

**DONACION**

No. Reg. **028717**

Catalogador *[Signature]*

Fecha **13/2/10**

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE SAN LUIS POTOSI

FACULTAD DE MEDICINA  
DEPARTAMENTO DE POSTGRADO  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD MEDICA DE ALTA ESPECIALIDAD No. 23  
"DR. IGNACIO MORONES PRIETO"



ATENCION ACTIVA DE TRABAJO DE PARTO SIN ANALGESIA  
EN PACIENTES NULIPARAS Y MULTIPARAS DE CL.  
HOSPITAL RURAL

## TESIS

PARA OBTENER EL TITULO DE  
ESPECIALIDAD EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

PRESENTA  
DR. FILIBERTO FLORES CORPUS

ASESOR ACADEMICO:  
DR. LUIS DAVID ALVAREZ CHAVEZ  
ASESOR EN METODOLOGIA:  
DR. RICARDO HERNANDEZ HERRERA

MONTERREY, N. L.,

FEBRERO 2007



UNIVERSIDAD AUTONOMA DE SAN LUIS POTOSI  
FACULTAD DE MEDICINA  
DEPARTAMENTO DE POSTGRADO



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD MEDICA DE ALTA ESPECIALIDAD # 23  
"DR. IGNACIO MORONES PRIETO"

**ATENCION ACTIVA DE TRABAJO DE PARTO SIN  
ANALGESIA EN PACIENTES NULIPARAS Y  
MULTIPARAS DE UN HOSPITAL RURAL**

T E S I S

PARA OBTENER DIPLOMA DE ESPECIALIDAD EN

**GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**

PRESENTA:

**DR. FILIBERTO FLORES CORPUS**

ASESOR ACADEMICO:

Dr. Luis David Alvarez Chávez

ASESOR EN METODOLOGIA

Dr. Ricardo Hernández Herrera



R-2007-1405-2

Monterrey, Nuevo León. Febrero de 2007

ASESOR ACADEMICO

DR. LUIS DAVID ALVAREZ CHAVEZ  
MEDICO GINECOOBSTETRA  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA MATERNOFETAL  
UNIDAD MEDICA DE ALTA ESPECIALIDAD # 23 IMSS  
MONTERREY, N. L.

ASESOR EN METODOLOGIA

DR. RICARDO HERNANDEZ HERRERA  
MEDICO GENETISTA  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA MATERNOFETAL  
UNIDAD MEDICA DE ALTA ESPECIALIDAD # 23 IMSS  
MONTERREY, N. L.

COLABORADORES:

DRA. MARIA DE JESUS DELGADO ORTIZ  
JEFE EDUCACION E INVESTIGACION  
HOSPITAL IMSS-OPORTUNIDADES # 032  
TULA, TAMAULIPAS

DRA. AMANDA ISABEL MARTINEZ GARCIA  
MEDICO PASANTE EN SERVICIO SOCIAL  
HOSPITAL IMSS-OPORTUNIDADES # 032  
TULA, TAMAULIPAS

DRA. MARINA MARTINEZ GARCIA  
MEDICO RESIDENTE DE TERCER AÑO  
EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

## DEDICATORIA

### ***Juana y Pablo:***

*A mis padres, "porque me hicieron el hombre que soy".*

### ***Maria de Jesús (+)***

*Hermanita: "Al despedirnos siendo apenas unos niños me ayudaste a descubrir mi vocación profesional" "No me detuve hasta cumplir la promesa"*

### ***Pablo, Maria Cita, Maria Guadalupe y José Damián:***

*A mis hermanos menores, "porque solo hacia falta que se abrieran los caminos".*

## **AGRADECIMIENTOS**

### ***A mis hermanos mayores:***

*“Porque si he llegado hasta aquí es por la experiencia que me ha transmitido cada uno de ustedes”*

### ***A mis maestros:***

*“Por la confianza, me ayudo a crecer, a ser consecuente”.*

### ***A mis asesores:***

*“Por su tiempo, paciencia y ejemplo”*

### ***A mis pacientes:***

*“Porque hay mucho por agradecer a ustedes”*

*“A todas aquellas personas que me concedieron su apoyo incondicional durante mi formación profesional”*

## INDICE

1.-Resumen.....	6
2.- Antecedentes.....	8
3.-Material y métodos.....	16
4.-Resultados.....	18
5.-Discusión.....	20
6.-Conclusiones.....	22
7.-Referencias bibliográficas.....	23
8.- Anexos.....	25

## RESUMEN

**Título:** Atención activa de trabajo de parto sin analgesia en pacientes nulíparas y multíparas de un hospital rural.

**Objetivo:** Comparar los resultados obstétricos y perinatales de la atención activa de trabajo de parto sin analgesia en pacientes nulíparas y multíparas de un hospital rural.

**Tipo de estudio:** Transversal comparativo.

**Material y Métodos:** En el hospital IMSS Oportunidades de Tula, Tamaulipas, del 27 de febrero al 29 de agosto del 2006 fueron vigiladas hasta desencadenar trabajo de parto espontáneo todas las embarazadas de término, con productos en situación longitudinal y presentación cefálica. Se dividieron en dos grupos: nulíparas y multíparas. Se realizaron pruebas de bienestar fetal según el momento de la valoración: prueba sin estrés y rastreo ultrasonográfico a partir de las 37 semanas, prueba con estrés en fase latente o activa de trabajo de parto. Se atendió en forma ambulatoria la fase latente de trabajo de parto y se ingresaron en fase activa de trabajo de parto para conducción efectiva. Pacientes con contraindicación para el trabajo de parto fueron referidas al hospital general de Ciudad Victoria, Tamaulipas de la SSA "Dr. Norberto Treviño Zapata" debido a la falta de anestesiólogo, recabándose el resultado final.

**Resultados:** Se valoraron un total de 273 pacientes obstétricas, de las cuales 247 cumplieron los criterios de inclusión y 26 fueron excluidas. Las 247 pacientes tenían de 37 a 41 semanas, fueron sometidas a trabajo de parto, 70 eran nulíparas (grupo 1) y 177 multíparas (grupo 2). 241 pacientes terminaron



en parto, 6 fueron referidas y terminaron en cesárea sin morbilidad fetal. Del grupo 1 se atendieron 67 partos de un total de 70 pacientes. De 177 multiparas se atendieron 174 partos. Los rangos de edad del grupo 1 fue de 13 a 33 con una media de 19 años, todas eran primigestas excepto dos pacientes con abortos previos. La edad del grupo 2 fue de 17 a 43 con una media de 27 años (Ver tabla 2), 64 pacientes (36.7%) tenían un parto previo. Hubo morbilidad en 3 neonatos, uno de nuliparas y dos de multiparas. No se observó mortalidad materna ni neonatal. Análisis estadístico: proporciones y medidas de tendencia central.

**Conclusiones:** Aplicando los lineamientos de la atención activa de trabajo de parto no se identifica diferencia significativa entre el grupo de nuliparas y multiparas. Se demuestra que es posible alcanzar las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud que consiste en una tasa de cesárea no mayor del 10 a 15%.

**Palabras clave:** Atención activa de trabajo de parto, parto sin analgesia, prueba de trabajo de parto.

## INTRODUCCIÓN

El principal objetivo de la atención de mujeres en trabajo de parto es el nacimiento de niños sanos con una morbilidad materna mínima. Sin embargo, los métodos utilizados para lograr estos objetivos despiertan un gran cúmulo de controversias entre los obstetras (1).

Desde la década de los 60, el personal del departamento de Obstetricia del National Maternity Hospital en Dublín, Irlanda, elaboró y aconsejó lineamientos específicos para la atención de la paciente nulípara en trabajo de parto, promovidos inicialmente por Kieran O'Driscoll. Estos lineamientos denominados actualmente "atención activa del trabajo de parto" tienen como objetivo principal el prevenir un trabajo de parto prolongado, y conseguir el parto en un máximo de doce horas siguientes al ingreso de la paciente con analgesia peridural disponible. Se reporta un índice de partos por cesárea menores del 10% sin comprometer la morbilidad maternofetal. Es esencial el diagnóstico de trabajo de parto porque si se confunde con un falso trabajo de parto, se estará iniciando una inducción no indicada, con mayor riesgo de enfrentar un trabajo de parto prolongado y requerir de una cesárea. Estos lineamientos son recomendados para pacientes nulíparas ya que las multíparas suelen dar a luz con poca intervención y sin un trabajo de parto prolongado. (1, 2).

En las últimas tres décadas, la realización de la operación cesárea se ha incrementado en la mayoría de los países del mundo. En los Estados Unidos la cesárea es el procedimiento quirúrgico que se realiza más frecuentemente, en el 2003 se le realizó al 27.1% de las pacientes primigestas; la mitad de todas

las mujeres a las que se les realiza una cesárea se debe a que ya tienen una cesárea previa, considerándose ésta como la "crisis mas urgente que ha presentado la obstetricia" en ese país (3). En México, durante la primera mitad del decenio pasado alcanzó una tasa nacional del 28.58%, calculándose dividiendo el numero de operaciones cesárea realizadas (numerador), entre el numero total de nacimientos vaginales y abdominales (denominador), y multiplicando el resultado por cien; en el Instituto Mexicano del Seguro Social fue de 33.5% para derechohabientes y de 16.57% para el IMSS-Solidaridad. De acuerdo con las diferentes instituciones del Sistema Nacional de Salud, el estado con la tasa de cesárea mas alta fue Nuevo León con 42.14%, Tamaulipas se ubicó en el quinto lugar con 31.77%. De acuerdo con estudios realizados en México, la cesárea iterativa (aquella que se realiza en la paciente con una cesárea previa) tiene una frecuencia del 22.86 al 38.20 %, el sufrimiento fetal agudo de 10.90% y la distocia del trabajo de parto de 29.80% (4).

La cesárea tiene una mortalidad de hasta siete veces superior a la del parto vaginal, además del riesgo anestésico inherente. La lucha contra la mortalidad perinatal ha sido durante mucho tiempo el factor responsable del aumento en la frecuencia de la cesárea, la evolución cronológica de las tasas de cesárea y de las de mortalidad perinatal muestra que ésta continua disminuyendo a pesar de la estabilización de las tasas de cesáreas, incluso cuando éstas decrecen; otras causas son el temor del medico a ser demandado por la paciente, estos factores son etiologicamente importantes en México, en donde, en los últimos años se han incrementado el numero de demandas para el obstetra (5).

El parto se define como el proceso mediante el cual el producto de la concepción es expulsado del organismo materno a través de la vía genital. Es un momento crucial en la vida de los seres humanos, de cuya evolución dependerá la calidad de vida posterior. Las contracciones uterinas que provocan el borramiento y dilatación del cervix así como el descenso del feto, definen al trabajo de parto normal. Emmanuel A. Friedman estudió en 1955 y 1956 a mujeres nulíparas y multíparas con trabajo de parto para definir la tasa esperada de avance e identificar patrones indicativos de trabajo de parto anormal; él realizó una gráfica llamada curva de Friedman en la que expone la relación entre la dilatación cervical, el descenso de la presentación y la duración en tiempo del trabajo de parto (1, 2, 6).

La atención del trabajo de parto se define como "El conjunto de acciones médicas destinadas a facilitar el progreso del trabajo de parto que evoluciona en forma normal, o corregir las alteraciones que se presenten en el curso del mismo, con el fin de lograr un nacimiento por vía vaginal, sin riesgos para la madre ni para el producto". Para llevar a cabo este manejo con las mayores probabilidades de éxito, es indispensable seguir los lineamientos básicos de la fisiología obstétrica (7). En el estudio de la fisiología de la contractilidad del útero humano se debe apreciar el tono, que es la presión de reposo; la intensidad, que es la amplitud de la contracción de reposo, medidos ambos en milímetros de mercurio (mmHg) y la frecuencia, que esta dada por la cantidad de contracciones que se producen en un periodo de 10 minutos. A partir de las 28 semanas aparecen las contracciones de Braxton Hicks, estas son contracciones uterinas irregulares, arrítmicas e indoloras, con una intensidad de 10 a 15 mmHg y alrededor de 30 segundos de duración; mientras existen

este tipo de contracciones, el cervix presenta algún cambio en la maduración clasificado como grado I. En las dos últimas semanas del embarazo, las contracciones se hacen más intensas y frecuentes, incrementando la maduración cervical a grado II. La onda contráctil del útero durante el trabajo de parto, presenta características distintas a la onda contráctil del embarazo, estas son de utilidad para diferenciar un trabajo de parto bien establecido de un falso trabajo de parto como son: contracciones uterinas regulares, a intervalos cada vez menores y con una intensidad cada vez mayor; estas pueden ser dolorosas y primordialmente son capaces de producir modificaciones cervicales (borramiento y dilatación), además no se inhiben al aplicar sedación a la embarazada. El cambio más importante es la adquisición del triple gradiente descendente, fenómeno mediante el cual, la actividad de la parte alta del útero es mayor y tiene dominancia sobre la parte baja. La onda contráctil se origina en las vecindades del cuerno derecho o izquierdo del útero, se propaga hacia el otro cuerno y posteriormente hacia abajo hasta abarcar la totalidad del órgano. Debido a estas contracciones uterinas se produce un estiramiento mecánico del cervix, con el cual se produce un aumento en la calidad de estas contracciones (Reflejo de Ferguson). Durante la primera mitad o más tiempo del trabajo de parto, las contracciones uterinas tienen una intensidad promedio de 30 mmHg, la frecuencia es de 3 a 4 en 10 minutos y el tono está entre 8 y 12 mmHg, estas conducen al encajamiento (flexión, orientación e inclinación en la presentación de vértice del feto), así como al acortamiento, reblandecimiento y centralización del cervix; en este periodo, la dilatación cervical es mínima y corresponde a la etapa descrita como "fase latente" del trabajo de parto, en la que se debe documentar

bienestar fetal con alguna de las pruebas disponibles antes de continuar con el trabajo de parto. En el segundo periodo las contracciones son de 45 a 55 mmHg de intensidad y la frecuencia es de 5 a 6 en 10 minutos con lo que se inicia la dilatación cervical rápida (1 a 1.5 cm. por hora) y el descenso de la presentación, durante el cual ocurre la rotación interna en la presentación cefálica de vértice, éste período corresponde a la fase activa del trabajo de parto, ésta puede predecirnos la duración en tiempo del trabajo de parto, al término de la cual se inicia el periodo expulsivo, donde la presión que ejerce la presentación sobre las estructuras nerviosas rectales y pararectales estimulan el reflejo de pujo, que produce contracciones de los músculos abdominales y del diafragma; en este periodo, la presentación cefálica se encuentra apoyada por completo en el piso perineal, idealmente con una duración máxima de dos horas en la nulípara, aunque a veces es casi inexistente en la múltipara. Al final de esta fase ocurre el desprendimiento de la presentación (restitución, rotación externa y extensión en la presentación de vértice) que permite el nacimiento de parto natural. En el tercer periodo el útero continúa contrayéndose rítmicamente, con intensidad y frecuencia, aun después de la expulsión de la placenta, con la finalidad de garantizar la hemostasia y expulsar los loquios y coágulos durante el puerperio inmediato (8).

La prueba de trabajo de parto significa producir, si es necesario artificialmente, las condiciones obstétricas más favorables para la progresión del trabajo de parto cuando éste se ha detenido sin causa aparente. El parto natural es el resultado de la correlación entre tres elementos: a) la eficacia de la contractilidad uterina, b) la capacidad de la pelvis materna, c) las dimensiones del feto. En consecuencia, ante la detención en el progreso del trabajo de

parto es necesario revalorar la normalidad de las relaciones entre estos tres elementos, para diagnosticar y tratar etiologicamente la distocia. Cuando se corrobora clínicamente que la presentación y la pelvis materna son compatibles, por lo general el problema obedece a contractilidad uterina deficiente y se corrige con oxitocina. El desarrollo de una prueba de trabajo de parto debe reunir los siguientes requisitos: 1) En la fase latente del trabajo de parto, corroborar contractilidad uterina normal, evaluar la capacidad de la pelvis materna, las dimensiones del feto y su bienestar. 2) Si la prueba se realiza durante la fase activa del trabajo de parto y las membranas están íntegras, efectuar amniotomía y aplicar analgesia obstétrica. Si no se identifican complicaciones, las condiciones referidas se mantendrán por un lapso mínimo de tres horas, al término del cual se evaluará el progreso obtenido, en cuyo caso se continuará con ella hasta el momento del parto ó, de no existir tales cambios, el resultado de la prueba se considerará negativo. Durante el desarrollo de la mencionada prueba es trascendental la vigilancia obstétrica permanente que garantice en todo momento la contractilidad uterina eficaz y el mantenimiento del bienestar fetal (6, 7).

El sufrimiento fetal agudo consiste en el deterioro súbito de la condición del feto debido a la reducción brusca en la perfusión de oxígeno, por cualquier causa. Es un evento casi exclusivo del trabajo de parto y constituye una de las indicaciones absolutas de cesárea de urgencia con la finalidad de obtener un recién nacido con una valoración Apgar de 8 a 10 puntos a los 5 minutos con atención neonatal adecuada. Para prevenirlo se recomienda: a) Evitar el trabajo de parto prolongado y particularmente el periodo expulsivo, el cual es tolerado por un feto normal, pero puede afectarlo si se prolonga demasiado, b)

mantener aporte líquido y energético suficiente para la madre, evitando la cetosis secundaria al ayuno prolongado y disponer de oxígeno suplementario. c) evitar polisistolia e hipertonia uterinas, d) mantener a la embarazada en decúbito lateral izquierdo, para evitar el síndrome supino secundario a compresión de la vena cava inferior por el útero grávido (6,8).

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En México, las tasas de cesárea son de las más altas en el mundo, lo anterior se ha relacionado a procedimientos heterogéneos durante la vigilancia y atención del trabajo de parto, incluso en algunos casos no se permite que éste se presente como es el caso de las pacientes nulíparas adolescentes y las "primigestas añosas" (4, 7, 9, 10). La Organización Mundial de la Salud (OMS) concluyó desde 1985, sobre la tecnología apropiada para el nacimiento, que no existía ninguna justificación en ningún país para tener una tasa de cesárea más alta de un 10 a un 15%. La Norma Oficial Mexicana establece que la tasa de cesárea no debe ser mayor del 15% en los hospitales de segundo nivel y del 20% en las unidades de tercer nivel de atención (11, 12).

¿Es posible en el hospital de Tula obtener con atención activa de trabajo de parto sin analgesia en pacientes nulíparas y multíparas, las proporciones de parto recomendadas por la OMS, con morbilidad materno-fetal mínima?

## JUSTIFICACION

En el hospital rural de Tula, Tamaulipas no se dispone de anestesiólogo para el periodo en que se realiza este estudio. No se les puede negar la atención a las pacientes en trabajo de parto y no es posible referir a la totalidad de estas



pacientes a un hospital que cuente con anestesiólogo. Permitir desencadenar espontáneamente el trabajo de parto siguiendo los principios básicos de la fisiología obstétrica evitará un trabajo de parto prolongado y disminuirá la morbilidad maternofoetal.

#### OBJETIVO GENERAL:

Comparar los resultados obstétricos y perinatales de la atención activa de trabajo de parto sin analgesia en pacientes nulíparas y multíparas del hospital rural de Tula, Tamaulipas.

#### OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1. Evaluar los resultados de la prueba de trabajo de parto sin analgesia peridural en pacientes nulíparas.
2. Determinar las causas que contraindiquen al trabajo de parto y parto.

## MATERIAL Y METODOS

Se realizó un diseño de estudio transversal comparativo, que se llevó a cabo en el hospital de Tula, Tamaulipas del programa IMSS Oportunidades, durante el periodo de servicio de campo del 27 de febrero al 29 de agosto de 2006, en este tiempo se contó con anestesiólogo sólo durante la primera y ultima semanas. Las pacientes embarazadas que acudieron a solicitar atención se integraron en dos grupos: nulíparas (no partos previos) y multiparas (uno o mas partos previos). Se incluyeron en el estudio pacientes embarazadas de cualquier edad materna que aceptaron participar, de 37 a 41 semanas de gestación, con trabajo de parto espontáneo, con situación fetal longitudinal y presentación cefálica. Se excluyeron pacientes con dos cesáreas previas ó mas (cesárea reiterativa), embarazo múltiple, presentación fetal pélvica, patología materna o fetal que contraindicara al trabajo de parto, peso fetal estimado mayor o igual a 4 kilos, índice de liquido amniótico menor o igual a 5 y mayor a 18,. Se eliminaron del estudio pacientes con pérdida del bienestar materno-fetal, que al igual que las pacientes excluidas, fueron referidas al hospital general de Ciudad Victoria, Tamaulipas de la SSA, investigándose el resultado perinatal. Todas las pacientes con control prenatal efectuado en el hospital fueron valoradas por el investigador a las 37 semanas con prueba sin estrés y rastreo ultrasonográfico. Pacientes de unidades médicas rurales que se presentaron en fase latente o en fase activa de trabajo de parto fueron valoradas por el investigador con prueba con estrés. La fase latente de trabajo de parto (1a 4 centímetros de dilatación cervical) fue atendida ambulatoriamente por el medico familiar del área de urgencias. Al instalarse la

fase activa de trabajo de parto (5 o más centímetros de dilatación cervical), se ingresó a las pacientes para conducción con oxitocina intravenosa a 4 miliunidades por minuto, con incrementos de 4 miliunidades cada 15 minutos, omitiéndose solo en caso de identificar 5 contracciones uterinas efectivas en 10 minutos. A todas las pacientes se les administró a su ingreso una carga de 500 mililitros de solución Hartman durante 30 minutos.

Las pacientes identificadas con alguna patología agregada fueron hospitalizadas durante la fase latente para conducción con oxitocina y vigilancia con prueba con estrés cada 4 horas, manteniéndose acompañadas por su familiar y fueron trasladadas al área tocoquirurgica una vez alcanzada la fase activa de trabajo de parto. Pacientes identificadas con alteración del estado materno-fetal durante el periodo expulsivo, se les aplicó bloqueo de nervios pudendos por vía transvaginal con 5 ml de xilocaina simple al 1% para la atención de parto con fórceps de Salinas previo consentimiento informado de la paciente y su familiar. Se valoró a los recién nacidos con puntuación de Apgar y peso. Se comparó la proporción de pacientes ingresadas al estudio que terminaron en cesárea, se contabilizó a las pacientes excluidas y referidas que fueron operadas de cesárea.

A las variables categóricas se midieron tasas o proporciones. A las no categóricas se midieron rangos y tendencia central.

## RESULTADOS

Se valoraron un total de 273 pacientes obstétricas, de las cuales 247 cumplieron los criterios de inclusión y 26 fueron excluidas. Las 247 pacientes tenían de 37 a 41 semanas, fueron sometidas a trabajo de parto, 70 eran nulíparas (grupo 1) y 177 multiparas (grupo 2). 241 pacientes terminaron en parto, 6 fueron referidas y terminaron en cesárea sin morbilidad fetal. Del grupo 1 se atendieron 67 partos de un total de 70 pacientes. De 177 multiparas se atendieron 174 partos (Ver tabla 1). Los rangos de edad del grupo 1 fue de 13 a 33 con una media de 19 años, todas eran primigestas excepto dos pacientes con abortos previos. La edad del grupo 2 fue de 17 a 43 con una media de 27 años (Ver tabla 2), 64 pacientes (36.7%) tenían un parto previo y dos pacientes cursaban su octava gesta (Ver tabla 3). Del grupo 1 se les hospitalizó durante la fase latente de trabajo de parto a 9 pacientes, la causa principal fue la hipertensión gestacional y la preeclampsia leve, todas fueron conducidas con oxitocina. De las 58 pacientes que ingresaron en fase activa el 25% no requirieron de conducción; la duración del trabajo de parto fue mayor a 12 horas sólo en dos pacientes, en una de ellas se observó en el recién nacido un Apgar de 5 al minuto y 7 a los 5 minutos respectivamente, al resto de los recién nacidos se les calificó con Apgar de 8 – 9 excepto dos con 7-8, todos egresaron junto con sus madres a las 24 horas de puerperio y previa valoración pediátrica. Del grupo 2 solo 4 pacientes fueron ingresadas en fase latente y conducidas durante mas de 12 horas. Las puntuaciones Apgar de los recién nacidos fueron de 7, 8 – 9 con excepción de dos que no correspondían con trabajo de parto prolongado y si con deficiente control prenatal, con

puntuación de 5-7 y 4-5, éste último fue el único recién nacido de los dos grupos trasladado a la unidad de cuidados intensivos neonatales por encefalopatía hipóxico-isquémica grado II. Hubo un recién nacido con fractura de clavícula. No hubo mortalidad neonatal en los productos nacidos en el hospital (Ver tabla 4). En las pacientes multíparas 5 neonatos pesaron menos de 2,500 gramos y 11 igual o más de 4,000 gr. En las pacientes nulíparas hubo un neonato menor de 2,500 gr y ninguno de 4 kilos (Ver tabla 5). En el grupo 2 se asistieron 6 partos con fórceps de Salinas en relación a detención del descenso en 5 casos e inminencia de eclampsia en uno de los casos. En el grupo 1 se aplicó fórceps a cuatro pacientes por persistencia de variedad de posición, una paciente presentó un hematoma autolimitado en el sitio de punción y no se observó morbilidad neonatal en ambos grupos. En cuanto a morbilidad materna se presentó en el grupo de las multíparas un caso de inversión uterina asociado a trabajo de parto prolongado, cuatro casos con preeclampsia severa asistiéndose parto con fórceps en una de ellas. No hubo mortalidad materna. De las causas que contraindicaron el trabajo de parto y parto (que corresponde al grupo de pacientes eliminadas y algunas excluidas) se obtuvieron el número de pacientes referidas y de cesáreas realizadas en otro hospital siendo un total de 8 en pacientes nulíparas y 17 en multíparas (Ver tabla 6). La mortalidad neonatal observada correspondió a dos de las cesáreas realizadas por malformación fetal: síndrome dismórfico con mielomeningocele en un caso y cardiopatía con hernia diafragmática otro caso. La morbilidad materna consistió en un caso de eclampsia y uno de preeclampsia severa en las multíparas; además de un caso de síndrome de HELLP en las nulíparas.

## DISCUSION

En relación al grupo 1 (nuliparas) el 61 % tenía 19 años o menos incluyéndose en la definición de adolescentes según la OMS. El 16.4% de las pacientes fue clasificada como de alto riesgo en la valoración prenatal familiar. Aun con un grupo de estas características, la prueba de trabajo de parto sin analgesia fue exitosa en el 95.7% de los casos, solo una de las tres pacientes solicitadas para cesárea fué por desproporción cefalopélvica con producto de 3,900 gr. Lo anterior apoya la afirmación de algunos autores sobre el hecho de que dos años posteriores a la menarca finaliza el crecimiento lineal y óseo, por lo que en condiciones adecuadas de nutrición, salud y atención prenatal, un embarazo y parto entre 16 y 19 años, no conlleva mayores riesgos maternos y neonatales que un embarazo y parto entre los 20 y 25 años; por lo que el indicar una cesárea en una adolescente sin la respectiva prueba de trabajo de parto, se debe mas a motivos psicológicos que a una indicación médica real. La tasa de cesárea, calculada por el numero de cesáreas dividido entre el numero de partos y cesáreas por 100, nos arroja un 4.2% para las pacientes sometidas a trabajo de parto y de 10.6% al tomar en cuenta el total de cesáreas realizadas en el periodo, con ambas se cumplen las recomendaciones de la O N U en relación a la tecnología apropiada para los nacimientos, misma que no se cumple en los hospitales urbanos y en los centros de tercer nivel. La morbilidad observada con el trabajo de parto resultó de 1.4% siendo menor a la reportada en la literatura (14, 15, 16).

Las características de las pacientes multiparas las clasificó de alto riesgo en un 38.5%, con una tasa de cesárea en las pacientes sometidas a trabajo de parto

de 1.7 % y de 8.9 tomando en cuenta todas las cesáreas realizadas en el periodo. La morbilidad neonatal es similar a la del grupo 1 con 1.1%

La principal limitación de estos resultados fueron las cesáreas, que no fueron realizadas en el hospital por la falta de anestesiólogo. Otra limitante son los embarazos de 42 semanas, los cuales por definición requerían de inducción y que fueron derivados ambulatoriamente a diferentes hospitales para tal efecto y no fueron contabilizados.

## CONCLUSIONES

El privilegiar a la paciente nulípara, permitirle desencadenar fisiológica y espontáneamente el trabajo de parto, proporcionarle vigilancia de calidad y el evitar un trabajo de parto prolongado, atendiéndolo activamente independientemente de la edad materna, permitirá resolver el embarazo a través de parto natural con mínima morbilidad.

Se observó que las pacientes que fueron atendidas con los lineamientos de la atención activa de trabajo de parto, presentaron una evolución de trabajo de parto normal y se obtuvieron los resultados reportados en la literatura aún sin el recurso de la analgesia obstétrica.

Aplicando los lineamientos de la atención activa de trabajo de parto no existe diferencia significativa entre un grupo de nulíparas y multiparas, siendo posible alcanzar las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud de tasas de cesárea del 10 al 15 %,



## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Donald J. Dudley. Complicaciones del trabajo de parto. En Danforth y James R. Scott (editores). Tratado de Obstetricia y Ginecologia. Mc Graw Hill, 8ª edicion, 2000: 457-476.
2. Socol M. L., Peaceman, A. M. Active management of Labor. Obstetrics and Gynecology clinics of North America. 1999; 26: 287-294.
3. Buhimschi, Catalin S MD; Buhimschi, Irina A MD. Advantages of Vaginal Delivery. Clinical Obstetrics and Gynecology. Volume 49(1), March 2006, pp 167-183.
4. Juárez O. S., Fajardo G. A., Pérez P. G. y cols. Tendencia de los embarazos terminados por operación cesárea en México durante el periodo 1991-1995. Ginecol. Obstet. Mex. 1999; 67: 308-318.
5. Guzmán S. A. et al. La reducción de cesáreas de 28 a 13% incrementa o no la mortalidad materna y perinatal; la gran duda? Ginecol. Obstet. Mex. 1998; 65: 122-125.
6. Howell Ch. J. et al. Randomised study of long term outcome after epidural versus non-epidural analgesia during labour. B M J 2002; 325: 1-4.
7. Velasco M. V. et al. Criterios y procedimientos actuales para la atención del trabajo de parto. Rev. Med. IMSS 1999; 37 (6): 465-471.
8. Universidad Nacional de Córdoba, Argentina. Facultad de ciencias medicas. Unidad Docente de Obstetricia y Perinatologia. En: <http://www.fcm.unc.edu.ar/catedras/materneo/>
9. Romero G: G. et. al. Morbilidad y mortalidad maternofetal en embarazadas de edad avanzada. Ginecol. Obstet. Mex: 1999; 67: 239-245.

10. Conde-Agudelo A. et al. Maternal-perinatal morbidity and mortality associated with adolescent pregnancy in Latin America: Cross-sectional study. *Am. J. of Obstetrics and Gynecology* 2005; 192: 342-9.
11. Organización Mundial de la Salud en <http://www.who.int/es/index.html>
12. Sereno C. J. A. Razones en pro y en contra de la operación cesárea. *Ginecol. Obstet. Mex*: 1999; 67: 353-355.
13. Burrows Lara J. et al. Maternal morbidity associated with vaginal versus cesarean delivery. *Obstetrics and Gynecology* 2004; 103 #5: 909-912.
14. Conde Agudelo A. et al. Maternal-perinatal morbidity and mortality associated with adolescent pregnancy in Latin America: Cross-sectional study. *Am. J. of Obstetrics and Gynecology* 2005; 192, 342-9.
15. Lira Plascencia J. et al. Análisis de los resultados perinatales de los primeros cinco años del funcionamiento de una clínica de atención para adolescentes embarazadas. *Ginecol. Obstet. Mex*: 2006; 74: 241-6.
16. León Carmona JL. Et al. Influencia de los factores socioculturales en la morbilidad y/o mortalidad materna y perinatal de adolescentes atendidas en tres estados de la República Mexicana

## ANEXOS

Tabla 1. Numero de pacientes

	INCLUIDAS	EXCLUIDAS	TOTAL
GRUPO 1 NULIPARAS	70 (67 partos)	5	75
GRUPO 2 MULTIPARAS	177 (174 partos)	21	198
TOTAL	247 (241 partos)	26	273

Tabla 2. Edad Materna

AÑOS	NULIPARAS	MULTIPARAS	TOTAL
10 - 14	1	0	1
15 - 19	42	20	62
20 - 29	25	92	117
30 - 39	2	61	63
40 o >	0	4	4
TOTAL	70	177	247
MEDIA	19	27	

Tabla 3. Gestaciones en multiparas

NUMERO DE GESTACIONES	NUMERO DE PACIENTES	PORCENTAJE %
2	64	36.1
3	48	27.1
4	21	11.8
5	19	10.7
6	16	9.0
7	7	3.9
8	2	1.1
TOTAL	177	100

Tabla 4. Morbilidad neonatal en partos.

GRUPO	RECIEN NACIDOS	CASOS CON MORBILIDAD	PORCENTAJE	PARTO PROLONGADO
NULIPARAS	67	1 (Apgar 5-7)	1.4 %	Si
MULTIPARAS	174	2 (Apgar 5-7, 4-5)	1.1 %	No
TOTAL	241	3	1.2 %	

Tabla 5. Peso del recién nacido

PESO DEL R N (gr)	NULIPARAS	MULTIPARAS	TOTAL
< 2,500	1	5	6
2,500 a 3,499	53 (2f)	103 (2f)	156
3,500 a 3,999	13 (2f)	55 (4f)	68
> ó = 4,000	0	11	11
TOTAL	67	174	241

(f) = Fórceps.

Tabla 6. Indicaciones de cesárea.

INDICACION PRINCIPAL	NULÍPARAS	MULTIPARAS
Presentación pélvica	0	5
Baja reserva fetoplacentaria	1	4
Preeclampsia severa	2	2
Eclampsia	0	1
Malformación fetal	1	2
Cesárea reiterativa (2 previas)	0	2 (t)
Embarazo Múltiple	1	0
Cardiopatía materna	0	1
Ruptura prematura de membranas	1	0
Prueba de trabajo de parto fallida	1 (t)	0
Presentación compuesta	1	0
TOTAL 25	8	17

(t) Realizadas en Tula.

