se ha debilitado en los últimos 10 años, quizás esto explique en parte el alza de la mortalidad perinatal en nuestra región, con tendencia al incremento (19,20).

Con el fin de identificar el embarazo de riesgo nos dimos a la tarea de escoger un instrumento útil, y fue precisamente el conocido sistema índice cuantitativo de Nesbitt y Aubry (5), con una adaptación propia a nuestra región.

Antes de aceptarla ciegamente le hicimos una evaluación retrospectiva (17), y luego otra prospectiva (18), con el propósito de conocer y evaluar el embarazo de riesgo a finales de la década de los 90, y establecer si su incidencia se mantiene y si los factores antes identificados prevalecen, todo con el deseo de mejorar la atención obstétrica y perinatal.

Los resultados muestran que la incidencia del embarazo de alto riesgo se mantiene todavía alta con 55,33%, más elevada a la reportada en 1983 y 1989 del 30% (17,18), motivado en parte a una mayor referencia de gestante de riesgo al hospital, también revela que la situación no se ha manejado adecuadamente y que el programa de identificación se justifica plenamente.

En relación con los factores de riesgo prenatal encontrados observamos que destacan las gestantes juveniles (15-19 años) 49,21% (93 casos) (26) y la multiparidad (4-7 partos), esta seria situación se ha hecho repetitiva en nuestro país. Los antecedentes obstétricos son dominados por abortos y cesáreas previas, la patología médica asociada por la anemia, infecciones e hipertensión, y en patología obstétrica destacan las hemorragias del II-III trimestre, amenaza del parto prematuro y la HIE; en general estos hallazgos son muy similares a nuestros estudios previos (17,18), es decir los enemigos son los mismos.

Hay trabajos que muestran que, con un cuidado intensivo prenatal de los EAR se puede disminuir las tasas de mortalidad perinatal y los partos prematuros (27,28).

Hay autores que refieren necesitar nada más que un listado sencillo de los factores de riesgo sin mayor ponderación para obtener buenos resultados, como la historia clínica perinatal simplificada del Centro Latinoamericano de Perinatología en Uruguay (3,4); sin embargo, nosotros pensamos realizar una nueva evaluación del sistema seleccionador o ficha actual, tomando en cuenta la fuerza de asociación de factores con el daño.

Podemos concluir que se necesita la implementación de un programa nacional y regional perinatal jerarquizado por niveles de riesgo, que haga énfasis a nivel primario, con periódica actualización asistencial, docente e investigación de las patologías detectadas con este estudio. Corresponde a las instancias administrativas y docentes tomar su cuota de responsabilidad en estos serios programas de salud pública que han mostrado sus bondades en otros lugares.

REFERENCIAS

1. Sarué E, Díaz A, Fescina R, Simini F, Giacomini H, Schwarcz R. Factores de riesgo. Manual de autoinstrucción. Public Cient CLAP, N° 1264, Montevideo, 1992.
2. Arias F. Practical guide to high-risk pregnancy and delivery. St. Louis: Mosby Year Book; 1993.
3. Quintero C. Identificación y control del embarazo normal y de alto riesgo. En: Obstetricia de alto riesgo. Cifuentes R, editor. 4ª edición. Cali: Edit Aspromédica; 1994.p.83-93.
4. Schwarcz R, Duverges C, Díaz AG, Fescina R. Obstetricia. Alto riesgo perinatal. 4ª edición. Buenos Aires: Librería Editorial El Ateneo; 199.p.237-146.
5. Nesbitt R, Aubry R. High risk obstetric II: Value of semiobjective grading system in identifying the value group. Am J Obstet Gynecol 1967;30:816-820.
6. Muller F, Monroy T. Embarazo de riesgo elevado. Rev Obstet Ginecol Venez 1976;36:505-508.
7. Fabre E, Pérez P, González J, Aisa F, Martínez M, Martínez H. Identificación de alto riesgo. Acta Ginecol 1978;33:27-30.
8. Viegas D, Pulido I. Detección de alto riesgo por encuesta. Rev Obstet Ginecol Venez 1980;40:61-64.
9. Hobel C, Hyvarianen M, Okada D. Prenatal and intrapartum high risk screening. Am J Obstet Gynecol 1973;117:1-4.
10. Aubry RH, Pennington J. Identificación y valoración del embarazo con riesgo: la noción perinatal. Clin Obstet Ginecol 1973;16:3-27.
11. Rataklio P. Groups at risk in low-birth-weight infants and perinatal mortality. Acta Paediatr Scand 1969; 19Suppl:5-9.
12. Hobel C. Recognition of the high-risk pregnant woman. En: Spellacy W, editor. Management of high risk pregnancy. Baltimore: Editorial University Park Press; 1976.p.1-8.
13. Goodwin W, Dunne T, Thomas W. Antepartum identification of the fetus at risk. Can Med Ass J 1969;101:458-502.
14. Villalobos M, McGregor C, Ruiz H, Peña D. Identificación de alto riesgo perinatal. Ginecol Obstet Méx 1979;46:339-345.

15. Sokol R, Stojkov J, Chik L. Maternal-fetal risk assessment: A clinical guide to monitoring. *Clin Obstet Gynecol* 1979;22:547-552.
16. Morrison L, Olsen J. Perinatal mortality and antepartum risk scoring. *Obstet Gynecol* 1979;53:362-368.
17. Faneite P, Montenegro V, Lázaro A, González X. Estudio de la incidencia del embarazo de alto riesgo y su repercusión perinatal. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1983;43:123-127.
18. Faneite P, Salazar de D G, González de CH X. Identificación del embarazo de riesgo. Sistema índice. Estudio prospectivo. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1989;49:97-102.
19. Faneite P. Salud reproductiva. Tendencias. 1969-1997. II. Mortalidad materna y perinatal. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1987;47:97-102.
20. Faneite P. Impacto socioeconómico sobre la salud evaluado con la mortalidad perinatal. *Rev Obstet Ginecol Venez* 2000;60(2):85-88.
21. Ruiz H, Villalobos M, McGregor C, Peña D. Embarazo de alto riesgo I. Identificación del alto riesgo prenatal y su repercusión en el recién nacido. *Ginecol Obstet Méx* 1979;4:379-389.
22. Agüero O. Alto riesgo obstétrico. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1981;41:197-210.
23. Maggi L, García Rodríguez MF. Algunas consideraciones sobre el alto riesgo materno-infantil. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1968;28:173-180.
24. Faneite P. Programa de atención perinatal jerarquizado por niveles de riesgo con énfasis a nivel primario. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1986;46:115-125.
25. Faneite P. Impacto de la asistencia perinatal en el Hospital "Dr. Adolfo Prince Lara", de Puerto Cabello, 12 años de experiencia. *Gac Méd Caracas* 1988;96:15-55.
26. González F, Brito M, Maneiro P. El embarazo en adolescentes: un problema de alto riesgo. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1997;57:13-17.
27. De George FV, Nesbit R, Aubry R. High risk obstetrics. IV. An evaluation of the effects of intensified care on pregnancy outcome. *Am J Obstet Gynecol* 1971;11:650-655.
28. Dott AB, Fort AT. The effect of maternal demographic factors on infant mortality rates: Summary of the findings of the Louisiana infant mortality study. Part I. *Am J Obstet Gynecol* 1975;123:847-851.

Factores de riesgo asociados a desgarro del esfínter del ano

A fin de determinar los factores de riesgo intraparto para desgarro del esfínter anal, Samuelson y col. realizaron un estudio de observación, prospectivo, en 2883 partos vaginales consecutivos entre 1995 y 1997 en un hospital de Suecia.

Se combinaron para el análisis las lesiones de tercer y cuarto grado. Los partos fueron atendidos por comadronas a menos que se requiriera ventosa extractora o fórceps. Ocurrió desgarro del esfínter anal en 95 mujeres (3,3%), 66 nulíparas, y 29 multíparas. Se realizó episiotomía mediolateral en 16,6% de las nulíparas, y 5,3% en la multíparas. Se practicaron pocas episiotomías medianas. Alrededor del 10% de las nulíparas parieron con ventosa extractora mientras que menos del 3% de las multíparas siguieron este tipo de parto. Sólo se practicaron cinco fórceps en toda la población estudiada. Se

aplicó anestesia epidural en 45% de las nulíparas, y menos del 15% de las multíparas. La mayoría de las pacientes parió en posición semisentada o posición lateral. Mediante análisis de regresión múltiple se demostró que un niño con peso mayor de 4000 g y falta de visualización del área perineal aumentan significativamente el riesgo de desgarros del esfínter anal; mientras que el edema perineal mínimo, pujar por menos de 30 minutos, nuliparidad y protección manual del área perineal (maniobra de Ritgen), reducen significativamente el riesgo de desgarro del mismo. En nulíparas, la protección perineal, visualización de esa área, y alto peso al nacer tienen mayores efectos que en las multíparas. Los autores consideran que esta información puede ser útil para desarrollar estrategias para reducir el trauma perineal. (*Samuelson E, et al. Br J Obstet Gynaecol* 2000;107:926-931.)