

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

Área de la Salud Humana

Medicina Humana

"DETERMINAR LOS FACTORES DE RIESGO OBSTÉTRICO MÁS COMUNES EN LAS MUJERES GESTANTES INTERNADAS EN EL SERVICIO DE GÍNECO-OBSTETRICIA, DEL HOSPITAL REGIONAL ISIDRO AYORA EN EL PERIODO DE ENERO A JULIO DE 2014."

TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MÉDICO GENERAL

AUTOR:

LUIS ROLANDO ESPARZA CARTUCHE

DIRECTORA:

Dra. KARINA YESENIA CALVA JIRÓN, Mg. Sc

LOJA – ECUADOR 2015 CERTIFICACIÓN

Dra. Karina Yesenia Calva Jirón, Mg. Sc.

DOCENTE DE LA CARRERA DE MEDICINA HUMANA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA.

CERTIFICO:

Que el presente trabajo de tesis titulado "DETERMINAR LOS FACTORES DE RIESGO OBSTÉTRICO MÁS COMUNES EN LAS MUJERES GESTANTES INTERNADAS EN EL SERVICIO DE GÍNECO-OBSTETRICIA, DEL HOSPITAL REGIONAL ISIDRO AYORA EN EL PERIODO DE ENERO A JULIO DE 2014." fue elaborada por Luis Rolando Esparza Cartuche, estudiante de la carrera de Medicina Humana, ha sido dirigido y revisado bajo mi dirección, cumple con los lineamientos de investigación, mantiene coherencia entre sus partes, por lo que autorizo al postulante la presentación de este trabajo ante el Tribunal de Grado correspondiente.

Loja, octubre del 2015

Dra. Karina Yesenia Calva Jirón, Mg. Sc.

DIRECTORA DE TESIS

AUTORÍA

Yo, Luis Rolando Esparza Cartuche declaro ser autor del presente trabajo de

tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus

representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales, por el

contenido de la misma.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la

publicación de mi tesis en el Repositorio Institucional-Biblioteca Virtual.

Autor: Luis Rolando Esparza Cartuche

Cédula: 1104741887

Fecha: Octubre del 2015

iii

CARTA DE AUTORIZACIÓN DE TESIS POR PARTE DEL AUTOR, PARA LA CONSULTA, REPRODUCCIÓN PARCIAL O TOTAL, Y PUBLICACIÓN ELECTRONICA DEL TEXTO COMPLETO.

Yo, Luis Rolando Esparza Cartuche, declaro ser autor de la tesis titulada "DETERMINAR LOS FACTORES DE RIESGO OBSTÉTRICO MÁS COMUNES EN LAS MUJERES GESTANTES INTERNADAS EN EL SERVICIO DE GÍNECO-OBSTETRICIA, DEL HOSPITAL REGIONAL ISIDRO AYORA EN EL PERIODO DE ENERO A JULIO DE 2014." como requisito para optar al grado de Médico General; autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos, muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional.

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el RDI, en las redes de información del país y del exterior, con los cuales tenga convenio la Universidad.

La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia de la tesis que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los 20 días del mes de noviembre del dos mil quince, firma el autor.

Firma: Mokodekspaceal

Autor: Luis Rolando Esparza Cartuche.

Cédula: 1104741887

Dirección: Vía antigua a Zamora Km 2, Barrio Las Palmeras.

Correo Electrónico: Irolando13@hotmail.com

Teléfono: (07) 2561780 **Celular:** 0985691105

Datos Complementarios

Directora de Tesis: Dra. Karina Yesenia Calva Jirón, Mg. Sc.

Tribunal

Presidente: Dr. Ángel Colon Ortega Gutiérrez, Mg. Sc.

Vocal: Dra. Ximena Patricia Carrión Ruilova, Ginecóloga-Obstetra Vocal: Dra. María de los Ángeles Sánchez Tapia, Ginecóloga-Obstetra

DEDICATORIA

Dedico el presente trabajo con todo mi cariño a DIOS por el don que me ha dado, porque ha estado conmigo a cada paso que doy, cuidándome y dándome fortaleza para seguir adelante y no dejarme vencer por adversidades; a mis padres que con amor, sacrifico y apoyo incondicional que me han brindado supieron motivarme moral y materialmente para culminar mis estudios universitarios. A mis hermanos que supieron darme todo su amor y confianza, que con sus palabras me daban toda la fortaleza para continuar en este gran reto que está a punto de culminar y así

Además a cada una de las personas que estuvieron a mi lado durante estos seis años de estudio, brindándome su amistad, compañía y afecto para poder seguir adelante en esta misión.

llegar a la meta final que es el de ser un Médico. Es por ellos que

soy lo que soy ahora.

Luis Rolando Esparza Cartuche

v

AGRADECIMIENTO

Al término de esta etapa de formación académica, quiero expresar mi profundo agradecimiento a DIOS por darme toda la fortaleza para vencer los obstáculos, además a cada una de las personas constituyen mi familia en especial a mis padres, Dunia Cartuche y Luis Esparza por el amor y apoyo incondicional, mi hermano y hermana quienes a lo largo de toda mi vida han apoyado y motivado mi formación académica, a mis abuelos, tíos y primos, además a mis amigos que creyeron en mí y me dieron su apoyo incondicional, de manera muy especial a mi Directora de tesis la Dra. Karina Yesenia Calva Jirón la misma que a lo largo de este tiempo ha puesto a prueba mis capacidades y conocimientos en el desarrollo de esta investigación la cual ha finalizado llenando todas mis expectativas, y finalmente mis más sinceros agradecimientos a la Universidad Nacional de Loja, en especial a la Carrera de Medicina Humana, en donde se me dio la oportunidad de estudiar y por haberme formado como individuo y profesional con gran oportunidad en la vida, preparándome para un futuro competitivo y formándome con muchos valores para ser una persona de bien.

GRACIAS...

LUIS ROLANDO ESPARZA CARTUCHE.

a. TÍTULO

"DETERMINAR LOS FACTORES DE RIESGO OBSTÉTRICO MÁS COMUNES EN LAS MUJERES GESTANTES INTERNADAS EN EL SERVICIO DE GÍNECO-OBSTETRICIA, DEL HOSPITAL REGIONAL ISIDRO AYORA EN EL PERIODO DE ENERO A JULIO DE 2014."

b. RESUMEN

El presente estudio tiene como objetivos determinar los factores de riesgo obstétricos más comunes que presentan las mujeres gestantes internadas en el servicio de gineco-obstetricia. Determinar el riesgo obstétrico en las pacientes internadas, de acuerdo al tipo de riesgo. Identificar en que grupo etario se presentan con mayor frecuencia los distintos tipos de factores de riesgo. Establecer la relación que existe entre los controles prenatales con la aparición de factores de riesgo de riesgo obstétricos en las mujeres gestantes. Determinar según la clasificación del MSP a que grupo de riesgo pertenecen. El estudio fue descriptivo, cuantitativo y prospectivo. La población fue las mujeres gestantes internadas, teniendo como muestra 100pacientes cumpliendo criterios de inclusión-exclusión. Los datos fueron procesados en una base de datos elaborada en el programa Excel, representados en tablas para su análisis. Los resultados encontrados de factores riesgo obstétricos fueron: Amenaza de parto pretermino 37%, infecciones maternas 24%, preeclampsia 17%, ruptura prematura de membranas 10%. Según el MSP: Riesgo Bajo 33%, Riesgo Alto 3% y Riesgo inminente 64%.segun grupo etario 15 a 19años, amenaza de parto pretérmino 12%, embarazo precoz 5%, 20 a 24años infecciones maternas 9%, amenaza de parto pretérmino 8%, 25 a 29años amenaza de parto pretérmino 10%, infecciones maternas 7%, 30 a 34años amenaza de parto pretérmino y preeclampsia 6%, 35 a 39años preeclampsia 4%, 40 a 44años embarazo tardío 4%. Además hay una relación entre menos de 5 controles con la aparición de los factores de riesgo obstétricos.

Palabras clave: Factores de Riesgo Obstétrico. Riesgo Bajo, Riesgo Alto y Riesgo muy Alto.

ABSTRACT

This research has as main objectives to assess the obstetric risks in patients in the obstetric and gynaecology unit, Determine risk in hospitalized patients, according to the type of risk, identify the age groups for which these risks are highest. Establish the relationship between prenatal care and the risk factors, to find patients with good antenatal and grouping them according to the risk group they fit in and classifying them according to the Ministry of Public Health (MPH). The research methodology is descriptive, quantitative and to give guidelines for future assessments. We gathered 100 patients that fulfilled the requirements for the research. All data collection was stored and handled using Microsoft Excel. The results show premature birth risk or preterm birth of 37%, infections 24%, preeclampsia 17%, premature membrane rupture 10%. According to obstetrical risk: low 33%, high 3% and impending 64%. According to the group - age, risks of premature birth risk or preterm birth were more predisposed to occur in age ranges from 15 to 19 with 12%, early pregnancy 5%. In age ranges from 20 to 24 maternal infections 9%, premature birth risk or preterm birth 8%. In age ranges from and 25 to 29 years old, premature birth risk or preterm birth 10%, maternal infections 7%. In age ranges from 30 to 34 years old, premature birth risk or preterm birth 6%, and preeclampsia 6%. In age ranges from 35 to 39 preeclampsia 4%. In age ranges from 40 to 44 years old belated years old, pregnancy 4%. There is also a relationship between less than 5 controls the appearance of the factors. The conclusion of this research is that the common obstetrical risks go in the order: preterm birth, infections, preeclampsia and premature membrane rupture.

Key words: obstetric risk factors. Low risk, high risk and very high risk.

c. INTRODUCCIÓN

Uno de los principales objetivos de la medicina hoy en día es maximizar la calidad de vida al binomio madre-hijo, de tal manera que la paciente no presente morbilidad antes, durante y posterior al parto ni mucho menos que muera como consecuencia del embarazo, y que el neonato tenga la mejor oportunidad para un óptimo desarrollo físico, mental y emocional.

Según datos del INEC, en el año 2010 el 19,26% de los embarazos ocurrieron en adolescentes de 15 a 19 años de edad, siendo un grupo sumamente vulnerable a presentar complicaciones durante el embarazo.

Como uno de los riesgos obstétricos podemos citar la alteración en la nutrición, ya que son muchos los factores que inciden de manera directa o indirecta en la nutrición de mujeres embarazadas, especialmente adolescentes entre 12 a 18 años, entre los principales se puede mencionar: incompleto desarrollo fisiológico, psicológico y emocional de las adolescentes, la inestabilidad emocional, así como su inadecuada nutrición durante el embarazo; a esto se suma la dependencia económica de los padres y la ausencia de responsabilidad económica de la pareja. A demás los hábitos alimenticios inadecuados antes del embarazo, y lamentablemente, aún durante el embarazo, ya que se han registrados casos en los que la adolescente se entera de su embarazo a los cinco o seis meses de gestación, tiempo durante el cual ha continuado con el consumo inadecuado de alimentos, incluso sustancias dañinas para el producto como alcohol y cigarrillos.

En contra parte en nuestro país en vía de desarrollo y con la población similar a países vecinos el sobrepeso y la obesidad son considerados como problema en las embarazadas.

Ya que un estudio realizado en las embarazadas atendidas en el hospital cantonal de Alamor de la provincia de Loja durante el periodo de octubre del 2011 a julio del 2012, se encontró que el mayor porcentaje de mujeres con sobrepeso y obesidad antes del embarazo corresponde aquellas con edades mayores de 30 años de acuerdo a su Índice de Masa Corporal; al contrario el

59.70% de las embarazadas tienen un peso adecuado para su talla y edad gestacional y un 11,30% se encuentran con peso bajo; por lo que al analizar estos resultados encontramos que el 62,50% de todas las pacientes embarazadas entre 30 y 34 años sufren de sobrepeso y el 18,7% de obesidad; las pacientes con edades entre 25 y 29 años presentaron un porcentaje del 31,1% de sobrepeso y un 3,2% de obesidad. Al contrario los más bajos índices de sobrepeso están en pacientes por debajo de 19 años con un 6,6% de sobrepeso y 0% de obesidad.

En un estudio realizado, en donde se analizaron 167 historias clínicas de madres que fueron atendidas por morbilidad durante el embarazo en el Hospital de Cuenca, durante el periodo de marzo del 2012 a febrero del 2013, en donde se pudo observar que los trastornos hipertensivos y la amenaza de parto pretérmino, representan más de la mitad de los casos (59.87%), seguidas del resto con una incidencia notablemente menor (45.69%) de un total de 167 pacientes.

Citando un estudio realizado en el Hospital de la Universidad Técnica Particular de Loja, durante el periodo comprendido entre abril del 2009 a abril del 2012, el cual investigo el porcentaje de mujeres gestantes ≥ 35 años atendidas y que presentaron alguna patología obstétrica o condición de riesgo obstétrico durante el periodo gestacional, tendiendo así que el 67,2% y de ellas, el 51,2% presentaron patologías o condiciones que representa un alto riesgo obstétrico, entre ellas: hipertensión gestacional 4,5%, Oligoamnios 4,5%, placenta de inserción baja 4,5%, ruptura prematura de membranas 9,2%, preeclampsia 9,2% y cirugía uterina previa 92,3%.

Por tal motivo y al analizar estos resultados, se planteó el presente trabajo investigativo, teniendo como objetivo general determinar los factores de riesgo obstétricos más comunes que presentan las mujeres gestantes internadas en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital Regional Isidro Ayora; y como objetivos específicos determinar el riesgo obstétrico en las pacientes internadas en el servicio de gineco-obstetricia, de acuerdo al tipo de riesgo (riesgo bajo o riesgo alto). Identificar en que grupo etario se presentan con mayor frecuencia los distintos tipos de factores de riesgo obstétricos; establecer la relación que

existe entre los controles prenatales con la aparición de factores de riesgo obstétrico en las mujeres gestantes, determinar según la clasificación del MSP a que grupos de riesgo pertenecen las pacientes internadas en el servicio de gineco-obstetricia. Teniendo en cuenta que existen múltiples factores que participan en la génesis de esta situación; y de esta manera fomentar conocimientos que puedan prevenir estas patologías; y fundamental para dirigir los esfuerzos hacia la identificación de la población obstétrica vulnerable que más ayuda necesita.

d. REVISIÓN DE LITERATURA

4.1 RIESGO OBSTETRICOS

4.1.1 Definición. Se entiende como riesgos obstétricos a todos aquellos factores externos o intrínsecos a la mujer, que pueden propiciar alguna complicación durante la evolución del embarazo, el desarrollo del parto, del puerperio o que puedan alterar de alguna forma del desarrollo normal o la supervivencia del producto. (O. RIGOL, 2004)

La valoración del riesgo obstétrico nos permite planear las características la intencionalidad que debe tener la vigilancia prenatal en cada caso, en particular para la identificación de los factores de riesgo, la educación para la salud y la detección oportuna de complicaciones. (O. RIGOL, 2004)

Los factores de riesgo son innumerables y su importancia puede ser mayor o menor, más cuando en una gestante pueden concurrir varios factores, con mayor efecto sobre el producto. La valoración del riesgo es un proceso dinámico, ya que se puede incrementar, disminuir o mantener sin variaciones, de ahí la necesidad de la evaluación continua de toda gestante. (E. ALVAREZ, 2008)

El concepto de embarazo de alto riesgo atañe tanto a la madre como al feto. Se define como un embarazo de riesgo aquél que presenta un riesgo estadísticamente elevado de accidente perinatal, por sus condiciones generales, antecedentes o anomalías que aparecen durante el embarazo. (O. RIGOL, 2004)

Un factor de riesgo es la característica o atributo biológico, ambiental o social que cuando está presente se asocia con un aumento de la posibilidad de sufrir un daño la madre, el feto o ambos. (E. OYARZUN, 2004)

Desde el punto de vista perinatal los problemas que con mayor frecuencia se asocian a morbimortalidad son la prematurez, la asfixia perinatal, las malformaciones congénitas y las infecciones. De ahí que las estrategias del control prenatal están orientadas a la prevención, diagnóstico oportuno y

tratamiento de las patologías que condicionan los problemas anteriormente enunciados. (E. OYARZUN, 2004)

Los problemas que se asocian a morbimortalidad materna son la hemorragia obstétrica, las infecciones, el síndrome hipertensivo del embarazo y las enfermedades maternas pregestacionales. (E. OYARZUN, 2004)

4.1.2 ENFOQUE DE RIESGO OBSTÉTRICO

El enfoque de riesgo se basa en la medición de esa probabilidad. El enfoque de riesgo encierra el supuesto de que según se avance en el conocimiento sobre los factores de riesgo que permitan acciones preventivas eficaces, los daños a la salud ocurrirán en menor número y consecuencia. (J. BOTERO, 2004)

La importancia y el valor del factor de riesgo para la medicina preventiva dependen del grado de asociación con el daño a la salud, de la frecuencia del factor de riesgo en la comunidad y de la posibilidad de prevenirlo. (H. SALINAS, 2005)

El grado de asociación se determina mediante el llamado riesgo relativo, que expresa el número de veces en que el daño aparece en las personas que presentan el factor, cuando se compara con su aparición en las personas que no presentan el factor de riesgo; representa el riesgo individual. (J. ALLER, 2009)

El conocimiento del valor del riesgo relativo es importante para el obstetra que se responsabiliza con la atención directa de una gestante determinada. La frecuencia del factor de riesgo en la comunidad sirve de base para la determinación del riesgo atribuible, que tiene en cuenta no sólo el riesgo relativo del factor de riesgo sino, además, su frecuencia. El riesgo atribuible expresa el riesgo dentro de la colectividad y su conocimiento es muy importante para los responsables de salud de un área, municipio o provincia, cuando deben reducir la prevalencia de factores de riesgo en la población. (E. ALVAREZ, 2008)

4.1.3 RELACIÓN DEL FACTOR DE RIESGO CON EL DAÑO PRODUCIDO

La relación de un factor de riesgo determinado con un daño concreto puede ser de 3 tipos:

- Relación causal. El factor de riesgo desencadena el proceso morboso. Ejemplos: la placenta previa origina la muerte fetal por anoxia; la rubéola durante el primer trimestre del embarazo causa malformaciones congénitas.
- Relación favorecedora. En ella existe una franca relación entre el factor de riesgo y la evolución del proceso (pero no es la causa directa). Ejemplo: la gran multiparidad favorece la situación transversa y el prolapso del cordón umbilical.
- Relación predictiva o asociativa. Se expresa en sentido estadístico, pero no se conoce la naturaleza de esa relación. Ejemplo: la mujer que ha perdido ya un feto o un recién nacido corre más riesgo de perder su próximo hijo.

La presencia de uno o más de los siguientes factores permite clasificar al embarazo como: de bajo riesgo (normal) y de alto riesgo. (H. SALINAS, 2005)

4.2 EMBARAZO DE BAJO RIESGO

Se entiende por embarazo de bajo riesgo a aquel que transcurre sin que factores desfavorables (biológicos, psicológicos, socio-demográficos, etc.) y/o patologías maternas previas o adquiridas en el transcurso del embarazo evidentes o no, interfieran en su normal evolución, llegando a término con feto sano, en presentación cefálica y proporción céfalo pélvica adecuada, posibilitando un parto de bajo riesgo y un puerperio normal. (F. ZUÑIGA, 2014)

Es conveniente que en cuanto se diagnostique el embarazo, la frecuencia de la consulta sea mensual durante los primeros 6 meses; cada 15 días en el séptimo y octavo mes y cada siete días durante el noveno. La embarazada de bajo riesgo debe recibir por lo menos 5 consultas de control prenatal. La prolongación del embarazo después de las 40 semanas requiere efectuar

consultas semanales adicionales con objeto de vigilar que el embarazo no se prolongue más allá de la semana 42. (F. ZUÑIGA, 2014)

A todas las embarazadas se les debe realizar en cada consulta la medición de la tensión arterial y del fondo uterino, así como control de peso, aplicar toxoide tetánico, iniciando la primer dosis desde el primer contacto con los servicios de salud y la segunda dosis entre las 4 y 8 semanas siguientes de haberse iniciado el esquema, prescribir hierro y ácido fólico de forma profiláctica. La prescripción de otros medicamentos sólo será bajo indicación médica preferentemente después de la semana 14, solicitar los siguientes exámenes: biometría hemática, grupo y Rh, examen general de orina, glucemia basal y VDRL. Alrededor de las semanas 18 a 20 y 32 a 34 deberá repetirse la Bh para corroborar las cifras de Hb y hematocrito, también deberá repetirse la glucemia en la semana 32 para confirmar su normalidad. Realizar Papanicolaou (si no se lo ha practicado en los 3 últimos años) y realizar detección de VIH. (Y. SENTIES, 2005)

No se deben prescribir polivitaminas ni otros medicamentos de manera rutinaria durante el embarazo normal o de bajo riesgo.

Su manejo será en el nivel 1 de atención.

4.3 EMBARAZO DE ALTO RIESGO

El embarazo de alto riesgo es aquel que presenta alguna condición que aumenta la probabilidad materna y/o fetal de enfermar, tener secuelas o morir antes o después del parto. (J. BOTERO, 2004)

La paciente embarazada puede presentar un buen estado de salud, pero tiene uno o varios factores de riesgo como un antecedente obstétrico, una enfermedad de base o un evento que se desarrolla durante el embarazo o el parto y que aumenta la probabilidad de tener complicaciones. (R. SCHWARCZ, 2008)

Como los riesgos pueden estar presentes antes o desarrollarse durante el embarazo, es necesario detectarlos mediante una Historia Clínica completa identificando datos que puedan orientar al personal médico sobre problemas o

factores que pongan en riesgo el curso normal del embarazo, la vida de la madre así como la del feto. (M. BARRERA, 2006)

Su manejo se realizara en el nivel II o III. Por lo que se decidirá su trasferencia para su correcto manejo. (C. CHANG/MSP, 2008)

4.4 CRITERIOS DE RIESGO OBSTÉTRICOS.

Varios sistemas para la investigación de la gestante de alto riesgo obstétrico han sido propuestos por diferentes autores, y cada uno de ellos consiste en una lista de condiciones, que se conocen y se asocian con resultados perinatales desfavorables. Estos sistemas incluyen entre los factores de riesgo complicaciones médicas que afectan a la madre, o el antecedente de una mala historia obstétrica. Algunos sistemas dan un valor numérico a los factores de riesgo, en dependencia de la severidad de éstos, con una puntuación total que supone la gravedad del problema potencial. (H. SALINAS, 2005)

Otros sistemas identifican a las gestantes de riesgo mediante una evaluación cuidadosa de la historia médica y obstétrica de las gestantes.

Los que defienden los sistemas de puntuación, alegan que éstos ayudan al médico encargado de la atención de la gestante no sólo a seleccionar las gestantes de riesgo, sino que permiten elaborar un pronóstico del embarazo, lo que no se obtiene siempre, debido a la baja sensibilidad de muchos de los indicadores de riesgo y también a causa de que los resultados del embarazo están influidos por las interacciones médicas efectuadas después que la situación de alto riesgo es identificada, lo que limita su empleo para predecir resultados. (O. RIGOL, 2004)

El sistema escogido para la selección de las gestantes de alto riesgo debe permitir, por tanto, la identificación fácil y rápida de los factores de riesgo, para poder iniciar el manejo adecuado de cada caso en particular. Debe permitir también una evaluación continua durante todo el embarazo, que tome en consideración la relación mutua que tienen algunos factores entre un período y otro del embarazo, de manera que no sólo identifique el grupo de riesgo al inicio del embarazo, sino que pueda determinar la presencia de cualquier

complicación que haga que una gestante de bajo riesgo se convierta en una de alto riesgo. (H. SALINAS, 2005)

La valoración estandarizada del riesgo incrementa considerablemente la calidad de la atención prenatal, al poner a disposición del clínico un vasto caudal de información que garantiza un cuidado prenatal óptimo. (C. MATE, 2005)

4.5 FACTORES DE RIESGO OBSTÉTRICOS

El concepto de riesgo hace referencia a la mayor susceptibilidad de presentar una enfermedad o daño a la salud que tiene las mujeres gestantes expuestas a un determinado factor. (I. ZIGHELBOIM, 2007)

Por otra parte se entiende por factor de riesgo a aquellos marcadores que se ven asociados a una enfermedad o daño con distinta intensidad y/o frecuencia, y que ponen el riesgo la vialidad del embarazo, la vida de la madre así como la de su bebe. (J. ALLER, 2009)

1.6 CLASIFICACIÓN DEL RIESGO OBSTÉTRICO

4.6.1 Riesgo bajo

- ✓ Anomalía pelviana identificada clínica y/o radiológicamente.
- ✓ Incompetencia cervical o uterina.
- ✓ Déficit nutricional
- ✓ Baja estatura materna: < 1,5 metros.</p>
- ✓ Cardiopatía 1: que no limita su actividad física
- ✓ Condiciones socioeconómicas desfavorables.
- ✓ Control insuficiente de la gestación: <4 visitas prenatales o 1 visita tras semana 20 de gestación.
- ✓ Parto pretérmino y de bajo peso o uno de éstos.
- ✓ Edad extrema <18 o >35 años.
- ✓ Embarazo no deseado.
- ✓ Esterilidad previa: dos años o más.
- √ Fumadora habitual
- ✓ Fecha de última menstruación incierta.

- ✓ Gestante con Rh negativo
- ✓ Gran multiparidad: 5 o más fetos de por lo menos 28 semanas.
- ✓ Hemorragia del primer trimestre.
- ✓ Incompatibilidad Rh.
- ✓ Incremento del peso excesivo o insuficiente: >15 kg o <5 kg</p>
- ✓ Infección urinaria baja o bacteriuria asintomática (por urinocultivo).
- ✓ Obesidad.
- ✓ Período intergenésico menor de 12 meses.
- ✓ Cirugía uterina previa o cesárea previa.
- ✓ Amenaza de parto prematuro: antes de la semana 37. (F. ZUÑIGA, 2014)

4.6.2 Riesgo alto

- ✓ Anemia grave (Hb<9 g/dl o hematocrito > 25%).
- ✓ Cardiopatía 2: paciente obligada a una limitación ligera de su actividad física.
- ✓ Diabetes gestacional (se diagnostica por primera vez durante la gestación).
- ✓ Embarazo gemelar.
- ✓ Embarazo prolongado: más de 42 semanas de gestación.
- ✓ Hemorragia 2º o 3er. Trimestre.
- ✓ Hidramnios u oligoamnios.
- ✓ Historia obstétrica desfavorable: dos o más abortos, uno o más prematuros, partos distócicos, deficiencia mental o sensorial de probable origen obstétrico, antecedentes de retardo del crecimiento.
- ✓ Infección materna: hepatitis B o C, toxoplasmosis, pielonefritis, rubéola, sífilis, HIV, estreptococo B.
- ✓ Hipertensión arterial gestacional.
- ✓ Sospecha de malformación fetal.
- ✓ Presentación anómala: constatada tras la semana 38 de gestación.
- ✓ Cardiopatías 3 o 4: paciente obligada a una limitación acentuada de su actividad física, o en la que esta provoca su descompensación.
- ✓ Diabetes pregestacional.

- ✓ Drogadicción y alcoholismo.
- ✓ Isoinmunización: Coombs indirecto positivo en paciente Rh negativo.
- ✓ Muerte perinatal recurrente.
- ✓ Placenta previa.
- ✓ Preeclampsia leve: TA diastólica mayor o igual a 110 mmHg o TA sistólica mayor o igual a 160 mmHg.
- ✓ Patología asociada grave.
- ✓ Retardo del crecimiento intrauterino.
- ✓ Rotura prematura de membranas.
- ✓ Sida clínico. (F. ZUÑIGA, 2014)

4.6.3. CLASIFICACIÓN DE RIESGO OBSTÉTRICO SEGÚN MSP

BAJO RIESGO

- Condiciones socio-económicas desfavorables. (Pobreza extrema, Desempleo, analfabetismo)
- Control insuficiente de la gestación: < 3 visitas prenatales.
- Edad extrema ≤ 19 años ó ≥35 años en el primer embarazo.
- Adolescentes menores de 15 años indiferentes del número de embarazos.
- Drogadicción, alcoholismo y Tabaquismo.
- · Gran multiparidad (Mayor de 3 gestas).
- Incompatibilidad Rh.
- Infección de vías urinaria y Flujo vaginal recurrentes por más de 2 ocasiones
 - en tres controles subsecuentes.
- Período intergenésico por cesárea previa menor de 12 meses.

(L. CAMPOVERDE /MSP, 2008)

ALTO RIESGO

- Anemia (Hb < 10g/dl o HTO < 25%).
- Embarazo Múltiple.
- Enfermedades crónicas no transmisibles (endocrinopatías, nefropatías, enf. Inmunológicas, hipertensión.)
- Polihidramnios u Oligoamnios.
- Epilepsia.
- Historia obstétrica desfavorable: abortos espontáneos, partos prematuros y distócicos, antecedentes de retardo del crecimiento intrauterino.
- Enfermedades neuropsiquiatrícas.
- Infección materna: HIV, hepatitis B o C, toxoplasmosis, pielonefritis rubéola, sífilis, estreptococo B, citomegalovirus, herpes 2, HPV.
- Presentación anómala: constatada tras la semana 36 de gestación
- Desnutrición y Obesidad.
- Asma.

(L. CAMPOVERDE /MSP, 2008)

RIESGO INMINENTE

- Amenaza de parto pretérmino.
- Cardiopatías.
- Diabetes Gestacional descompensado o en tratamiento.
- Hemorragia vaginal.
- Rotura prematura de membranas mayor de 12 horas.
- SIDA clínico.
- Trastornos hipertensivos en el embarazo.
- Alteraciones en la Frecuencia cardiaca fetal (<110 latidos X minutos > 160 latidos por minuto o falta de movimientos.

(L. CAMPOVERDE /MSP, 2008)

4.7 DETERMINACIÓN DE GRUPOS DE FACTORES DE RIESGO

Realizada la historia clínica bien detallada y practicando el examen físico, se establece una presunción o impresión clínica que soportada con ayudas diagnósticas conducirán a formular una impresión diagnóstica y su respectivo plan terapéutico. (A. PEREZ, 2011)

4.7.1 EMBARAZO PRECOZ. Esta toda mujer adolescente embarazada con edad ginecológica menor a los 2 años: Se tiene mayor probabilidad de padecer Preeclampsia, eclampsia, prematurez y bajo peso del producto al nacer.

Se considera edad ginecológica al tiempo transcurrido entre el inicio de la menarquía y la fecha de fecundación. (F. CUNNINGHAM, 2006)

- **4.7.2 EMBARAZO TARDÍO.** Es toda mujer embarazada con edad de 35 años o más, se asocia con mayor ocurrencia de formas complicadas de Preeclampsia, eclampsia, inserción baja de placenta y atonía uterina posparto, así como también la de presentar posibles alteraciones genéticas en sus productos. (F. CUNNINGHAM, 2006)
- **4.7.3 MULTIGRAVIDEZ.** Cuando una mujer en edad fértil que tienen tres o más embarazos incluyendo el actual, posee una mayor probabilidad de inserción baja de placenta y atonía uterina posparto. (J. BOTERO, 2004)
- 4.7.4 INTERVALO INTERGENÉSICO MENOR DE DOS AÑOS. El Intervalo intergenésico es de riesgo cuando es menor de dos años ya que el espaciamiento entre un embarazo y otro es muy corto, aquí hay una mayor probabilidad de presentar prematuras y retardo en el crecimiento intrauterino, además de desprendimiento de placenta. (C. CHANG/MSP, 2008)
- **4.7.5 HIPERTENSIÓN GESTACIONAL.** Es la hipertensión diagnosticada por primera vez durante la gestación después de las 20 semanas, sin proteinuria. Las cifras de tensión arterial retornan a la normalidad antes de las 12 semanas posparto, con lo que se confirma el diagnóstico. (I. ZIGHELBOIM, 2007)

4.7.6 PREECLAMPSIA. Es un desorden multisistémico en el que la hipertensión diagnosticada después de las 20 semanas del embarazo se acompaña de proteinuria. Ambas desaparecen en el posparto. La preeclampsia es un síndrome específico del embarazo y se debe a la reducción de la perfusión a los diferentes órganos secundariamente al vasoespasmo y a la actividad endotelial. Cuando más severa es la hipertensión y la proteinuria más certero es el diagnóstico de preeclampsia. Igualmente los resultados anormales de las pruebas de laboratorio de la función hepática y renal confirman el diagnóstico junto con la persistencia de cefaleas, alteraciones visuales y dolor epigástrico. Estos últimos son signos premonitores de eclampsia. La persistencia de proteinuria de 2(++) o mayor o la excreción de 2 g o más en orina de 24 horas indica un cuadro de preeclampsia severa. (J. ALLER, 2009)

4.7.7 ECLAMPSIA. Se denomina así a la presencia de convulsiones en pacientes preeclámpticas que no pueden ser atribuidas a otra causa. La eclampsia es una emergencia obstétrica con alto riesgo materno fetal y es el punto culminante de la enfermedad hipertensiva del embarazo. Las convulsiones suelen ser tonicoclónicas tipo gran mal. Aproximadamente la mitad de los casos de eclampsia aparecen antes del trabajo de parto y el resto en el parto. Puede presentarse hasta 48 horas después del parto y en nulíparas se han descrito convulsiones hasta 10 días posparto. (F. CUNNINGHAM, 2006)

4.7.8 DIABETES GESTACIONAL. Es una forma de Diabetes Mellitus inducida por el embarazo, donde se cree que las hormonas del embarazo reducen la capacidad que tiene el cuerpo de utilizar y responder a la acción de la insulina.

Una mujer gestante al presentar el antecedente de diabetes, se relaciona con mayor probabilidad de preeclampsia-eclampsia, aborto, defectos al nacimiento, retardo en el crecimiento intrauterino o macrosomía fetal. (J. ALLER, 2009)

- **4.7.9 MALFORMACIONES CONGÉNITAS.** Los antecedentes de malformaciones congénitas en la pareja aumentan la probabilidad de ocurrencia de malformaciones congénitas en el producto así como su vialidad, y la atención adecuada que debe recibir en el momento del nacimiento. (J. BOTERO, 2004)
- 4.7.10 CESÁREA PREVIA. El antecedente de cesárea previa se asocia con mayor riesgo de presentar: inserción baja de placenta, acretismo placentario y ruptura de cicatriz uterina durante el trabajo de parto; este riesgo se incrementa de manera exponencial conforme es mayor el número de cesáreas previas. (L. VONTVER, 2007)
- 4.7.11 CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y DROGAS. El tabaco produce una disminución en el peso del recién nacido de entre 200 y 300 gramos. Bien por el efecto directo en la absorción de sustancias tóxicas -como nicotina o monóxido de carbono- o bien por la alteración del flujo uterino y alteraciones en la concentración de gases sanguíneos, provoca que el niño tenga un peso más bajo que los niños cuyas madres no han fumado durante el embarazo. Parece que el tabaco aumenta los riesgos de rotura prematura de membranas, parto pretérmino, hemorragias pretérmino, retraso de crecimiento intrauterino y aumenta la morbi-mortalidad perinatal. (C. MATE, 2005)

Durante el embarazo deben evitarse las bebidas alcohólicas, el consumo habitual puede producir efectos adversos en el recién nacido, como retrasos de crecimiento o incluso el síndrome alcohólico-fetal, caracterizado por retraso de crecimiento, anomalías en el desarrollo cráneo-facial y alteraciones del sistema nervioso central. (C. MATE, 2005)

4.8 CONTROL PRENATAL

4.8.1 DEFINICIÓN. El control médico prenatal son todas las actividades y procedimientos que el equipo de salud ofrece a la embarazada con la finalidad de identificar factores de riesgo en la gestante y enfermedades que puedan afectar el curso normal del embarazo y la salud del recién nacido/a.

Los componentes que abarca son: Promoción, Prevención, Recuperación y Rehabilitación de la salud materna y neonatal con enfoques de interculturalidad, género y generacional. (C. CHANG/MSP, 2008)

4.8.2 CARACTERÍSTICAS. El control prenatal debe ser:

Precoz. Debe iniciarse en el primer trimestre del embarazo, en cuanto se haya diagnosticado el embarazo para establecer fehacientemente edad gestacional, posibilitar acciones de prevención y promoción de la salud y detectar factores de riesgo.

Periódico. La frecuencia dependerá del nivel de riesgo médico, social y psicológico.

Completo. Las consultas prenatales deben ser completas en contenidos de evaluación del estado general de la mujer, de la evolución del embarazo y de los controles e intervenciones requeridos según edad gestacional.

Debe ofrecer amplia cobertura. Se debe promover el control prenatal a la mayor cantidad de población posible en base a programas educacionales, garantizando la igualdad, accesibilidad y gratuidad de la atención. (C. CHANG/MSP, 2008)

4.8.3 ENFOQUES DEL CONTROL PRENATAL

COMPLETO E INTEGRAL

- ✓ Atención por personal calificado.
- ✓ Detección precoz del embarazo.

- ✓ Control periódico e integral de la embarazada.
- ✓ Referencia de usuarias con riesgo obstétrico perinatal.

ATENCIÓN DE.

- Riesgo nutricional.
- Detección de discapacidades y enfermedades perinatales.
- Maltrato sexual, violencia intrafamiliar y drogodependencia.
- Infecciones de transmisión sexual.
- Consejería pre/posprueba de VIH/SIDA, detección y referencia.
- Enfermedades buco dentales. (C. CHANG/MSP, 2008)

PRECOZ

- El control prenatal debe iniciarse lo más temprano posible (en el primer trimestre) por la
- Relación entre la edad gestacional del primer control con los resultados del embarazo. (M. BARRERA, 2006)

ENFOQUE INTERCULTURAL

- El proveedor debe tener conocimiento de la cosmovisión tradicional y cultural con
- Comprensión de las prácticas ancestrales de curación de acuerdo a la diversidad cultural de la zona de atención. (C. CHANG/MSP, 2008)

PERIÓDICO

Toda mujer embarazada de BAJO RIESGO deberá completar mínimo 5 controles prenatales (uno de diagnóstico y cuatro de seguimiento) con el cumplimiento de todas las actividades que se registran en la historia clínica perinatal del CLAP/SMR-OPS/OMS. MSP-HCU. Form. # 051. (C. CHANG/MSP, 2008)

Nivel mínimo eficiente 5 controles

- ✓ Uno en las primeras 20 semanas.
- ✓ Uno entre las 22 y 27 semanas.
- ✓ Uno entre las 28 y 33 semanas.
- ✓ Uno entre las 34 y 37 semanas.
- ✓ Uno entre las 38 y 40 semanas

AFECTIVO

- ❖ Toda embarazada debe ser bienvenida y atendida con calidez y calidad.
- Los horarios de atención deben favorecer la concurrencia al control prenatal.
- Cuanto mayor el número de horas de atención, más elevado el número de mujeres que pueden concurrir.
- Cumplir con el horario de turnos y reducir el tiempo de espera de las pacientes.
- Se deben realizar exámenes y pruebas que responden a un propósito inmediato y que se ha demostrado que son beneficiosas. (C. CHANG/MSP, 2008)

e. MATERIAL Y MÉTODOS

5.1. TIPO DE ESTUDIO

El estudio es de tipo descriptivo, cuantitativo y prospectivo.

5.2. POBLACIÓN

La población está formada por todas las pacientes ingresadas en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital Regional Isidro Ayora, desde enero a julio del 2014.

5.3. MUESTRA

La muestra está formada por 100 pacientes gestantes, que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión.

5.4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Pacientes con riesgo obstétrico.
- Pacientes gestantes mayores de 13 años y menores de 48 años de edad.

5.5. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes internadas postparto
- Pacientes internadas post cesárea
- Pacientes post legrado
- Pacientes que no presenten riesgos obstétricos.
- Historias clínicas incompletas o con datos dudosos.

5.6. CRITERIOS ÉTICOS

El presente trabajo que se efectuara será bajo total anonimato de la identidad de cada una de las pacientes para lo cual se tomara como código el número de las historias clínicas, de donde solo se extraerá la información necesaria.

5.7. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

Los instrumentos que se utilizarán son las historias clínicas de las pacientes ingresadas en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital Regional Isidro Ayora, desde enero a julio del 2014, así como también la utilización de una hoja de recolección de datos para la obtención de la información pertinente al tema. (Anexo N° 1)

5.8. PROCEDIMIENTO

Durante nuestras pasantías realizadas en el servicio de Ginecología del Hospital Regional Isidro Ayora, pude observar algunas pacientes gestantes ingresadas por presentar alguna patología que comprometía la vialidad de su gestación, por lo que surgió la interrogante de establecer cuáles son los factores de riesgo obstétricos más comunes que aquejaban a esas pacientes ingresadas en el servicio; de esta manera me proyecte como tema de estudio determinar estos factores de riesgos, a la vez procedí a realizar asesorías con mis docentes acerca del tema a investigar; luego procedí a plantear mi interrogante como tema de tesis en la dirección de la carrera, y me asignaron un docente guía para la realización de mi proyecto de tesis y dar la pertinencia necesaria para continuar con la investigación de mi estudio; así conjuntamente con su asesoría planteamos un cronograma de actividades a realizar, en donde abarcaba los diferentes parámetros y fechas de realización, luego procedí con la recolección de datos mediante la utilización de una hoja elaborada para la recolección de información necesaria para el estudio; así, en la primera visita se realizó la obtención y revisión de las historias clínicas de las pacientes ingresadas en el servicio, encontrando información pertinente acerca del tema. Para luego tomar apuntes de los datos necesarios; esta recolección de datos se dio en varias visitas a las pacientes, en días aleatorios; luego de recolectar los datos, procedí a analizarlos, tabularlos y realizar los respectivos cuadros y gráficos estadísticos mediante el programa computarizado Microsoft Excel 2010, para su respectivo análisis e interpretación, a continuación realicé la discusión comparando mi estudio con varios trabajos investigativos realizados en otros lugares, teniendo relación con el presente estudio. Y finalmente procedí a la realización de las conclusiones y conjuntamente plantear algunas recomendaciones para futuros estudios.

f. RESULTADOS

CUADRO Nº 1: FACTORES DE RIESGO OBSTÉTRICOS MÁS COMUNES

FACTOR DE RIESGO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Embarazo Precoz	5	5%
Embarazo Tardío	4	4%
Ruptura Prematura de Membranas	10	10%
Amenaza de Parto Pretérmino	37	37%
Preeclampsia	17	17%
Infecciones maternas	24	24%
Hipertensión arterial	3	3%
TOTAL	100	100%

Fuente: Historias Clínicas del Hospital Regional Isidro Ayora

Autor: Luis Rolando Esparza Cartuche

Interpretación se puede observar que los principales riesgos obstétricos que se presentaron son la amenaza de parto pretérmino 37%, las infecciones maternas 24%; la Preeclampsia 17%; la ruptura prematura de membranas 10% del total. Los demás factores de riesgo obstétricos que se presentan son en menor frecuencia.

CUADRO № 2: TIPO DE RIESGO OBSTÉTRICO.

FACTOR DE RIESGO	RIESGO	BAJO	RIESGO ALTO				
	F	Р	F	Р			
Embarazo Precoz	5	5%					
Embarazo Tardío	4	4%					
Ruptura Prematura de membranas			10	10%			
Amenaza de Parto Pretérmino	37	37%					
Preeclampsia			17	17%			
Infecciones maternas	24	24%					
Hipertensión arterial			3	3%			
TOTAL	70	70%	30	30%			
IOIAL	100						

Autor: Luis Rolando Esparza Cartuche

Interpretación se puede observar que el Riesgo Bajo está representado por amenaza de parto pretérmino con el 37%, infecciones maternas con el 24%, embarazo precoz con el 5% y embarazo tardío con el 4%. El riesgo alto está formado por preeclampsia con el 17%, ruptura prematura de membranas con el 10%, e hipertensión arterial con el 3%; dándonos un total del 100% que representa a nuestra muestra.

CUADRO Nº 3: FACTORES DE RIESGO POR GRUPO ETARIO

FACTOR DE			GRUPO ETARIO									
RIESGO	15-19		20-24		25-29		30-34		35-39		40-44	
	F	Р	F	Р	F	Р	F	Р	F	Р	F	Р
Embarazo Precoz	5	5%										
Embarazo Tardío											4	4%
Ruptura Prematura de Membranas	2	2%	1	1%	4	4%	2	2%	1	1%		
Amenaza de Parto Pretérmino	12	12%	8	8%	10	10%	6	6%	1	1%		
Preeclampsia	1	1%	4	4%	1	1%	6	6%	4	4%	1	1%
Infecciones maternas	4	4%	9	9%	7	7%	3	3%	1	1%		
Hipertensión arterial					1	1%	1	1%			1	1%
TOTAL	24	24%	22	22%	23	23%	18	18%	7	7%	6	6%
TOTAL	100											

Autor: Luis Rolando Esparza Cartuche

Interpretación se puede observar dentro del grupo etario de 15 a 19 años de edad, los factores de riesgo más predominante son la amenaza de parto pretérmino con 12%; embarazo precoz con 5%, las infecciones maternas con 4%. De 20 a 24 años de edad, infecciones maternas con 9%; amenaza de parto pretérmino con 8%; preeclampsia con 4%. De 25 a 29 años de edad, amenaza de parto pretérmino con 10%; las infecciones maternas con 7%. De 30 a 34 años de edad, amenaza de parto pretérmino y la preeclampsia con el 6% cada uno, las infecciones maternas con 3%. De 35 a 39 años de edad, preeclampsia con 4%, la ruptura prematura de membranas, la amenaza de parto pretérmino y las infecciones maternas 1% cada uno. De 40 a 44 años de edad, el embarazo tardío con 40%, hipertensión arterial y preeclampsia con 1% cada uno; dándonos un total del 100% que es nuestra muestra.

CUADRO № 4: RELACIÓN ENTRE CONTROLES PRENATALES Y FACTORES DE RIESGO

	CONTROLES PRENATALES					
FACTORES DE RIESGO		R A 5 ROLES	MAYOR A 5 CONTROLES			
	F	Р	F	Р		
Embarazo Precoz	3	3%	2	2%		
Embarazo Tardío	2	2%	2	2%		
Ruptura Prematura de membranas	8	8%	2	2%		
Amenaza de Parto Pretérmino	30	30%	7	7%		
Preeclampsia	7	7%	10	10%		
Infecciones maternas	20	20%	4	4%		
Hipertensión arterial	2	2%	1	1%		
TOTAL	72	72%	28	28%		
TOTAL	100					

Autor: Luis Rolando Esparza Cartuche

Interpretación se puede observar que el mayor porcentaje del embarazo precoz 3% se presentó en las pacientes de menos de 5 controles; el embarazo tardío se mantiene en el 2% en ambos casos; el mayor porcentaje de ruptura prematura de membranas 8% se presenta en las pacientes con menos de 5 controles; la amenaza de parto pretérmino se presentó con el 30% en las pacientes de menos de 5 controles; la preeclampsia se presentó con el 10% en las pacientes de más de 5 controles; las infecciones maternas se presentó con el 20% en las pacientes con menos de 5 controles; la hipertensión arterial se presentó con el 2% en las pacientes de menos de 5 controles.

CUADRO Nº 5: TIPO DE RIESGO OBSTÉTRICO SEGÚN EL MSP

		TIPO DE RIESGO							
FACTOR DE RIESGO		RIESGO BAJO		RIESGO ALTO		RIESGO INMINENTE			
		Р	F	Р	F	Р			
embarazo precoz	5	5%							
embarazo tardío	4	4%							
ruptura prematura de membranas amenaza de parto pretérmino					10	10%			
					37	37%			
Preeclampsia					17	17%			
infecciones maternas	24	24%							
hipertensión arterial			3	3%					
TOTAL		33%	3	3%	64	64%			
IOIAL	100								

Autor: Luis Rolando Esparza Cartuche

Interpretación se observa que según la clasificación del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, el Riesgo Bajo está representado por infecciones maternas con el 24%, embarazo precoz con el 5%; embarazo tardío con el 4%; El Riesgo Alto por hipertensión arterial gestacional con el 3%. Y el Riesgo Inminente por amenaza de parto pretérmino 37%, preeclampsia 17%, y ruptura prematura de membranas con el 10%, dando un total del 100%.

g. DISCUSIÓN

Al realizar un análisis comparativo con los resultados obtenidos en el presente estudio, con los datos obtenidos en un estudio realizado en la ciudad de titulado como: "COMPLICACIONES **OBSTÉTRICAS** Azogues, ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL "HOMERO CASTAÑIER CRESPO" DE LA CIUDAD DE AZOGUES. EN EL PERIODO ENERO - DICIEMBRE 2008"; realizado por Elva López Quevedo, donde se toma como muestra a 220 historias clínicas de las gestantes adolescentes con complicaciones obstétricas, hospitalizadas en el servicio de Obstetricia del Hospital antes mencionado durante el año 2008; concluyendo que en relación a los trastornos hipertensivos, como hipertensión arterial gestacional se observó que hay una frecuencia de 2 pacientes, representando el 0.91%, lo que denota una baja frecuencia, al igual que en el presente estudio, donde las adolescentes dentro de este grupo etario no presentan casos de hipertensión arterial gestacional. En relación con la preeclampsia podemos observar que en dicho estudio se presenta una frecuencia de 10 pacientes, representando el 4.55%, y en nuestro estudio 5 adolescentes presentaron podemos observar que preeclampsia, representando el 5%; por lo que podemos concluir que en relación a la preeclampsia en las adolescentes se presentan en porcentajes bajos, no existiendo así una gran diferencia con otras ciudades. En lo que concierne a la amenaza de parto pretérmino se presenta con una frecuencia de 22 adolescentes lo que representa el 10%; al igual que en nuestro estudio donde 20 adolescentes lo presentaron, representando el 20%, por lo tanto podemos observar que este factor de riesgo se mantiene en un elevado porcentaje en ambos estudios dentro de este grupo etáreo. En el mismo estudio se puede observar que la ruptura prematura de membranas se presenta con una frecuencia de 9 pacientes representado el 9%; que no es muy lejano a la frecuencia de 3 pacientes, que representa el 3%, por lo tanto podemos afirmar que en ambos estudios se mantiene en porcentajes bajos este factor de riesgo. También se observa que hay una alta frecuencia con respecto a las infecciones maternas, presentándose 68 casos, dando un porcentaje de 30.9%, en relación a nuestro estudio donde se observó un total de 13 casos de gestantes,

representando el 13% que presentan este factor de riesgo, aunque no con tanta frecuencia como en el estudio realizado en la ciudad de Azogues.

En un estudio realizado en la ciudad de Loja titulada como: "PREVALENCIA DE PATOLOGÍAS QUE IMPLICAN ALTO RIESGO OBSTÉTRICO EN MUJERES GESTANTES MAYORES DE 35 AÑOS ATENDIDAS DURANTE EL PERIODO ABRIL DE 2009 A ABRIL DE 2012 EN EL HUTPL DE LA CIUDAD DE LOJA." Realizada por Verónica Fierro Castillo, con una muestra de 118 pacientes gestantes atendidas en el área de gineco-obstetricia del Hospital de la Universidad Técnica Particular de Loja, de las cuales 54 pacientes son menores de 35 años y 64 pacientes son igual o mayores a 35 años de edad; en donde se observó que, el porcentaje de mujeres gestantes mayores a 35 años atendidas, que presentaron durante su gestación una condición de riesgo obstétrico fueron 43 con un porcentaje de 67,2%, en estas pacientes se presentaron condiciones de alto riesgo obstétrico, entre ellas: hipertensión gestacional sin proteinuria 4,5%, Oligoamnios 4,5%, placenta de inserción baja 4,5%, todas estas con una frecuencia de 1 paciente por cada riesgo obstétrico; además de ruptura prematura de membranas 9,2% y preeclampsia representando el 9,2% con una frecuencia de 2 pacientes cada uno. Con estos datos, y al realizar una comparación con nuestra investigación, podemos afirmar que el 3% de las gestantes que presentaron hipertensión arterial gestacional, encasillándolas en Riesgo Obstétrico Alto es del 3%, en cambio el 33% presenta un tipo de Riesgo Obstétrico Bajo ya que el 24% presentaron infecciones maternas, embarazo precoz el 5% y embarazo tardío el 4% y la gran mayoría de las pacientes de nuestro estudio es decir el 64% presentan un riesgo inminente, ya que el 37% pacientes presentaron amenaza de parto pretérmino, el 17% presentaron preeclampsia y el 10% ruptura prematura de membranas.

Al analizar un estudio efectuado en la ciudad de Ambato, titulado como: "CONTROLES PRENATALES Y SU INFLUENCIA EN LA PRESENCIA DE AMENAZA DE PARTO PREMATURO EN MADRES ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL CENTRO OBSTÉTRICO DEL HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE AMBATO EN EL PERÍODO ENERO – JUNIO 2012", realizado por Grace López, donde se utilizó una muestra de 50 pacientes, y se concluyó que

en lo referente al control prenatal en este estudio, el 68% que equivale a 34 casos se controla menos de cinco veces, el 32% (16 casos) se controlan más de 5 veces; constituyendo así que el inadecuado control prenatal de las madres adolescentes constituye un factor importante para el aparecimiento de amenaza de parto pretérmino, sin tomar en consideración si determinados controles fueron adecuados o inadecuados. Con estos datos, y al realizar una comparación con nuestra investigación, podemos afirmar que el 72% de las gestantes se realiza menos de 5 controles durante su gestación, que es igualmente un porcentaje elevado de pacientes con un mal control prenatal, además observamos que la amenaza de parto pretérmino es el factor con un mayor porcentaje dentro del grupo de las madres con menos de 5 controles, por lo que tienen una relación el estudio realizado en la ciudad en Ambato con el estudio realizado en nuestra ciudad, y por ende existe una relación entre la aparición de factores de riesgo obstétrico con el número insuficiente de controles prenatales.

Una buena educación y orientación materna, además de los controles prenatales es fundamental para el éxito de una gestación y de las futuras gestaciones, así pues la embarazada debe estar en la capacidad para reconocer y diferenciar las molestias que son propias de la gestación de aquellas que no lo son, las cuales pudieran constituir una verdadera emergencia obstétrica y, por lo tanto, que acudan oportunamente a la atención médica apropiada.

h. CONCLUSIONES

Mediante el desarrollo de la presente tesis se ha logrado llegar a las siguientes conclusiones:

- Los factores de riesgo obstétricos más comunes que se presentaron en las mujeres gestantes, son la amenaza de parto pretérmino, las infecciones maternas, preeclampsia; ruptura prematura de membranas.
- Según el tipo de riesgo, el Riesgo Bajo con un mayor porcentaje, representado por amenaza de parto pretérmino, infecciones maternas, embarazo precoz y embarazo tardío. El riesgo alto representado por ruptura prematura de membranas, preeclampsia e hipertensión arterial.
- En lo que respecta a los factores de riesgo según el grupo etario, podemos concluir que, entre los 15 a 19 años de edad los riesgos más frecuentes son: la amenaza de parto pretérmino, el embarazo precoz y las infecciones maternas. Entre las edades de 20 a 24 años: las infecciones maternas, la amenaza de parto pretérmino y la preeclampsia. De 25 a 29 años de edad: la amenaza de parto pretérmino, las infecciones maternas y ruptura prematura de membranas. En las edades de 30 a 34 años: la amenaza de parto pretérmino y la preeclampsia. En las edades de 35 a 39 años: la preeclampsia, y finalmente de 40 a 44 años de edad: el embarazo tardío.
- En lo concerniente a la relación entre los controles prenatales y los distintos factores de riesgo, podemos afirmar que existe una relación entre la aparición de estos factores con presentar menos de 5 controles prenatales.
- En lo relacionado a la clasificación de los grupos de riesgo obstétricos según el Ministerio de Salud Pública del Ecuador, son: el Riesgo Inminente, el cual está representado por amenaza de parto pretérmino,

preeclampsia y ruptura prematura de membranas. El Riesgo Bajo conformado por infecciones maternas, embarazo precoz y embarazo tardío; y finalmente el Riesgo Alto constituido por hipertensión arterial gestacional.

i. RECOMENDACIONES

Al final del trabajo y como parte de la investigación realizada, me permito hacer las siguientes recomendaciones:

- ✓ Motivar a las madres gestantes para que acudan periódicamente a las Unidades de Salud, para los controles prenatales de acuerdo a las normas establecidas por el Ministerio de Salud Pública, como mínimo 5 controles durante la gestación.
- ✓ Informar a las mujeres embarazadas sobre los distintos factores que predisponen a desarrollar algún tipo de riesgo obstétrico, para que de esta manera tomen nuevos estilos de vida o desarrollen prácticas saludables durante su gestación; con el fin de prevenir la aparición de complicaciones que se pueden presentar, ya que en esta etapa son frecuentes las infecciones, que si no son tratadas adecuadamente pueden llevar a una complicación mayor, pudiendo presentarse en ocasiones amenaza de aborto, amenaza de parto pretérmino o una ruptura prematura de membranas.
- ✓ Orientar a las mujeres gestantes sobre los peligros que conlleva mantener un embarazo en edades muy tempranas y tardías ya sea por la inmadurez tanto física como psicológica.
- ✓ Comunicar a las madres embarazadas que se debe llevar un buen control médico de su gestación para tener información de cómo va el curso de la gestación y de los diferentes cambios que se presentan durante el embarazo, y también con el fin de prevenir la aparición de complicaciones que se pueden presentar, ya que en esta etapa son frecuentes las infecciones, como infecciones del tracto urinario, que si no son tratadas adecuadamente pueden llevar a una complicación mayor, pudiendo presentarse en ocasiones amenaza de aborto, amenaza de parto pretérmino o una ruptura prematura de membranas; provocando

en ocasiones un parto prematuro que sería riesgoso para la vida del bebe así como la vida de la madre.

j. BIBLIOGRAFÍA

- A. PEREZ, E. D. (2011). OBSTETRICIA. BUENOS AIRES: MEDITERRANEO.
- C. CHANG/MSP, E. T. (2008). COMPONENTE NORMATIVO MATERNO NEONATAL. QUITO: CONASA.
- C. MATE, C. S. (2005). GUIA DE PROCEDIMINETOS PARA EL CONTROL
 DEL EMBARAZO. BUENOS AIRES: GOBIERNO DE BUENOS AIRES.
- E. ALVAREZ, Y. B. (2008). OBSTETRICIA. MURCIA: GALERIA.
- E. OYARZUN, J. B. (18 de JUNIO de 2004). CONTROL PRENATAL. Obtenido de ALTO RIESGO OBSTETRICO: http://escuela.med.puc.cl/paginas/departamentos/obstetricia/altoriesgo/c ontrol_prenatal.html
- F. CUNNINGHAM, K. L. (2006). WILLIAMS OBSTETRICIA. MEXICO DISTRITO FEDERAL: McGRAW HILL.
- F. ZUÑIGA. (13 de JUNIO de 2014). PREZI. Obtenido de PREZI: https://prezi.com/dyg9ncdkysya/control-prenatal-en-embarazo-de-bajo-riesgo/
- H. SALINAS, M. P. (2005). OBSTETRICIA. SANTIAGO DE CHILE: RED.
- I. ZIGHELBOIM, D. G. (2007). CLINICA OBSTETRICA. CARACAS: DISINLIMED.
- J. ALLER, G. P. (2009). OBSTETRICIA MODERNA. CARACAS: TINTA FRESCA.
- J. BOTERO, A. J. (2004). OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA. BOGOTA: TINTA FRESCA.
- J. SCHORGE, J. S. (2008). WILLIAMS GINECOLOGIA. DALLAS: McGRAW HILL.
- J. VAZQUEZ, L. R. (2003). MANUAL BASICO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA. MADRID: INGESA.

- L. CAMPOVERDE /MSP, L. R. (2008). CLASIFICACION DEL RIESGO OBSTETRICO. QUITO: COORDINACIÓN ZONAL.
- L. VONTVER, V. M. (2007). OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA. MEXICO DISTRITO FEDERAL: McGRAW HILL INTERAMERICANA.
- M. BARRERA, J. R. (2006). ATENCION PRENATAL CON ENFOQUE DE RIESGO. MEXICO DISTRITO FEDERAL: CENTRO ESTATAL DE INFORMACION EN SALUD.
- M. CAÑETE. (2004). URGENCIA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA. TOLEDO: ALABACETE.
- O. RIGOL. (2004). OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA. LA HABANA: CIENCIAS MEDICAS.
- R. SCHWARCZ, R. F. (2008). OBSTETRICIA. BOGOTA: EL ATENEO.
- Y. SENTIES. (6 de JUNIO de 2005). Instituto Mexicano del Seguro Social. Obtenido de Instituto Mexicano del Seguro Social: http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/007ssa23.html

k. ANEXOS

ANEXO N°1



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA ÁREA DE LA SALUD HUMANA CARRERA DE MEDICINA HUMANA



	HOJA DE REGISTRO DE RIESGOS OBSTÉTRICOS																			
Nº	Nº de historia clínica	Edad	Edad gestacional	Embarazo precoz	Embarazo tardía	Multípara	Abortos	Desnutrición	Obesidad	Ruralidad	Consumo de alcohol	Hemorragia del primer trimestre del embarazo	Diabetes	RPM	АРР	Preeclampsia	Control prenatal insuficiente	Infección materna	Hipertensión arterial	Consumo de tabaco



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA SALUD HUMANA

CARRERA MEDICINA

PROYECTO DE TESIS

TEMA:

DETERMINAR LOS FACTORES DE RIESGO OBSTÉTRICO MÁS COMUNES EN LAS MUJERES GESTANTES INTERNADAS EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA, DEL HOSPITAL REGIONAL ISIDRO AYORA EN EL PERIODO DE ENERO A JULIO DE 2014.

AUTOR:

LUIS ROLANDO ESPARZA CARTUCHE

LOJA – ECUADOR

2014

TEMA

DETERMINAR LOS FACTORES DE RIESGO OBSTÉTRICO MÁS COMUNES EN LAS MUJERES GESTANTES INTERNADAS EN EL SERVICIO DE GÍNECO-OBSTETRICIA, DEL HOSPITAL REGIONAL ISIDRO AYORA EN EL PERIODO DE ENERO A JULIO DE 2014.

PROBLEMA:

¿CUÁLES SON LOS FACTORES DE RIESGO OBSTÉTRICOS MÁS COMUNES QUE PRESENTAN LAS MUJERES GESTANTES INTERNADAS EN EL SERVICIO DE GÍNECO-OBSTETRICIA, DEL HOSPITAL REGIONAL ISIDRO AYORA, DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO DESDE ENERO A JULIO DE 2014?

PROBLEMÁTICA

Se entiende como factor de riesgo obstétrico, a todos aquellos factores externos o intrínsecos a la mujer, que pueden propiciar alguna complicación durante la evolución del embarazo, el desarrollo del parto, del puerperio o que puedan alterar de alguna forma del desarrollo normal o la supervivencia del producto.

Los factores de riesgo son innumerables y su importancia puede ser mayor o menor, más cuando en una gestante pueden concurrir varios factores, con mayor efecto sobre el producto. La valoración del riesgo es un proceso dinámico, ya que se puede incrementar, disminuir o mantener sin variaciones, de ahí la necesidad de la evaluación continua de toda gestante.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), todos los días mueren 800 mujeres en el mundo por causas relacionadas con el embarazo y el parto. La mayor parte de estas muertes son prevenibles y un porcentaje muy grande corresponde a mujeres en situación de vulnerabilidad: rurales, indígenas, afro- descendientes y pobres. Las causas directas de la mortalidad materna incluyen la eclampsia y preeclampsia, las hemorragias, las infecciones y los abortos inseguros, así como otros problemas que trae consigo la falta de controles prenatales durante la gestación.

Muchas de estas causas se relacionan con la falta de acceso a servicios de salud de calidad, que se asocian con costos elevados de la atención médica, deficiencias en los insumos y equipos, y la falta de personal capacitado. Asimismo, existen barreras estructurales como las leyes, políticas y prácticas que perpetúan la discriminación contra las mujeres en el ámbito social, económico y familiar.

Un 99% de la mortalidad materna corresponde a los países en desarrollo. Siendo la morbi-mortalidad materna mayor en las zonas rurales y en las comunidades más pobres; en comparación con las mujeres de más edad, las jóvenes adolescentes corren mayor riesgo de complicaciones y muerte a consecuencia del embarazo. La atención especializada antes, durante y después del parto puede salvarles la vida a las embarazadas y a los recién nacidos. Por lo que la mortalidad materna mundial se ha reducido en casi la

mitad entre 1990 y 2010. En 2010 murieron 287 000 mujeres durante el embarazo y el parto o después de ellos. Prácticamente todas estas muertes se produjeron en países de ingresos bajos y la mayoría de ellas podrían haberse evitado.

El embarazo de alto riesgo constituye un problema de Salud Pública de considerable magnitud, de acuerdo a los altos índices de morbilidad perinatal, según publicaciones nacionales de España, las tasas de morbilidad perinatal son muy elevadas (45%), observándose un incremento en la incidencia de embarazos de alto riesgo entre 20% a 30%.

En la Ciudad de Valencia, en el año 2003, se hallaron como principales factores de alto riesgo en las pacientes embarazadas: bajo nivel socioeconómico (65%), Antecedentes Familiares de Hipertensión arterial (76%), Hipertensión arterial (34%), control prenatal (74%), hábitos cafeínicos (65%), hábitos tabáquicos (20%). Preeclampsia grave (63%). Siendo el Síndrome de HELLP (6%), la complicación materna preponderante.

Los investigadores de este estudio observaron en la Consulta Prenatal de Embarazo de Alto Riesgo, un incremento en la concurrencia de embarazadas a este servicio del año 2006 al 2009. Esta situación motivó a realizar un estudio, debido a que en el embarazo es una etapa en la mujer en la cual se deben tener presentes ciertos aspectos para ser observados y vigilados constantemente por el equipo médico entre los cuales cabe mencionar los siguientes: factores epidemiológicos, biológicos, psicológicos, entre otros.

Cabe señalar la importancia que, aunque las pacientes embarazadas que acuden al control prenatal presentan buenas condiciones de salud, si se encuentra en su historia uno o más factores de naturaleza epidemiológica y características sociales, tales como: analfabetismo, la pobreza crítica y domicilio en áreas periurbanas, que deberán estar bajo un control con permanente vigilancia médica.

Es importante destacar la relevancia de evaluar en el servicio prenatal de los establecimientos de salud los antecedentes de patologías gineco-obstétricas

perinatal o general, preeclampsia y eclampsia, cesáreas anteriores y la ruptura prematura de membranas, todo esto con el propósito de que el servicio de obstetricia tenga bajo control todos los cambios que puedan presentarse durante el embarazo, trabajo de parto y periodo expulsivo y evitar o limitar la amenaza en la salud del binomio madre –hijo.

En América Latina y el Caribe que son una de las regiones del mundo que ha logrado mayores avances en los objetivos del milenio relacionados con la salud, en especial de la niñez.

Son muy variados los factores que actúan sobre la mortalidad materno infantil. Entre otros, el nivel de ingreso de las familias y su nivel educativo, el estado nutricional de la mujer, el acceso a servicios básicos tales como agua potable y saneamiento básico o a atención en salud sexual y reproductiva, y la edad de la madre. No hay duda que la legislación de la salud de la mujer que asegure igualdad de derechos es también un factor que la afecta. Asimismo, el mejorar el acceso a los servicios de salud y avanzar en la institucionalización del parto reduciría la tasa de mortalidad, como de hecho se ha logrado en varios países de la región. Ahora bien, el acceso a dichos servicios está condicionado por razones económicas, sociales y geográficas; tales como la falta de independencia financiera y autonomía de la mujer y la lejanía entre su vivienda y el centro o servicio.

Brasil ha logrado importantes disminuciones en los índices de mortalidad materna infantil, pero no hay duda de que aún tienen mucho camino por recorrer para alcanzar la meta. Además, como es de esperarse, existen grandes disparidades entre estratos socioeconómicos y poblaciones de diferente origen étnico.

La mortalidad materna en el Ecuador en el año del 2002 alcanzó el 76.4 por cien mil nacidos vivos, siendo la causa más frecuente trastornos hipertensivos del embarazo (41.9%), complicaciones de la labor y parto (20.2%), la mortalidad infantil en menores de un año fue de 22,3 por mil nacidos vivos y de ellos el 37.9% se relaciona con problemas asociados con el embarazo y el parto.

Para el Subsistema de Vigilancia Epidemiológica e Investigación de la Mortalidad Materna - MSP, la hemorragia obstétrica es la primera causa de muerte materna que representa el 43.3% y de este porcentaje el 31.8% le corresponde a hemorragia post-parto; como segunda causa está la eclampsia con el 32.7% y sepsis el 1.7%.

Por otro lado estos altos índices de morbilidad materna infantil se deben en gran medida a la incapacidad para reconocer los signos de complicaciones por los profesionales, retardo en la búsqueda de atención por parte de la embarazada, demora en el desplazamiento al sitio de atención, atención deficiente en los establecimientos de salud, falta de personal capacitado para la atención a la gestante durante el parto y el puerperio, incumplimiento de las prescripciones e indicaciones de la gestante, y ausencia por parte de la gestante al acudir al control prenatal entre otras.

El aumento de la atención obstétrica y neonatal ofertada por el SNS es significativo, especialmente en el control prenatal y la atención del parto donde está incluida la oferta pública y privada representada por la Junta de Beneficencia de Guayaquil El aumento de cobertura no asegura controles prenatales de calidad, mientras que la atención del puerperio tiene muy bajos porcentajes de cumplimiento en el país

JUSTIFICACIÓN

Uno de los principales objetivos de la medicina hoy en día es maximizar la calidad de vida al binomio madre-hijo, de tal manera que la paciente no presente morbilidad antes, durante y posterior al parto ni mucho menos que muera como consecuencia del embarazo, y que el neonato tenga la mejor oportunidad para un óptimo desarrollo físico, mental y emocional.

El presente trabajo tiene como objetivo determinar las patologías que implican alto riesgo obstétrico en las gestantes teniendo en cuenta que existen múltiples factores que participan en la génesis de esta situación, es fundamental para su abordaje dirigir los esfuerzos hacia la identificación de la población obstétrica que más ayuda necesita.

Según datos del INEC, en el año 2010 el 19,26% de los embarazos ocurrieron en adolescentes de 15 a 19 años de edad, siendo un grupo sumamente vulnerable a presentar complicaciones durante el embarazo.

Para el Subsistema de Vigilancia Epidemiológica e Investigación de la Mortalidad Materna - MSP, la hemorragia obstétrica es la primera causa de muerte materna que representa el 43.3% y de este porcentaje el 31.8% le corresponde a hemorragia post-parto; como segunda causa está la eclampsia con el 32.7% y sepsis el 1.7%.

Según los informes del INEC en 2011 había más de 7 millones 698 mil mujeres en el país, de las que fallecieron 27.036. Específicamente, entre las principales causas de mortalidad materna están la hemorragia postparto, con el 17,01% (41 muertes), la hipertensión gestacional, con 12,45% (30 muertes), eclampsia o la aparición de convulsiones y coma durante el embarazo, con 12.8% (31 fallecidas).

Como uno de los riesgos obstétricos podemos citar la alteración en la nutrición ya que son muchos los factores que inciden de manera directa o indirecta en la nutrición de mujeres embarazadas especialmente adolescentes entre 12 a 18

años, entre los principales se puede mencionar incompleto desarrollo fisiológico, psicológico y emocional de las adolescentes, la inestabilidad emocional, así como su inadecuada nutrición durante el embarazo; a esto se suma la dependencia económica de los padres y la ausencia de responsabilidad económica de la pareja. A demás los hábitos alimenticios inadecuados, antes del embarazo, y lamentablemente, aún durante el embarazo ya que se han registrados casos, en los que la adolescente se entera de su embarazo a los cinco o seis meses de gestación, tiempo durante el cual ha continuado con el consumo inadecuado de alimentos, incluso sustancias dañinas para el producto como alcohol y cigarrillos.

En contra parte en nuestro país en vía de desarrollo y con la población similar a países vecinos el sobrepeso y la obesidad son considerados como problema en las embarazadas.

Ya que un estudio realizado en las embarazadas atendidas en el hospital cantonal de Alamor de la provincia de Loja durante el periodo octubre 2011-Julio 2012. Se encontró que el mayor porcentaje de mujeres con sobrepeso y obesidad antes del embarazo corresponde aquellas con edades mayores de 30 años de acuerdo al IMC.

Tomando en cuenta la curva relación peso-talla-edad gestacional del ministerio de salud pública, se encontró que existe un 24.40% de sobrepeso y un 4.50% de obesidad en las pacientes durante el embarazo.

Al contrario 59.70% de las embarazadas tienen un peso adecuado para su talla y edad gestacional y un 11, 30% se encuentran con peso bajo.

Al analizar estos resultados se encontró que el 62,50% de todas las pacientes embarazadas entre 30 y 34 años sufren de sobrepeso y 18,7% de Obesidad; pacientes con edades entre 25 y 29 años el índice de sobrepeso fue de 31,1% y de obesidad 3,2%.

En su contraparte los menores índices de sobrepeso están en pacientes por debajo de 19 años con un 6,6% de sobrepeso y 0% de obesidad.

También se conoció que el 100% de las pacientes obesas; el 85.18% de las pacientes con sobrepeso, el 62.87% de las pacientes con peso normal y el 72% de las pacientes con bajo peso, presentaron algún tipo de patología durante el embarazo.

Sumando al problema de la obesidad otra complicación que se puede presentar es la diabetes gestacional, donde el manejo del embarazo deberá ser llevado bajo control por eso en los resultados de una revisión sistemática del año 2009 revelan que el tratamiento a base de insulina y asesoramiento dietético de la diabetes gestacional, tiene una gran efectividad, ya que reduce la morbi-mortalidad materno-neonatal al mantener a la madre con niveles óptimos de glicemia que no alteran al feto.

A demás de la diabetes gestacional otra complicación que se da por la obesidad serian problemas hipertensivos ya que al realizar un estudio en donde analizaron 167 historias clínicas de madres que fueron atendidas por morbilidad durante el embarazo en hospital de Cuenca durante el periodo de marzo del 2012 a febrero del 2013, se pudo observar que los trastornos hipertensivos y la amenaza de parto pretérmino, representan más de la mitad de los casos (59.87%), seguidas del resto con una incidencia notablemente menor (45.69 %) de un total de 167 pacientes.

Citando un estudio realizado en el Hospital de la Universidad Técnica Particular de Loja durante el periodo Abril 2009 a Abril de 2012, el porcentaje de mujeres gestantes ≥ 35 años atendidas que presentó alguna patología obstétrica o condición de riesgo obstétrico durante el periodo gestacional fue de 67,2% y de ellas, el 51,2% presentó patologías o condiciones que representa un alto riesgo obstétrico, entre ellas: hipertensión gestacional sin proteinuria 4,5%, Oligoamnios 4,5%, placenta de inserción baja 4,5%, síndrome antifosfolipídico 4,5%, ruptura prematura de membranas 9,2%, preeclampsia 9,2% y cirugía uterina previa 92,3%.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar los factores de riesgo obstétrico más comunes que presentan las mujeres gestantes internadas en el servicio de gineco-obstetricia, del hospital regional isidro ayora en el periodo de enero a julio de 2014

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar el riesgo obstétrico en las pacientes internadas en el servicio de gineco-obstetricia, de acuerdo al tipo de riesgo (riesgo alto y riesgo bajo)
- Identificar en qué grupo etario se presentan con mayor frecuencia los distintos tipos de factores de riesgo obstétricos.
- Establecer la relación que existe entre los controles prenatales con la aparición de factores de riesgo obstétrico en las mujeres gestantes.
- Determinar según la clasificación del MSP a que grupos de riesgo pertenece las pacientes internadas en el servicio de gineco-obstetricia.

HIPÓTESIS

*	¿Los factores de riesgo obstétricos son más frecuentes en las mujeres embarazadas de edad avanzada?
*	¿El grupo etario con más factores de riesgo corresponden a las mujeres primigestas?
*	¿Las mujeres gestantes en categoría de riesgo alto corresponde a las mujeres multíparas?

MARCO TEÓRICO

RIESGO OBSTETRICOS

DEFINICIÓN

RELACIÓN DEL FACTOR DE RIESGO CON EL DAÑO PRODUCIDO

EMBARAZO DE BAJO RIESGO

EMBARAZO DE ALTO RIESGO

CRITERIOS DE RIESGO OBSTÉTRICOS.

FACTORES DE RIESGO OBSTÉTRICOS

CLASIFICACIÓN DE FACTORES DE RIESGO

DETERMINACIÓN DE GRUPOS DE FACTORES DE RIESGO

EMBARAZO PRECOZ

EMBARAZO TARDÍO

MULTIGRAVIDEZ

INTERVALO INTERGENÉSICO MENOR DE DOS AÑOS

PREECLAMPSIA

ECLAMPSIA

DIABETES GESTACIONAL

MALFORMACIONES CONGÉNITAS

NIVEL SOCIO ECONÓMICO BAJO

CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y DROGAS

CONTROL PRENATAL

DEFINICIÓN

CARACTERÍSTICAS

ENFOQUES

RECOMENDACIONES

METODOLOGÍA

TIPO DE ESTUDIO

El presente trabajo investigativo se realizará a través de un estudio de tipo descriptivo, cuantitativo prospectivo, transversal.

- De tipo cuantitativo: ya que nos permite cuantificar los datos obtenidos de las historias clínicas y también de las encuestas realizadas a las pacientes ingresadas en el servicio de gíneco-obstetricia del Hospital Regional Isidro Ayora.
- > De tipo prospectivo: Según el tiempo de ocurrencia de los hechos, transversal porque estudiaremos las variables simultáneamente en determinado momento.

POBLACION Y MUESTRA

La población está formada por todas las pacientes ingresadas en el servicio de gíneco-obstetricia del Hospital Regional Isidro Ayora, desde enero a julio del 2014, de las cuales se seleccionará a 100 pacientes que corresponderá a la muestra.

Criterios de inclusión

- 1. Pacientes con riesgo obstétrico.
- 2. Pacientes mayores de 13 años y menores de 48 años de edad.

Criterios de exclusión

- 1. Pacientes internadas postparto
- 2. Pacientes internadas postcesárea
- 3. Pacientes post legrado
- 4. Pacientes que no presenten riesgo obstétrico

CRITERIOS ÉTICOS

El presente trabajo que se efectuara será bajo total anonimato de la identidad de cada una de las pacientes para lo cual se tomara como código el número de las historias clínicas, de las cuales solo se extraerá la información necesaria.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable independiente: Consumo de alcohol, tabaco, Actividad laboral inadecuada.

Consumo de alcohol, tabaco: El tabaco produce una disminución en el peso del recién nacido de entre 200 y 300 gramos. Bien por el efecto directo en la absorción de sustancias tóxicas -como nicotina o monóxido de carbono- o bien por la alteración del flujo uterino y alteraciones en la concentración de gases sanguíneos, provoca que el niño tenga un peso más bajo que los niños cuyas madres no han fumado durante el embarazo. Parece que el tabaco aumenta los riesgos de rotura prematura de membranas, parto pretérmino, hemorragias pretérmino, retraso de crecimiento intrauterino y aumenta la morbi-mortalidad perinatal.

Durante el embarazo deben evitarse las bebidas alcohólicas, el consumo habitual puede producir efectos adversos en el recién nacido, como retrasos de crecimiento o incluso el síndrome alcohólico-fetal, caracterizado por retraso de crecimiento, anomalías en el desarrollo cráneo-facial y alteraciones del sistema nervioso central.

Actividad laboral inadecuada: La gestación y el trabajo no son incompatibles, pero sí, y debido a los cambios fisiológicos, anatómicos y psicológicos que tienen lugar en el organismo femenino durante el embarazo, la mujer trabajadora adquiere especial sensibilidad ante condiciones y factores de riesgo de su puesto de trabajo que en otras circunstancias serían considerados como aceptables.

La primera regla de la actividad laboral durante el embarazo es no permanecer mucho tiempo de pie ni tampoco cansarse demasiado; se debe aprender a poner un alto antes de que se llegue a la fatiga. Se debe recomendar de no levantar objetos que sean muy pesados, esto es muy perjudicial por el esfuerzo físico y presión que se ejercerá sobre el abdomen.

También es necesario medir el ritmo en que se movilizan ya que al tener un peso diferente no suelen manejar apropiadamente su cuerpo y son muy frecuentes los resbalones, golpes, etc

Variable dependiente: riesgos obstétricos.

Riesgos obstétricos: Se entiende como todos aquellos factores externos o intrínsecos a la mujer, que pueden propiciar alguna complicación durante la evolución del embarazo, el desarrollo del parto, del puerperio o que puedan alterar de alguna forma del desarrollo normal o la supervivencia del producto. Los factores de riesgo son innumerables y su importancia puede ser mayor o menor, más cuando en una gestante pueden concurrir varios factores, con mayor efecto sobre el producto. La valoración del riesgo es un proceso dinámico, ya que se puede incrementar, disminuir o mantener sin variaciones, de ahí la necesidad de la evaluación continua de toda gestante.

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

Los instrumentos que se utilizarán son las historias clínicas de las pacientes ingresadas en el servicio de gíneco-obstetricia del Hospital Regional Isidro Ayora, desde enero a julio del 2014, así como también la utilización de un formulario para la obtención de la información pertinente al tema.

se utilizará un formulario de recolección de datos donde se tomará la información

PLAN DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Para la recolección de datos se realizará como primer paso la obtención y revisión de las historias clínicas de las pacientes ingresadas en el servicio de gíneco-obstetricia del Hospital Regional Isidro Ayora, encontrando información como, edad gestacional, presión arterial, glicemias, edad, etc. Para luego tomar apuntes de la información al formulario de recolección de datos.

PLAN DE ANALISIS

Una vez levantada la información que se obtendrá de las historias clínicas, y para observar los resultados se procederá a la tabulación mediante el programa de Microsoft office Excel 2010 y su análisis respectivamente, los resultados serán presentados en tablas y gráficas.

CRONOGRAMA

ACTIVIDADES						201	4							2015									
DURACIÓN	TIEMPO	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	OINNC	OITIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	OINUC	OITIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE
	SEM																						
Elaboración de la redacción de tesis	le proyecto de																						
Corrección del proyecto																							
Aprobación de la estructura y proyecto de tesis	pertinencia del																						
Asignación del director de tes	iis																						
Recolección de información por HCL																							
Tabulación y Análisis.																							
Revisión de tablas y análisis o resultados	de los																						
Elaboración de la discusión																							
Elaboración de conclusión y recomendaciones																							
Revisión del primer borrador of final de tesis	del informe																						
Presentación de las correccio de tesis																							
Revisión del segundo borrador del informe final de tesis																							
Calificación de Tesis. Tribuna Sustentación de la tesis	l Privado																						

PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO

RECURSOS HUMANOS

Talentos Humanos

- Director de Tesis.
- Autor de la tesis
 - Luis Rolando Esparza Cartuche

RECURSOS MATERIALES

Materiales de Oficina

- Libreta de Notas
- Carpetas
- Copias
- Material bibliográfico
- Resma de Papel Bond
- Lapiceros.

Materiales Tecnológicos

- Computador de escritorio
- Impresora
- Tinta para Impresora.
- Internet
- Flash Memory
- Cd
- copiadora

PRESUPUESTO

DETALLE	CANTIDAD	VALOR	TOTAL							
Materiales de Oficina										
Cd's	10	0.50	5.00							
Libreta de notas	2	1.50	3.00							
Material bibliográfico	1	40.00	40.00							
Resma de Papel Bond	5	3.70	18,50							
Lapiceros	5	0.35	1,75							
copias	200	0,01	2,00							
Materiales tecnológicos										
computador	1	300.00	300.00							
Impresora	1	80.00	80.00							
Cartuchos	2	22.00	44.00							
Tinta para impresora	4	5.00	20,00							
Flash memory	1	12.00	12.00							
	Servicios									
Internet.	125	0,50	62.50							
Transporte.	50	1.00	50.00							
Imprevistos			30.00							
TOTAL			668,75							

ÍNDICE

CARATUL	A
CERTIFIC	ACIÓN
AUTORÍA.	
CARTA DI	E AUTORIZACIÓN DEL AUTOR PARA LA CONSULTA Y
PUBLICA	CIÓN ELECTRONICA DEL TEXTO COMPLETO
DEDICATO	DRIA
AGRADEO	CIMIENTO
a. TÍTULO)
b. RESUN	1EN
ABST	RACT
c. INTRO	DUCCIÓN
d. REVISI	ÓN DE LITERATURA
4.1 RIES	GO OBSTETRICOS
4.1.1	DEFINICIÓN
4.1.2	ENFOQUE DE RIESGO OBSTÉTRICO
4.1.3	RELACIÓN DEL FACTOR DE RIESGO CON EL DAÑO
	PRODUCIDO
4.2 EMB	ARAZO DE BAJO RIESGO
4.3 EMB	ARAZO DE ALTO RIESGO
4.4 CRIT	ERIOS DE RIESGO OBSTÉTRICOS
4.5 FAC	TORES DE RIESGO OBSTÉTRICOS
4.6 CLAS	SIFICACIÓN DE FACTORES DE RIESGO
4.6.1	RIESGO BAJO
	RIESGO ALTO
4.6.3	CLASIFICACIÓN DE RIESGO OBSTÉTRICO SEGÚN EL
	MSP
4.7 DETE	ERMINACIÓN DE GRUPOS DE FACTORES DE
RIES	GO
4.7.1	EMBARAZO PRECOZ
472	ΕΜΒΑΡΑΖΟ ΤΑΡΟΙΌ

	4.7.3 MULTIGRAVIDEZ	16
	4.7.4 INTERVALO INTERGENÉSICO MENOR DE DOS AÑOS	16
	4.7.5 HIPERTENSIÓN GESTACIONAL	16
	4.7.6 PREECLAMPSIA	17
	4.7.7 ECLAMPSIA	17
	4.7.8 DIABETES GESTACIONAL	17
	4.7.9 MALFORMACIONES CONGÉNITAS	18
	4.7.10 CESÁREA PREVIA	18
	4.7.11 CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y DROGAS	18
4	4.8 CONTROL PRENATAL	19
	4.8.1 DEFINICIÓN	19
	4.8.2 CARACTERÍSTICAS	19
	4.8.3 ENFOQUES DEL CONTROL PRENATAL	19
e.	MATERIAL Y MÉTODOS	22
f.	RESULTADOS	25
	CUADRO N° 1	25
	CUADRO N° 2	26
	CUADRO N° 3	27
	CUADRO N° 4	28
	CUADRO N° 5	29
g.	DISCUSIÓN	30
h.	CONCLUSIONES	33
i.	RECOMENDACIONES	35
j.	BIBLIOGRAFÍA	37
k.	ANEXOS	39
	ÍNDICE	60