

## ANALISIS EVOLUTIVO DEL EMBARAZO EN EL CENTRO DE PEDIATRIA Y ESPECIALIDADES

\* Dr. Domingo E. Peña Nina  
\*\* Dra. Lourdes Pérez Suárez  
\*\*\* Dra. Eduviges Añil

### INTRODUCCION

El estudio de la evolución del embarazo en nuestro medio tradicionalmente se ha realizado en los hospitales de la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social y el Instituto Dominicano de Seguros Sociales. Esto tiene el inconveniente de que habitualmente en estos hospitales, por razones de volumen de trabajo, el control prenatal es deficiente, sobre todo en lo que atañe al número de consultas prenatales. Suele suceder, además, que cada vez que la paciente acude a control de su embarazo debe admitir ser vista por el médico que esté a cargo de la consulta prenatal ese día, y no por quien ella desearía ser vista. Como consecuencia de ello, estas pacientes no pueden desarrollar ese tranquilizante estado psicológico que da el tener "confianza y seguridad en su médico". Esta situación obliga a estas mujeres a vivir, durante todo el embarazo, con la incertidumbre de quién las asistirá en el momento del parto; si se tratará de alguien conocido o desconocido, en capacidad de prestarle buenas atenciones o sin capacidad de ello; persona amable y conversadora o introvertida y osca. Si tendrán ocasión de tener un parto dentro de un ambiente matizado por la intimidad que el medio permita, o bien serán objeto de cátedra sobre la enseñanza de la atención del paciente, a los alumnos que habitualmente asisten a estos centros hospitalarios.

Sucede, por otro lado, que son pacientes que pertenecen a un status socioeconómico similar; el más bajo en el caso de las que acuden a los hospitales públicos, y algo menos bajo, por tratarse de personas con un ingreso económico fijo o temporal, puesto que trabajan o son esposas de obreros o empleados temporarios, en las que acuden a los hospitales del Instituto Dominicano de Seguros Sociales. Obviamente, en uno y otro caso se puede apreciar el desa-

rollo del embarazo en ese particular universo y con las características propias de la atención prenatal recibida en cada hospital, pero en ningún caso ello podrá considerarse representativo absoluto de lo que sucede en el país.

Queriendo tener una muestra más generalizada quisimos realizar un estudio a nivel de una institución privada, que por tener servicio de igualas médicas empresariales y familiares se hace prácticamente asequible a las personas pertenecientes a esferas económicas bajas, pero donde también acuden personas del más elevado estrato socioeconómico.

En ambos casos reciben un promedio de 12 consultas prenatales por el médico especialista que ellas han seleccionado espontáneamente, lo que elimina la incertidumbre señalada previamente, y es este mismo especialista, con quien han compartido durante todo el curso de su embarazo, quien las asiste al momento de la resolución del mismo. Se logra así enmarcar la situación dentro de los rangos óptimos de la asistencia médica, pues la paciente recibe una atención directa y personal de un gineco—obstetra calificado, tanto durante el transcurso del embarazo como en el momento del parto.

El parto mismo se produce en circunstancias óptimas; con el oportuno servicio de anestesiología y la asistencia del recién nacido por un especialista de la pediatría seleccionado de antemano por la paciente o bien en forma conjunta por ella y su esposo. En esas condiciones cualquier variabilidad no sería dependiente de la calidad del servicio recibido, el cual es prestado siempre por un grupo de especialistas calificados, aunque sí pudiera observarse variaciones por grupos sociales, cuya causa esencial giraría en torno al estado nutricional y hábitos higiénicos de las mujeres estudiadas.

### MATERIAL Y METODO

Se revisaron los expedientes clínicos de las mujeres embarazadas que ingresaron en el Centro de Pediatría y Especialidades de Santo Domingo, entre el 28 de octubre de 1975 y 28 de octubre de 1982, para resolución del mismo por parto normal, operación cesárea o bien legrado uterino en los casos de abortos.

(\*) Jefe del Servicio de Gineco—Obstetricia I.D.S.S., Hospital Dr. J. Mañón S.

(\*\*) Médico Residente del Centro de Pediatría y Especialidades.

(\*\*\*) Gineco—Obstetra Ayudante del Servicio de Gineco—Obstetricia del I.D.S.S. de San Cristóbal.

Se recogieron los datos en un protocolo computable elaborado previamente para tal fin, incluyendo datos de la evolución de la gestación, del momento del parto, estado del producto al nacimiento, así como antecedentes generales de la madre y su estado de salud con posterioridad al parto, cesárea o legrado. El análisis de dichos datos constituye el motivo de esta publicación.

## RESULTADOS

En el lapso de tiempo comprendido por el estudio, que corresponde a los primeros 7 años de fundado el Centro de Pediatría y Especialidades, fueron resueltos los casos de un total de 2,112 mujeres embarazadas que se hospitalizaron en el mismo para tal fin. Este total constituye nuestro universo de trabajo.

La distribución por edad de nuestras pacientes se muestra en el cuadro número 1. Se aprecia un franco predominio de las mujeres cuya edad se encontró dentro del grupo comprendido entre los 20–29 años (68.13%). Este concuerda con la generalidad de los autores, que sitúan este grupo de edad como aquél en que tradicionalmente se registra mayor frecuencia de embarazos.

Cuadro No. 1  
DISTRIBUCION POR EDAD  
DE LAS PACIENTES

	No. de Casos	%
Menos de 15 años	0	0
De 15 a 19 años	108	5.11
De 20 a 29 años	1,439	68.13
De 30 a 35 años	475	22.49
De 36 a 40 años	79	3.74
Más de 40 años	11	0.52
<b>TOTAL</b>	<b>2,112</b>	<b>100%</b>

No tuvimos ningún caso con gestación a una edad inferior a los 15 años, pero sí se observaron 11 embarazos después de los 40 años de edad, lo que corresponde a un 0.52%.

El cuadro No. 2 señala los antecedentes gestacionales. Es notorio el predominio de pacientes primigestas: 992 casos (46.92%), seguidas de segundigestas: 694 casos, lo que corresponde a un 32.85%. El restante número se distribuye entre las diferentes gestaciones siguientes, pero vale la pena señalar que hubo 5 casos (0.23%) con antecedentes de 10 gestaciones.

Las complicaciones presentadas durante los embarazos que son objeto del estudio pueden observarse en el cuadro

No. 3. La más frecuente fue la ruptura prematura de membranas, que se observó en 116 casos (5.49%), seguida de toxemia gravídica en 34 casos (1.60%), anemia menor a los 9 g%: 8 casos (0.37%), diabetes mellitus: 8 casos (0.37%). Las infecciones urinarias, embarazos ectópicos, amenaza de parto prematuro, cardiopatía, polihidramnios y otras más, se observaron con menor frecuencia.

Cuadro No. 2  
ANTECEDENTES OBSTETRICOS

Gestas	No. de Casos	%
1	992	46.96
2	694	32.85
3	253	11.97
4	105	4.97
5	34	1.60
6	24	1.13
7	3	0.14
8	2	0.09
10	5	0.23
<b>TOTAL</b>	<b>2,112</b>	<b>100%</b>

Cuadro No. 3  
COMPLICACIONES  
DURANTE EL EMBARAZO

Complicaciones	No. de Casos	Nº. d %
Cervicovaginitis	2	0.09
Anemia menor de 9 g.s.	8	0.37
Diabetes Mellitus	8	0.37
Lupus Eritematoso	1	0.04
Infección urinaria	4	0.19
Toxemia gravídica	34	1.60
Polihidramnios	3	0.14
Ruptura prematura de membrana	116	5.49
Cardiopatía	2	0.09
Amenaza de parto prematuro	2	0.09
Embarazo ectópico	4	0.19
<b>TOTAL</b>	<b>184</b>	<b>8.71</b>

En el cuadro No. 4 se evidencian las diferentes edades a que fueron resueltos los embarazos. Como puede apreciar-

se, el mayor porcentaje correspondió a gestaciones de término: 1,686 casos (79.82%); el número de abortos observados fue de 216, que corresponde a 10.22%; la incidencia de embarazos prolongados fue de 1.27%, 27 casos. Un total de 16 casos (0.75%) correspondió a embarazos con productos inmaduros y 167 (7.90%) a mujeres que presentaron trabajo de parto prematuro.

**Cuadro No. 4**  
**EDAD GESTACIONAL**

Edad Gestacional	No. de Casos	%
Menos de 20 semanas	216	10.22
De 21 a 28 semanas	16	0.75
De 29 a 37 semanas	167	7.90
De 38 a 42 semanas	1,686	79.82
Más de 42 semanas	27	1.27
<b>TOTAL</b>	<b>2,112</b>	<b>100%</b>

En 20 casos (0.99%) se encontró una tipificación sanguínea Rh negativa, de los cuales 6 (0.28%) estaban isoinmunizadas. En un caso (0.04%) se observó incompetencia al sistema A—B—O.

Se encontraron 12 embarazos gemelares (0.56%).

Respecto a la forma de resolución del embarazo, ya fue señalada la incidencia de abortos. Los partos vaginales fueron un total de 1,125 (53.26%), de los cuales 1,003 (89.15%) fueron eutócicos y 122 distócicos (10.84% del total de partos). Entre estos 122 casos, fueron tomados 107 casos de aplicación de forceps, lo que respecto a nuestro universo de trabajo hace una frecuencia de 5.06%. En 106 casos el tipo de forceps aplicado fue Simpson, utilizándose en el restante forceps tipo Kieland.

No se registra el uso de ningún otro tipo de forceps. El resto de las distocias estuvieron dadas por 20 partos pélvicos (0.94%), 9 casos de período expulsivo prolongado (0.42%) y 2 casos de retención de hombros (0.09%).

En 771 casos (36.50%) se decidió practicar operación cesárea; de éstas, 763 (98.96%) fueron segmentarias tipo Kerr, 6 fueron corporales y 2 segmentocorporales. La indicación más frecuente de la intervención fue el antecedente de cesárea previa, observado en 302 casos (39.16%), seguida de desproporción céfalopélvica en 202 casos (26.19%). Otras causas de cesáreas, pero con una incidencia menor, fueron: placenta previa, 18 casos (2.33%), toxemia gravídica, 21 casos (2.72%), presentación pélvica 33 casos (4.28%); sufrimiento fetal agudo, 42 casos (5.44%); ruptura prematura de membranas, 65 casos (8.43%); trabajo de parto prolongado, 56 casos (7.26%), y otras más, cuyo análisis pormenorizado será objeto de otra publicación.

Los promedios de estancia hospitalaria fueron para parto 2.01 días, para cesárea 4.19 días y para abortos 1.46 días.

En el cuadro No. 5 se muestra el tipo de anestesia usada en los casos que rebasaron las 20 semanas de gestación. Hubo franco predominio del bloqueo peridural, utilizado en 1,406 casos (66.54%); en 175 casos (8.28%) anestesia general y en 72 casos (3.40%) bloqueo subdural. En 243 casos (11.50%) no se utilizó ningún tipo de anestesia, o ésta consistió en infiltración local.

**Cuadro No. 5**  
**TIPO DE ANESTESIA UTILIZADA**

Tipo	No. de Casos	%
Bloqueo Peridural	1,406	66.57
Anestesia general	175	8.28
Bloqueo Subdural	72	3.40
Local o ninguna	243	11.50
<b>TOTAL</b>	<b>1,896</b>	<b>89.75</b>

(\*) Se excluyen los abortos.

El cuadro No. 6 muestra el estado de los productos al nacimiento. 1,769 (83.75%) fueron considerados recién nacidos normales y no presentaron ninguna complicación posterior; en 34 casos (1.60%) se logró el diagnóstico de muerte anteparto; las muertes intraparto fueron 6 (0.28%) y los que murieron en el período neonatal 8 (0.38%). Ello nos da una mortalidad perinatal no corregida de 2.26%. 50 productos (2.36%) presentaron hipoxia al nacer y 28 (1.32%) eran prematuros. Se observó un caso de hiperbilirrubinemia no asociada a problemas de isoinmunización materno fetal.

**Cuadro No. 6**  
**ESTADO DE LOS PRODUCTOS AL NACIMIENTO**

Producto	No. de Casos	%
Recién Nacido Normal	1,769	83.75
Muerto Intra—Utero	34	1.60
Muerto Intra Parto	6	0.28
Muerto Neonatal	8	0.38
Hipóxico	50	2.36
Prematuro	28	1.32
Hiperbilirrubinemia	1	0.04
<b>TOTAL</b>	<b>1,896</b>	

En el cuadro No. 7 se aprecia el peso de los productos al nacimiento: 22 (1.04%) fueron inmaduros; 203 (9.61%) prematuros; 1,453 (68.79%) eutróficos; 218 (10.32%) macrosómicos, con peso por encima de los 4,000 g. Es curioso que la incidencia de macrosómicos fue bastante similar a la de abortos.

**Cuadro No. 7**  
**PESO DE LOS PRODUCTOS**  
**AL NACIMIENTO**

Peso	No. de Casos	%
Menos de 500 g.	216	10.22
De 500 a 1,499 g.	22	1.04
De 1,500 a 2,499 g.	203	9.61
De 2,500 a 4,000 g.	1,453	68.79
Más de 4,000 g.	218	10.32
<b>TOTAL</b>	<b>2,112</b>	<b>100%</b>

Los casos de complicaciones maternas de importancia en el puerperio sumaron un total de 53 casos (2.40%), distribuidos según sigue: muerte materna 1 caso (0.04%); hemorragia 9 (0.42%); infección 42 casos (1.98%).

En el caso de la muerte materna que ocurrió en un postoperatorio inmediato postcesárea se pensó en un infarto agudo de miocardio como causa de la misma, debido a que ésta ocurrió en forma inesperada y fulminante, después de una cesárea "de fácil realización y sin complicaciones aparentes".

## COMENTARIOS Y CONCLUSIONES

La práctica de la obstetricia en una institución médica privada presenta diferencia de consideración con la realizada en una institución hospitalaria perteneciente al Estado. En el primer caso se trata de la existencia de una responsabilidad directa y personal del obstetra ante la paciente, sus familiares y allegados. En el segundo caso esta responsabilidad directa es inexistente. Los familiares y la paciente misma ignoran por lo general los nombres de los médicos que las asisten y ante cualquier complicación, esperada o no, el médico queda amparado por la protección que da la cobertura de la institución oficial, que aparece ante los familiares de la paciente como algo abstracto y desconocido, ante quien se ven imposibilitados de ofrecer manifestaciones de queja, o gratitud, en los casos en que el resultado final sea mejor al esperado.

Esta es una situación que habitualmente ha sido negada en el plano de la retórica filosófica, pero que es una realidad objetiva o innegable en la práctica hospitalaria diaria.

Otra situación que modifica significativamente las características del ejercicio de la obstetricia en centros hospitalarios del Estado con el ejercicio privado es que en los primeros, contrariamente a lo que sucede en los últimos, la responsabilidad de la atención directa de todo caso considerado normal y una buena parte de los catalogados como complicados recae sobre personal médico joven, aún en etapa de entrenamiento y obviamente, todavía, sin la precisión conceptual y práctica que dan los años de ejercicio como especialista ya formado.

A pesar de estas variantes, hay situaciones que no son modificables y su comportamiento es independiente del lugar en que se reciba la atención del embarazo. Ejemplo de esto es la frecuencia del 10.22% de abortos observada en nuestra casuística, que está acorde con la mayoría de los reportes mundiales al respecto, si bien contrasta con lo publicado por Ruiz Hernández y colaboradores.

Asimismo encontramos que el predominio de embarazos entre los 20 y 29 años de edad, que representa además la etapa biológica en que la mujer se encuentra mejor preparada para este evento fisiológico.

Algo llamativo es el predominio de primigestas y secundigestas, cuyo global representa un 89.81% del total de casos, sumado a un descenso drástico en las multigestaciones, situación que sigue siendo habitual en los hospitales del Estado, sobre todo por las grandes limitaciones para la práctica de la esterilización femenina por causa no estrictamente médica; al menos, hasta hace muy poco tiempo en que estos hospitales eran administrados por religiosas católico-romanas. En muchos de estos hospitales, algunos muy importantes, estas limitaciones se mantienen por costumbre, a pesar de que ya no poseen una administración religiosa.

De los 184 casos en que se presentaron complicaciones durante el embarazo, la mayor incidencia estuvo dada por la ruptura prematura de membranas, cosa que sin dudas repercutió sobre la frecuencia de la prematurez y tuvo influencia determinante también en 65 casos del total de cesáreas practicadas.

A pesar de que algunos investigadores tratan de establecer relación entre la ruptura prematura de membranas con la frecuencia de cervicovaginitis y sobredistensión uterina por polihidramnios y multiparidad, en nuestro estudio no es posible establecer ninguna correlación etiológica entre estas complicaciones.

Respecto al método anestésico utilizado hubo franco predominio del bloqueo peridural, como había de esperarse; sin embargo, consideramos elevado el número de casos en que se utilizó anestesia general (175), por el hecho de que no existe correlación entre el empleo de esta técnica anestésica con las patologías obstétricas que la hacen obligada o de uso preferencial. Es posible que esta situación fuera determinada por el estado de stress de algunas pacientes al momento del parto o práctica de una operación cesárea por la angustia que suelen generar estas experiencias, sobre todo cuando se viven por primera vez. Consideramos asimismo que dicha práctica de algún modo influyó en el incremento de la morbimortalidad fetal.

Con relación a la forma de terminación del embarazo, es conveniente hacer algunas consideraciones. Dentro de los partos vaginales es baja la utilización de forceps, a pesar del predominio de pacientes primigestas. Esto se explica, en parte, porque en nuestro medio se ha adoptado la costumbre de que cesárea previa es igual a nueva cesárea, eliminando así casos específicos que requirieran el uso de estos instrumentos para abreviar el período expulsivo. Por otro lado, pudo haber sido decisivo la usual negativa de las pacientes y sus esposos a permitir el uso de los instrumentos, señalando su disposición a que se les practique una operación cesárea antes que permitir el uso de forceps, por el temor que tienen a la posibilidad de secuelas neurológicas futuras en el producto. Esta situación ya explicada pudo contribuir, junto a otros factores asociados, al elevado índice de cesáreas practicadas, que triplica el promedio de la frecuencia de la intervención de las tres maternidades del Estado en 1979, según reporta Garrido Calderón; sin embargo, el enfoque de estos aspectos en detalles será objeto de una futura publicación.

La morbimortalidad perinatal es elevada, pero en su incremento destacan las muertes fetales, situación que suele ser imprevisible y en la mayoría de los casos está fuera del control del obstetra. Consideramos, sin embargo, que esta situación puede mejorarse sustancialmente logrando un aumento del interés de los pediatras por el producto en el momento del nacimiento e incrementando el tiempo de vigilancia estrecha sobre los recién nacidos. El mayor uso de forceps bajos, sobre todo en los casos en que se prolongue el período expulsivo, también contribuiría, puesto que de ese modo disminuirían los casos de hipoxia; en otras palabras, fuera de los casos de muertes fetales anteparto, los factores determinantes de riesgo para el producto operan con mayor intensidad durante el trabajo de parto, sobre todo en el período expulsivo y en los minutos que siguen al nacimiento, en los que pueden requerirse desde una simple aspiración de secreciones hasta una reanimación intensiva, que incluya el uso de cánula endotraqueal que permita y asegure una oxigenación directa.

Sobre el caso de muerte materna ya referimos que fue considerada como un caso de "muerte súbita". Estos casos ocurren a cualquier edad y bajo diversas circunstancias.

La causa generalmente es desconocida y en la autopsia puede no encontrarse lesiones anatómicas importantes y los estudios toxicológicos no aportan elementos que den luz en el problema. Sin embargo, considerando que se trataba de una mujer joven, con buenas condiciones físicas en el preoperatorio, estamos obligados a catalogar su muerte como previsible, a pesar de que no existiese responsabilidad profesional.

La causa específica de la muerte, en este caso, no se conoce, puesto que no se practicó autopsia, ni se realizaron estudios toxicológicos. En estas condiciones aceptamos la impresión clínica reportada de un infarto agudo del miocardio.

## RESUMEN

Se revisan los casos de 2,112 mujeres embarazadas cuyos casos fueron resueltos en el Centro de Pediatría y Especialidades durante sus primeros 7 años de funcionamiento.

Se encontró un predominio de mujeres jóvenes, entre los 20—29 años de edad, con un total de 1,439 casos con sólo uno o dos embarazos.

La complicación más frecuentemente observada fue la ruptura prematura de membranas, que se presentó en 116 casos; la misma no se relacionó con cervicovaginitis ni sobredistensión uterina.

El 79.82% de las gestaciones alcanzaron el término y la frecuencia de abortos fue de 10.22%.

Un total de 1,125 embarazos fueron resueltos por vía vaginal y 771 por medio de operación cesárea.

Las principales indicaciones de la cesárea fueron: cesárea previa en 302 casos y desproporción cefalopélvica en 202 casos. El tipo de cesárea usualmente practicada fue la segmentaria tipo Kerr, en 763 casos. El método anestésico más utilizado fue el bloqueo peridural.

El estado de los productos al nacimiento fue: 1,453 eutróficos, 203 prematuros, 22 inmaduros, 218 macrosómicos.

La mortalidad perinatal fue de 2.26% y se registró un caso de muerte materna en el postoperatorio inmediato de una operación cesárea.

Se hacen algunas consideraciones sobre los resultados.

## BIBLIOGRAFIA

- Ruiz Hernández, C.E.; Villalobos Román, M.; Macgregor Sánchez Navarro, C.; Peña Nina, D.E.: Embarazo de Alto Riesgo Prenatal y su Repercusión en el Recién Nacido. *Ginec. Obstet. Méx.* 45: 379, 1979.
- Villalobos Román, M.; Macgregor Sánchez Navarro, C.; Ruiz Hernández, C.E.; Peña Nina, D.E.: Embarazo de Alto Riesgo. II. Determinación del Riesgo Intraparte, Correlación con el Riesgo Prenatal y el Resultado Prenatal. *Ginec. Obst. Méx.* 45: 439, 1979.
- Villalobos Román, M.; Macgregor Sánchez Navarro, C.; Ruiz Hernández, C.E.; Peña Nina, D.E.: Identificación del Alto Riesgo Perinatal. III. Predictores Optimos. *Ginec. Obstet. Méx.* 46: 339, 1979.
- Vasconceles Palacios, G., et al: La Anestesia como Factor Directo de Muerte en Obstetricia. *Ginec. Obstet. Méx.* 48: 199, 1980.
- Garrido Calderón, J., et al: Indicaciones, Frecuencia e Incidencia de la Operación Cesárea en los Últimos Cinco Años en el Hospital de Gineco—Obstetricia del I.D.S.S. *Revista Dominicana de Obstetricia y Ginecología*, sept. 80/abril 82. Pág. 24.
- Peña Nina, D.E.; Ortega, A.: La Psicología de la Mujer Dominicana durante el Embarazo y el Parto. *Revista Médica Dominicana* 39: 54, 1979.
- Alvarado Durán, A.: Simposio sobre Forceps. Morbimortalidad Materna Fetal Inmediata. XVI Asamblea Nacional de Cirujanos, Secc. Ginecología y Obstetricia 138: 148, México, D.F., 1964.
- Karehmer, K.S., et al: Evolución y Concepto del Forceps en el Hospital de Gineco—Obstetricia No. uno del I.M.S.S. Análisis de 3,500 casos. *Ginec. Obstet. Méx.* 22: 815, 1967.