

EMBARAZO DE ALTO RIESGO (*)

HIGH-RISK PREGNANCY

*Prof. Dr. Herminio Ibarra C. (**)*

Summary: The present work was done to show our experience at the in and out patient departments at the National Maternity Clinic of Paraguay (Obstetric Clinic) who presents with high risk pregnancy. We analyze 2,250 patients in a retro and prospective study in which we placed the patients in three groups: low, intermedium and high risk group.

To identify the risk we utilize a system proposed by Dr. Vicente Canillas, at the 2nd. Congress of Gynecology and Obstetrics held in Asunción, and this is referred to several factors which may modify the risk, and those are: age, parity, marital status, pre-natal care, socio-economical status, actual pregnancy situation and pregnancy complications, etc. In accordance to this evaluation we found that 41,2% of our patient did not received prenatal care, and pre-eclampsy abortion and dystocia were found in high percentage in the group of high risk.

The cesarean section, was performed in 30 and 34,5% in the high risk group and only in 1,2 and 1,5% in the low risk group.

We found no maternal death in the low risk group, but we did in the high risk group. Perinatal death and pre-nature incidence was very high in the high risk group.

Resumen

El presente trabajo se realizó con el propósito de exponer la experiencia recogida en el servicio de consultorio externo e interno de alto riesgo obstétrico de la Maternidad Nacional de Asunción.

Se analizan 2250 casos, tabulados como estudios retrospectivos y prospectivos, se agrupan a las pacientes en tres categorías de riesgo: **bajo, medio y alto**. Para la identificación del riesgo utilizamos el sistema de registro propuesto por el Dr. Canillas, (8) en el 2º Congreso Paraguayo de Ginecología y Obstetricia, que comprende el análisis de una serie de factores que tienen influencia para esta evaluación, como ser: edad, paridad, estado civil, consulta pre-

(*) Tesis presentada a la Facultad de Medicina, 1981 (Resumen).

(**) Profesor Asistente de Obstetricia, F. C. Médicas, Universidad Nacional de Asunción.

natal, condición socio-económica, educación, estado nutricional, antecedentes obstétricos, estado del embarazo actual, complicaciones del embarazo, etc.

De acuerdo a los resultados, se pudo constatar que un 41.2% de pacientes no recibieron ningún tipo de control prenatal, las complicaciones del embarazo como pre-eclampsia, aborto, así como situación y presentaciones anómalas, fueron diagnosticadas con una incidencia significativa en el grupo diferenciado como de **alto riesgo**. En cuanto a la conducta obstétrica, la indicación operatoria de cesárea fue de 30% y 34,5% en el grupo de **alto riesgo**, en relación al 1,2 y 1,5% del grupo de **bajo riesgo**. No se constató mortalidad materna excepto en los embarazos de **alto riesgo**. La mortalidad perinatal, al igual que la incidencia de prematuros fueron muy elevados en el rubro de **alto riesgo**.

Introducción

Constituye un momento importante en la evolución de toda especialidad médica, aquel en que el caudal de conocimientos y las posibilidades terapéuticas se hallan suficientemente establecidas para justificar una nueva publicación dedicada al tema en cuestión y ello es tanto más satisfactorio cuando esta distinción se refiere a disciplinas y prácticas que tratan de mejorar la calidad de la vida desde sus comienzos gracias a la atención y cuidado de la embarazada, del feto y del recién nacido.

Si se analizan las causas de mortalidad materna, muchas de ellas pueden desaparecer y por consiguiente está en nuestras manos hacer descender los factores ambientales, predisponentes, técnicos, etc., que influyen sobre la mortalidad materna. Es de hacer notar que: **"El progreso de los pueblos marcha en sentido inverso al de la mortalidad materna"**, modificando las causas de la muerte, lo cual es comprobable por las diferentes cifras estadísticas.

En años recientes, se ha intensificado el interés respecto al estado de la mujer embarazada y su descendencia. Una serie de estudios a nivel nacional (89, 9, 14, 26) y en otros países (3, 4, 5, 7, 10, 11, 12, 13, 17, 20, 21, 23, 25, 27, 31, 32) proyectaron luz sobre los problemas de las madres y los hijos y contribuyeron a establecer directivas para una acción terapéutica eficaz. Estos estudios señalaron un amplio espectro de necesidades, entre ellas, atención médica, nutrición, calidad de la leche, albergue e ingreso familiar.

Es importante que el gineco-obstetra en forma más directa que el resto de los especialistas, sea el más allegado en colaborar, a esforzarse para una mejor atención de la paciente embarazada, ya que como directrices en nuestro trabajo diario, debemos colaborar en la educación de este tipo de pacientes, en los distintos tópicos médicos de la maternidad, hasta mejorar el funcionamiento de los centros hospitalarios.

Material y método

Para el presente estudio, se analizan 2250 casos, distribuidos del siguiente modo: 750 casos tabulados como retrospectivos, pacientes tomados al azar previo al funcionamiento del consultorio de alto riesgo, habilitado en el servicio desde el mes de setiembre del año 1977, y 1500 casos, rotulados como material prospectivo, que constituyen los ingresos ocurridos a partir de la fecha de funcionamiento de dicho consultorio que funciona a nuestro cargo.

Siguiendo la metodología para la identificación del grado de riesgo materno fetal (gráfico N° 1), encontramos los siguientes resultados que se ilustran a continuación:

Cuadro N° 1

Paraguay

Maternidad Nacional. Análisis de alto riesgo en casos de embarazos según grupo de edades. Año 1978

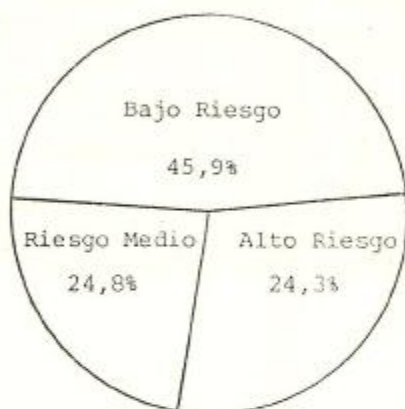
Grupos de Edades	N° de Casos	Porcentajes
Menos de 15 años	6	1,6
15 a 17 años	42	11,1
18 a 29 años	193	51,2
30 a 34 años	53	14,1
35 a 39 años	55	14,6
35 a 39 años	55	14,6
40 años o más	28	7,4

Fuente: Estudio prospectivo de 377 casos. Datos del archivo de la Cátedra de Clínica Obstétrica de la Facultad de Ciencias Médicas, U.N.A. Año 1978.

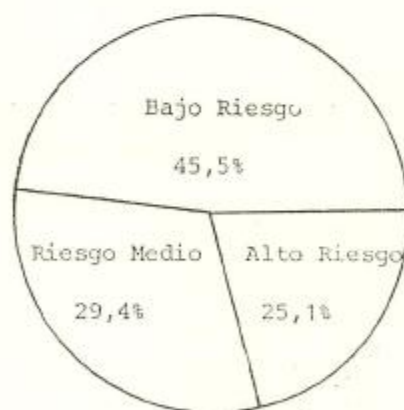
Gráfico N° 1

Paraguay

Frecuencia porcentual de riesgo en embarazos observados en la Maternidad Nacional - Años 1977-1978



ESTUDIO RETROSPECTIVO
Sobre 750 casos
Año 1977



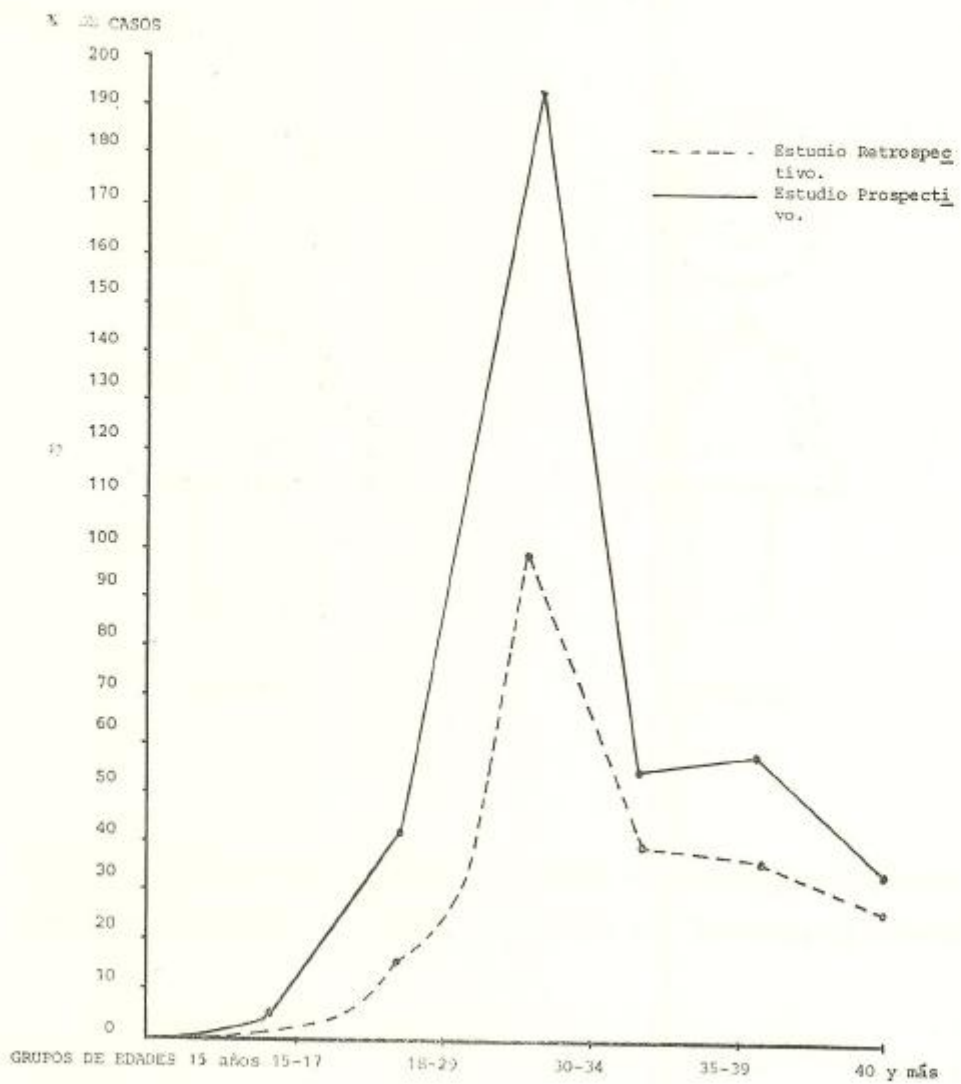
ESTUDIO PROSPECTIVO
Sobre 1500 casos
Año 1978

Fuente: Análisis realizado sobre casos ocurridos en el Servicio de la Cátedra de Clínica Obstétrica de la Facultad de Ciencias Médicas U.N.A. Años 1977-1978,

Gráfico N° 2

Paraguay

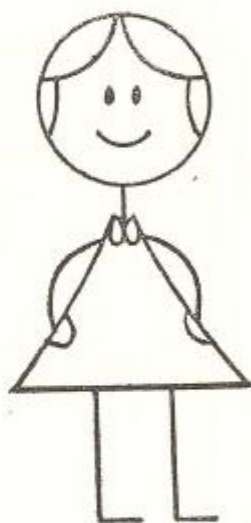
Maternidad Nacional. Estudio de alto riesgo en casos de embarazos según grupos de edades. Años 1977-78



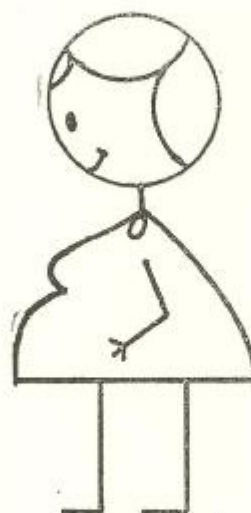
Fuente: Cátedra de Obstetricia de la Facultad de Ciencias Médicas. U.N.A. Años 1977 - 1978.

Gráfico Nº 3

Paraguay

Estudio de alto riesgo en casos de embarazos, según estado civil
Maternidad Nacional

SOLTERA



CASADA

Estudio retrospectivo = 66,8 %

Estudio prospectivo = 60,2 %

Estudio retrospectivo = 33,2 %

Estudio prospectivo = 39,8 %

Fuente: Cátedra de Obstetricia de la Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional, Años 1977 - 1978.

Cuadro N° 2

Paraguay

Estudio de alto riesgo en casos de embarazo, según paridad.
Maternidad Nacional. Año 1977.

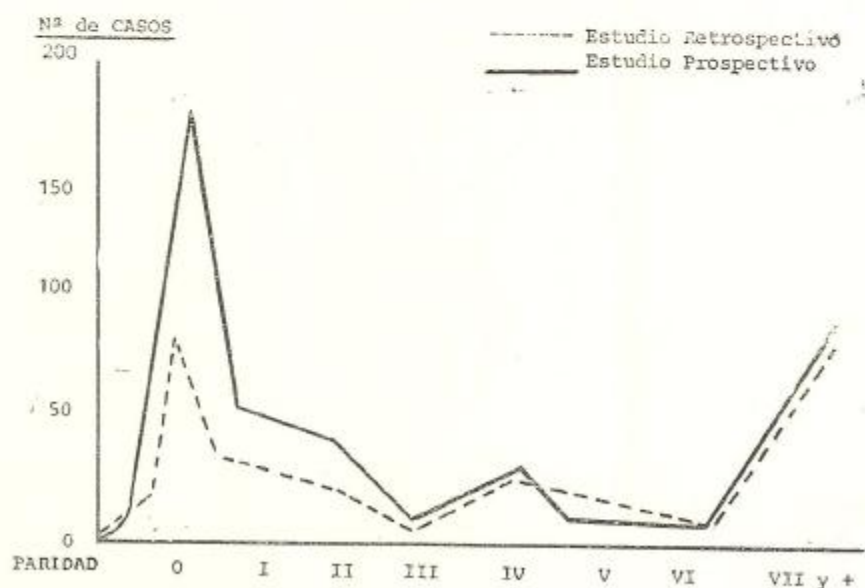
Paridad	N° de casos	Porcentaje
Nulípara	61	27,8
I	34	15,4
II	22	10,0
III	12	5,5
IV	24	10,9
V	15	6,8
VI	7	3,2
VII o más	45	20,4

Fuente: Estudio retrospectivo. Datos del Archivo de la Cátedra de Clínica Obstétrica de la Facultad de Ciencias Médicas, U.N.A.

Gráfico N° 4

Paraguay

Estudio de alto riesgo en casos de embarazos, según paridad.
Años 1977 - 1978

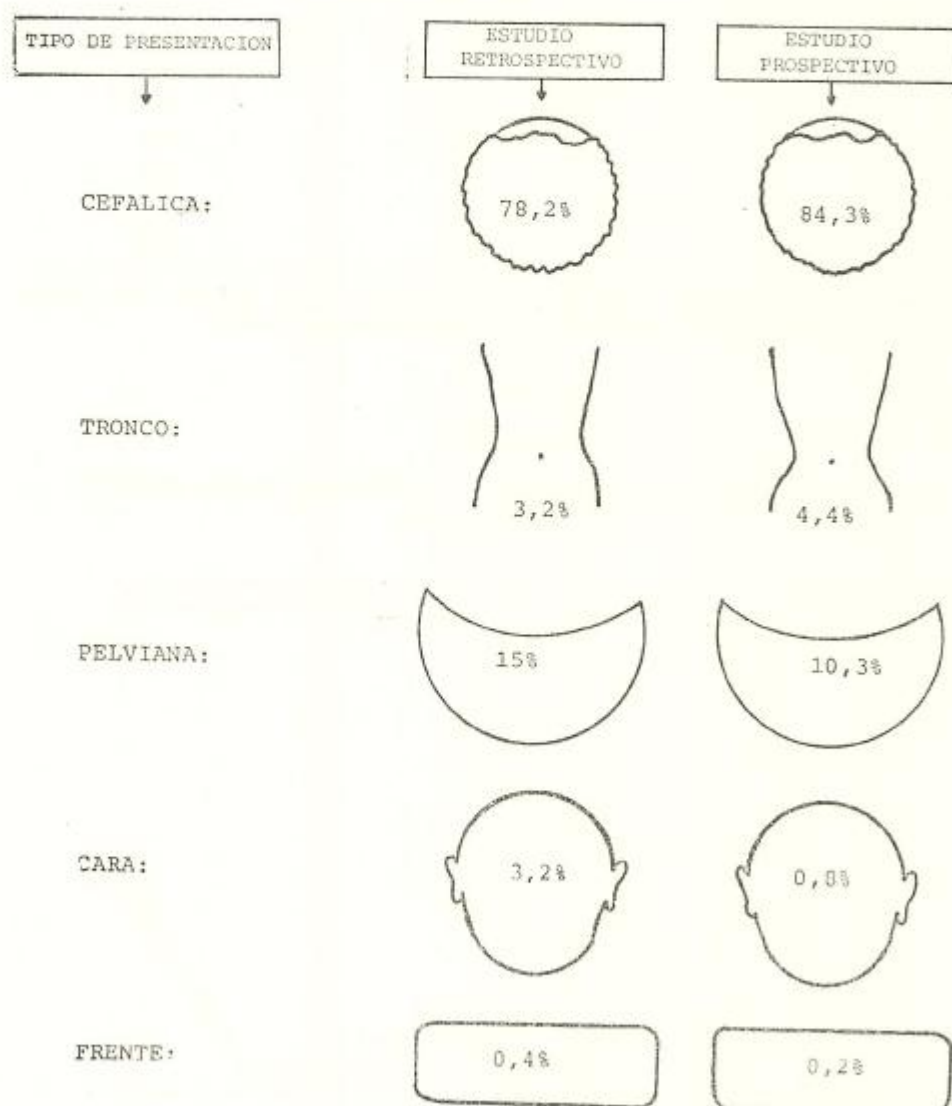


Fuente: Cátedra de Clínica Obstétrica de la Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional, Años 1977-1978.

Gráfico Nº 5

Paraguay

Estudio de alto riesgo en casos de embarazos, según tipo de presentación. Años 1977 - 1978



Fuente: Cátedra de Clínica Obstétrica de la Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional. Años 1977 - 1978.

Cuadro N° 3

Paraguay

Estudio de alto riesgo en casos de embarazos, en relación a modo de terminación del parto

Modo de Terminación	Nº de casos	Porcentaje
Espontáneo	136	61,8
Inducido	16	7,5
Versión interna	2	0,9
Cesárea	66	50,0
Forcep	2	0,0

Fuente: Maternidad Nacional. Datos del archivo de la Cátedra de Clínica Obstétrica de la Facultad de Ciencias Médicas, U.N.A. Año 1977-1978.

Cuadro N° 4

Paraguay

Estudio de alto riesgo en casos de embarazo. Maternidad Nacional.

Mortalidad materna

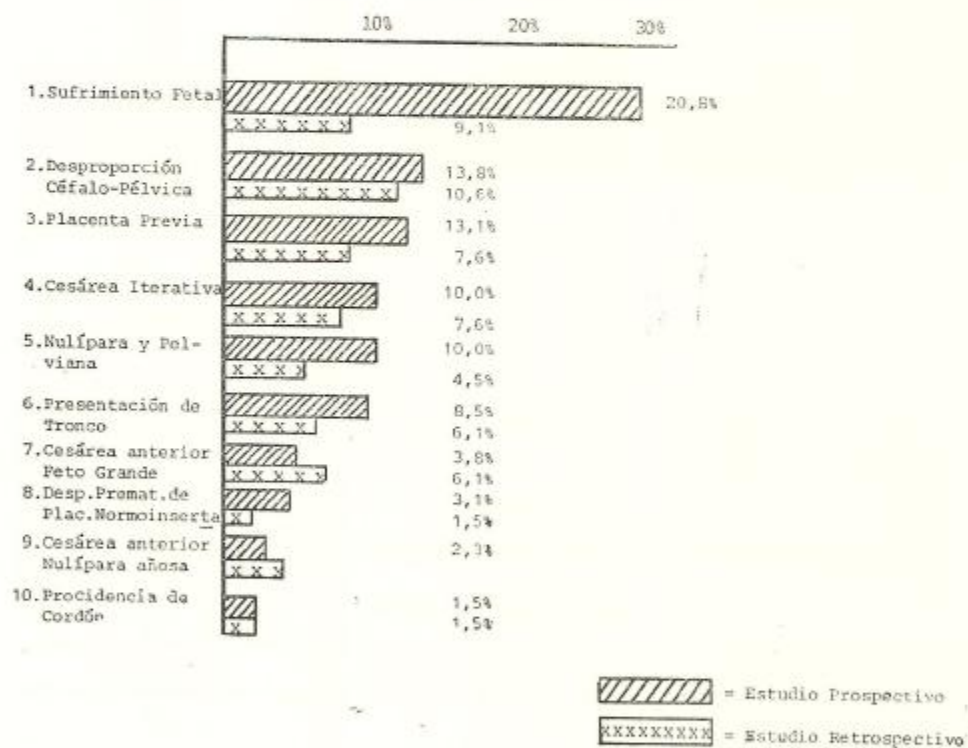
Causas de muerte	Nº de casos	Porcentaje
Eclampsia	3	1,3
Coagulopatía de consumo - Nefropatía tubular aguda Rotura uterina	1	0,45
Total	4	1,75

Fuente: Maternidad Nacional.

Gráfico N° 6

Paraguay

Diez primeras causas más frecuentes de cesárea. Análisis porcentual en relación a casos de embarazos de alto riesgo. Años 1977-1978

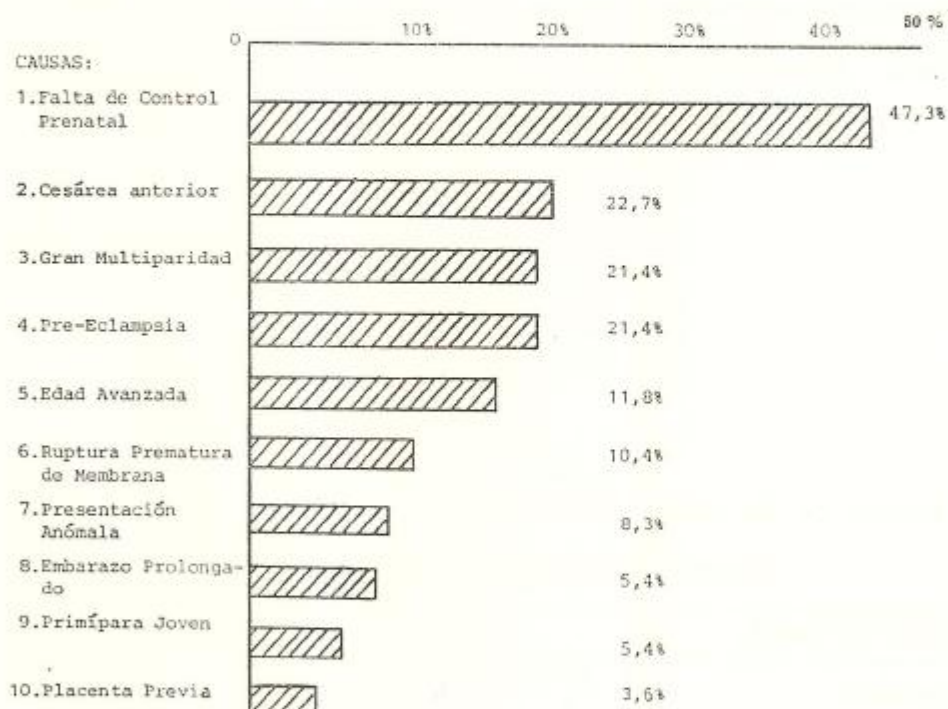


Fuente: Cátedra de Clínica Obstétrica de la Facultad de Ciencias Médicas, U.N.A. Años 1977 - 1978.

Gráfico N° 7

Paraguay

Diez primeras causas de alto riesgo de embarazos observados en la Maternidad Nacional. Año 1977



Fuente: Estudio retrospectivo, elaborado con datos del servicio de Clínica Obstétrica de la Facultad de Ciencias Médicas, U.N.A. Año 1977.

Cuadro N° 5

Paraguay

Estudio de alto riesgo en casos de embarazo. Maternidad Nacional.
Mortalidad fetal

Porcentaje total		11,8%
Muertos antes de su ingreso:	12 casos	5,4%
Muertos después de su ingreso:	14 casos	6,4%

Fuente: Maternidad Nacional.

Cuadro N° 6

Paraguay

Estudio de alto riesgo en casos de embarazo. Maternidad Nacional.

Causas de mortalidad fetal. Muertos antes.

Causas de muerte	N° de casos	Porcentaje
Ignorado	6	50,0
Procidencia de cordón	1	8,5
Sufrimiento fetal agudo	1	8,5
Rotura uterina	1	8,5
Situación transversa - hombro abandonado	1	8,5
Rh - sensibilizado	1	8,5
Placenta previa	1	8,5

Cuadro N° 7

Paraguay

Causas de mortalidad fetal. Muertos después

Causas de Muerte	N° de casos	Porcentaje
Prematurez (S. D. R. Membrana hialina-Neumonía por aspiración)	10	71,42
Incompatibilidad ABO	2	14,28
Sufrimiento fetal-Doble circular de cordón-Anemia aguda	1	7,15

Fuente: Maternidad Nacional. Datos de archivo, Año 1977-78.

Cuadro N° 8

Paraguay

Estudio de alto riesgo en casos de embarazos. Maternidad Nacional.
Resultado materno fetales en consideración al grado de riesgo.

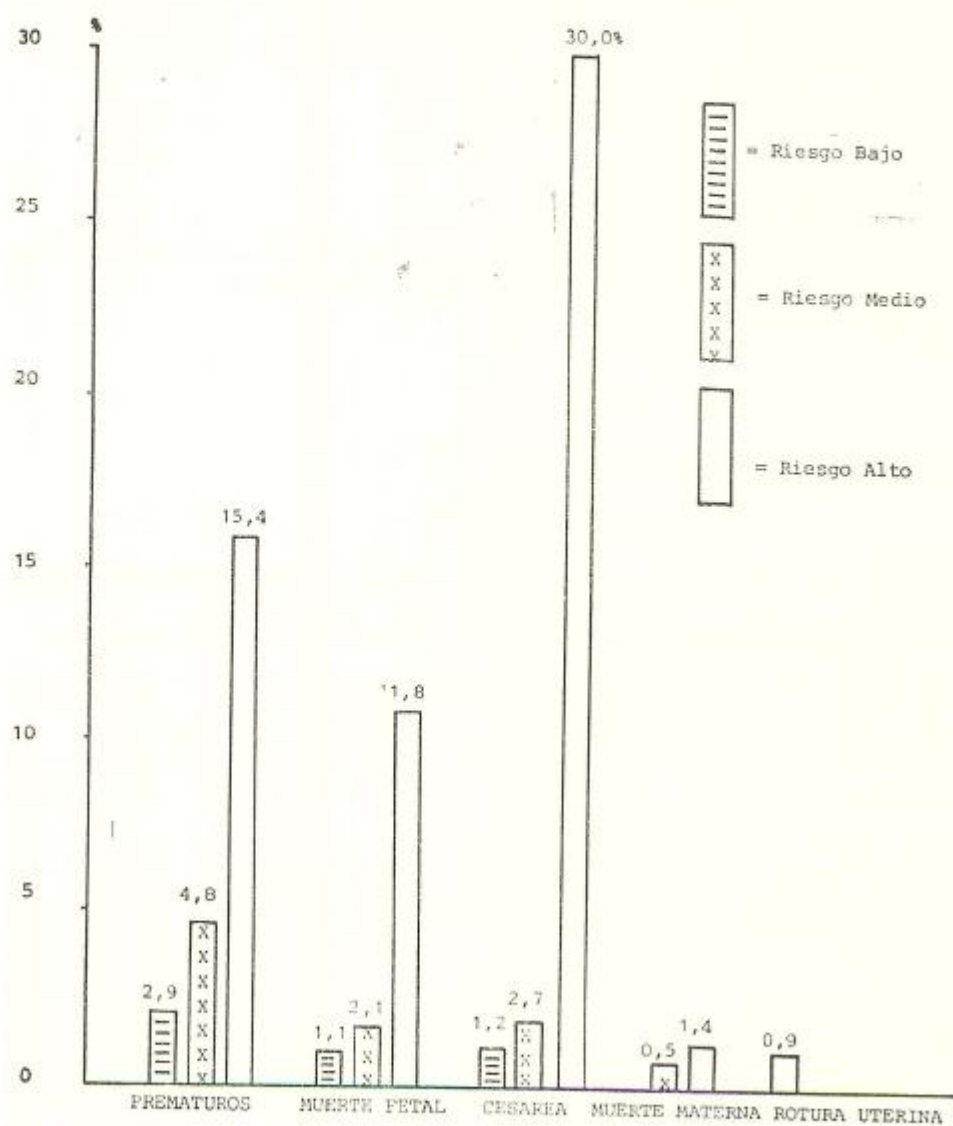
Hallazgos	Riesgo bajo		Riesgo medio		Riesgo alto	
	N° Casos	%	N° Casos	%	N° Casos	%
Prematuros	10	2,9	9	4,8	34	15,4
Muerte fetal						
Muertos antes	3	0,8	3	1,6	12	5,4
Muertos después	1	0,5	1	0,5	14	6,4
Cesáreas	4	1,2	5	2,7	66	0,4
Rotura uterina	0	—	0	—	2	0,9
Afibrinogenemia	0	—	0	—	1	0,4
Histerectomía	0	—	0	—	1	0,4
Muerte materna	0	—	1	0,5	3	1,4

Fuente: Estudio retrospectivo. Datos del archivo de la Cátedra de Clínica Obstétrica de la Facultad de Ciencias Médicas, U.N.A. Año 1977.

Gráfico N° 8

Paraguay

Resultados materno fetales, según grado de riesgos. Años 1977 - 1978.



Fuente: Cátedra de Clínica Obstétrica, Facultad de Ciencias Médicas, U.N.A. Años 1977 - 1978.

Cuadro N° 9

Paraguay

Estudio de alto riesgo en casos de embarazos. Maternidad Nacional.

Resultados materno fetales en consideración al grado de riesgo.

Hallazgos	Riesgo bajo		Riesgo medio		Riesgo alto	
	N° Casos	%	N° Casos	%	N° Casos	%
Prematuros	10	1,5	35	7,9	71	18,8
Muerte fetal						
Muertos antes	2	0,5	6	1,4	31	8,2
Muertos después	5	0,7	11	2,5	32	8,5
Cesárea	10	1,5	20	4,5	130	34,5
Rotura uterina	0	—	1	0,2	1	0,5
Histerectomía	0	—	1	0,2	2	0,5
Muerte materna	0	—	0	—	2	0,5

Fuente: Estudio retrospectivo. Datos del archivo de la Cátedra de Clínica Obstétrica de la Facultad de Ciencias Médicas, U.N.A. Año 1978.

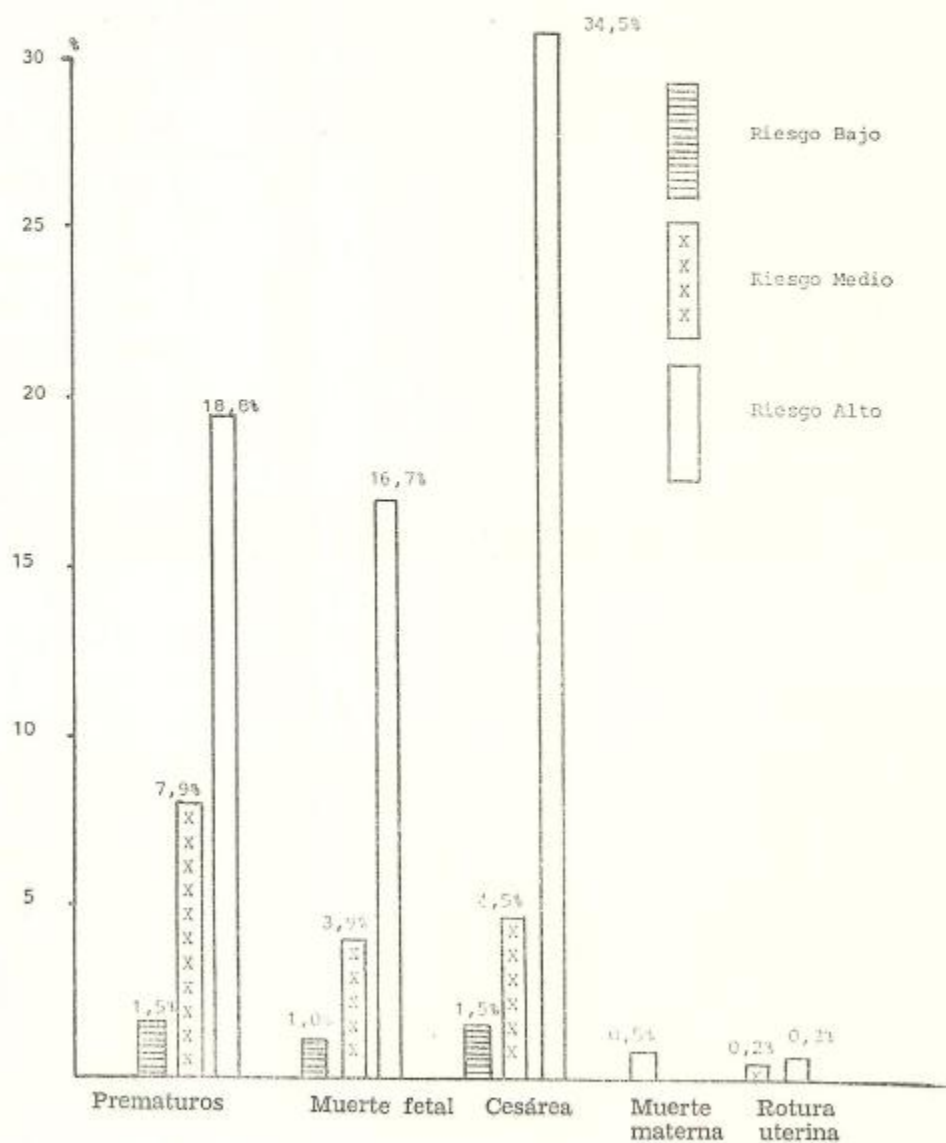
Comentario

El propósito de este estudio ha sido el de demostrar que hay un número de factores de riesgos en ciertos embarazos que pueden influenciar negativamente en el binomio madre—feto. El porcentaje de gestantes con embarazo de alto riesgo, en relación con la población obstétrica en general ha sido estudiado por varios investigadores; este es el motivo por el cual las cifras varían considerablemente de acuerdo al método empleado, así Morrison (23) reporta un hallazgo de 19%, Muller (25) 16.40%; Sokol 4 (32) reporta un hallazgo de 25%; Hobel (17) 15%; Aubry y Nesbitt (3) 20%; Nesbitt (28) 30%; Griffith (14) en la Cruz Roja Paraguaya en el año 1972 reporta un 28.31%, mientras que Negrete (26) en la misma Maternidad para el año 1980 da una incidencia del 40%. Canillas (8) en la Maternidad Nacional de Asunción, informa un 23.3% en su estudio retrospectivo y 18% en el prospectivo. En el presente estudio, realizado en el servicio de Maternidad Nacional de Asunción, el material retrospectivo constituyó el 24.3% y el prospectivo de 25.1%. La mayoría de los autores (7, 8, 10, 13, 15, 17, 20, 25, 25, 32, 34) están de acuerdo en utilizar un

Gráfico N° 9

Paraguay

Resultados materno fetales, según grado de riesgos. Años 1977 - 1978.



Fuente: Cátedra de la Clínica Obstétrica de la Facultad de Ciencias Médicas, U.N.A. Años 1977 - 78.

sistema cuantitativo de valoración; este esquema estandarizado del riesgo mejora el cuidado perinatal, ya que pone a disposición del especialista un vasto caudal de información condensado en un archivo o registro fácilmente comprensible. Con un registro pre natal bien diseñado pueden separarse las pacientes en grupos de **alto, mediano y bajo riesgo** con una simple ojeada y obtener información del embarazo de alto riesgo, constituye un excelente instrumento educativo.

Nesbitt (28) en su reporte da una serie de factores a los cuales da un puntaje negativo según pudieran significar una desventaja en la madre o en el feto. Morrison (23) llama la atención en el sentido de que en el grupo de pacientes catalogados como de riesgo alto ocurrió un 70% de mortalidad perinatal, mientras que en el grupo definido como de riesgo bajo ocurrió tan solo un 30% de mortalidad perinatal. Sokol (32) confirma el hallazgo anterior y cita que en el 30% de pacientes de riesgo bajo tuvieron una posibilidad muy baja de presentar depresión neonatal y muerte perinatal.

Como se observa en nuestra casuística, 66.8% de nuestras pacientes son solteras en el lote de pacientes del estudio retrospectivo y un 60.2% en el grupo de pacientes en el estudio prospectivo. Muller (25) reporta un 42.58 de solteras. En relación a la edad ideal de la mujer correspondió el mayor porcentaje: 18 a 30 años, correspondió los índices menores a los dos extremos de la vida: las pacientes adolescentes y las de edad avanzada. Considerando la paridad: un 27.8% fueron pacientes nulíparas en el estudio prospectivo; mientras que las grandes múltiparas se presentaron con una frecuencia del 20.4% y 12.8% respectivamente. Muller (25) gestantes jóvenes 15.51%. Multiparidad 19.21%. Negrete (26) 59.2% de nulíparas.

El objeto de la vigilancia prenatal es asegurar una calidad óptima de vida. En la práctica obstétrica el promedio de asistencia a los consultorios correspondientes todavía dista de alcanzar el promedio ideal. En nuestra casuística un 41.2% de pacientes no recibieron ningún tipo de control prenatal. Negrete (26) cita 70% de prenatal nulo o insuficiente. Canillas (8) 31.2%. Muller 34.76% (25). En el cuidado prenatal, algunas prácticas tradicionales han sido revisadas tales como la dieta pobre en sal, el uso de diurético ha sido revaluado y reemplazado en algunos centros por el reposo en cama (19, 29, 30, 33). El campo del diagnóstico prenatal es demasiado amplio para ocuparnos de él en este capítulo, pero es importante tener informados a los tocólogos de los últimos desarrollos logrados en este campo. En la actualidad, por medio de la amniocentésis pueden diagnosticarse el sexo fetal y ciertos defectos ligados a trastornos numéricos o estructurales de cromosomas o de ciertos defectos bioquímicos, en etapa temprana del embarazo. (16, 18, 22).

En cuanto al tipo de presentación, la cefálica es la predominante en ambos estudios, observándose una frecuencia muy elevada de las presentaciones viciosas, presentaciones pelvianas (15% material retrospectivo y 10.12% prospectivo) y de tronco (3.2% y 43%, respectivamente). En relación al manejo obstétrico, el adelanto logrado en los últimos años modificando determinadas conductas, ha hecho disminuir notablemente la morbimortalidad en las patologías.

En nuestro medio, la pre-eclampsia, eclampsia, aunque ha descendido ligeramente, se ve con frecuencia y en lo que a eclampsia se refiere, la operación cesárea oportuna ha hecho disminuir notablemente la mortalidad materna y perinatal. Con el mejor conocimiento de procesos como la placenta previa y el desprendimiento normoplacentario, métodos modernos de diagnósticos y enfoque terapéutico múltiple, tal como empleo frecuente de transfusión de sangre, atención conjunta con el perinatólogo en el momento del parto, la decisión de adoptar conductas agresivas en la rotura prematura de membranas en todo embarazo superior a las 32 av. semana, ante el temor de la infección amniótica, el uso del goteo de Syntocinón como ayuda en el parto gemelar, al abreviar el número de horas de trabajo de parto y disminuir el intervalo de expulsión entre ambos nacimientos, el empleo más liberal de la operación cesárea en la primiparidad tardía, así como volver a insistir en que la episiotomía no debe ser excluida en el manejo obstétrico de la gran múltipara, ha logrado abatir de manera importante los índices de morbimortalidad materno-infantil.

Nuestra incidencia de cesárea fué de 30% en el estudio retrospectivo y de 34.5% en el prospectivo. Esta intervención obstétrica, ha sido uno de los procedimientos quirúrgicos que más cambios ha experimentado en los últimos años como consecuencia del advenimiento y mejoramiento de recursos terapéuticos modernos, dando como resultado que sea empleada con más frecuencia, observándose mejores resultados y rescatando vidas que antes se perdían por trauma o patología obstétrica intercurrente. Negrete (28) reporta incidencia de cesárea del 23.4%, Canillas (8) lo reporta en el 24.6% y 28% en su estudio retro y prospectivo. Muller (25) 33.71%. En relación a las maniobras obstétricas fueron reducidas al mínimo observándose solamente un caso de versión interna en un feto segundo gemelar. Se está proponiendo al uso cada vez más frecuentes del forceps de desprendimiento y a la aplicación programada del forceps Piper en la atención del parto pélvico.

Por último, podemos hacer notar, la relación existente entre riesgos y resultados maternos fetales. En nuestra causística tuvimos cuatro muertes maternas en el estudio retrospectivo lo que representa el 1.75% y 2 muertes maternas en el estudio prospectivo lo que nos da un índice de 0.53% en contraposición de 0 en los otros grupos de estudio (bajo y mediano riesgo).

En cuanto a la mortalidad perinatal, los grupos principales dependen de lesión obstétrica y asfixia, falta de madurez y malformaciones congénitas. La mortalidad fetal no depurada en el estudio retrospectivo fue de 11%. Ingresaron al servicio con feto muerto un 5.4% siendo de causa ignorada en un porcentaje elevado: 2.7%, el resto obedece a prociencia de cordón de varias horas de evolución al igual que situación transversa con hombro abandonado, rotura uterina, RH sensibilizado, etc.

En el estudio prospectivo, la mortalidad fetal no depurada representó el 16.7%; ingresaron al servicio, muerto en un 8.5% obediendo a las mismas razones expuestas anteriormente. Haciendo una correlación con la mortalidad fetal ocurrido en el grupo de gestantes de riesgo bajo y medio observamos que la misma es de 1.1% en el riesgo bajo y de 2.1% en riesgo medio en el estudio retrospectivo; por otro lado en el estudio prospectivo tuvimos 1.0% de mortalidad fetal en riesgo bajo y 3.9% en riesgo medio. El esfuerzo de la mayoría de los autores (1, 2, 3, 6, 7, 8, 11, 13, 24, 26) está orientado a disminuir la mortalidad materna y perinatal, si bien se han logrado adelantos importantes en el primer rubro, no ocurre lo mismo en lo que a mortalidad perinatal atañe, ya que ésta permanece inalterable o se ha mejorado muy poco; debemos aunar esfuerzos en mejorar nuestros índices de prematuros, especialmente si ella va acompañado de un transtorno fetal prolongado o crónico, y va seguido de parto difícil, tienen peor pronóstico. Tal situación se plantea sobre todo en caso de embarazos múltiples, placenta previa, diagnosticadas en etapas tempranas de la gestación, cervix incompetente, disfunciones tiroideas, etc., en estos casos la posibilidad de prolongar el embarazo está en que la causa fundamental por la cual se pierden los fetos es la prematuridad. Cuando esta condición de prematuro es menos grave que la derivada de dejar el feto dentro del vientre materno, el embarazo debe concluir y esto podemos observarlo en los siguientes casos: desprendimiento prematuro de placenta normoinsera, ruptura prematura de membrana, toxemia gravídica, isoimmunización materno fetal, insuficiencia placenta crónica, etc. No sólo la mortalidad fetal representa el mayor temor de los tocólogos, sino que se ha observado repetidamente que en presencia de retraso intenso del crecimiento fetal, el desarrollo del cerebro y por lo tanto el desarrollo intelectual puede estar disminuido en forma permanente o ser anormal.

No es fácil estimar la importancia que puede tener esta causa de incapacidad pero en su forma más grave puede explicar una parte importante de todos los casos de parálisis cerebral o ir seguida de signos y síntomas menores de lesión neurológica. Una comprobación importante fue que la frecuencia de deficiencias neurológicas era similar, fuera cual fuera la causa del parto prematuro. Esto confirma la hipótesis de que los defectos seguían al nacimiento en lugar de provocarlos, de hecho, se ha señalado que con el cuidado neonatal intenso, los efectos adversos de la prematuridad a largo plazo pue-

den disminuir considerablemente. De todas las medidas propuestas, la más efectiva sería evitar el parto prematuro, espontáneo o provocado, en relación tanto a la muerte perinatal como con las deficiencias posteriores. Nuestra incidencia de prematuros en el grupo de alto riesgo (15.4% retrospectivo y 18.8%) es muy significativa en relación con el grupo de riesgo bajo (2.9% y 1.5%) y medio (4.8% y 7.9%) respectivamente.

Estimamos que no quedaría completa esta exposición sin una mirada al futuro. Actualmente el servicio de la cátedra cuenta con un consultorio destinado exclusivamente a las embarazadas de alto riesgo y contamos con un monitor fetal. Nuestra inquietud nos mueve a sugerir que la cátedra que cuenta con un personal médico especializado sea la tributaria del 80% de material de alto riesgo, si se quiere del país, en función de que la Cátedra no puede prescindir de las embarazadas normales que sirven de material docente a los universitarios de nuestra Facultad de Medicina de Asunción. Valdría la pena homologar la experiencia de la Universidad Javariana y de la Universidad del Valle de Bogotá, Colombia, (11) en el sentido de que las pacientes de riesgo bajo pueden ser atendidas en su Centro o Puesto de Salud; mientras que las de riesgo medio deberán ser atendidas en el Hospital Local o Regional y solamente las pacientes identificadas como riesgo alto deben ser derivadas con tiempo a los hospitales regionales o en su defecto al Hospital Universitario o a otros centros especializados de nuestra capital. Para la puesta en marcha de este tipo de programa es importante motivar y concientizar el personal médico (Internos - Residentes - Clínicos, etc.) y para-médicos, de la importancia de establecer la consideración de regionalización y determinar algunos cambios con el objeto de definir e identificar grupos de riesgos, determinar su distribución corriente y la capacidad y las facilidades para aceptar estos casos.

Es importante contar con un grupo bueno, aunque sea voluntario de servicio social, a los efectos de establecer contacto permanente con este lote de gestantes, ya que son reacias a cumplir con su prenatal por los motivos citados en varios párrafos anteriores. Por último, integrar equipos de trabajos formados por obstetras, perinatólogos, médicos, internistas y anestesiólogos, con la finalidad de brindarle todas las mejores oportunidades posibles tanto a la madre como al feto.

Conclusión

- Se estudian 2.250 casos que ingresan en la Maternidad Nacional de Asunción, Servicio de Obstetricia que dirige el Profesor Dr. Vicente Canillas, 750 casos rotulados como material retrospectivo, que ingresan previo al funcionamiento del consultorio de alto riesgo y 1.500 casos definidos como material prospectivo, gestantes estudiados posteriormente al funcionamiento de dicho consultorio.
- La incidencia de embarazadas de alto riesgo en el primer grupo de estudio fue de 24,3% y en el material prospectivo de 25,1%.
- La mayor parte de las pacientes estuvieron comprendidas dentro de la segunda década de la vida. La edad mínima fué de 15 años y la mayor de 49 años.
- Constituye un hecho importante que el 41,2% de nuestras pacientes no recibieron ningún tipo de cuidado prenatal y en relación a su estado civil un 66,8% de solteras, gestantes inestables en su condición social y probablemente también económica.
- La incidencia de situaciones viciosas y actitudes anormales de la presentación es alta, pelviana 15,0% y 10,3%, respectivamente, tronco: 3,2% y 4,4%, considerando en ambos casos el material retro y prospectivo.
- La versión de maniobras internas constituyó el 0,9% y 0,38%. Este procedimiento obstétrico está prácticamente limitado al 2º gemelar.
- La operación cesárea se efectuó en el 30% y 34,5%. La indicación principal la constituyó la desproporción cefalo-pélvica en un 16,7% seguida de la presentación pelviana en un 14,1% y el sufrimiento fetal en un 13,6%.
- La ruptura uterina se presentó con una frecuencia del 0,45% y 0,3%.
- La histerectomía se practicó en un 0,4 y 0,5%. La indicación más frecuente lo constituyó la atonía del post-parto inmediato.
- La mortalidad materna fue de 1,4% y 0,5%. Entre las causas más frecuentes encontramos la eclampsia y el desprendimiento prematuro de placenta.
- La frecuencia de prematuridad fue de 15% y 18,8%.
- La mortalidad fetal no depurada fue de 11,8% y 16,7%. Las causas más frecuentes citadas son: prematuridad, sufrimiento fetal, agudo o crónico y casos ignorados que ingresaron muertos al servicio.

- Sugerimos incentivar el criterio de establecer la consideración de regionalización con el objeto de definir e identificar grupos de riesgos, determinar su distribución, corrientes y observar la capacidad y facilidades para aceptar estos casos.
- Educar y motivar al personal médico y paramédico, trabajar con un sistema estandarizado de factores de riesgos para la identificación y su correspondiente derivación a los centros respectivos.
- Propender al uso más rutinario de estudios sofisticados paraclínicos, a los efectos de brindar a estas pacientes mejores oportunidades diagnósticas, pronósticas y por lo tanto de tratamiento.
- La importancia de crear servicios integrados donde actúan en forma paralela; obstetras, clínicos, perinatólogos, transfusionistas, anesthesiólogos, etc.

Bibliografía

1. Alberman, E.: Factores que influyen en las pérdidas perinatales. *Ginec Obstet*: 1-15 abr, 1974.
2. Aubry, R. H. & Nesbitt, R.E.L.: Fetus, Placenta and Newborn. High Risk Obstetrics. III. Cytohormonal evaluations and their practical utility in managing high-risk patients. *Am J. Obstet Gynecol* 107: 48-63 May. 1, 1970.
3. Aubry, R. H. & Nesbitt, R.E.L.: High-Risk Obstetrics. I. Perinatal outcome in relation to a broadened approach to obstetric care for patients at special risk. *Am J. Obstet Gynecol* 105: 241-247 Set. 15, 1969.
4. Aznar, E. & Bennet, A. E.: Pregnancy in the adolescent girl. *Am J. Obstet Gynecol* 81: 934-940 May. 1961.
5. Babson, S. G. & Benson, R.C.: Tratamiento del embarazo de alto riesgo y cuidado intensivo del recién nacido. Buenos Aires, Ed. Panamericana. 1973 pp. 1-359.
6. Baillie, P.: Métodos no hormonales de vigilancia continua antenatal. *Ginec Obstet* 103-122 abr. 1974.
7. Bravo, G.R.: Factores Asociados al embarazo de alto riesgo. En: 6ª Jornada Bienal de Gineco-Obstet. Cursos México, D. F. Jun. 4-8, 1974. México, D.F. 1974, Inst. Mex Seg Social pp. 429-438.
8. Canillas, V.: Embarazo de Alto Riesgo. En: 2º Congreso de Ginecología Obstetricia. Asunción, Mayo 23-26, 1972. Asunción, Esc. Técnica Salesiana. 1973 T. I. pp. 97-178.
9. Canillas, V.: Embarazo de Alto Riesgo en las anemias. En: 2º Congreso Paraguayo de Ginecología Obstetricia. Asunción, Mayo 23-26, 1972. Asunción, Esc. Técnica Salesiana. 1973. T. II. pp. 305-306.
10. Cobo, E. y col.: El embarazo de alto riesgo. *Rev. Colombiana Ginec. Obstet.* 21: 571-573, 1970.
11. Daza — Parada, L. (dir.): Investigación de riesgo materno-infantil. En: 1er. informe. Bogotá, D.F. 1976. 22 pp.
12. Gewolb, I. H., Hobbins, J. C. & Tans, y.: Amniotic Fluid cortisol in High — risk human pregnancies. *Obstet Gynecol* 49: 466-470 Apr. 1977.
13. Gold, E. M.: Identificación del feto que corre riesgo alto. *Clin Obstet Ginec Dic.* 1968. pp. 1069-1080.
14. Griffith, R., Silva, C. & Negrete, J.L. & Aparicio, P.: Embarazos de alto riesgo en la Cruz Roja Paraguaya. En: 2º Congreso Paraguayo de Ginecología y Obstetricia. Asunción, Esc. Técnica Salesiana, 1973. T. II. pp. 272-274.
15. Harper, R. G. et al.: The high-risk perinatal registry. A systematic approach for reducing perinatal mortality. *Obstet Gynecol* 50: 264-268 sept. 1977.
16. Henry, G. P. & Robinson, A.: Diagnóstico genético prenatal. *Clin Obstet Ginec* 2: 349-361, 1978.
17. Hobel, C. J. et al.: Prenatal and intrapartum high risk screening. I. Prediction of the high-risk neonate. *Am J obstet Gynecol* 117: 1-9 sept. 1, 1973.
18. Kajanoja, P. & Widholm, O.: Pregnancy and delivery in women aged 40 and over. *Obstet Gynecol* 51: 47-51 Jan. 1978.
19. Kraus, G. W., Marchese, J. R. & Yen, S. S.: Prophylactic use of hydrochlorothiazide in pregnancy. *J.A.M.A.* 198: 1150-1154 Dec. 12, 1966.

20. Lesinski, J.: High-risk pregnancy, Unresolved problems of screening management and prognosis. *Obstet Gynecol* 46: 599-603 Nov. 1975.
21. Maeder, E.C., Barno, A. & Mecklemburg, F.: Obesity: A material high-risk factor. *Obstet Gynecol* 45: 669-671. 1975.
22. Milunsky, A.: Diagnóstico prenatal de las anomalías genéticas. *Clin Perinatol* Mar. 1974 pp. 25-32.
23. Morrison, I. & Olsen R. N. J.: Perinatal mortality and antepartum risk scoring. *Obstet Gynecol* 53: 362-366, Mar, 1979.
24. Morrison, J. C. et al.: Laboratory characteristics in toxemia. *Obstet Gynecol*. 39: 866-872 Jun. 1972.
25. Muller, G. y col.: Embarazo de riesgo elevado. *Rev. Ginec Obstet Venez* 36: 505-518, 1976.
26. Negrete, J. T.: Manejo del embarazo y parto de alto riesgo. En: 4º Congreso Paraguayo de Ginecología Obstetricia. Asunción, Mayo 6-9, 1980. Asunción Gráfica Comuneros, 1980. pp. 195-203.
27. Nesbitt, R.E.L.: Identificación prenatal del feto que corre riesgo. *Clin Perinatol* Sept 1974 pp. 213-228.
28. Nesbitt, R.E. & Aubry, R.H.: High-risk obstetrics II. Value of semioobjectivegrading system in identifying the vulnerable group. *Am J. Obstet Gynecol* 103: 972-985 Apr. 1969.
29. Perkins, R.: The conservative management of toxemia. A brief report of effective perinatal concepts. *Obstet Gynecol* 49: 498-501 Apr. 1977.
30. Ramón de Alvarez, R.: Preeclampsia — eclampsia y enfermedades renales en el embarazo. *Clin Obstet Obstet Ginec* 3: 923-949. 1978.
31. Septien, J. M.: Atención del parto con feto de alto riesgo. *Ginec Obstet Mex*. 35: 415-435 Abr. 1974.
32. Sokol, R. J. et al.: Clinical application of high risk scoring on an obstetric service. *Am J Obstet Gynecol* 128: 652-661 Jul, 15 1977.
33. Welt, S. I. & Crenshaw, M. C.: Embarazo e hipertensión concomitante. *Clin Obstet Ginec* 3: 653-686, 1978.
34. Yeh, S. Y. et al.: A study of the relationship between Goodwin's high-risk score and fetal outcome. *Am J Obstet Gynecol* 127: 50-55 Jan 1. 1977.