Universidad de Carabobo
Facultad de Ciencias de la Salud
Escuela de Medicina ¨Dr. Witremundo Torrealba¨
Departamento de Ginecología y Obstetricia
Maracay, Estado Aragua

IMPORTANCIA DE LA CONSULTA DE ALTO RIESGO OBSTETRICO E IMPACTO EN LA DISMINUCION DE LA MORBIMORTALIDAD MATERNA EN EL HOSPITAL CENTRAL DE MARACAY. JULIO – DICIEMBRE 2015

Trabajo especial de Grado para Optar al Título de especialidad de Obstetricia y Ginecología

Autora: Dra. Diana Fernanda Castaño.
Tutora: Dra. Maryeli Martínez.

Maracay, Noviembre 2016

RESUMEN

IMPORTANCIA DE LA CONSULTA DE ALTO RIESGO OBSTETRICO E IMPACTO EN LA DISMINUCION DE LA MORBIMORTALIDAD MATERNA EN EL HOSPITAL CENTRAL DE MARACAY. JULIO – DICIEMBRE 2015. Autora: Castaño, D. Tutora: Martínez, M.

El control prenatal de Alto Riesgo Obstétrico es la estrategia respaldada por los organismos internacionales para brindar la atención adecuada a la gestante y disminuir su morbimortalidad, el objetivo principal de esta investigación, es establecer la importancia de la consulta de alto riesgo obstétrico y su impacto en la morbimortalidad materna. Para el logro del objetivo fue empleado un estudio epidemiológico observacional descriptivo, de tipo transversal, presente según las líneas de investigación del Hospital Central de Maracay dentro de control prenatal sano y complicado. Se llevó a cabo en el Hospital Central de Maracay en el periodo Julio - Diciembre 2015. Se utilizo una herramienta tipo encuesta, con sistema de preguntas sencillas y específicas elaboradas por la investigadora fue respaldada por un consentimiento informado, firmado por la paciente que se sometió a los estudios. Resultados: Baja tasa de morbilidad en las pacientes estudiadas (31,43%) y sin mortalidad materno fetal, el control prenatal en la consulta de alto riesgo si genera gran impacto en beneficio de las maternas y sus productos. Recomendación: Ampliar la cobertura de Alto Riesgo a la red ambulatoria y asistencial del estado.
Palabras clave: Control prenatal, morbimortalidad, epidemiológicas

ABSTRACT

IMPORTANCE OF CONSULTATION OBSTETRIC´S OF HIGH RISK AND HIS IMPACT ON THE REDUCING MORBIDITY AND MORTALITY MATERNAL IN THE CENTRAL HOSPITAL OF MARACAY. JULY - DECEMBER 2015 . Author: Castaño, D Tutor: Martinez, M

Prenatal management of High Obstetric Risk is the strategy supported by international organizations to provide adequate care to pregnant women and to reduce their morbidity and mortality, the main objective of this research is to establish the importance of high obstetric risk consultation and its impact on Maternal morbidity and mortality. To achieve the objective, a descriptive observational, cross-sectional epidemiological study was carried out according to the research lines of the Central Hospital of Maracay within a healthy and complicated prenatal control. It was carried out at the Central Hospital of Maracay in the period July - December 2015. A survey-type tool was used, with a simple and specific question system developed by the researcher. It was supported by an informed consent signed by the patient who underwent To studies. Results: Low morbidity rate in the studied patients (31.43%) and without maternal fetal mortality, the prenatal control in high-risk consultation if it generates great impact in benefit of maternal and its products. Recommendation: Extend High Risk coverage to the state ambulatory and health care network.
Keywords: prenatal care, morbidity and mortality, epidemiological.

INTRODUCCIÓN

El control prenatal es un conjunto de acciones que involucra una serie de visitas de parte de la embarazada a la institución de salud y la respectiva consulta médica, con el objetivo de vigilar la evolución del embarazo, detectar tempranamente riesgos, prevenir complicaciones y prepararla para el parto, la maternidad y la crianza (1). La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que el cuidado materno es una prioridad que forma parte de las políticas públicas como estrategia para optimizar los resultados del embarazo y prevenir la mortalidad materna y perinatal (2). Las estrategias de control prenatal están orientadas a la prevención, diagnóstico oportuno y tratamiento de las patologías. Debe ser precoz, para evitar el olvido de información por parte de la embarazada, con esto podemos perfectamente lograr los objetivos de una adecuada atención prenatal, como son: identificar los factores de riesgo y diagnosticar la edad gestacional, la condición fetal, así como la condición materna (3). Los programas de atención prenatal practicados actualmente se originan de modelos desarrollados en Europa en las primeras décadas del último siglo. El concepto surgió de la creencia surgida en aquel momento de que era posible evitar la mortalidad materna, fetal e infantil. En 1929, la Dra. Janet Campbell, una funcionaria pública del Reino Unido señaló, "El primer requisito de un servicio de maternidad es la supervisión efectiva de la salud de la mujer durante el embarazo...". Alrededor de este momento, el Ministro de Salud del Reino Unido especificó que el examen prenatal debe comenzar alrededor de las 16 semanas y estar seguido de visitas a las 24 y 28 semanas, luego de forma quincenal hasta las 36 semanas y posteriormente de forma semanal. Esta guía también elaboró el contenido del examen para cada visita (como medir la altura uterina, revisar el corazón fetal y realizar un examen de orina) y recomendó que las visitas a las 32 y 36 semanas debían ser realizadas por un médico especialista. Hasta donde se conoce, estas recomendaciones han constituido la base para los programas de atención prenatal en todo el mundo. Según han evolucionado el conocimiento médico y la tecnología, se han agregado nuevos componentes al paquete de atención prenatal ofrecido de forma habitual. Éstos han sido principalmente intervenciones de cribado para mejorar

la identificación de las mujeres de alto riesgo (4). La “Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud”, realizada en Alma Ata, Kasajistán, por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1978, definió y otorgó reconocimiento internacional al concepto de Atención Primaria de Salud (APS). Su lema fue: “Salud para todos en el año 2000”. Dentro de los ocho elementos más importantes para lograr éste, se mencionó la asistencia materno-infantil. Se debe entender como APS materno-infantil, al conjunto de acciones tendentes a preservar la salud del binomio madre-hijo enfocado fundamentalmente a que los riesgos presentes no se conviertan en daño para ambos (5). Es así que en la población obstétrica que no tiene factores de riesgo y presenta un embarazo sin complicaciones, la evolución es altamente positiva. Entendemos como embarazo sin complicaciones, al estado fisiológico de la mujer que inicia con la fecundación y termina con el nacimiento del producto a término y en cuya evolución no se presentan factores que afectan a la salud de la madre o del niño. Caso contrario, tenemos el embarazo de alto riesgo, en el cual existe un factor, ya sea materno o fetal, que afectará de manera adversa los resultados de la gestación en un 34%, según estudios previos (6). Aunque en embarazos de alto riesgo no es posible esperar resultados favorables con certeza, éstos pueden mejorar si se emplea un sistema que indique los factores de riesgo y mitigue los problemas del embarazo. Son muchas las alteraciones que pueden presentarse, por lo cual, es de vital importancia saber identificarlos al principio del período prenatal, y sobre los riesgos que no se pueden anticipar, como son aquellos que se presentan sólo al progresar el embarazo (embarazos múltiples y preeclampsia), el médico debe vigilar su aparición (7). Cabe por lo tanto definir la clasificación del riesgo: Bajo Riesgo (BR), es el estado de las embarazadas que evaluadas integralmente presentan condiciones óptimas para el bienestar de la madre y el feto y no evidencian factores epidemiológicos de riesgo, antecedentes ginecoobstétricos o patología general intercurrente. El Alto Riesgo (AR), que se subdivide en tres tipos ; Tipo I: Cuando las embarazadas se encuentran en buenas condiciones de salud pero presentan uno o más factores de riesgo de tipo epidemiológico y/o social: analfabetismo, pobreza crítica, vivienda no accesible al establecimiento de salud, unión inestable, trabajo con esfuerzo físico, estrés,

tabaquismo, alcohol u otras drogas, embarazo no deseado, control prenatal tardío, edad materna igual o menor de 19 años y mayor de 35 años, talla 1,50 metros o menos, peso menor a 45 kg u obesidad, paridad menor de 4, intervalo íntergenésico menor de 2 años y mayor de 5 años. Tipo II: Cuando las embarazadas se encuentran en buenas condiciones de salud pero presentan uno o más antecedentes de patología ginecoobstétrica perinatal o general, con o sin morbilidad materna o perinatal: peso inadecuado para la edad gestacional, malformaciones congénitas fetales, trauma o infección fetal, retardo mental, parálisis cerebral, edad de gestación desconocida, paridad mayor de 4, parto prematuro, embarazo prolongado, preeclampsia eclampsia, cesárea anterior, rotura prematura de membranas, distocias dinámicas, hemorragias obstétricas, mola hidatidiforme, accidentes anestésicos, trastornos neurológicos periféricos. Tipo III: Constituye el riesgo mayor para las embarazadas que ameritan atención especializada en casos de: pérdida fetal recurrente, infertilidad, incompetencia cervical, malformaciones congénitas uterinas, tumores ginecológicos, cáncer, trastornos hipertensivos del embarazo, hemorragias obstétricas, presentaciones diferentes a la cefálica de vértice, desproporción feto pélvica, placenta previa, anemia, diabetes u otras endocrinopatías, cardiopatías, nefropatías, colagenosis, púrpura, hemoglobinopatías, desnutrición severa, psicopatías. Estas patologías pueden ser antecedentes de morbilidad materna con o sin muerte fetal o patología con el embarazo actual (8). Los estudios observacionales tienden a mostrar que entre las mujeres que reciben atención prenatal se registra una menor mortalidad materna y perinatal y mejores resultados del embarazo. Estos estudios también tienden a demostrar una asociación entre el número de visitas prenatales o la edad gestacional al comienzo de la atención y los resultados del embarazo, después de controlar los factores de confusión como la duración de la gestación, la OMS recomienda asistir al menos a cuatro citas de cuidados prenatales que incluyan, como mínimo, el diagnóstico y en su caso el tratamiento de infecciones y la identificación precoz de problemas sintomáticos durante el embarazo (9). Varias encuestas observacionales grandes, han proporcionado información sobre el número de mujeres ingresadas en el hospital durante el embarazo y sobre las tendencias de las tasas de ingreso. También han

descrito las mujeres con mayor riesgo y las complicaciones que es más probable que provoquen la hospitalización, Las complicaciones que provocan el ingreso hospitalario durante el embarazo incluyen el inicio del trabajo de parto prematuro o la amenaza de trabajo de parto prematuro (que representa aproximadamente la cuarta parte de los ingresos); los trastornos hipertensivos incluida la preeclampsia; la hiperémesis gravídica, la hemorragia prenatal, las complicaciones genitourinarias y la diabetes. Las pruebas de los estudios observacionales indican que el riesgo de hospitalización durante el embarazo es mayor para las mujeres más jóvenes y las que no tienen un seguro de salud privado varía para diferentes grupos étnicos, diferentes zonas geográficas y diferentes contextos de asistencia sanitaria (9, 10). Estudios poblacionales en los Estados Unidos (EE.UU.) han mostrado una considerable disminución de los ingresos prenatales hospitalarios durante los años ochenta y noventa (Bacak 2005; Bennett 1998). Entre 1991 y 1992, y entre 1999 y 2000, la tasa total de ingresos (no debidos al parto) en los EE.UU. descendió de 17,6 a 12,8 por 100 partos (Bacak 2005). Disminuciones similares en la tasa de ingresos durante el embarazo se han descrito en otros lugares (Liu 2007). Esta disminución (que habitualmente refleja tasas generales decrecientes de hospitalización) se ha imputado a un enfoque diferente, en lugar de a cualquier reducción en la incidencia y la prevalencia de las complicaciones en el embarazo (Bacak 2005; Bennett 1998). Durante el mismo período, también descendió la duración promedio de la estancia hospitalaria y nuevamente se considera que se relaciona con el cambio de enfoque, así como la mejoría en los tratamientos (10). Para una mujer nacida en América Latina o el Caribe, las probabilidades de morir por complicaciones del embarazo son 27 veces mayores que para una mujer nacida en Estados Unidos, “La terrible paradoja es que la mayoría de las causas que llevan a todas estas muertes son tratables y hasta prevenibles” el mal manejo de un embarazo de Alto Riesgo conlleva consigo la complicación más grave que es la mortalidad materna (11).

En Venezuela, la atención Prenatal está en 94% con por lo menos 4 visitas (2007-2012). De acuerdo a UNICEF (citado por Observatorio Venezolano de los Derechos de las Mujeres, 2014) la atención durante el parto en instituciones se ubica en 95% coincidiendo con la cifra oficial. La atención institucionalizada del parto en Venezuela

es del 98% según las estadísticas oficiales. Esto implica que las deficiencias no están asociadas a cobertura sino a la calidad de la atención, a la poca capacidad resolutiva de las emergencias obstétricas y a las prácticas abortivas de riesgo por embarazos no deseados. No es suficiente que existan servicios, es necesario que éstos sean accesibles y de calidad para que el derecho a la vida de las mujeres no esté amenazado durante el parto (12).

Siendo el Control Prenatal de alto riesgo obstétrico una estrategia respaldada por los organismos internacionales para brindar atención adecuada a la gestante con factores de riesgo y disminuir la morbimortalidad materna y fetal, sus objetivos y atributos están claramente planteados, pero poco se ha profundizado en el conocimiento de cómo estos esfuerzos se materializan en acciones en el escenario real de la atención. Existe la premisa de que con un buen control prenatal se obtiene mejor resultado perinatal, esto se refleja en tasas menores de complicaciones, lo que justifica un adecuado control en número y calidad.

Por lo ya descrito se plantea como objetivo el Establecer la importancia de la consulta de Alto Riesgo Obstétrico y su impacto en la morbimortalidad materna en el Hospital Central de Maracay en el periodo Julio - diciembre 2015 y para lograrlo se procederá a evaluar la calidad del control prenatal en la población estudio y comparar con un grupo control, conocer las características socio epidemiológicas y antecedentes obstétricos de ambos grupos, determinar las 5 primeras patologías de consulta en el servicio de Alto riesgo Obstétrico, conocer las cinco primeras patologías de ingreso en el servicio de Emergencia Obstétrica, identificar los tipos de morbilidad en cada población y por ultimo relacionar el resultado de la culminación de la gestación en ambas poblaciones.

METODOLOGIA

Es un estudio epidemiológico observacional descriptivo, de tipo transversal y se encuentra dentro de las líneas de investigación del departamento de Ginecología y Obstetricia como control prenatal sano y complicado.

Se trabajó con una población finita en la cual se realizó un muestreo no probabilístico intencional, que fue conformado por las gestantes que acudieron a la emergencia obstétrica del Hospital Central de Maracay en el periodo Julio - Diciembre 2015, dividida en dos grupos de trabajo; La población estudio (PE) conformada por 467 gestantes que fueron controladas en el servicio de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Central de Maracay y fueron ingresadas en la emergencia obstétrica para la resolución de su embarazo y se tomaron como muestra 70 gestantes que representa el 15% de la población ya que cumplieron con los siguiente criterios de inclusión: tener más de cuatro controles prenatales documentados y realizados en la misma institución, de la misma forma fue seleccionada la población denominada como comparativa (PC) que fueron igualmente 70 embarazadas no controladas en esta consulta y captadas en la Emergencia Obstétrica del Hospital Central de Maracay, pareadas de uno a uno según las patologías de las pacientes de la población estudio, para el final del periodo quedar constituida por 140 participantes , con las primeras causas de consulta en el servicio de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Central de Maracay, por último a ambos grupos se les informa las características de esta investigación y se les pide que a través de su firma del consentimiento manifieste su voluntad de participar en el mismo.

La técnica para la recolección de datos fue observacional, y el instrumento utilizado se nombró como una ficha de recolección de datos previamente diseñada, la cual fue validado por tres expertos, de respuestas fijas , que consta de siete partes, la primera parte corresponde a los datos de identificación, la segunda parte incluirá antecedentes personales, la tercera parte antecedentes obstétricos, la cuarta la parte de datos sobre el control prenatal, la quinta parte corresponde a las complicaciones durante el embarazo, la sexta al tipo de parto y la séptima datos del recién nacido.

Análisis estadístico: Para el análisis estadístico de los datos, se realizó un vaciado de los datos ya recolectados en una base de datos tipo Excel 2007, y posteriormente en base a la estadística descriptiva de cada dimensión, se calcula a través de paquete estadístico Stata10 (Data Analysis and Statistical Software), la frecuencia absoluta y relativa; así mismo se calculó los promedios y desviaciones estándar para cada ítem en la totalidad de la encuesta y en cada dimensión evaluada; así mismo

para la asociación de las variables se realiza con IC95% cálculo de Chi^2 y con un valor de significancia estadística de p<z 0,05, estos datos se presentan a través de cuadros para su mejor visualización, análisis y para su discusión.

RESULTADOS

Características socio epidemiológicas y antecedentes obstétricos

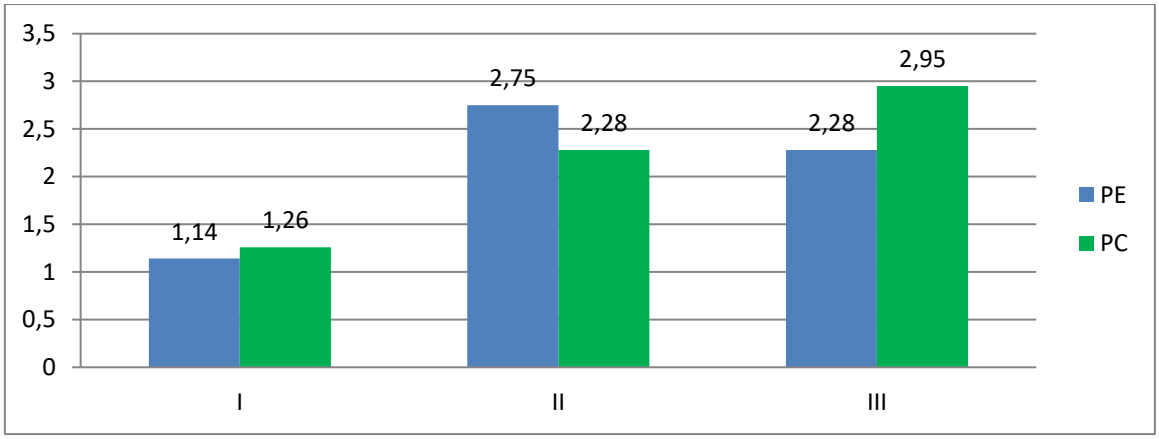
Cuadro 1.0 Características socio epidemiológico y antecedentes obstétricos de las pacientes de la población (PE) estudio y la población comparativa (PC)

		PE	*%*	*PC*	*%*	*Total*	*%*
Institución Donde se controla	HCM	70	100,00			70	50,00
	Privado			42	60,00	42	30,00
	Ambulatorio			22	31,43	22	15,71
	Hospital			6	8,57	6	4,29
Edad	15 a 24	25	35,71	24	34,29	49	35,00
	25 a 34	34	48,57	34	48,57	68	48,57
	>35	11	15,71	12	17,14	23	16,43
Procedencia	Aragua	68	97,14	65	92,86	133	95,00
	Carabobo	2	2,86	4	5,71	6	4,29
	Guárico			1	1,43	1	0,71
Grado de Instrucción	Ninguno			1	1,43	1	0,71
	Primaria	7	10,00	5	7,14	12	8,57
	Secundaria	49	70,00	45	64,29	94	67,14
	Universitaria	14	20,00	19	27,14	33	23,57
Paridad	1	15	21,43	15	21,43	30	21,43
	2 a 4	53	75,71	51	72,86	104	74,29
	> 5	2	2,86	4	5,71	6	4,29
Patologías obstétricas anteriores	Ninguna	65	92,86	66	94,29	131	93,57
	THE	5	7,14	4	5,71	9	6,43
	Total	70	50	70	50	140	100

** (HCM) Hospital Central de Maracay*

En cuanto a las características socio epidemiológicas de la población comparativa (PC) observamos que el 60% manifestaron que su control es en consulta privada, 31,43% en ambulatorios de la red y el restante 4,87% en algún Hospital de la red asistencial. El rango de las edades es de 15 a 44 años, con un promedio de 27,87 ± 6,5 años, y la población conformada mayormente (> 90%) es procedente del estado Aragua. En general, el grado de instrucción predominante es la secundaria (67,14%) para ambos grupos. Entre los antecedentes obstétricos de la población, en cuanto a la paridad, predominó entre 2 a 4 gestas (74,29%); y en las patologías obstétricas en embarazos anteriores la única manifestada fue los trastornos hipertensivos del embarazo (THE) con el 6,43% de las gestantes en general.

Grafico 1.0 Controles Prenatales por Trimestre



Se observa un incremento gradual de los promedios ponderados (medida exacta para obtener resultados de diversos datos con diferentes grados de importancia) trimestrales de los controles prenatales en la medida que se acercaba la fecha del término de la gestación para ambas poblaciones, en el segundo trimestre para la población estudio (PE) hay un incremento de los mismos 2,75, caso contrario para la población comparativa (PC) que es durante el tercer trimestre cuando tiene su mayor elevación 2,95.

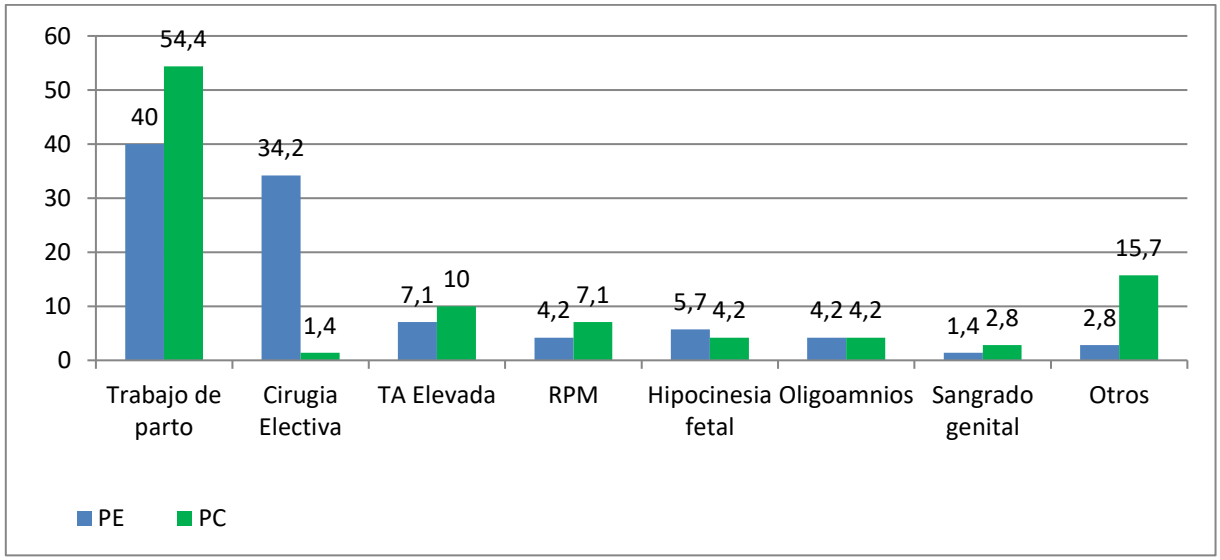
Causas más frecuentes de control en Alto Riesgo Obstétrico Hospital Central de Maracay y de ingreso en la Emergencia Obstétrica

Cuadro 2.0 Causas más frecuentes de consulta en el servicio de Alto riesgo Obstétrico

CAUSA	f	%
Hipertensión Arterial Crónica / THE	23	32,86
Cicatriz Uterina Previa	22	31,43
Malformaciones fetales	18	25,71
Cardiopatía materna	2	2,86
Patología tiroidea	3	4,29
Diabetes Mellitus / Diabetes Gestacional	2	2,86
Epilepsia	2	2,86
Virus de Inmunodeficiencia Humana	2	2,86
Síndrome Antifosfolípido	1	1,43

Al distribuir las principales causas de consulta en el servicio de Alto riesgo Obstétrico, se demuestra que en el primer lugar son los trastorno hipertensivos del embarazo (THE) con el 32,86%, seguido de cicatriz uterina previa con el 31,43%, en tercer lugar se encuentra con el 25,71% las malformaciones fetales, en cuarto lugar con el 4,29% las patologías tiroideas y en el quinto lugar con el 2,86% las cardiopatías maternas, la totalidad de la frecuencia no coincide con las 70 participantes dado que algunas poseen más de una patología.

Grafico 2.0 Principales causas de ingreso en la Emergencia Obstétrica en ambos grupos.



Entre las causas más frecuentes de ingreso a la emergencia se encuentra en primer lugar el inicio de Trabajo de parto con el 47,14% siendo la población comparativa la más frecuente con el 54,29% de ellas, situación que se invierte ya que en segundo lugar se encuentra las Cirugías electivas que en general ocupa el 17,86% esta proporción es casi duplicada al 34,29% en la población estudio , en el tercer lugar se encuentra la Tensión Arterial elevada con el 8,57% de las gestantes en general pero esta proporción es mayor en las gestantes de la población comparativa con el 10%, en cuarto lugar se encuentra la Ruptura prematura de membrana (RPM), con el 5,71%, siendo esta más frecuente en las gestantes de la población control con el 7,14% y en quinto lugar, la Hipocinesia fetal con el 5% de las gestantes en general pero esta es más frecuente en las gestantes de la población estudio con el 5,71%.

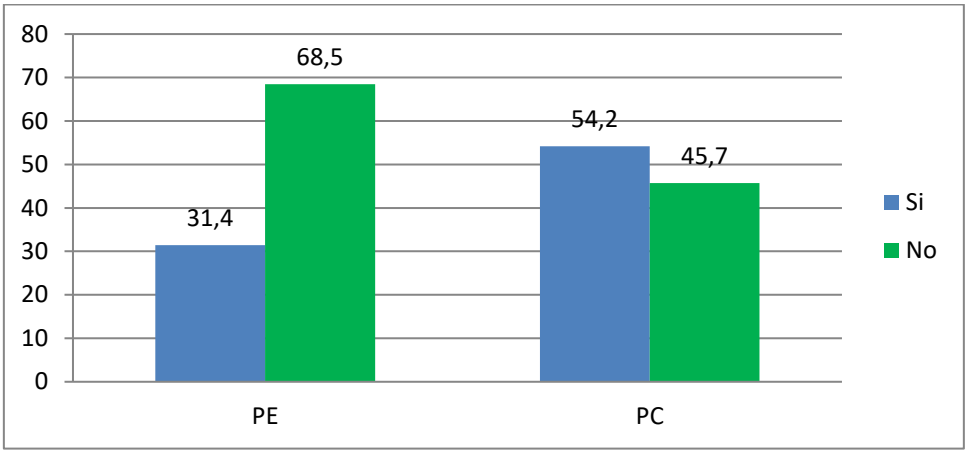
Cuadro 2.1 Institución de referencia a la Emergencia Obstétrica HCM

		PE	*%*	*PC*	*%*
Institución de Referencia	Consulta ARO HCM	43	61,43	2	2,86
	Consulta Privada			15	21,43
	Ambulatorios de la Red	2	2,86	4	5,71
	Hospitales de la Red			11	15,71
	Hospital Militar			2	2,86

Se puede decir que en el 54,29% de las gestantes en general son referidas, siendo más frecuente en la población estudio (PE), con el 62,86% siendo esto significativo $p<0,05$, por lo que se puede determinar que de esta población el 61,43 % de ellas son referidas desde la Consulta de Alto Riesgo Obstétrico (ARO) del Hospital Central de Maracay (HCM) a su emergencia obstétrica para el ingreso, el resto 37,14% ingresa directamente a la emergencia sin ser referida de dicha consulta, y solo el 1,43% fue referida de otra institución (Ambulatorio de la Red Aragua) como la Maternidad de Turmero, por el contrario en relación a la población comparativa (PC), el 51,43% ingresa a la emergencia por su propia iniciativa, le sigue en concordancia con lo ya descrito el ser referida por la consulta privada en el 21,43%, el restante son referidas de los distintos centros asistenciales de la red, pero cabe destacar que el 2,86% de estas paciente fue referida de la consulta de Alto riesgo Obstétrico sin estar controladas allí, sino en su primera visita al servicio cumplió con los criterios para ser manejada directamente por la emergencia obstétrica.

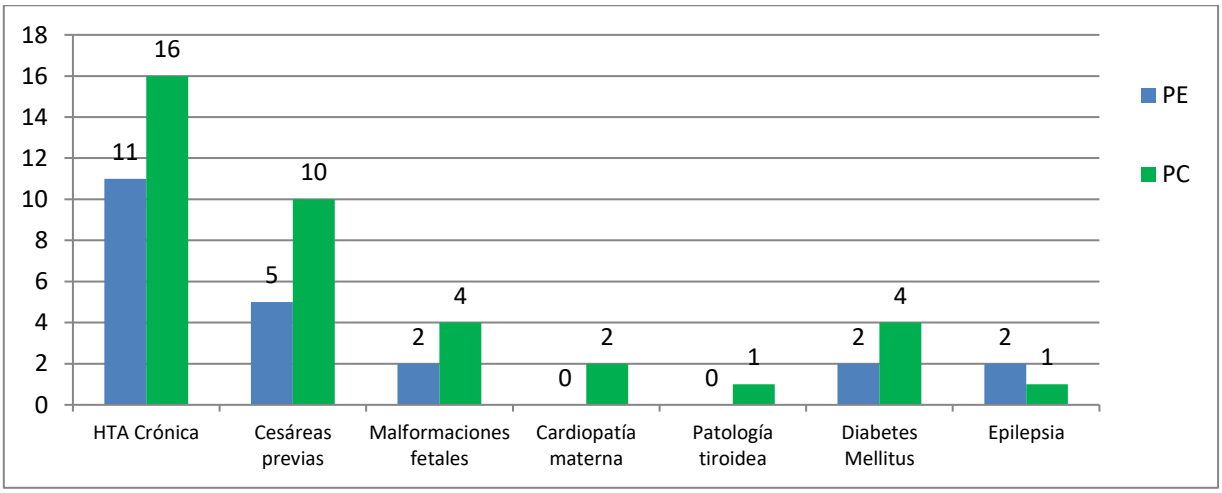
<u>Complicaciones durante la gestación y relación de la culminación de la gestación en ambas poblaciones</u>

Grafico 3.0 Complicaciones durante la gestación de ambas poblaciones



En general se complica el 42,86% de la población en general siendo las gestantes de la población comparativa (PC) las que mayor proporción tienen con el 54,29% de ellas, siendo esto estadísticamente significativo p<0,05.

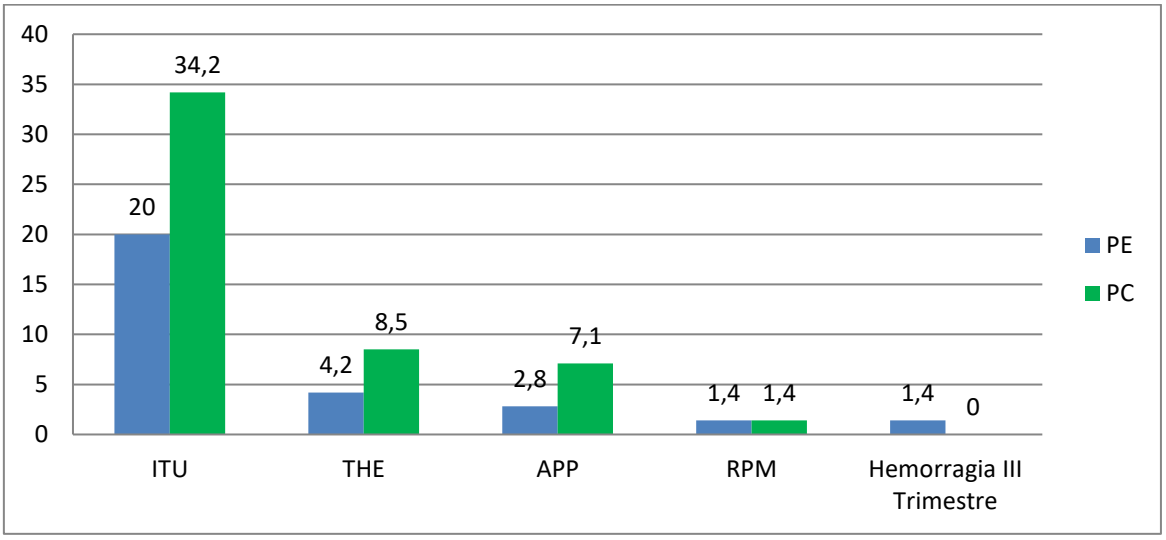
Grafico 3.1 Relación comparativa de las causas de consulta (patologías de base) entre ambas poblaciones



Según las patologías maternas, las que más se complican son las maternas que tienen Trastornos Hipertensivos, con 38.5% (n=27), siendo en la población comparativa (PC) la que más se complica con el 22,8%, caso similar con las pacientes con cesáreas previas, malformaciones fetales, Diabetes Mellitus (DM) y

epilepsia que tienden a complicarse mayormente en la población comparativa en una relación 2:1 con la población estudio (PE), para las gestantes con cardiopatía o patología tiroidea, solo las pertenecientes a la población comparativa, presentaron complicaciones en 2,8% y 1.4% respectivamente.

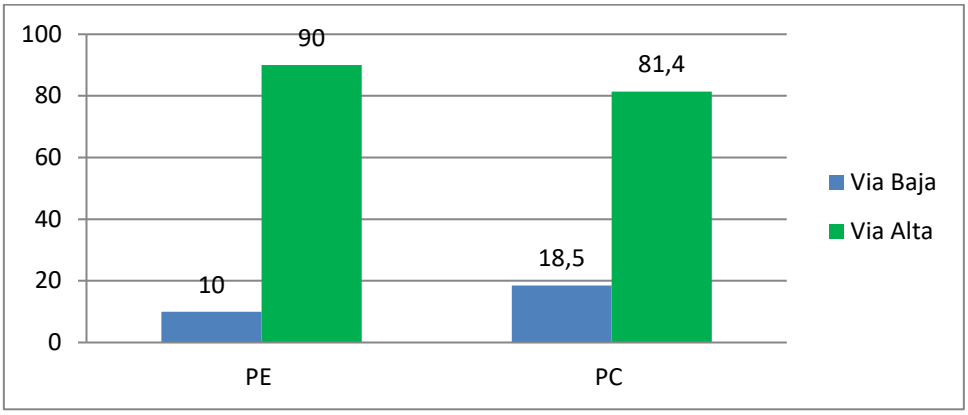
Grafico 3.2 Tipo de complicaciones generales durante la gestacion comparativa entre ambas poblaciones



** (ITU) Infección del tracto urinario ** (THE) Trastorno Hipertensivo del Embarazo*
**** (APP) Amenaza de parto Pretérmino **** (RPM) Ruptura prematura de Membranas*

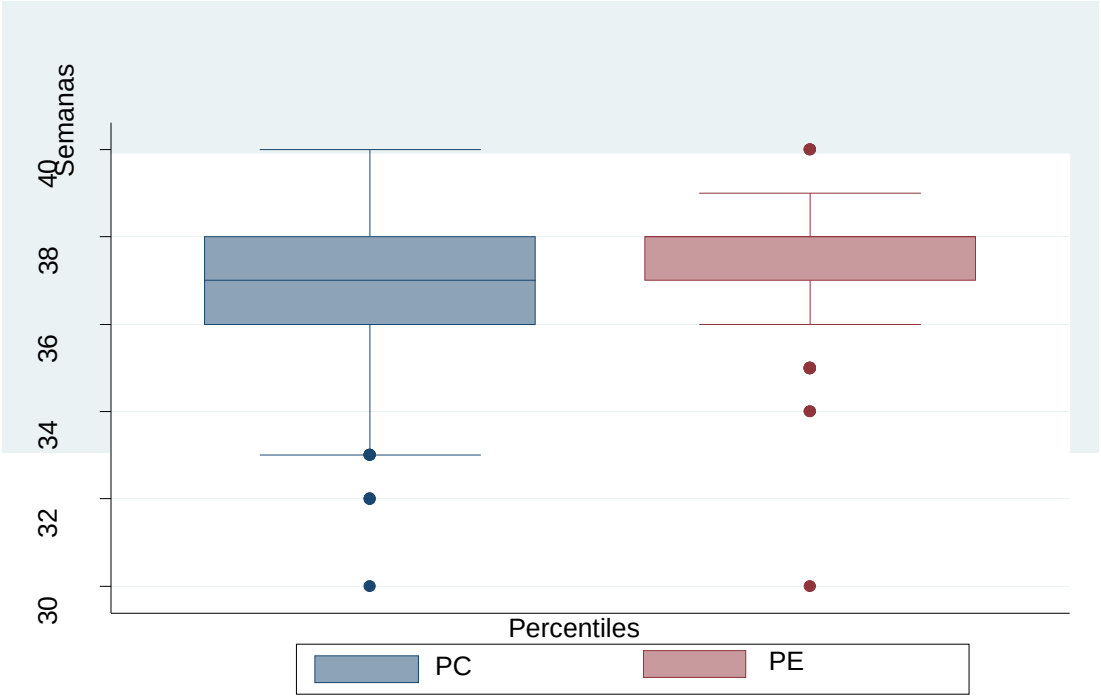
Entre las principales complicaciones durante la gestación en primer lugar esta las Infecciones urinarias con el 27,14% de la población en general, siendo esta más frecuente en las gestantes de la población comparativa (PC), le sigue dentro de los Trastornos Hipertensivos del Embarazo, la Preeclampsia con el 5% de la población en general, siendo esta más frecuente en las gestantes de la población comparativa con el 8,57% de ellas de igual manera esta la Amenaza de Parto Pretérmino en tercer lugar con el 5% igualmente que la anterior sigue siendo más frecuente en las gestantes de la población comparativa, con el 1,43% está la hemorragia del III trimestre (Placenta previa sintomática sangrante) en la población estudio (PE), en cuanto a la Ruptura Prematura de Membranas se observa igual prevalencia en ambas poblaciones.

Grafico 4. Porcentajes comparativos de vía de terminación de la gestación en ambas poblaciones



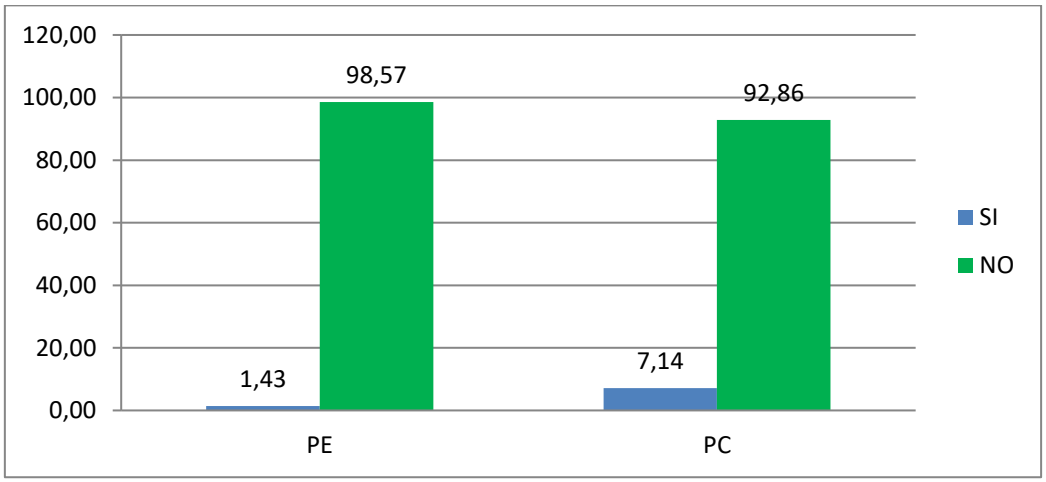
En relación a la vía de terminación de la gestación; en su gran mayoría fue vía alta con el 85,71% de las gestantes en general siendo más frecuente en las gestantes de la población estudio (PE) donde se eleva a 97,14%.

Gráfico 4.1. Percentiles comparativos de edad gestacional de Interrupccion en ambos grupos



El rango de la edad gestacional de la población estudio (PE) fue entre 36 a 39 semanas, y con una mediana de 38 semanas (Percentil 50), y correspondientemente para la población comparativa (PC) fue entre 33 a 39 semanas con una mediana de 36 semanas (Percentil 50).

Grafico 5. Porcentajes comparativos de las complicaciones durante el parto



Al relacionar las complicaciones durante el parto, estas solo se presentan en el 4,29% de la población en general, más frecuente en las gestante de la población comparativa (PC) con (n= 5) (7,14%) y en la población estudio (PE) (n=1) (1,43%).

Cuadro 3. Complicaciones durante el Parto en ambos grupos

		PE	***%***	***PC***	***%***
	Dehiscencia segmento	0	0	1	1,43
Obstétricas	Hemorragia III trimestre	0	0	3	4,29
Quirúrgicas	Lesión de vejiga	1	1,43	1	1,43
Histerectomía Abdominal		1	1,43	2	2,86
	Total	70	50	70	50

Dentro de las complicaciones obstétricas durante el parto, en la población comparativa (PC) se presentó un (n=4) 5,71% y ninguna en la población estudio (PE), dentro de las quirúrgicas aparece la lesión de vejiga con (n=1) 1,43 %, similar

para ambas poblaciones; En la población estudio el 33,34% de las gestantes terminó en Histerectomía abdominal, caso que no es igual para la población control donde el 66,64% presento esta complicación. (n=3 de 6).

Cuadro 5.0 Condiciones del Recién Nacido

		PE	%	PC	%
Hospitalización	Si	21	30,00	31	44,29
	No	49	70,00	35	50,00
Clasificación	Pretérmino	7	10,00	22	31,43
	A término	63	90,00	44	62,86

En relación a la hospitalización de los recién nacidos, el 37,14% de la población en general son hospitalizados siendo de mayor proporción en los recién nacido de madres de la población comparativa (PC) con el 44,29% de ellos, y solo el 25,7 % es por malformaciones fetales y en la población estudio (PE) el 30% son hospitalizados correspondiendo el 26,7% a los recién nacidos con malformaciones fetales, caso contrario en la población comparativa, siendo esto significativo $p< 0,05$, y la clasificación del mismo en relación a la edad gestacional en que nacen se determina que en el 20,71% son Pretérmino y con mayor proporción en los recién nacidos de madres de la población comparativa, a una razón de 0,3 veces más que la población estudio (PE) , siendo significativo esta afirmación $p<0,05$. En cuanto al estudio de las condiciones del recién nacido al término de la gestación en el 97,14% de la población se obtiene un recién nacido vivo y solo el resto 2,86% fallece cabe destacar que es solo en la población comparativa (PC) con una proporción mayor en ellas que llega al 5,71%, siendo estadísticamente significativa esta diferencia porcentual $p<0,05$.

DISCUSIÓN

La morbimortalidad por causas maternas ha sido considerada como uno de los principales indicadores no sólo de las condiciones de salud de la población, sino también del desarrollo de la sociedad. El hecho de que las mujeres tengan un riesgo mayor de enfermar o morir por causas debidas al embarazo, parto o puerperio, evidencia la importancia que tiene el estudio de estos aspectos en la generación de políticas de salud seguras que permitan disminuir el riesgo**.**

En cuanto a las características socio epidemiológicas y antecedentes obstétricos ambas poblaciones son en general dos grupos homogéneos entre sí.

Dentro de los datos de la caracterización de la población, se encontró que la edad promedio de estas pacientes con Alto Riesgo Obstétrico es de 27,87 +/- 6,57 años, hallazgo similar a los encontrados por Jurado Ocampo 2015: factores de riesgo para morbilidad materna extrema (15), en cuanto al promedio de hijos por cada mujer evaluada es de 2,6; datos que concuerdan con los aportados por el (INE) Instituto Nacional de Estadística, donde el índice de Fecundidad (número medio de hijos por mujer) para el año 2014 en Venezuela fue de 2,37 (16).

Dentro de los antecedentes patológicos, se identifica el Trastorno Hipertensivo de la Gestación en un 6,43% (Preeclampsia) datos similares a los encontrados por Paradas, Gabriela 2014, continúa siendo la primera causa de consulta en maternas y también la primera complicación para ambos grupos pero era de esperarse que predominaba sobre el grupo no controlado en el Hospital Central de Maracay (17).

Las gestantes que se controlan en el servicio Alto Riesgo Obstétrico del HCM, inician más tardíamente su control prenatal, que el grupo comparativo, lo cual está relacionado directamente a que en su totalidad son pacientes que son captadas por otros centros y posteriormente al ser identificadas como pacientes de Alto Riesgo son referidas a este servicio para darle inicio al manejo por allí. El promedio ponderado de los controles prenatales por trimestre en ambas poblaciones es similar, y es congruente con el promedio sugerido por la OMS, de esquema de visitas prenatales para obtener un óptimo resultado en los dos primeros trimestres, pero es en el último trimestre donde se aleja de la meta planteada por este Organismo Internacional, y cae a un 2,28 para la población estudio y 2,95 en la población control, lo cual obedece a la adherencia e importancia que le dan las gestantes a estas evaluaciones secuenciales por parte del personal especializado.

Las 10 primeras causas más frecuentes de control en el servicio de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Central de Maracay, en su gran mayoría según la clasificación del riesgo del Ministerio del Poder Popular para la Salud (18), son en su mayoría Tipo III 80% Y tan solo el 20% restante es tipo II.

Los trastornos hipertensivos siguen siendo la primera causa de consulta en los diferentes centros asistenciales en la población estudio seguida cicatriz previa, malformaciones fetales, patologías tiroideas y cardiopatías maternas. En las principales causas de ingreso a la emergencia se ven ambas poblaciones con una diferencia de por lo menos 2:1, en cuanto a gestantes que inician trabajo de parto, cifras tensionales elevados sangrado genital, llama la atención que en la población estudio el 34,29% son cirugías electivas, lo cual se relaciona directamente a que las pacientes controladas en el servicio de Alto Riesgo Obstétrico del HCM, se les proporciona la edad gestacional y la vía indicada de interrupción de la gestación, para lo cual se hospitalizan previamente y se programa su intervención quirúrgica.

En cuanto a su ingreso a la emergencia, el 61.43 % de las pacientes de la población estudio (PE) son referidas de la consulta de Alto Riesgo Obstétrico del HCM para su resolución y solo el 37,14% de ellas llega directamente a la emergencia, siendo poco equivalente a la población comparativa (PC), donde apenas el 21,43% son referidas a la emergencia Obstétrica por su médico tratante u otra Institución, el 78,57% restante llega per se a la Emergencia Obstétrica, esto nos indica que el servicio de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Central de Maracay, logra llevar a sus pacientes hasta la madurez fetal como ya había sido expuesto anteriormente y acertadamente refiere a las mismas a la emergencia para una intervención oportuna.

Las complicaciones durante la gestación se reducen solo al 31,43% , en las pacientes controladas en el servicio de Alto Riesgo Obstétrico del HCM a diferencia del 54,29% de las que no están bajo este control, y según patología materna hay una diferencia de 1:2, siendo de ellas la más frecuente, las infecciones urinarias con el 34,29% , la preeclampsia con el 8,57% y la amenaza de parto Pretérmino con el 7,14% de ellas, resultados que son diferentes a los obtenidos por Soni -Trinidad y col es su estudio Morbilidad y mortalidad materna y factores de riesgo asociados con una urgencia obstétrica (19); lo que francamente hace ver que la consulta de Alto Riesgo Obstétrico del HCM es eficiente en disminuir las complicaciones durante la gestación, lo que se traduce además en asegurar conseguir un embarazo cronológicamente a término, en su mayoría y sin repercusiones en la salud materna

ni del recién nacido, los cuales son el 4 y 5 objetivo de respectivamente planteados en la Cumbre del Milenio de las Naciones Unidas, septiembre 2000 (20).

La resolución obstétrica es homogénea para ambos grupos, tanto para la población estudio (PE) como la comparativa y la vía más frecuente es la cesárea segmentaria, esto responde al hecho de que ambas poblaciones evaluadas a pesar de ser controladas en diferentes centros, llegan para su resolución obstétrica a la misma Institución, donde se tienen los criterios obstétricos unificados, sumando ambas poblaciones el parto por vía cesárea prevaleció en un 87%, lo que concuerda con el incremento de partos por cesárea para pacientes de alto riesgo reportado en la literatura (21); pero lo cual va en desacuerdo a lo sugerido por la OMS en su declaración sobre las tasas de cesáreas, donde indican que a nivel de población, “las tasas de cesárea superiores al 10% no están asociadas con una reducción en las tasas de mortalidad materna y neonatal” (22). Siendo el parto por cesárea el más frecuente, es de esperarse que la complicación quirúrgica más frecuente sea la Histerectomía, la cual es mayor en proporción 1:2 para el grupo comparativo, lo que nos sugiere que las pacientes que son controladas en el servicio de Alto Riesgo Obstétrico del HCM, al tener un control prenatal más óptimo presentan menos complicaciones a la hora de la interrupción de la gestación.

Sobre la edad gestacional de interrupción si existe diferencia, dado que las gestantes del grupo comparativo en promedio son de 30 a 36 (Pretérmino), y las de población estudio, es decir las gestantes que se controlan en el servicio del Alto Riesgo Obstétrico del HCM llegan a término en su mayoría, y es significativo ya desde aquí se ve que esta consulta proporciona llegar a la madurez fetal esperada, lo cual minimiza las complicaciones de los mismos, lo cual es mencionado por Reddy y col en su estudio sobre el embarazo a término: un período de riesgo para la mortalidad infantil(23), donde encuentran que La frecuencia de los resultados neonatales adversos es menor entre embarazos ocurridos entre las 39 y 40 semanas de gestación. Por último en relación al producto de la gestación se denota que las gestantes en control de Alto Riesgo Obstétrico del HCM culmina su gestación en un tiempo cronológico a término en el 90% de ellas y siendo esto significativo estadísticamente hace afirmar de nuevo que tanto al mejorar las condiciones

generales de la futura madre durante su gestación evitando las complicaciones y llevando a término la misma, hace que el recién nacido requiera en menor proporción de hospitalización y para esta población ninguna tasa de mortalidad, caso contrario para la población comparativa que presento 5,71% de mortalidad neonatal, datos similares a los encontrados en un estudio en Holanda sobre mortalidad y morbilidad perinatal severa en pacientes de alto riesgo en comparación con las de bajo riesgo (24). Es de anotar también, que durante todo el año 2015 en el Hospital Central de Maracay se presentaron 23 Muertes maternas, las cuales ninguna cumplía con los criterios de Inclusión para el estudio (4 controles prenatales de Alto Riesgo Obstétrico en el mismo Centro) lo cual obedece a que fueron gestantes con inadecuado control prenatal, hecho que le da más valor a esta investigación, al aseverar que las pacientes del estudio al llevar un control prenatal adecuado indistintamente del centro, disminuye notablemente su índice de Morbimortalidad, datos similares a los obtenidos en Colombia, por Pazmiño y col en su estudio control prenatal y su impacto en la mortalidad materna. Análisis de una tendencia (25)

La consulta de Alto Riesgo del Hospital Central de Maracay es efectiva y logra un gran impacto en la disminución de la Morbimortalidad materno-fetal, esto traducido en los resultados obtenidos en el presente estudio, donde se comparó con un grupo control y se evidencio una relación de 2:1 frente a las complicaciones maternas, como consecuencia de las mismas se obtienen mayor número de recién nacidos pre términos, con mayor tasa de hospitalización y con una mortalidad del 5,71%.

De manera directa podemos medir la calidad del control prenatal en ambas poblaciones, esto basado en la definición de Avedis Donabedian que propuso en 1980 una definición de calidad asistencial que ha llegado a ser clásica y que formulaba de la siguiente manera: "Calidad de la atención es aquella que se espera que pueda proporcionar al usuario el máximo y más completo bienestar después de valorar el balance de ganancias y pérdidas que pueden acompañar el proceso en todas sus partes" (26), si bien es cierto esto, observamos que la consulta de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Central de Maracay medido por sus resultados en el presente estudio donde se obtuvo una morbilidad relativamente baja, y sin mortalidad materna fetal, presta una atención de buena calidad.

Por último, es pertinente destacar el rol de Investigaciones como la presente que evidencian la significativa labor de del personal de salud y su papel esencial en la construcción del ideal de salud. De ello depende el caracterizar las poblaciones y conocer el comportamiento de los fenómenos en salud. La vigilancia epidemiológica es el punto de apoyo para la toma de decisiones y de esta manera marcar el rumbo de los lineamientos en salud que necesita el país y particularmente estados como Aragua.

RECOMENDACIONES

Captación precoz e identificación del riesgo en la primera consulta de las gestantes con su oportuna referencia a la consulta de Alto Riesgo Obstétrico del HCM.

Sensibilización de la población por medio de campañas de concientización, dirigidas específicamente, a las mujeres en edad reproductiva para incentivarlas a la realización de un adecuado control prenatal y así evitar cualquier tipo de complicación durante el embarazo, parto y por ende disminuir así la morbimortalidad materna y neonatal.

Establecer una programación adecuada y accesible de las consultas prenatales que garantice un mejor funcionamiento del bloque embarazada-medico obstetra, para que así la madre pueda percibir la importancia del control prenatal y esté siempre motivada y/o dispuesta a la realización del mismo, asistiendo al número de consultas necesarias para que este sea lo más eficaz posible. En vista de que múltiples estudios a nivel mundial evidencian una mayor frecuencia de eventos adversos en las embarazadas de alto riesgo, lo que fundamenta y refuerza una vez más, la importancia de la identificación de los factores de riesgo desde el periodo preconcepcional y durante todo el curso de la gestación, el parto y el puerperio, con la finalidad de ofrecer a estas embarazadas una vigilancia estricta, del binomio madre-feto, que permita una reducción efectiva de las complicaciones materno fetales, se recomienda la creación de una consulta preconcepcional. Actualizar los sistemas de control y registro estadístico del servicio de historias médicas del HCM en virtud de facilitar próximos trabajos de investigación y la recolección de datos que ello implica.

BIBLIOGRAFIA

1. Pontificia Universidad Católica de Chile, Escuela de medicina. Control prenatal. [Internet] Visitado en 2014 Junio 2. Disponible en: http://escuela.med.puc.cl/paginas/departamentos/obstetricia/altoriesgo/control_prenatal.html
2. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2005 [Internet]. Cada madre y cada niño contarán. Ginebra (Suiza); 2005. Visitado en 2014 Junio 2. Disponible en: http://www.who.int/world-health-day/previous/2005/es/
3. Manual de normas y procedimientos para la atención de la mujer durante el embarazo parto y puerperio normal y complicado por toxemia, hemorragia e infección, SSA. UNICEF.
5. Jurado G. E. y col. "La atención primaria a la salud materno infantil" Quinto Simposium GEN, México, D.F. 1992
6. Manual de normas y procedimientos para la atención de la mujer durante el embarazo parto y puerperio normal y complicado por toxemia, hemorragia e infección, SSA. UNICEF.
7. Queenan J. Atención de embarazo de alto riesgo. Editorial Manual Moderno. México D.F.1993.
8. Ministerio del poder popular para la salud, Protocolos de Atención. Cuidados prenatales y atención obstétrica de Emergencia. - República Bolivariana de Venezuela. Marzo 2014.
9 . Dowswell T, Carroli G, Duley L, Gates S, Gülmezoglu A, Khan-Neelofur D, Piaggio G. Paquetes alternativos de atención prenatal versus estándar para el embarazo de bajo riesgo. Cochrane Database of Systematic Reviews 2010 Issue 10. Art. No.: CD000934. DOI: 10.1002/14651858.CD000934
10. Therese Dowswell, Philippa Middleton, Andrew Weeks. Unidades de atención prenatal diurna versus ingreso al hospital para mujeres con complicaciones en el embarazo (Revision Cochrane traducida).En:Biblioteca Cochrane Plus 2009 Número 6. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.update-software.com. (Traducida de The Cochrane Library, 2009 Issue 4 Art no. CD001803. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
11. Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología "Mortalidad materna en el mundo" [Internet] Dr. Mario Herrera. Documento disponible en www.scielo.cl consultado el 12/03/08.
12. Redes de Sociedades Científicas Médicas Venezolanas (2013) "Alerta Epidemiológica Nº 246. Balance de Salud del año 2012 en Venezuela" en http://www.rscmv.org.ve (Consulta 2013: 15 de mayo).
13. World Health Organization. World health statistics. Geneva: World Health Organization; 2013.
14. Herrera JA. Evaluación del riesgo obstétrico en el cuidado prenatal. Colomb Med. 2002; 33:21-25.
15. Jurado Ocampo, N. (2015). Factores de riesgo para morbilidad materna extrema en gestantes. Médico especialista. Universidad del Rosario.
16. Análisis demográfico de embarazos en adolescentes [Internet]. 2014 [cited 12 Agust. 2016]. Available from:

http://www.ine.gov.ve/documentos/Boletines_Electronicos/Estadisticas_Demograficas/Boletin_Demografico/pdf/embarazo_adolescente.pdf [Accessed 12 Agost. 2016].
17. Paradas g. evaluación predictiva de la mortalidad materna en pacientes ingresadas en la unidad de cuidados intensivos del hospital universitario Ángel Larralde del IVSS [médico especialista]. Universidad de Carabobo facultad de ciencias de la salud área de estudios de postgrado de Ginecología y obstetricia; 2014.
18. Ministerio del Poder Popular para la Salud. Protocolos de atención. Cuidados prenatales y atención obstétrica de emergencia. Caracas: ©ministerio del poder popular para la salud-MPPS; 2014 p. 9, 10, 11,12.
19. 6. Soni-Trinidad C, Gutiérrez Mateo A, Santa Rosa F. [Internet]. 2016 [cited 12 september 2016]. Available from: http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2015/gom152d.pdf
20. Declaración del Milenio [Internet]. 2000 [cited 12 August 2016]. Available from: http://www.cinu.mx/minisitio/ODM8/docs/Declaraci%C3%B3n%20del%20Milenio.pdf
21. Barber EL, Lundserg LS, Belanger K, Pettker CM, Funai EF, Illuzzi JL. Indications contributing to the increasing cesarean delivery rate. Obstet Gynecol. 2011;118:9-38.
22. Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2015 [cited 12 August 2016]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161444/1/WHO_RHR_15.02_spa.pdf.
23. Reddy UM, Bettegowda VR, Dias T, Yamada-Kushnir T, Ko CW, Willinger M. Term pregnancy: a period of heterogeneous risk for infant mortality. Obstet Gynecol 2011; 117:1279–87. PubMed. Obstetrics & Gynecology.
24. Al-Suleiman SA, Qutub HO, Rahman J, Rahman MS. Obstetric admissions to the intensive care unit: a 12-year review. Arch Gynecol Obstet. 2010; 274:4-8.
25. Pazmiño S, guzmán N. control prenatal y su impacto en la mortalidad materna. Análisis de una tendencia, 1994-2004.Cali, Colombia [Internet]. 2009 [cited 5 October 2016]. Available from: http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v60n1/v60n1a04.pdf
26. Donabedian A. The definition of quality and aproaches to its assessment. En: Explorations in quality assessment and monitoring.Vol.I. Health Administration Press. Ann Arbor. Michigan.