

II. RESULTADO DE LA APLICACION DEL PUNTAJE DE RIESGO DURANTE EL EMBARAZO Y SU INCIDENCIA EN LA MORBIMORTALIDAD MATERNA Y PERINATAL

Dra. Raquel Martín, Médica del Servicio de Guardia Obstétrica de la Maternidad José Federico Moreno, Hospital Luis Lagomaggiore. Docente, Cátedra de Clínica Obstétrica, Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Cuyo, Mendoza, Argentina.

Dr. Evaristo Martín, Jefe del Servicio de Guardia Obstétrica de la Maternidad José Federico Moreno, Hospital Luis Lagomaggiore. Profesor Adjunto, Efectivo, Cátedra de Clínica Obstétrica de la Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Cuyo, Mendoza, Argentina.

Dra. Marta Molina de Chade, Jefa de Sección del Servicio de Guardia Obstétrica de la Maternidad José Federico Moreno, Hospital Luis Lagomaggiore. Profesor Adjunto, Efectivo, Cátedra de Clínica Obstétrica de la Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Cuyo, Mendoza, Argentina.

RESUMEN

El trabajo demuestra el valor predictivo que la tabla de riesgo tiene en la morbilidad perinatal y materna. Los recién nacidos de bajo peso, deprimidos al nacer y la mortalidad neonatal ocurrieron en el grupo de madres con antecedentes de riesgo elevado. También en este grupo se presentaron complicaciones durante el embarazo (rotura prematura de las membranas ovulares, hipertensión inducida por el embarazo), parto (operación cesárea) y puerperio (óbitos maternos).

SUMMARY

This study demonstrate the predictive value that the table of risk has in the perinatal and maternal morbimortality. The low weight newborn, depressed newborn and neonatal mortality occurred in the group of mothers that had antecedents of high risk. Also in this group there were complications during the pregnancy (toxemia of pregnancy, premature rupture of membranes), childbirth (cesarean section) and childbed (mothers' deaths).

OBJETIVO

Utilizar la clasificación de "riesgo elevado y no elevado" que aconseja la tabla de uso en el Servicio de la Maternidad José F. Moreno del Hospital Luis Lagomaggiore durante el embarazo y estudiar los resultados maternos y perinatales expresados en morbilidad y mortalidad.

MATERIAL Y METODO

Se estudiaron 248 pacientes que se eligieron por presentar: o un parto espontáneo en presentación pelviana, o un parto instrumental o quirúrgico, o con un recién nacido de menos de 2.500 g o deprimido, estudiándosele a cada una el tipo de riesgo.

De acuerdo con la tabla consideramos dos grupos de riesgo: "elevado y no elevado".

Se analizaron antecedentes de edad, antecedentes obstétricos, paridad, patología que acompaña y complica la gestación, antecedentes de enfermedades infecciosas, hábitos tóxicos, presentación anómala y obesidad. A cada uno de estos antecedentes se le ha designado un puntaje fijo. De la sumatoria de este puntaje resulta el tipo de riesgo: hasta 39 puntos: "riesgo no elevado", y 40 ó más puntos: "riesgo elevado".

TABLA I

Tabla de puntaje de riesgo

Edad	Puntaje
—15	10
15-19	5
35-39	15
40 ó más	30

Antecedentes obstétricos:

Abortos (1)	15
Más de 1	30
Partos prematuros (1)	20
Más de 1	35
Partos distócicos (1)	20
Más de 1	30
Cesárea anterior (1)	20
Más de 1	40
Estrechez pelviana	30
Fetos malformados (1)	40
Más de 1	80

Paridad:

Nulíparas	5
IV-VI paras.	10
VII o más paras	20

Patología gestación actual:

Gestación múltiple	30
Amenaza de aborto	20
Amenaza de parto prematuro	30
Rotura prematura de membranas	40
Hemorragia tercer trimestre	40
Hipertensión inducida embarazo leve	50
Hipertensión inducida embarazo grave	80
Prediabetes	30
Diabetes	50
Isoinmunización Rh	60
Anemia	30

Hábitos tóxicos:

Tabaquismo (+de 20 cigarrillos por día)	30
Alcoholismo	30

Enfermedades infecciosas:

Sífilis	30
Toxoplasmosis	40
Chagas	50

Presentación anómala	20
Obesidad	30

Grupos de riesgo	Puntaje
No elevado	0-39
Elevado	40 ó más

Esta tabla es una modificación de la ideada por el Dr. R. Rímoli, del Hospital Municipal Materno Infantil Ramón Sardá, de Buenos Aires.⁽⁶⁾

También conocemos las tablas que manejan los Dres. Pinto, R., y cols.;⁽¹⁾ Nesbitt, R., y Aubry, R.,⁽⁷⁾ Goodwin, J., y cols.,⁽⁴⁾ y Fabre, E., y cols.⁽²⁾

ANÁLISIS DEL MATERIAL. RESULTADOS OBTENIDOS

A) Análisis del puntaje

Para este análisis se siguió el orden de la tabla de la siguiente forma:

1. Edad

En el grupo estudiado se encontró que 29 pacientes (12 %) fueron adolescentes y el resto 219 (88 %) fueron adultas.

Pacientes según edad de acuerdo con la tabla 1:

Edad	Nº de casos	%
—15	0	0,00
15-19	29	51,78
35-39	21	37,5
40 ó más	6	10,71
TOTAL ..	56	100,00

Sólo 56 pacientes (22,59 %) tuvieron puntaje según la tabla, los 192 casos (77,41 %) del resto del análisis no tiene riesgo por edad de acuerdo con la tabla (19-35 años).

El puntaje de riesgo por edad aumenta a mayor edad.

2. Antecedentes obstétricos

Pacientes según sus antecedentes obstétricos de acuerdo con la tabla 1:

Antecedentes obstétricos	Nº de casos	%
Abortos (1)	30	22,90
Más de 1	13	9,92
Partos prematuros (1)	0	0,00
Más de 1	0	0,00
Partos distócicos (1)	1	0,76
Más de 1	0	0,00
Cesárea anterior (1)	54	41,22
Más de 1	24	18,32
Estrechez pelviana	9	6,87
Fetos malformados (1)	0	0,00
Más de 1	0	0,00
TOTAL	131	100,00

En este grupo de pacientes y en el análisis de sus antecedentes obstétricos se observa que los de mayor frecuencia son: cesárea anterior, 54 casos (41,22 %); aborto anterior, 30 casos (22,90 %), y más de una cesárea anterior, 24 casos (18,32 %).

En los 117 casos (47,17 %) restantes que no estuvieron comprendidos en el análisis de la tabla, se encontraron antecedentes obstétricos de riesgo alto; son ellos: feto muerto anterior (1 caso), embarazo gemelar anterior (5 casos) y embarazo ectópico anterior (1 caso).

El puntaje de riesgo aumenta al sumarse el mismo antecedente según la tabla.

3. Paridad

Pacientes según su paridad de acuerdo con la tabla 1:

Paridad	Nº de casos	%
Nulíparas	148	83,61
IV-VI paras	22	12,42
VII o más paras	7	3,95
TOTAL	177	100,00

De los 248 casos, 177 (71,38 %) tuvo puntaje de riesgo según la tabla; el resto, 71 casos (28,62 %) no presentó riesgo por paridad por estar comprendidas en el grupo con paridades de I-III, que no tienen puntaje de riesgo según la tabla.

De los 177 casos, 148 (83,61 %) fueron nulíparas.

En nuestra casuística el puntaje de riesgo por paridad aumenta a mayor paridad según la tabla.

4. Presentación anómala

Se registraron 42 pacientes (16,93 %) del total, con presentación anómala. Se consideró como tales a las presentaciones cefálicas deflexionadas, presentaciones pelvianas y situaciones transversas.

De las 42, 29 casos (69,04 %) tuvieron presentación pelviana, y de ellas, 8 pacientes evolucionaron por vía vaginal; el resto, 21 casos, fueron indicaciones de operación cesárea.

Los 13 casos restantes de los 42 (30,95 %) tuvieron: o presentación cefálica deflexionada o situación transversa que fueron causas de cirugía.

5. Patología que acompaña y complica la gestación

Pacientes según la complicación obstétrica de acuerdo con la tabla 1:

Patología	Nº de casos	%
Gestación múltiple	8	10,66
Amenaza de aborto	0	0,00
Amenaza de parto prematuro	6	8,00
Rotura prematura de membranas	26	34,66
Hemorragias tercer trimestre	6	8,00
Hipertensión inducida embarazo leve	0	0,00
Hipertensión inducida embarazo grave	28	37,33
Prediabetes	0	0,00
Diabetes	1	1,33
Isoinmunización Rh	0	0,00
Anemia	0	0,00
TOTAL	75	100,00

De las 248 pacientes, 75 (30,24 %) presentó alguna patología que se describe en la tabla. En este grupo la complicación más frecuente fue la hipertensión inducida por el embarazo grave: 28 casos (37,33 %) y la rotura prematura de las membranas ovulares: 26 casos (34,66 %).

Dentro de las patologías que complican el embarazo se registraron, en las 248 pacientes, 3 casos de infección urinaria, 1 caso de prurigo gestacionales, 1 caso de hiperemesis y 3 casos de hipertensión arterial previa, antecedentes que no aparecen en la tabla del Servicio.

6. La población estudiada no presentó antecedentes de hábitos tóxicos en el embarazo actual. No se detectaron adictas al tabaco ni al alcohol, teniendo en cuenta que el interrogatorio se hizo en forma individual.

7. No se detectó laboratorio positivo para sífilis ni Chagas.

8. Se halló 1 caso con toxoplasmosis crónica.

9. De acuerdo con la aplicación de la tabla se pudieron discriminar dos grupos de riesgo, elevado: 129 casos (52,01 %), y no elevado: 119 casos (47,98 %).

Grupos de riesgo	Nº de casos	%
Elevado	129	52,01
No elevado	119	47,98
TOTAL	248	100,00

B) Otros resultados de interés:

1. Control prenatal

Control prenatal	Riesgo elevado		Riesgo no elevado		TOTAL	
	Nº de casos	%	Nº casos	%	Nº	%
Eficiente	68	45,33	82	54,66	150	60
Deficiente	48	59,25	33	40,74	81	33
Nulo	13	76,47	4	23,52	17	7
					248	100,00

El control prenatal eficiente (5 ó más controles) fue en 150 pacientes (60 %), deficiente (menos de 5 controles) en 81 pacientes (33 %) y nulo en 17 pacientes (7 %).

En las pacientes que hubo control prenatal eficiente, el mayor porcentaje correspondió al riesgo no elevado; observando que aumentó el porcentaje de riesgo elevado en las que hicieron control prenatal deficiente o nulo.

2. Estado civil

Estado civil	Riesgo elevado		Riesgo no elevado		TOTAL	
	Nº de casos	%	Nº de casos	%	Nº	%
Sin pareja estable	36	55,38	29	44,61	65	26,20
Con pareja estable	95	51,91	88	48,08	183	73,79
					248	100,00

Del total de 248 casos, 183 (73,79 %) tuvo pareja estable; el resto, 65 casos (26,20 %) no la tuvo.

En las pacientes sin pareja estable aumentó el porcentaje de riesgo elevado en mayor diferencia que en el grupo opuesto.

C) Análisis de los grupos de riesgo en términos de morbilidad materna y perinatal.

1. En la forma de terminación del embarazo se observó:

Grupo de riesgo	Parto vaginal		Cesárea		Fórceps		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Elevado	32	24,80	93	72,02	4	3,10	129	52,01
No elevado	22	18,48	71	59,66	26	21,80	119	47,98
							248	100,00

En ambos grupos de riesgo el parto quirúrgico tuvo la mayor incidencia (72,02 %-59,66 %), no así el parto instrumental, que fue más frecuente en las pacientes de riesgo no elevado.

Esto demuestra que la tabla de puntuación de riesgo es predictiva del riesgo fetal y materno durante el embarazo, y que, por ejemplo, la aplicación de fórceps, que es mayor en el grupo de riesgo no elevado, es una indicación que surge de alguna complicación de la parte final del parto.

No se practica vacuum extractor en nuestro Servicio.

2. Resultados perinatales

A) De acuerdo con los grupos de riesgo estudiados se tomó como parámetro evaluar los pesos de los recién nacidos en -2.500 g y + 2.500 g.

Son 256 recién nacidos por 8 embarazos gemelares dobles.

Grupos de riesgo	- 2.500 g		+2.500 g	
	Nº de casos	%	Nº de casos	%
Elevado	47	70,14	97	51,32
No elevado	20	29,85	92	48,67
TOTAL	67	100,00	189	100,00

Se hace notar que el mayor porcentaje de recién nacidos de menos de 2.500 g, 70,14 % (47 niños) adecuados para su edad gestacional coincide en madres de riesgo elevado.⁽³⁾

En ambos grupos de riesgo se dio la misma incidencia de recién nacidos de más de 2.500 g.

De los recién nacidos de menos de 2.500 g, 7 fueron de bajo peso para su edad gestacional al nacer.

De este total, 4 fueron de madres con riesgo elevado y 3 de madres con riesgo no elevado.

Los recién nacidos de menos de 2.500 g son el grupo más importante como causa en la morbimortalidad neonatal.^(9, 10) Otros autores consideran que es el único factor como causa en la mortalidad neonatal.⁽⁵⁾

B) Se analizó la depresión al nacer en relación a los grupos de riesgo clasificados encontrando lo siguiente:

Grupos de riesgo	Deprimidos		Mortinatos	
	Nº de casos	%	Nº de casos	%
Elevado	25	55,55	5	83,33
No elevado	20	44,44	1	16,66
TOTAL	45	100,00	6	100,00

El mayor porcentaje de deprimidos al nacer 55,55 % (25 casos) y mortinatos 83,33 % (5 casos) ocurrieron en el grupo de pacientes con riesgo elevado.^(3, 9)

C) Se registraron 21 muertes neonatales, 16 tenían el antecedente en sus madres de riesgo elevado durante el embarazo⁽⁹⁾ y 5 de riesgo no elevado.

Las causas de muertes neonatales fueron: prematuroz, 18 casos (85,71 %)^(9, 10, 15) y sepsis: 3 casos (14,28 %).

En los 3 recién nacidos que fallecieron por sepsis se encontró en 1 caso el antecedente de rotura prematura de membrana ovular y los 3 casos fueron recién nacidos con menos de 2.500 g de peso al nacer.

3. Resultados maternos

A) La morbilidad materna en el grupo de riesgo elevado fue dada por: absceso de pared (3 casos), hipertensión inducida por el embarazo grave puerperal (2 casos), histerectomía por acretismo placentario con el antecedente de placenta previa sangrante

(2 casos), rotura uterina en cicatriz de cesárea previa (1 caso) y vólvulo de ciego posquirúrgico (1 caso); total, 9 casos (56,25 %).

En las pacientes de riesgo no elevado fue dada por: absceso de pared (5 casos), evisceración herida quirúrgica poscesárea (1 caso), que fue una complicación intraoperatoria; total: 7 casos (43,75 %).

Como se observa, la morbilidad materna está dada principalmente por complicaciones en el parto quirúrgico, estando las más graves en el grupo de riesgo elevado.⁽¹³⁾

B) Se registraron 2 muertes maternas con el antecedente de riesgo elevado: uno por placenta previa y acretismo placentario con histerectomía^(5, 12), y el otro, óbito materno por leucemia aguda sin diagnóstico en el embarazo y muerte en el puerperio inmediato.

COMENTARIOS

El haber aplicado la tabla y lograr dividir a este conjunto de pacientes en de riesgo elevado y no ele-

vado, nos ha permitido observar que los dos grupos se diferenciaron con facilidad por los puntajes que determina la tabla.

En el grupo de mayor riesgo, como lo indican las estadísticas y la bibliografía consultada, los embarazos terminaron con partos complicados; lo demostró la mayor incidencia de operación cesárea (72 %). En este grupo, hubo el mayor número de complicaciones en el puerperio inmediato, con intervenciones de cirugía mayor (56 %). Más de 50 % de todas las complicaciones maternas y 60 % de las cesáreas provienen del grupo de embarazadas de alto riesgo.⁽¹³⁾

Se presentó en el grupo de alto riesgo el mayor número de recién nacidos de bajo peso (70 %) y deprimidos al nacer (56 %); 70 a 80 % de todos los

casos de morbimortalidad perinatal provienen del grupo de alto riesgo.⁽¹³⁾

Al grupo de riesgo elevado le costó el mayor número de muertes maternas y neonatales; 70 % de la mortalidad materna ocurre en pacientes con embarazos de alto riesgo.⁽¹³⁾

Como comentario final, creemos que el tener la "Tabla de Riesgo" para ser utilizada en cada consulta prenatal, hace que se pueda cambiar la conducta de su atención después de haber clasificado a la paciente en de "Riesgo elevado y No elevado", y de esta manera reducir la morbimortalidad materna y perinatal, ya que 60 % del total de los embarazos de riesgo elevado puede detectarse durante el embarazo y 40 % restante, se diagnostica entraparto.^(11, 13)

BIBLIOGRAFIA

1. Casavilla, F.; Gugliemone, P.; Rosenvasser, E. B.: "Manual de Obstetricia". Ed. El Ateneo, Buenos Aires, 1987; págs. 607-608.
2. Fabre González, E.; Pérez Hiraldo, P.; González Navarro, J. V., y col.: "Identificación del riesgo perinatal". I. "Test de riesgo prenatal". Acta Ginecol., 1978.
3. Fabre González, E.; Pérez Hiraldo, P.; Martínez Equiluz, M. A., y col.: "Vigilancia fetal intensiva. Fisiología, costo y beneficio". En Carrera, J. M.: "Monitorización fetal anteparto". Ed. Salvat, Barcelona, 1980; págs. 209-231.
4. Goodwin, J. W.; Dunne, J. T., y Thomas, B. W.: "Antepartum identification of the fetus at risk". Can. Med. Assoc. J., 101, 458, 1969.
5. Lavenhar, M. A.: "Aspectos de Salud Pública de la Medicina Materno Fetal" (estadísticas perinatales). En Iffy, L.; Kaminetzky, H. A.: "Obstetricia y perinatología. Principios y prácticas", Tomo II. Ed. Panamericana, Buenos Aires, 1986; págs. 1.686-1.706.
6. León, J.: "Clasificaciones numéricas de los riesgos. Scores". En León, J.: "Embarazo de alto riesgo. Guía para su diagnóstico y tratamiento". Ed. Comar, Buenos Aires, 1979; págs. 54-55.
7. Nesbitt, R. E. L., y Aubry, R. H.: "High risk obstetrics. II. Value of semiobjective grading system in identifying the vulnerable group". Am. J. Obstet. Gynecol., 30, 316, 1987.
8. Pinto, R., y col.: "Clasificación del embarazo de riesgo". Colaboración al tema. Decimotercer Congreso Argentino de Obstetricia y Ginecología, F.A.S.G.O., tomo III, 1970.
9. Rantakallio, P.: "Indices predictivos de morbilidad y mortalidad neonatal". En Aladjem, S.; Brown, K. A.: "Perinatología clínica". Ed. Salvat, Barcelona, 1979; págs. 445-457.
10. Rantakallio, P.: "Group at risk in low birth weight infants and perinatal mortality". Acta Paediat. (suppl. 193), 1969.
11. Roux, J. F.: "Control del parto en los centros de riesgo elevado". En Aladjem, S.; Brown, K. A.: "Perinatología clínica". Ed. Salvat, Barcelona, 1979; págs. 367-406.
12. Swartz, D. P.: "Placenta acreta: placenta adherente o invasora". En Iffy, L.; Kaminetzky, H. A.: "Obstetricia y perinatología. Principios y práctica", Tomo II. Ed. Panamericana, Buenos Aires, 1986; págs. 977-983.
13. Uranga Imaz, F. A.; Uranga Imaz, F. A. (h.): "Embarazo de alto riesgo". En Uranga Imaz, F. A.; Uranga Imaz, F. A. (h.): "Obstetricia práctica", 5ª edición. Ed. Intermédica, Buenos Aires, 1981; págs. 847-853.