

COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS EN UN HOSPITAL DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

Patricia Pavón-León, Ma. del Carmen Gogearcoechea-Trejo,
Lilia Irene Durán-González, José Becerra-Aponte
Instituto de Ciencias de la Salud. Instituto de Psicología y Educación.
Universidad Veracruzana. Xalapa, Ver.

Resumen

Objetivo. Determinar la incidencia de complicaciones obstétricas y del recién nacido, los tipos de complicación y algunos factores asociados o favorecedores de éstas en un hospital de ginecología y obstetricia. **Material y métodos.** Se realizó un estudio prospectivo y observacional durante un período de 6 meses, incluyéndose 1137 embarazadas que ingresaron para su atención. Se utilizó estadística descriptiva con determinación de frecuencias y proporciones. **Resultados.** La incidencia de complicación obstétrica fue de 9.9% y la del recién nacido de 6%. En las embarazadas la principal complicación fue desgarro perineo-vaginal y en el recién nacido las afecciones respiratorias. **Conclusiones.** En nuestro estudio, fue mínimo el porcentaje de pacientes con factores de riesgo asociados a las complicaciones obstétricas, la presencia de complicaciones estuvo ligada a la calidad de la atención médica proporcionada a la paciente.

Palabras clave: complicación obstétrica; complicación recién nacido; calidad de la atención de salud; hospitales; México

Abstract

Objective. To determine the incidence of obstetrical complications and of the newborn children, the complication types and some associate factors of these in a obstetrics and gynecology hospital. **Material and methods.** A prospective and observational study was designed during a period of 6 months, being included 1137 pregnant that entered for their attention. Descriptive statistic was used with determination of frequencies and proportions. **Results.** The incidence of obstetrical complication was of 9.9% and that of newborn one of 6%. In the pregnant ones the main complication was perineum-vaginal laceration and in the newborn one the breathing affections. **Conclusions.** In this study, a lower percent of risk factors associated to obstetrical complications was observed in the patients, the presence of obstetrical complications

can be attributed to the quality of the borrowed medical attention during partum in the hospital.

Tradicionalmente, se ha considerado que el embarazo y el parto son procesos fisiológicos naturales que deberían desarrollarse sin problemas para la madre y el producto. Sin embargo, tanto uno como el otro pueden presentar complicaciones graves que ocasionan morbilidad, secuelas y en última instancia, la muerte de la madre, el feto o el recién nacido.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), calcula que cada año unos 50 millones de mujeres se ven afectadas por complicaciones agudas del embarazo, y al menos 18 millones de ellas sufrirán a largo plazo secuelas a menudo discapacitantes.^{1,2}

Al analizar la bibliografía consultada se observó una notoria diferencia entre las regiones de acuerdo a su grado de desarrollo, siendo mayor la presencia de complicaciones del embarazo y parto en los países en vías de desarrollo. Dentro de las principales complicaciones obstétricas descritas se encuentran las hemorragias, las infecciones y las enfermedades de hipertensión durante el embarazo.³ Entre los factores vinculados con las complicaciones del embarazo y el parto se pueden distinguir dos tipos: uno de origen endógeno, relacionado con las condiciones biológicas de la madre; y un componente exógeno, que depende en gran medida de factores asociados a condiciones del medio ambiente social y de la calidad, acceso, oportunidad y tipo de atención médica recibida.¹²

Con frecuencia en las unidades hospitalarias las complicaciones durante el embarazo y el parto están basadas en las condiciones biológicas y no se incluyen factores

relacionados con la atención profesional o con la capacidad resolutoria de éstas. La calidad de la atención médica durante e inmediatamente después del período del trabajo de parto y del parto, es la más simple e importante intervención para prevenir la morbilidad materna y del recién nacido. Por ello, mejorar la calidad de la atención es una necesidad que se acrecienta en nuestro medio, no sólo en los centros de alta especialidad médica y tecnológica, como es el tercer nivel de atención, sino también en el primer y segundo nivel, pues otorgan servicios a la mayor parte de la población.

Considerando que cada unidad hospitalaria debe conocer su desempeño en la prestación de los servicios otorgados, son necesarios estudios que permitan conocer lo que ocurre en los diversos contextos para diseñar y desarrollar intervenciones específicas de acuerdo a sus condiciones.

En el hospital de Ginecología y Obstetricia ubicado en la ciudad de Xalapa, Ver. se llevó a cabo un trabajo de investigación cuyo objetivo fue determinar la incidencia de las complicaciones que afectan a la madre y al producto en este hospital, así como identificar los tipos de complicación más frecuentes y algunos factores asociados y/o favorecedores, para la planeación y diseño de estrategias institucionales destinadas a mejorar la prestación de los servicios médicos en la atención del embarazo y parto.

El trabajo se dividió en tres etapas: en la primera se revisaron los expedientes clínicos del año 1997, a través de un muestreo estratificado; en la segunda se estudió a la paciente desde su ingreso hasta su egreso del hospital, teniendo la ventaja con ello, de interrogar a la paciente y corroborar los datos con el expediente clínico, con lo cual se obtuvo una información más completa y confiable; en la tercera se realizó una observación directa a una muestra de pacientes con el fin de registrar todos los acontecimientos ocurridos durante la atención de la paciente durante su estancia en sala de

labor y sala de expulsión. En este artículo se presenta la segunda etapa del trabajo de investigación.

Material y métodos

Se realizó un estudio transversal, en un período comprendido del 1º de noviembre de 1998 al 30 de abril de 1999. El lugar de estudio fue un hospital que tiene como finalidad brindar atención médica en las especialidades de Ginecología, Obstetricia y Neonatología a población abierta.

La población de estudio fueron todas las embarazadas que ingresaron al hospital para su atención obstétrica en el período de estudio, siendo un total de 1,137 pacientes.

Se incluyeron todas las pacientes de cualquier edad, embarazadas, independientemente de la edad gestacional, con o sin complicación inherente al embarazo a su ingreso. Se excluyeron aquellas pacientes cuyo evento obstétrico no se resolvió dentro de la institución.

En todos los casos se entrevistó a la paciente y se revisó el expediente clínico para obtener la información desde su ingreso hasta su egreso hospitalario.

Se incluyeron un total de 28 variables que cubrían las características maternas, del recién nacido y de la atención, entre ellas la edad de la paciente, antecedentes obstétricos, atención prenatal, edad gestacional, somatometría del producto, día, hora y turno del internamiento, días de estancia, tipo de personal que atendió a la madre y al recién nacido.

Para fines de esta investigación, se determinó como complicación a cualquier suceso que ocasionó discapacidad, enfermedad o muerte en la paciente embarazada o en el producto, relacionado o agravado por el embarazo mismo o por la atención médica.

La tasa de incidencia acumulada de complicación obstétrica se calculó dividiendo el número de pacientes con complicación después de haber concluido el proceso de atención entre el número de ingresos de

mujeres embarazadas, por 100. La tasa de incidencia acumulada de complicación del recién nacido se calculó dividiendo el número de recién nacidos con complicación entre el total de nacimientos, por 100. Se empleó estadística descriptiva con determinación de frecuencias y proporciones. Se utilizaron tablas 2 x 2 para establecer el riesgo relativo.

Resultados

En total se estudió a 1137 mujeres embarazadas de las cuales 114 presentaron complicaciones obstétricas durante el período estudiado, siendo la incidencia de 9.9 por cada 100 mujeres embarazadas.

Se registraron 2 defunciones, una por hemorragia postparto y la otra por eclampsia. La tasa de mortalidad materna fue 2 por cada 1,000 nacimientos.

De las 114 pacientes que presentaron complicación, 113 habían ingresado sin complicación, y solo una ingresó con diagnóstico de eclampsia, agravándose durante la estancia hospitalaria.

Los tipos de complicación correspondieron a desgarro perineal durante el parto de grado no especificado, seguido por hemorragia postparto, infección, crisis convulsivas inducidas por la anestesia epidural administrada durante el trabajo de parto y parto, y eclampsia, siendo la incidencia de 8.9, 0.6, 0.3, 0.05 y 0.05 respectivamente por cada 100 mujeres embarazadas.

En lo que se refiere a las características sociodemográficas (cuadro I) se observa que tanto el grupo de pacientes con complicación como el grupo de pacientes sin complicación presentan porcentajes similares en las diferentes variables. Más del 70% de las mujeres se ubican dentro del grupo de edad de 20 a 34 años, más del 80% tenían pareja y un porcentaje alto (>70%) tenían una escolaridad de secundaria o menos. Su ocupación principal eran las labores domésticas.

Cuadro I
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS PACIENTES

<i>Total</i>	<i>Con complicación</i>		<i>Sin complicación</i>	
	<i>N=114</i>	<i>%</i>	<i>N=1023</i>	<i>%</i>
<i>Características</i>				
<i>Edad</i>				
Media (DE)	23.5 ± 5.2		24.2 ± 5.8	
< 19 años	29	25.4	229	22.4
20 a 34 años	80	70.2	730	71.4
≥ 35 años	5	4.4	64	6.2
<i>Estado Civil</i>				
Soltera/separada	17	14.9	105	10.3
Casada/unión libre	97	85.1	918	89.7
<i>Escolaridad</i>				
Primaria	50	43.9	410	40.1
Secundaria	40	35.1	329	32.1
Preparatoria	19	16.6	216	21.1
Licenciatura	5	4.4	68	6.7
<i>Ocupación</i>				
Labores domésticas	101	88.6	890	87.0
Empleada	12	10.5	92	9.0
Estudiante	1	0.9	33	3.2
Profesionista	0	0.0	8	0.8

Con relación a las características obstétricas, el cuadro II muestra que más del 40% en ambos grupos las pacientes eran primigestas, la edad gestacional al ingreso en la mayoría era de 37 a 41 semanas, asimismo,

no presentaron complicación las pacientes con menos de 27 semanas de gestación. En lo que se refiere al transcurso del embarazo actual en más del 80% no se presentó ningún problema.

Cuadro II
CARACTERISTICAS OBSTÉTRICAS Y CONTROL PRENATAL

<i>Total</i>	<i>Con complicación</i>		<i>Sin complicación</i>	
	<i>n=114</i>	<i>%</i>	<i>N=1023</i>	<i>%</i>
<i>Características</i>				
<i>Edad gestacional al momento de la resolución del embarazo</i>				
≤ 27 semanas	0	0.0	138	13.5
28 a 36 semanas	6	5.3	76	7.4
37 a 41 semanas	104	91.2	786	76.9
> 42 semanas	4	3.5	23	2.2
<i>Número de embarazos</i>				
Uno	46	40.4	452	44.2
Dos	29	25.4	309	30.2
Tres	23	20.2	146	14.3
≥ 4	16	14.0	116	11.3
<i>Complicación durante el embarazo actual</i>				
Si	15	13.2	147	14.4
No	99	86.8	876	85.6
<i>Cesárea previa*</i>				
Si	5	7.4	165	28.9
No	63	92.6	406	71.1
<i>Resolución del embarazo</i>				
Parto vaginal eutócico	99	86.8	452	44.2
Parto vaginal distócico	10	8.8	9	0.9
Cesárea	5	4.4	408	39.9
Legrado uterino	0	0.0	117	11.4
Uteroinhibición	0	0.0	37	3.6
<i>Control Prenatal</i>				
Si	88	77.2	775	75.8
No	26	22.8	248	24.2
<i>Inicio</i>				
Primer trimestre	43	48.9	446	57.6
Segundo trimestre	35	39.8	266	34.3
Tercer trimestre	10	11.3	63	8.1
<i>Numero de consultas recibidas</i>				
1 a 4 consultas	26	29.5	193	24.9
> 5 consultas	62	70.5	582	75.1
*Mujeres con dos o más embarazos (n=639)				

En cuanto al antecedente de cesárea se observa que en las pacientes que no tenían dicho antecedente el porcentaje de complicación fue mayor. Más del 80% de las pacientes que presentaron complicación la resolución del embarazo fue parto vaginal eutócico, sin embargo de las pacientes a las que se les practicó cesárea sólo el 4.4% presentaron complicación.

En lo que respecta al control prenatal, más del 70% de las pacientes en ambos grupos recibieron atención prenatal, asimismo el inicio y el número de consultas recibidas fue similar en ambos grupos.

El tipo de complicación más frecuente fue el desgarro en 107 pacientes, con los siguientes tipos de desgarro: desgarro perineo-vaginal en el 64.5%, laceraciones perineo-vaginales en 24.3%, desgarro del cérvix en 10.3% y desgarro perineo-vaginal y del cérvix en 0.9%.

Del total de las pacientes con parto vaginal al 81.9% se les realizó episiotomía y al 18.1% no. De las pacientes a las que no se les realizó episiotomía el 35% presentó desgarro, siendo el de mayor porcentaje el perineo-vaginal (72%). De las que si se les realizó episiotomía el 15% presentaron desgarro, siendo el 60% perineo-vaginal.

Se analizó el peso del recién nacido en las pacientes que presentaron desgarro y se observó que el 79.4% de los recién nacidos tenían un peso entre 2,500 y 3,500 grs., el 15.9% tenían un peso de más de 3,500 grs. y el 4.7% tenían un peso menor de 2,500 grs.

Al analizar el riesgo de presentar desgarro se obtuvo que las pacientes sin episiotomía tienen un riesgo relativo (RR) de 2.99, incrementándose en el caso del desgarro perineo-vaginal a 3.32.

En cuanto a las variables relacionadas con la atención (Cuadro III) se observa que

más del 90% de las pacientes en ambos grupos fueron atendidas por el médico interno de pregrado. Los días en que se realizó la atención de la paciente los porcentajes fueron similares en los dos grupos, excepto el miércoles observándose un mayor porcentaje (19.3%) en las pacientes con complicación. Por lo que toca al turno, en el matutino se observa un mayor porcentaje (40.4%) para las pacientes con complicación, sin embargo, en el turno vespertino el porcentaje es menor, mientras que en el nocturno los porcentajes son similares en ambos grupos. En los meses de diciembre y enero los porcentajes fueron mayores para las pacientes con complicación.

En el cuadro IV se analizan las variables asociadas a la presencia de complicación observando que las mujeres menores de 19 años tienen un riesgo relativo (RR) de presentar complicación de 1.15 a diferencia de las mayores de 35 años donde el RR disminuye. Las pacientes solteras o separadas tienen un RR de 1.53. El tener un menor grado de escolaridad incrementa el RR de presentar complicación.

En la edad gestacional mayor a 42 semanas se incrementa el RR de presentar complicación (1.31), mientras que de 28 a 36 semanas el RR es menor (0.59). No hubo diferencias significativas entre la presencia de complicación y el número de embarazos, complicación durante el embarazo actual y el antecedente de cesárea.

El inicio tardío del control prenatal incrementa el RR (segundo trimestre 1.36, tercer trimestre 1.64). Asimismo, a menor número de consultas recibidas, mayor RR (1 a 4 consultas 1.26).

En cuanto a la resolución del embarazo, el parto vaginal distócico es el de mayor riesgo relativo de complicación (5.07).

Cuadro III
VARIABLES RELACIONADAS CON LA ATENCIÓN

Total	Con complicación N=114 %		Sin complicación N=1023 %	
Tipo de personal				
Médico interno de pregrado	110	96.5	928	94.1
Médico adscrito	4	3.5	58	5.9
Día				
Lunes	17	14.9	175	17.1
Martes	15	13.2	143	14.0
Miércoles	22	19.3	127	12.4
Jueves	17	14.9	151	14.8
Viernes	17	14.9	160	15.6
Sábado	12	10.5	117	11.4
Domingo	14	12.3	150	14.7
Turno				
Matutino	46	40.4	329	32.2
Vespertino	17	14.9	270	26.4
Nocturno	51	44.7	424	41.4
Mes				
Noviembre	23	20.2	181	17.7
Diciembre	26	22.8	170	16.6
Enero	25	21.9	153	14.9
Febrero	15	13.1	150	14.7
Marzo	19	16.7	190	18.6
Abril	6	5.3	179	17.5

Las pacientes que fueron atendidas por el médico interno tienen un RR relativo de 1.7. Por lo que toca al turno en que se dio la atención el nocturno presenta un RR de 1.1. No hubo diferencias estadísticamente significativas entre la presencia de complicación y el día de la atención. En los meses de diciembre y enero el RR de presentar complicación se incrementa. (1.7 y 1.8 respectivamente). (Cuadro IV).

Recién nacidos con complicación.

Durante el período de estudio ocurrieron 992 nacimientos (el resto de las pacientes tuvieron aborto o inhibición del trabajo de parto), presentándose 8 embarazos gemelares. Del total de nacimientos, 978 nacieron vivos y 14 nacieron muertos. De los nacidos vivos,

se registraron 8 defunciones, siendo la tasa de mortalidad perinatal de 22.2 por cada 1,000 nacimientos. De los nacidos muertos, la edad gestacional era de 20 a 27 semanas en 9, de 28 a 36 semanas en 4 y de 37 a 41 semanas en 1.

Se presentaron un total de 60 complicaciones en el recién nacido, con una incidencia de 6 por cada 100 nacimientos.

Las complicaciones ocurridas durante este periodo fueron síndrome de dificultad respiratoria, hipoxia neonatal moderada, hipoxia neonatal leve, hipoxia neonatal grave, fractura de clavícula y crisis convulsiva secundaria a broncoaspiración, siendo la incidencia de 1.7, 1.6, 1.4, 1.0, 0.2 y 0.1 respectivamente por cada 100 nacidos vivos.

Cuadro IV
VARIABLES ASOCIADAS A LA PRESENCIA DE COMPLICACIÓN

Variables	Total n = 1137	Con complicación n = 114	%	RR
<i>Edad</i>				
≤ 19 años	258	29	11.2	1.15
20 a 34 años*	810	80	9.9	--
≥ 35 años	69	5	7.2	0.71
<i>Estado Civil</i>				
Soltera/separada	122	17	13.9	1.53
Casada/unión libre*	1015	97	9.5	--
<i>Escolaridad</i>				
Primaria o menos	460	50	10.9	1.26
Secundaria o más*	677	64	9.5	--
<i>Edad gestacional</i>				
28 a 36 semanas	82	6	7.3	0.59
37 a 41 semanas*	890	104	11.7	--
≥ 42 semanas	27	4	14.8	1.31
<i>Inicio control prenatal</i>				
Primer trimestre*	489	43	8.8	--
Segundo trimestre	301	35	11.6	1.36
Tercer trimestre	73	10	13.7	1.64
<i>No. consultas prenatales recibidas</i>				
1 a 4	219	26	11.9	1.26
≥ 5 consultas*	644	62	9.6	--
<i>Resolución del embarazo</i>				
Parto vaginal eutócico*	551	99	18.0	--
Parto vaginal distócico	19	10	52.6	5.07
Cesárea	413	5	1.2	0.05
<i>Personal que atendió a la paciente</i>				
Médico interno	1038	110	10.6	1.7
Médico adscrito*	62	4	6.9	--
<i>Turno</i>				
Matutino/vespertino*	762	63	8.3	--
Nocturno	475	51	10.7	1.1
<i>Mes</i>				
Diciembre	196	26	13.3	1.7
Enero	178	25	14.0	1.8
Otros* (&)	763	63	8.3	--

* Categorías de referencia

(&) Incluye noviembre, febrero, marzo y abril.

El sexo de los recién nacidos que presentaron complicación fue: masculino en el 51.7% y femenino en el 48.3%.

En el cuadro V se presentan las variables asociadas a la presencia de complicación del

recién nacido, en donde se observa que los recién nacidos con peso menor de 2,500 grs. tienen un riesgo relativo de presentar complicación de 3.57. Los recién nacidos con menos de 36 semanas de gestación tienen un

riesgo relativo de 5.57, mientras que en los de 42 semanas o más es de 1.50.

Cuadro V
VARIABLES ASOCIADAS A LA PRESENCIA DE COMPLICACIÓN
DEL RECIÉN NACIDO

Variables	Total n = 978	Con complicación n = 60	%	RR
<i>Peso</i>				
< 2,500 grs.	64	11	17.2	3.57
2,500 a 3,500 grs.*	747	41	5.5	--
> 3,500 grs.	167	8	4.8	0.86
<i>Edad gestacional</i>				
≤ 36 semanas	57	13	22.8	5.57
37 a 41 semanas*	894	45	5.0	--
≥ 42 semanas	27	2	7.4	1.50
<i>Edad de la madre</i>		n=58 [#]		
≤ 19 años	225	12	5.3	0.95
20 a 34 años*	698	37	5.3	--
≥ 35 años	55	9	16.4	3.30
<i>Control prenatal</i>				
Si*	806	42	5.2	--
No	172	16	9.3	1.77
<i>Complicación durante embarazo</i>				
No*	831	49	5.9	--
Si	147	9	6.1	1.14
<i>Resolución del embarazo</i>				
Parto vaginal eutócico*	541	22	4.1	--
Parto vaginal distócico	17	7	41.2	16.5
Cesárea	412	29	7.0	1.78
<i>Turno</i>				
Matutino/vespertino*	534	31	5.8	--
Nocturno	436	27	6.2	1.1
<i>Mes</i>				
Diciembre	173	14	8.1	1.43
Enero	147	4	2.7	0.45
Otros* (&)	650	40	6.1	--

* Categorías de referencia

[#] 8 embarazos gemelares

(&) Incluye noviembre, febrero, marzo y abril.

En cuanto a la edad de la madre, es notorio que los recién nacidos con madres mayores de 35 años tienen un riesgo relativo de presentar complicación de 3.30. El no haber llevado control prenatal incrementa el riesgo de complicación. Igualmente, el haber presentado alguna complicación durante el

transcurso del embarazo eleva el riesgo relativo de complicación del recién nacido. Llama la atención que la resolución del embarazo por parto vaginal distócico presenta un riesgo relativo de 16.5, mientras que la cesárea tiene un RR de 1.78.

En cuanto a las variables relacionadas con la atención, las pacientes que fueron atendidas por el médico interno tienen un RR relativo de 2.29. En el turno nocturno el RR es ligeramente elevado (1.1). No hubo diferencias estadísticamente significativas entre la presencia de complicación de los recién nacidos y el día de la atención. En el mes de diciembre el RR de presentar complicación se incrementa. (1.43).

Discusión

Los tipos de complicación más frecuentes muestran una tendencia similar a la registrada en la bibliografía analizada ^(2,10,11), a excepción de los desgarros, que fue la complicación más frecuente en las pacientes atendidas. Esta complicación no se menciona, puesto que, los estudios revisados se centran en las causas de mortalidad materna, mas no en la morbilidad, aunque en algunas ocasiones este tipo de lesiones discapacitan a la mujer para toda la vida, y pueden evitarse con una técnica adecuada en la atención del parto.

En la bibliografía se describen varios factores de riesgo para el desarrollo de complicaciones obstétricas ^(14,15,16) como lo son el nivel de integración familiar, el embarazo en la adolescente, la edad de 35 años o más, la diabetes, la hipertensión arterial, la multigravidez, los abortos, la cesárea previa, la hemorragia en la segunda mitad del embarazo, la nefropatía, la cardiopatía, la preeclampsia, la eclampsia, y la falta de control prenatal adecuado.

En el presente estudio se observó que los principales factores de riesgo que coinciden con la bibliografía revisada fueron la edad menor a 19 años, la falta de integración familiar ya que las mujeres con mayor riesgo eran solteras o separadas y el control prenatal de inicio tardío.

Asimismo, se observó que en las pacientes que tenían escolaridad menor que secundaria se presentaron con mayor frecuencia las complicaciones. Otros factores de riesgo

registrados en este estudio fueron la edad gestacional mayor a 42 semanas, el parto vaginal distócico, las pacientes atendidas por el médico interno, la atención durante el turno nocturno y en los meses de diciembre y enero.

Es evidente el elevado porcentaje de desgarros que presentaron las pacientes, considerándose necesario darle mayor importancia a este tipo de lesiones ya que pueden dejar secuelas a menudo discapacitantes, pudiendo evitarse con una adecuada técnica en la atención del parto. La episiotomía es la incisión que se practica en el periné con el objeto de: ampliar el canal del parto y facilitar la salida del producto, reducir el traumatismo fetal, evitar las laceraciones y prevenir los problemas de estática pelvi-genital. Esto se confirma con los resultados obtenidos en este estudio, donde el riesgo de presentar desgarro en las pacientes sin episiotomía fue de 2.99.

En este trabajo, además se analizó la complicación del recién nacido, observándose una incidencia de 6 por cada 100 nacimientos, este dato no es comparable con otros autores ^(12,13,14), pues consideran las diferentes complicaciones de manera aislada. Sin embargo, coincide con la bibliografía consultada ⁽⁶⁾ los tipos de complicación que se presentaron como son las afecciones respiratorias.

Al igual que en los estudios revisados se encontró que los recién nacidos con mayor riesgo de presentar complicación eran de bajo peso y de edad gestacional temprana.

Se observó un mayor riesgo de complicación en las madres que no tuvieron control prenatal, confirmando los beneficios que resultan para la madre y el recién nacido al brindar una atención prenatal adecuada.

Es notorio el riesgo elevado de presentar complicación del recién nacido cuando la resolución del embarazo es por parto vaginal distócico comparado con los nacidos por cesárea (16.5 vs 1.78), reiterando

la necesidad de una mayor vigilancia durante la atención del parto.

Dentro de las variables de la atención, se observa que la mayoría de los partos en las pacientes con complicación fueron atendidos por personal en formación como internos de pregrado. De igual manera, este tipo de personal es quien atendió al recién nacido con complicación durante el nacimiento. Los meses, días y turnos en que se presentaron las complicaciones obstétricas y del recién nacido fueron similares. El mes coincide con el inicio del internado de pregrado. Esta situación, sugiere que la atención del parto y del recién nacido está delegada al personal en formación y que las funciones delegadas no se supervisan sistemáticamente, dando como consecuencia una atención médica inapropiada.

Se recomienda elaborar programas de enseñanza teórico-prácticos con el fin de capacitar al personal en formación al inicio y durante su estancia en cada uno de los servicios, con énfasis en la atención del parto, así como establecer sistemas de supervisión permanente por parte del médico adscrito.

Desarrollar intervenciones eficaces para identificar los riesgos del embarazo que permitan otorgar una atención adecuada a la madre y al recién nacido.

Crear una visión que transforme la mentalidad del personal de salud para que se identifiquen con su labor diaria y de manera conjunta se alcance un desempeño óptimo con el fin de lograr el bienestar de los usuarios del servicio mediante una atención médica con calidad.

Referencias

1. Viegas OAC., Wiknsosastro G. Para un parto sin riesgo se requiere algo más que servicios médicos. Ginebra:OMS. Foro mundial de la salud. Maternidad sin riesgos. 1992;13:58-64.
2. Giménez Oscar. Maternidad segura, un problema de justicia social. Día Mundial de la Salud. OMS. Jano 1998;54(1250):3-9.
3. Acsadi, George TF. La maternidad sin riesgos en América Latina y el Caribe: aspectos socioculturales y demográficos de la salud materna. New York E.U: Family Care International 1993:1-6.
4. Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en México. Maternidad sin riesgos en México. Carpeta informativa. 1994:1.
5. López-Antuñano FJ. La maternidad segura como inversión socioeconómica. Revista Salvia 1998;(26).
6. Dirección General de Estadística e Informática, Secretaría de Salud, México. Estadística de egresos hospitalarios de la Secretaría de Salud, 1999. Salud Publica Mex 2000;42:456-470.
7. Alcántara-Galarreta R, Alcántara-Ascón R, Costa-Olivera R, Inguil-Amaya W, Zavaleta-Gutiérrez F. Indicaciones de cesárea y su morbimortalidad materna-perinatal. Perú: Diagnóstico 1994;33(5/6):117-21.
8. Salas-Fraire ME, Rodríguez-Morán M, Guerrero-Romero JF. Asociación de ruptura prematura de membranas con morbilidad y mortalidad perinatal tipo I. Rev Méd IMSS 1997;35(2):111-5.
9. Ledesma MP, Gutiérrez TG, Guiscafré GH. Infección intrahospitalaria: un problema en hospitales de segundo nivel de atención médica. Rev Med IMSS 1991;29(1):45-53.
10. Fortney JA, Smith JB. The Base of Iceberg: Prevalence and Perceptions of Maternal Morbidity in Four Developing Countries. Research Triangle Park, NC:Family Health International.1997;98-99.
11. Campero C. L. Las muertes maternas en México. Revista Salvia 1998;(21).
12. Osorno-Covarrubias L. Incidencia, mortalidad y letalidad por síndrome de dificultad respiratoria moderado y grave en el Centro Médico Nacional "El Fénix", Mérida (1990-1994). Bol Med Infant Méx 1996;53(12):616-622.
13. Carvajal-Lugarte JA, Pastrana-Huanaco E. Incidencia del síndrome de dificultad respiratoria. Rev Méd IMSS Méx 1996;34(2):169-172.
14. Ortigosa-Corona E, Karchmer-Kritvitzky S. Factores relacionados con el reconocimiento de signos de alarma durante el embarazo. Ginecol Obstet Méx 1996;64:90-95.

15. Instituto Mexicano del Seguro Social. Atención prenatal en medicina familiar. Guía diagnóstico-terapéutica. Rev Med IMSS 1998;36(1):45-60.
16. Valdez-Banda F, Valle-Virgen O. Prevalencia y factores de riesgo para complicaciones obstétricas en la adolescente. Comparación con la población adulta. Ginecol Obstet Méx 1996;64(5):209-213.
17. Rosal J, Sánchez M. Factores relacionados con la presencia de líquido amniótico meconial y la broncoaspiración del mismo. Caracas 1997;s-n.
18. Hidalgo-Maldonado A, Aparicio-Rosas A, Cedillo-Nava M. Calidad de la atención médica en muerte perinatal I. Rev Méd IMSS (Mex) 1995;33:161-66.
19. Ruiz-Moreno JA. Mortalidad materna en el Hospital Central Militar. Informe de 25 años: 1968-1992. Ginecol Obstet Méx 1995;63(11):452-9.
20. Velasco-Murillo V, Navarrete-Hernández E, Cardona-Pérez JA, Madrazo-Navarro M. Mortalidad materna en el Instituto Mexicano del Seguro Social 1987-1996. Rev Méd IMSS 1997;35(5):377-83.
21. Molina-Vilchez R, Mármol-Maneiro L, Morales M, Fernández G, Leal E. Mortalidad materna en el Municipio de Maracaibo, Estado Zulia. Rev Obstet Ginecol Venezuela 1995;55(2):93-9.
22. Bobadilla JI, Reyes-Frausto S, Karchmer S. Magnitud y causas de la mortalidad materna en el Distrito Federal. Gac Med Mex 1996;132(1):5-16.
23. Figueroa D, Ortiz-Ibarra FJ, Arredondo-García J.L. Infecciones nosocomiales de origen gineco-obstétrico en un hospital de atención perinatal. Salud Publica Mex 1994;36:10-16.
24. De la Garza-Quintanilla C, Celaya-Juárez JA, Hernández-Escobar C. Parto después de cesárea en el Hospital de Ginecoobstetricia de Garza García, N.L. Ginecol Obstet Méx 1997;65(4):126-30.
25. De la Garza-Quintanilla C, Celaya-Juárez JA, Hernández-Escobar C, Palacios-Estrada G. Primigesta Adolescente. Ginecol Obstet Méx 1997;65(12):533-7.
26. Pichardo MI, Rosario-Batista N, Mejía-Rodríguez EA, García-Fuertes SI, Santiago N, Felipe N. Mortalidad materna posparto en un hospital materno infantil de Santo Domingo. Rev Méd Domin 1994;55(1).
27. Ugarte-Arce, J. Mortalidad materna hospitalaria en la ciudad de Oruro. Rev Boliv Ginecol Obstet 1994;17(2/3):53-8.
28. Molina-Vilchez R, Barboza R, Urdaneta B, Salazar G. Mortalidad materna en el Hospital "Manuel Noriega Trigo". Rev Obstet Ginecol Venezuela 1995;55(4):217-21.