

CLASIFICACION DEL EMBARAZO DE ALTO RIESGO

Sonia Pazmiño de Osorio¹

La limitación en los recursos de la salud, así como la necesidad de mejorar la calidad de la atención materno-infantil, sobre todo en América Latina, han originado la necesidad de investigar con mayor certeza el riesgo obstétrico pediátrico. En este artículo se presenta una experiencia al respecto, con una clasificación utilizada en una clínica del Instituto del Seguro Social de Cali, Colombia.

Introducción

Desde hace más de 20 años, se han realizado diferentes estudios para identificar los factores responsables de la morbilidad y mortalidad perinatal. En 1960 se estableció el concepto del registro del riesgo obstétrico en Gran Bretaña (1) y Wigglesworth R. (2) recomendó una lista obstétrica y pediátrica como guía para la prevención y el diagnóstico precoz del niño con problema. En Estados Unidos de América, Nesbitt y Aubry (3), Effer (4), Goodwin (5) y otros (6-12) se han ocupado de métodos para identificar el embarazo de alto riesgo.

En un comienzo, se tomaron en cuenta tanto los factores relacionados con los antecedentes médicos y obstétricos como la evolución del embarazo mismo. Pero, en la actualidad, también se tienen presentes los factores de riesgo durante el trabajo de parto. Por otra parte, a pesar de que se ha demostrado la existencia de una significativa correlación de la morbilidad y mortalidad perinatal con las clasificaciones utilizadas en otros países, en general estas tienden a ser complicadas y suelen basarse en puntajes arbitrarios que con frecuencia deben

ajustarse. Cabe señalar además que en Colombia no se ha publicado una evaluación de investigaciones al respecto.

En este trabajo se presentan los resultados obtenidos en un Programa de Embarazo de Alto Riesgo (EAR), llevado a cabo en la Clínica del Seguro Social "Rafael Uribe Uribe" de Cali, Colombia, entre 1974 y 1976. Dichos resultados se correlacionaron con una clasificación del riesgo obstétrico pediátrico, a la que la autora considera como sencilla y fácil de aplicar en América Latina, y se presenta como aporte inicial para futuras investigaciones.

Metodología

Durante 1974-1976, se llevó a cabo un programa de detección y seguimiento del embarazo y del niño de alto riesgo, con objeto de dar atención prioritaria a estas embarazadas y realizar el seguimiento del crecimiento y desarrollo de los niños. En otra publicación se describe el programa en detalle. En cada consultorio médico se disponía de la lista de los factores de riesgo (3), a la que se pueden anexar entidades específicas según la localidad. Si la embarazada presentaba uno o más factores, se la inscribía en el programa de alto riesgo. Por medio de un sistema de vigilancia con auxiliares de salud

¹ Gineco-obstetra y especialista en Salud Pública, Universidad del Valle. Actualmente coordinadora de Atención Materna, Instituto del Seguro Social (ISS). Caja del Valle, Cali, Colombia.

pública, fue factible detectar embarazadas con riesgo, tanto en la consulta externa como en la clínica, hospitalizadas por complicaciones durante el embarazo.

Clasificación

De acuerdo con la lista de factores obstétricos ya mencionada y una estandarización o normalización de conductas en relación con el reposo de la paciente y vigilancia médica, se clasificó a las pacientes en tres categorías, según el riesgo:

Alto. Paciente que para el control de su patología debía estar en reposo absoluto, con hospitalización y vigilancia médica estricta (por ejemplo, en casos de toxemia).

Medio. Paciente que podía controlarse en forma ambulatoria, pero con mayor vigilancia o citas médicas más frecuentes que lo usual (por ejemplo, en casos de mortinatos previos).

Bajo. Paciente que podía controlarse con algunos cuidados e indicaciones especiales, más un control médico similar a las prenatales sin riesgo (por ejemplo, en casos de grandes múltiparas y cesáreas repetidas).

Las pacientes con complicaciones durante el trabajo de parto se clasificaron como de alto riesgo.

Resultados

Debido a que se contó con un mejor análisis estadístico, a continuación se presentan los resultados del período comprendido entre julio de 1975 y diciembre de 1976. Se inscribieron 2,689 pacientes como embarazo de alto riesgo, cifra que correspondía a un 26.29% de la población de embarazadas. El promedio de edad era de 27.6 años y el 72% mantenía unión estable, con 63.2% de casadas. Asimismo, el promedio de embarazos era de 2.8, y el 25% registraba antecedentes de cesáreas. Los porcentajes de pacientes clasificadas según los riesgos fueron de 53.3% en alto, 16.6% en medio, y 8.8% en bajo riesgo; en el cuadro 1 se pre-

sentan estas cifras, desglosadas según los grupos de edad. Por otra parte, conviene indicar que se encontró asociación entre la edad y el riesgo: cuanto menor era la edad de las embarazadas, mayor riesgo se presentaba.

En el cuadro 2 se observan los diagnósticos más frecuentes: la toxemia encabeza la lista, con un 15.3%; por otra parte, llama la atención el 10.6% de trabajo de parto prolongado. En cuanto a la patología materna asociada en forma directa con la edad (figura 1), se halló que la desproporción feto pélvica es más frecuente en las jóvenes, y tiende

CUADRO 1—Distribución de embarazadas con riesgo, según grupos de edad.

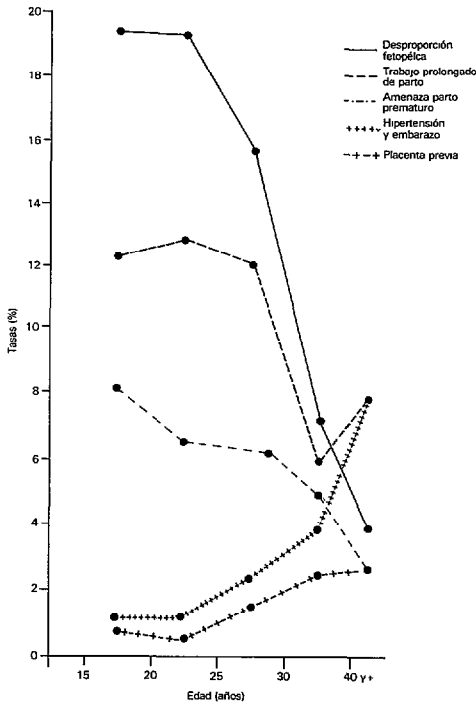
Edad (en años)	Clasificación de riesgo				No. de embarazadas
	Alto	Medio	Bajo	Sin dato	
15-19	60.6	10.4	8.1	20.9	259
20-39	54.8	17.5	7.4	20.3	2,226
40 y más	48.1	19.0	3.8	29.1	79
Sin dato	44.0	12.0	9.6	34.4	125
Total	53.3	16.6	8.8	21.3	2,689

$$\chi^2 = 10.99 \text{ (g.l. = 4) } .02 < p < 0.05$$

CUADRO 2—Distribución de diagnósticos maternos, en embarazadas con riesgo.

Diagnóstico materno	No. de embarazadas	%
Toxemia	381	15.3
Desproporción feto pélvica	366	14.7
Trabajo de parto prolongado	265	10.6
Cesárea anterior	264	10.6
Amenaza de parto prematuro	152	6.1
Hipertensión y embarazo	62	2.5
Propensa a los abortos	50	2.0
Placenta previa	35	1.4
Abrupción	40	1.6
Epilepsia	10	0.3
Cardiopatía	10	0.3
Sin dato	158	1.1
Otros	896	33.3
Total	2,689	100.0

FIGURA 1—Patología materna directamente asociada con la edad.



CUADRO 3—Proporción de embarazadas que presentaron complicaciones maternas, según clasificación de riesgo.

Clasificación de riesgo	Complicación materna			% sí
	No	Sí	Total	
Alto	1,385	49	1,434	3.4
Medio	128	19	447	4.2
Bajo	233	4	237	1.7
Total	2,046	72	2,118^a	3.4

^a No se tuvieron en cuenta 571 pacientes que carecían de uno de los datos, clasificación o complicación anotados. $\chi^2 = 3.13$ (g.l. = 2) $p > 0.5$.

CUADRO 4—Mortinatalidad según clasificación de riesgo materno.

Clasificación de riesgo	Estado al nacer			% de mortinatalidad
	Vivo	Muerto	Total	
Alto	1,360	52	1,412	3.8
Medio	406	8	414	2.0
Bajo	186	3	189	1.6
Total	1,952	63	2,015	3.1

χ^2 para tendencia lineal = 4.45 (g.l. = 1) $p < 0.05$.

a disminuir luego, pero presenta un nuevo aumento en las mujeres mayores de 40 años. La amenaza de parto prematuro también tiende a disminuir con la edad. En cambio, la hipertensión y la placenta previa presentan una tendencia contraria, es decir que a mayor edad de la embarazada existe mayor riesgo de hipertensión y placenta previa. Aunque en apariencia la toxemia fue más frecuente en las embarazadas de 15 a 19 años y de 40 años y más, no se encontró diferencia estadísticamente significativa entre los grupos de edad.

Desde otro punto de vista, en el cuadro 3 se indica la proporción de embarazadas que presentaron complicaciones maternas, según clasificaciones de riesgo. Al respecto, se observó que existía una proporción de 2:1 de complicaciones maternas entre alto y medio, en relación con el bajo riesgo.

En el cuadro 4 se presenta la mortinatalidad según la clasificación de riesgo mater-

no. Se puede observar que la mortalidad fue de 3.1% siendo mucho mayor en el alto riesgo que en el bajo. Corresponde a una mortalidad tres veces mayor que la de la población general.

En el cuadro 5 se señalan las tasas de mortinatalidad, en relación con el primer diagnóstico materno; tal como se puede apreciar, las tasas más altas corresponden a la abrupción y la placenta previa, seguidas en forma descendente por otros diagnósticos, con tasas marcadamente menores, en comparación con los dos primeros.

En cuanto a la distribución de los recién nacidos, con respecto al puntaje de Apgar, según clasificación de riesgos maternos (cuadro 6), se observa que el 92.3% de los recién nacidos presentan un Apgar normal. Por otra parte, también se puede apreciar

CUADRO 5—Tasas de mortalidad ($\times 10^3$ nacidos vivos), según primer diagnóstico materno.

Diagnóstico materno	No. de casos	No. de mortinatos	Tasa $\times 10^3$ nacidos vivos ^a
Abruptio	40	7	175.0
Placenta previa	35	3	85.7
Hipertensión y embarazo	62	2	32.3
Toxemia	381	12	31.5
Amenaza de parto prematuro	152	4	26.3
Cesárea anterior	264	5	18.9
Trabajo de parto prolongado	265	3	11.3
Desproporción feto pélvica	366	3	8.2

^a Tasa global de mortalidad = 31%

CUADRO 6—Distribución de los recién nacidos, con respecto al puntaje de Apgar, según clasificación de riesgo materno.

Apgar	Clasificación de riesgo			Total (%)
	Alto (%)	Medio (%)	Bajo (%)	
0-3	3.7	1.7	0.6	3.0
4-7	5.4	2.2	5.5	4.7
8-10	90.9	96.1	93.9	93.3
Total	100.0	100.0	100.0	100.0

$\chi^2 = 36.44$ (g.l. = 4) $p < 0.001$.

que el porcentaje de deprimidos (7.7%) está asociado en forma significativa con el alto riesgo materno. En cambio, cabe agregar que no se encontró diferencia significativa entre el 2.2% (medio) y el 5.5% (bajo), $z = 1.8$, $p > 0.5$.

Ahora bien, debido a que los resultados indicados en niños de madres con riesgo medio fueron similares a los de madres con alto riesgo, se consideró la posibilidad de reducir la clasificación tripartita a solo dos categorías, las de alto y bajo riesgo (cuadro 7). Para ello se asimiló la de riesgo medio a la de alto, y de ese modo se obtuvo una clasificación aún más sencilla. Después de efec-

CUADRO 7—Morbilidad perinatal, según una clasificación reducida a dos tipos de riesgos.

Clasificación de riesgo	Diagnóstico perinatólogico			% +
	-	+	Total	
Alto	1,019	865	1,884	45.9
Bajo	145	92	237	38.8

$\chi^2 = 4.0$ (g.l. = 1) $p < 0.5$ (Corrección de Yates).

CUADRO 8—Relación entre sufrimiento fetal y clasificación de riesgo materno.

Clasificación de riesgo	Sufrimiento fetal			% sí
	No	Sí	Total	
Alto	931	505	1,884	26.8
Bajo	186	51	237	21.5
Total	1,117	556	2,121	26.2

$\chi^2 = 15.75$ (g.l. = 1) $p < 0.001$ (Corrección de Yates).

tuada esta reducción, se halló significativamente una mayor morbilidad en el grupo de alto riesgo. Al respecto se señala que esta ascendió al 45.9%; es decir que aproximadamente uno de cada dos niños presentó alguna patología al nacer.

En el cuadro 8, se consigna la relación hallada entre el sufrimiento fetal y la clasificación de riesgo materno. Según puede apreciarse, tal relación se verifica en forma directa, asociada al grupo de alto riesgo, $p < 0.001$. Por otra parte, conviene indicar que no se encontraron diferencias significativas con respecto a prematuridad (3.6-3.8%), síndrome de dificultad respiratoria y broncoaspiración.

Resumen

Durante 1974-1976, en Cali, Colombia, se llevó a cabo un programa de detección y

seguimiento de embarazo de alto riesgo, con objeto de dar atención prioritaria a este tipo de embarazadas y, posteriormente, a los niños. Se exponen los resultados obtenidos en tal programa, correlacionados con una clasificación del riesgo obstétrico pediátrico, a la que la autora considera como sencilla y de fácil aplicación. Según el riesgo, se clasificó a las pacientes en tres categorías: a) Alto, con embarazadas que debían estar hospitalizadas, con reposo absoluto y vigilancia médica estricta; b) medio, con pacientes controladas en forma

ambulatoria, pero con mayor vigilancia que la usual, y c) bajo, pacientes controladas con algunos cuidados e indicaciones especiales. Entre otros resultados, se observó que cuanto menor era la edad de las mujeres, mayor riesgo se presentaba; en los diagnósticos maternos más frecuentes se contaron la toxemia y el trabajo de parto prolongado. Con respecto a la mortalidad, fue mucho mayor en el grupo de alto riesgo, donde también se halló una asociación en forma directa con el sufrimiento fetal. ■

REFERENCIAS

- (1) Precht, H. F. R. Neurological Sequelae of Prenatal and Perinatal Complications. *Br Med J* 4:763, 1967.
- (2) Wigglesworth, R. At Risk Register. Risk factors contributing to perinatal mortality and morbidity in infants and children. *Develop Med Child Neurol* 10:678, 1968.
- (3) Nesbitt, R. E. y H. Aubry. High-risk obstetrics. Value of semi-objective grading system in identifying the vulnerable group. *Am J Obstet Gynecol* 103:972, 1969.
- (4) Effer, S. B. Management of high-risk pregnancy. Report of combined obstetrical and neonatal Intensive Care Unit. *Can Med Assoc J* 101:55, 1969.
- (5) Goodwin, J. W., J. T. Dunne y B. W. Thomas. Antepartum identification of the fetus at risk. *Can Med Assoc J* 101:57, 1969.
- (6) Aubry R. H. y J. C. Pennington. Identification and evaluation of high-risk pregnancy. The perinatal concept. *Clin Obstet Gynecol* 16:3, 1973.
- (7) Wilson, E. W. y H. K. Sill. Identificación of the high-risk pregnancy by a scoring system. *NZ Med J* 78, 1973.
- (8) Sokol, J. Robert. Clinical application of high-risk scoring on an obstetric service. *Am J Obstet Gynecol* 128:652, 1977.
- (9) Hasvi, A. D., J. South y J. Naldrett. A scoring system for identifying pregnant patients with a high-risk of perinatal mortality. *Br J Obstet Gynecol* 81:535, 1974.
- (10) Hobel, C. J. y M. A. Hyvarinen. Prenatal and intrapartum high-risk screening prediction of the high-risk neonate. *Am J Obstet Gynecol* 117:1, 1973.
- (11) Larks, S. D. y G. G. Larks. Factors associated with birth condition. *Biol Neonate* 20:134, 1972.
- (12) Lesinki, J. High-risk pregnancy. Unresolved problems of screening management and programs. *Obstet Gynecol* 46:599, 1975.

Classification of high-risk pregnancy (Summary)

A program for the screening and follow up of high-risk pregnancies was launched in 1975-1976 in Cali, Colombia, for the purpose of providing priority care to such patients and, subse-

quently, their infants. The results are presented and correlated with an obstetric/pediatric risk classification system which the author considered simple and practical. Patients were divided

into three categories, by degree of risk: a) High, pregnancies in which the expectant mother must be hospitalized, confined to bed, and kept under close medical surveillance; b) medium, when patients are ambulatory but under closer than routine surveillance; and c) low, when patients are under control and are given certain

special indications. Among the findings were: the younger the woman, the higher the risk; toxemia of pregnancy and protracted labor were the most common diagnoses; the perinatal mortality rate was much greater in the high-risk group in which a direct relation with fetal distress was also found.

Classificação da gravidez de alto risco (Resumo)

Durante 1975-1976, em Cali, Colombia, pôs-se em prática um programa para descobrir e acompanhar os casos de gravidez de alto risco, a fim de dar atenção prioritária a este tipo de mulheres grávidas e, posteriormente, às crianças. Expõem-se os resultados obtidos, correlacionados com uma classificação de risco obstétrico-pediátrico, que a autora considera simples e de fácil aplicação. Segundo o risco, classificaram-se as pacientes em tres categorias: a) Alto, com mulheres grávidas que deviam estar hospitalizadas, em repouso absoluto e com vigilância médica estricita; b) médio, com pa-

cientes controladas em forma ambulatoria, mas com maior vigilância que a habitual, e c) baixo, com pacientes controladas com alguns cuidados e indicações especiais. Entre outros resultados observou-se que quanto mais jovens eram as mulheres maior risco havia. Entre os diagnósticos maternos mais frequentes apareceram a toxemia e o trabalho de parto prolongado. Quanto a mortinatalidade foi muito mais elevada no grupo de alto risco, onde também se encontrou uma associação em forma direta com a sofrimento fetal.

Classification de grossesse à risque élevé (Résumé)

Pendant la période 1975-1976, à Cali, en Colombie, un programme de détection et de continuité d'observation de grossesses à risque élevé fut entrepris afin de pouvoir apporter une attention prioritaire à ce type de grossesse et, ultérieurement, aux nouveaux-nés. Les résultats obtenus par ce programme sont exposés dans cet article, ainsi que des corrélations par rapport à une classification du risque obstétrico-pédiatrique, classification que l'auteur considère simple et de facile application. Selon le risque, on classe les malades en trois catégories: a) élevé, comprenant des femmes enceintes qui devraient être hospitalisées, au repos absolu, et sous surveillance médicale stricte; b) moyen, compre-

nant des femmes enceintes surveillées par traitement ambulatoire, mais avec plus de vigilance que dans les cas normaux; et c) faible, comprenant des femmes enceintes pour lesquelles sont prévus quelques indications et soins spéciaux. Entre autres résultats, on observe que moins la femme était âgée, plus le risque était grand; parmi les diagnostics maternels les plus fréquents se trouvent la toxémie et le travail d'accouchement prolongé. En ce qui concerne la mortalité pour raison de grossesse, celle-ci fut plus élevée pour le groupe à risque élevé, pour lequel on constata aussi une relation directe avec la souffrance foetale.