



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA SALUD HUMANA

TEMA:

“FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS CON MUERTE FETAL INTRAUTERINA EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL ISIDRO AYORA DE LA CIUDAD DE LOJA PERIODO JUNIO-AGOSTO DE 2013”

Tesis previa a la obtención del
Título de Médica General.

AUTORA:

GERMANIA RAMÓN COSTA

DIRECTOR:

DR. BOLÍVAR SAMANIEGO

LOJA – ECUADOR

2013

Loja, 23 de Octubre del 2013

Dr. Bolívar Samaniego

DOCENTE – DIRECTOR DE TESIS

CERTIFICA:

Que el presente trabajo de investigación, realizado por la estudiante: GERMANIA LUCÍA RAMÓN COSTA, ha sido cuidadosamente revisado por el suscrito, por lo que he podido constatar que cumple con todos los requisitos de fondo y de forma establecidos por la Universidad Nacional de Loja y por el Área de la Salud y Titulación de Médico, por lo que autorizo su presentación.

Lo Certifico.



Dr. Bolívar Samaniego

DOCENTE – DIRECTOR DE TESIS

ACTA DE DECLARACIÓN Y CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR

Yo Germanía Lucía Ramón Costa, declaro ser autora del presente trabajo y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja, y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales por el contenido de la misma.

Adicionalmente declaro conocer y autorizó a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi tesis en el repositorio Institucional-biblioteca virtual



.....
AUTORA: Germanía Lucía Ramón Costa

CÉDULA: 1104535248

CARTA DE AUTORIZACIÓN

Yo Germanía Lucía Ramón Costa, declaro ser autor de la tesis titulada “**FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS CON MUERTE FETAL INTRAUTERINA EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL ISIDRO AYORA DE LA CIUDAD DE LOJA PERIODO JUNIO-AGOSTO DE 2013**”; 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 éste trabajo en el RDL, en las redes de la información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio de 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 31 días del mes de Octubre del dos mil trece. Firma el autor.

Firma:.....

Autor: Germanía Lucía Ramón Costa

Cedula: 1104535248

Dirección: Calle 18 de Noviembre y Catacocha.

Correo Electrónico: germanita89@hotmail.com

Teléfono: 072588969

Celular: 0959230203

Datos Complementarios:

Director de Tesis: Dr. Bolívar Samaniego.

Tribunal de Grado: Dra. Anita Puertas.

Dra. Lucía Ludeña

Dr. Héctor Velepucha.

AGRADECIMIENTO

Quiero agradecer a Dios, por bendecirme en todos estos años y estar conmigo en cada paso, por ser mi guía y fortaleza en momentos de debilidad y por brindarme una vida llena de aprendizajes y experiencias.

A la Universidad Nacional de Loja, a la Escuela de Medicina, a sus autoridades y principalmente a sus docentes quienes me han transmitido sus amplios conocimientos y sabios consejos, me guiaron y orientaron durante mi formación estudiantil y profesional.

Al Doctor Bolívar Samaniego y a la Doctora Betty Carrión, quienes como directores de tesis, les agradezco inmensamente por su paciencia, capacidad, y experiencia, me orientaron y ayudaron a culminar la presenta investigación.

A toda mi familia en especial a mis padres y hermanos, por apoyarme incondicionalmente y estar a mi lado siempre en todo momento y poner toda su confianza en mí, gracias a su apoyo he podido sobrellevar las adversidades y salir adelante.

A todos mis amigos y amigas con quienes he caminado durante la vida estudiantil y el año de internado compartiendo alegrías, lágrimas y experiencias.

Y todas la personas que me han brindado desinteresadamente su valiosa amistad, y que he conocido durante mi carrera, profesores, compañeros, amigos, con los que he compartido largas horas de estudio, turnos o conversaciones; quienes a su paso han dejado huella en mi persona tanto espiritual como profesional.

Germania Ramón

DEDICATORIA

Este trabajo va dedicado Dios, por mostrarme día a día que con humildad, paciencia, sabiduría y esfuerzo todo es posible.

Gracias señor por haber puesto en mi camino a todas las personas que me ayudaron para cumplir este sueño.

A mi querida madre Germania, la mujer que más admiro, te agradezco mama por haberme dado la vida y por haber cuidado de mí desde siempre.

A mi amado padre Bolívar y a mi ejemplar abuelito Agustín quienes ahora no están conmigo, pero están a lado de Dios, papá se que en este momento te sentirías muy feliz y me gustaría abrazarte y decirte que te amo y a ti abuelito quien fuiste mi segundo padre te agradezco inmensamente por haberme cuidado como un padre, siempre los tengo presentes en cada paso de mi vida

Quiero dedicar este trabajo también a mis hermanos, a quienes les agradezco por todo su apoyo y por haber compartido gratos momentos en la vida, los amo con todo mi corazón. Y a mis demás familiares, quienes siempre me han apoyado y me han motivado a seguir adelante.

A mis sobrinitas Romina, Camila y Luciana quienes serán siempre mis pequeñitas.

A Bladimir un amigo especial, te agradezco por todo el apoyo que me has dado para seguir en mi camino.

Germania Ramón

“La dicha de la vida consiste en tener siempre algo que hacer, alguien a quien amar y alguna cosa que esperar”. **Thomas Chalmers**

ÍNDICE DE CONTENIDOS

CERTIFICACIÓN	II
AUTORÍA.....	III
CARTA DE AUTORIZACIÓN	IV
AGRADECIMIENTO.....	V
DEDICATORIA	VI
ÍNDICE	VII
TÍTULO.....	1
RESUMEN	2
ABSTRACTS (RESUMEN EN INGLÉS).....	3
1. INTRODUCCIÓN	4
2. REVISIÓN DE LITERATURA	7
2.1 DEFINICIONES BÁSICAS.....	7
2.1 MUERTE FETAL INTRAUTERINA	7
2.1.1. TIPOS DE MUERTE FETAL INTRAUTERINA	7
2.1.2. FACTORES DE RIESGO	8
2.1.2.1. UTILIZACION DEL RIESGO	8
2.1.3. FACTORES DE RIESGO SOCIOECONÓMICOS	9
2.1.3.1. EDAD MATERNA.....	9
2.1.3.2. ESTADO CIVIL SOLTERA	10
2.1.3.3. CONDUCTAS PERSONALES O DE PAREJA INADECUADAS	11
2.1.3.4. BAJO NIVEL DE INSTRUCCIÓN MATERNA.....	12
2.1.3.5. RECURSOS ECONÓMICOS INSUFICIENTES	12
2.1.3.6. RESIDENCIA MATERNA.....	13
2.1.3.7. OCUPACIÓN MATERNA.....	13
2.1.3.8. ESFUERZO FÍSICO INTENSO DURANTE GESTACIÓN.....	14
2.1.3.9. EXPOSICIÓN A RADIACIONES DURANTE LA GESTACIÓN	15
2.1.3.10. ESTRÉS DURANTE LA GESTACIÓN	15
2.1.3.11. EXPOSICIÓN A SUSTANCIAS NOCIVAS DURANTE LA GESTACIÓN	16
2.1.3.12. CONSUMO DE SUSTANCIAS NOCIVAS DURANTE LA GESTACIÓN	16
2.1.3.12.1. TABAQUISMO DURANTE EL EMBARAZO	16
2.1.3.12.2. ALCOHOLISMO DURANTE EL EMBARAZO	17
2.1.3.12.3. DROGADICCIÓN DURANTE EL EMBARAZO	18
2.1.3.12.4. CONSUMO DE FÁRMACOS DURANTE EL EMBARAZO	19
2.1.3.13. MAL CONTROL PRENATAL DURANTE EL EMBARAZO.....	19
2.1.4. FACTORES DE RIESGO CULTURALES.....	20
2.1.5. FACTORES DE RIESGO BIOLÓGICOS	22
2.1.5.1. FACTORES DE RIESGO BIOLÓGICOS MATERNOS	22
2.1.5.1.1. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS MATERNOS	22
2.1.5.1.2. HIPERTENSIÓN ARTERIAL CRÓNICA	22
2.1.5.1.3. ENFERMEDAD CARDIACA.....	22
2.1.5.1.4. ENFERMEDAD RENAL	23
2.1.5.1.5. DIABETES MELLITUS.....	23
2.1.5.1.6. ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS	24
2.1.5.2. ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS MATERNOS	24
2.1.5.3. COMPLICACIONES PRESENTADAS DURANTE EL EMBARAZO RECIENTE.....	25
2.1.5.3.1. HIPERTENSIÓN INDUCIDA POR EL EMBARAZO, PRECLAMPSIA, ECLAMPSIA.....	26
2.1.5.3.2. ANEMIA.....	27
2.1.5.3.3. DIABETES.....	28
2.1.5.3.4. INFECCIONES GENITOURINARIAS	28
2.1.5.3.5. EMBARAZO MÚLTIPLE Y GEMELAR	29
2.1.5.3.6. DEFECTOS CONGÉNITOS Y MALFORMACIONES FETALES	30
2.1.5.3.7. DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA.....	30

3. METODOLOGÍA	31
3.1. TIPO DE ESTUDIO	31
3.2. LUGAR DE INVESTIGACIÓN	31
3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA	31
3.3.1. UNIVERSO	31
3.3.2. MUESTRA	31
3.3.3. CRITERIO DE INCLUSIÓN	31
3.3.4. CRITERIO DE EXCLUSIÓN	32
3.3.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	32
3.3.6. ENTREVISTAS	32
3.3.7. RECOLECCIÓN DE DATOS DE LA HISTORIA CLÍNICA	32
3.3.8. HOJA DE REGISTRO DE DATOS	32
3.3.9. PROCEDIMIENTO DE LA RECOLECCIÓN DE LOS DATOS	32
3.3.10. PLAN DE TABULACIÓN	33
3.3.2. MUESTRA	33
4. RESULTADOS E INTERPRETACIÓN	34
5. DISCUSIÓN	53
6. CONCLUSIONES	57
7. RECOMENDACIONES	58
8. BIBLIOGRAFÍA	59
9. ANEXOS	62

TÍTULO

“FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS CON MUERTE FETAL INTRAUTERINA EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL ISIDRO AYORA DE LA CIUDAD DE LOJA PERIODO JUNIO - AGOSTO DE 2013”

RESUMEN

Con el fin de estudiar los factores de riesgo socioeconómicos, culturales y biológicos que se relacionan con la muerte fetal intrauterina se realizó el presente estudio descriptivo de corte transversal, en 53 mujeres que presentaron muerte fetal intrauterina ingresadas en el Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Isidro Ayora. La recolección de datos fue mediante la historia clínica y la entrevista.

Se encontró que dentro de los principales factores de riesgo socioeconómicos están: la edad materna temprana entre 15 a 19 años con el 45%, estado civil soltera 66%, ocupación ama de casa 49%, instrucción primaria 43 % y haber tenido durante el embarazo esfuerzo físico 57 %. Dentro de los factores culturales se encontró la exposición a sustancias tóxicas entre las principales: consumo de fármacos no prescritos por el médico 11%. y consumo de tabaco durante la gestación 10%.

Los factores de riesgo biológicos más destacados dentro las patologías maternas previas a la gestación están hipertensión arterial con el 9%. En los antecedentes ginecoobstétricos la nuliparidad es el principal factor con 60%, seguida de historia de aborto 38%. Entre las principales complicaciones presentadas durante el embarazo están las infecciones genito-urinarias con el 72%, seguida de la preeclampsia y eclampsia 15%. El 59% de las muertes fetales fueron tempranas y el 30% fueron muertes tardías.

PALABRAS CLAVES: Factores de Riesgo Socioeconómicos, Culturales y Biológicos, Muerte Fetal Intrauterina, Atención prenatal y Cronología de Muerte Fetal

ABSTRACTS

In order to study the socioeconomic risk factors and biological factors relating to stillbirth was conducted this descriptive cross-sectional study in 53 women who had stillbirths admitted to the Department of Gynecology and Obstetrics Hospital Isidro Ayora. Data collection was through medical history and interview.

It was found that within the major socioeconomic risk factors are: early maternal age between 15-19 years 45%, 66% single marital status, occupation housewife 49%, 43% primary educational instruction and have had during the pregnancy 57% physical effort. Within cultural factors found exposure to toxic substances among major: medication not prescribed by the doctor 11%. and snuff consumption during pregnancy 10%.

Biological risk factors most important in maternal pathologies are pre-pregnancy hypertension with 9%. In nulliparity reproductive background is the main factor with 60%, followed by history of abortion 38%. Among the major complications during pregnancy are presented genito-urinary infections with 72%, followed by 15% preeclampsia and eclampsia. 59% of fetal deaths were early and 30% were late deaths.

KEY WORDS: Risk Factors Socioeconomic, Cultural and Biological, Stillbirth, Prenatal and Fetal Death Timeline

1. INTRODUCCIÓN

A pesar que el embarazo cumple con un proceso de carácter netamente fisiológico, el producto está expuesto a múltiples factores desfavorables que amenazan su bienestar; en la vida intrauterina intervienen múltiples factores, tanto los proporcionados biológicamente por el organismo materno, como las influencias del medio ambiente y las condiciones socioeconómicas donde se desarrolla el embarazo.

La muerte fetal es uno de los accidentes obstétricos más desconcertantes y difíciles de enfrentar, para la madre y su familiar es una situación muy dolorosa ya que la pérdida de un niño/a significa un desencanto que desvanece todas las expectativas forjadas en ese futuro hijo. Y por parte del médico representa un fracaso científico si la causa y los factores de riesgo que lo producen pueden prevenirse. En 1988, la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia definió la muerte fetal como aquella que ocurre antes de la expulsión o extracción completa del producto de la concepción, independientemente de la duración del embarazo; posteriormente, la misma definición fue adoptada por la Organización Mundial de la Salud en 1994 la misma que sigue en vigencia.

La muerte fetal es una de las circunstancias más desafortunadas en la obstetricia y representa uno de los grandes problemas de salud pública para los países en vías de desarrollo. Cada año se producen en el mundo 3.9 millones de muertes fetales, de las que el 80% ocurre en países en vías de desarrollo.

En el año 2011 según el editorial Mortalidad Fetal en las Américas publicado en el 2012, en los países desarrollados este problema alcanza frecuencias de 4.3 por cada 1.000 nacimientos, y 20 por cada 1000 nacidos vivos en los países en vías de desarrollo. En América Latina su frecuencia es de 11 por cada 1.000 nacidos vivos. Esto refleja la magnitud que alcanza dicho problema.

La importante investigación y análisis presentado en la serie de artículos *The Lancet* “*The Lancet’s Stillbirth – 2011*”, señala como principales factores de riesgo

asociados a la muerte fetal intrauterina en los países en vías de desarrollo, a los factores socioeconómicos como: edad materna temprana, estado civil soltera o de pareja inestable, escolaridad baja, bajos ingresos económicos y desocupación materna, mientras que en los países de altos ingresos se menciona como principales al consumo de tabaco, alcohol, drogas y enfermedades maternas preexistentes entre las principales hipertensión arterial, sobrepeso y diabetes mellitus.

Los científicos de la Universidad de Utah señalan en un estudio publicado en el “Journal of the American Medical Association” (JAMA, Revista de la Asociación Médica Estadounidense 2009) que, aunque los factores de riesgo pueden variar de un grupo étnico y racial a otro, los factores más comunes de la muerte fetal tiene que ver con complicaciones obstétricas durante el embarazo entre las principales infecciones genitourinarias, desprendimiento placentario, malformaciones fetales, preeclampsia y eclampsia.

En la revista “Perspectiva de las Organizaciones de Profesionales frente a la Muerte fetal intrauterina - 2011” la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia reconoce que los principales factores asociado a la muerte fetal son la nuliparidad y multiparidad, antecedente de aborto y de muerte fetal, atención prenatal deficiente y complicaciones en el embarazo.

Según el Anuario de Estadísticas Vitales: Nacimientos y Defunciones INEC 2011 Elaboración por Dr. José Ortiz, en Ecuador la Tasa de Mortalidad Fetal fue de 8,88 por cada 1000 nacidos vivos dentro de los casos registrados. Las provincias con mayor mortalidad fetal fueron Santo Domingo de los Tsachilas, Carchi y Guayas. La provincia de Loja, no está exenta de esta problemática mundial y nacional con un índice de mortalidad fetal de 8,22 por cada mil nacimientos vivos según el INEC- 2011; es evidente que la prevención de la muerte fetal intrauterina está estrechamente vinculada con el conocimiento de los factores de riesgo, en calidad de estudiante de medicina esta problemática me compromete a:

- Establecer los principales factores de riesgos socioeconómicos y culturales maternos asociados a la muerte fetal intrauterina.
- Relacionar el número de controles prenatales con la muerte fetal intrauterina.
- Identificar los principales factores de riesgo biológicos maternos, antecedentes patológicos, obstétricos y complicaciones presentadas durante el embarazo asociadas con la muerte fetal intrauterina.
- Determinar la frecuencia de muerte fetal intrauterina de acuerdo a su cronología.
- Socializar la información con la comunidad en general.

Debido a que la muerte fetal constituye un problema serio en materia de salud y repercute negativamente en el ambiente familiar y social, se planteó el presente estudio descriptivo de enfoque transversal, la población estuvo conformada por 206 mujeres gestantes ingresadas en el Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Isidro Ayora por alguna causa de morbilidad fetal, y la muestra por todas las gestantes que presentaron muerte fetal en total 53 mujeres. Al realizar el presente estudio se pudo concluir que los principales factores de riesgo socioeconómicos asociados a la muerte fetal son: edad materna temprana entre 15 a 19 años, estado civil soltera, ocupación ama de casa, instrucción primaria, haber tenido esfuerzo físico durante el embarazo; dentro de los factores culturales se encontró el consumo de fármacos no prescritos por el médico y el consumo de tabaco. En cuanto al número de controles prenatales se determinó que la ausencia y los pocos controles, están sólidamente relacionados con la muerte fetal.

Entre los principales factores de riesgo biológicos se encontró a las patologías previas a la gestación a la hipertensión arterial y diabetes mellitus, en los antecedentes ginecoobstétricos a la nuliparidad e historia de aborto, entre las complicaciones presentadas durante el embarazo se destacan las infecciones genito-urinarias, preeclampsia y eclampsia. Además se estableció que edad cronológica temprana es la de mayor riesgo.

2. REVISIÓN DE LITERATURA

2.1. DEFINICIONES BÁSICAS

2.1.1. MUERTE FETAL INTRAUTERINA

Según la Organización Mundial de la Salud, se define muerte fetal como “la muerte del producto de la concepción, antes de su expulsión o su extracción completa del cuerpo de la madre, independientemente de la duración del embarazo”¹

Para el diagnóstico de muerte fetal se requiere que el feto desde su separación del cuerpo de la madre no respire ni muestre ningún signo de vida, como latido cardíaco, pulsaciones en el cordón umbilical o movimientos de los músculos estriados.

La muerte fetal según la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia, es la que se produce antes de la expulsión o extracción completa del producto de la concepción, con independencia de la duración del embarazo.²

2.1.1.1. Tipos de Muerte Fetal Intrauterina

La Organización Mundial de la Salud. Reconoce los siguientes tipos de muerte fetal:

Muerte fetal temprana o aborto.

Es la que se produce antes de la semana 22 de gestación o con peso fetal inferior a 500 gramos

Muerte fetal intermedia

¹ ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Índice de Muerte Fetal y Factores de Riesgo Socioeconómicos Asociados. Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud. Décima Edición. Washington: Publicación Científica Nro.554; Año 2006.

² Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Tratado de Ginecología y Obstetricia. Factores de riesgos y Muerte fetal. Madrid: 1er. Tomo. 2ª Edición; Año 2005

Es la que ocurre entre la semana 22 y 28 de gestación o con peso fetal entre 500 y 999 gramos.

Muerte fetal tardía

Cuando la muerte del feto acontece después de la semana 28 o con un peso superior a 1000 gramos.³

2.1.2. FACTOR DE RIESGO

En epidemiología, los factores de riesgo son aquellas características y atributos, que se presentan asociados diversamente con la enfermedad o el evento estudiado que aumenta la morbilidad. Como constituyen una probabilidad medible, tienen valor predictivo y pueden usarse con ventajas tanto en prevención individual como en la comunidad.

2.1.2.1. Utilización del riesgo

El conocimiento y la información sobre los factores de riesgo tienen diversos objetivos:

- a. **Predicción:** La presencia de un factor de riesgo significa un riesgo aumentado de presentar en un futuro una enfermedad, en comparación con personas no expuestas. En este sentido sirven como elemento para predecir la futura presencia de una enfermedad.
- b. **Causalidad:** La presencia de un factor de riesgo no es necesariamente causal, pero puede orientar a una posible causa. El aumento de incidencias de una enfermedad entre un grupo expuesto en relación a un grupo no expuesto, se asume como factor de riesgo.
- c. **Diagnóstico:** La presencia de un factor de riesgo aumenta la probabilidad de que se presente una enfermedad. Este conocimiento se utiliza en el proceso diagnóstico ya que las pruebas diagnósticas tienen un valor predictivo positivo más elevado, en pacientes con mayor prevalencia de enfermedad. El

³ Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Tratado de Ginecología y Obstetricia. Factores de riesgos y Muerte fetal. Madrid: 1er. Tomo. 2ª Edición; Año 2005

conocimiento de los factores de riesgo se utiliza también para mejorar la eficiencia de los programas de cribaje, mediante la selección de subgrupos de pacientes con riesgo aumentado.

d. **Prevención:** Si un factor de riesgo se conoce asociado con la presencia de una enfermedad, su eliminación reducirá la probabilidad de su presencia. Este es el objetivo de la prevención primaria.⁴

2.1.3. FACTORES DE RIESGO SOCIOECONÓMICOS

Dentro de los riesgos sociales se encuentran implicadas aquellas características o circunstancias del estatus o posición económica y social de la madre, en relación con sus ingresos, nivel de educación, empleo y entorno donde se desarrolla el embarazo, las mismas que afectan negativamente la gestación.⁵

2.1.3.1. EDAD MATERNA

En las edades extremas de la vida reproductiva (15 y 40 años) la posibilidad de complicaciones en la gestación es mayor.

Edad materna muy precoz

La edad comprendida entre 10 a 19 años se conoce como adolescencia, se sostiene que el embarazo de la adolescente se caracteriza por estar asociado a altos índices de mortalidad materna y fetal, esto se debe a que frecuentemente se producen problemas médicos, muertes fetales y nacimientos pretérmino.

Las adolescentes son particularmente sensibles a deficiencias nutricionales, anemia, infección por HIV y otras enfermedades de transmisión sexual, además tienen una mayor frecuencia de hipertensión inducida por la gestación. El factor

⁴ Dr. Adolfo Sánchez de León. Coordinación General de Evaluación Epidemiológica de Programas de Atención. La Mirada Desde el Enfoque de Riesgo Primera parte. México: Publicación 2008

⁵ Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Tratado de Ginecología y Obstetricia. Factores de riesgos y Muerte fetal. Madrid: 1er. Tomo. 2ª Edición; Año 2005

más importante que condiciona el resultado negativo de la gestación en la adolescente es el menor control prenatal, de tal forma que estas mujeres se realizan menor número de controles.

En las mujeres muy jóvenes es más frecuente que el embarazo termine antes de tiempo (aborto, parto inmaduro o prematuro), así como que ocurran malformaciones congénitas y complicaciones como: inserción baja placentaria, toxemia, distocia del parto y muerte fetal.

Además en esta etapa sigue siendo elevada la incidencia de interrupción voluntaria de la gestación, debido a la inmadurez psicológica de la joven para enfrentarse a la maternidad junto con una inestabilidad social ya que sus parejas normalmente suelen tener su misma edad y tampoco están en condiciones de establecer una familia.⁶

Edad materna avanzada

La edad materna elevada es un factor de riesgo importante para malformaciones congénitas, especialmente, si se asocian con factores genéticos. Algunos autores han descrito el factor vascular e inmunológico ligado a la edad como un factor determinante en la génesis de las alteraciones placentarias que podrían llevar a la muerte fetal.

Es notable el riesgo de abortar después de los 30 años y muy manifiesto hacia los 40 años. El riesgo aumenta sobre todo si se añaden otros factores como la multiparidad y enfermedades crónicas.

Este grupo de gestantes tiene una mayor frecuencia de abortos, anomalías cromosómicas, útero miomatoso, hipertensión arterial, diabetes, placenta previa, retardo del crecimiento intrauterino y la mortalidad fetal.⁷

⁶ Eduardo Alberto Valenti, Carlos Grandi, Roxana Barral, Andrés Pensotti. Influencias de la Edad Materna Avanzada y la Edad Gestacional sobre la Muerte

⁷ Dr. Simón Cousens. Muerte fetal: Incidencia, Factores y Causas Asociadas. Ginecología y Obstetricia. Londres; Año 2009

2.1.3.2. ESTADO CIVIL SOLTERA

La mujer soltera no cuenta con la protección de una pareja estable, para formar un hogar, por lo tanto no dispone de estabilidad económica necesaria y mucha de las veces tampoco emocional para afrontar la responsabilidad que conlleva el proceso de la gestación.

Además el bajo aporte económico implica riesgos en la nutrición materna e involucra un mal control prenatal, llevando a graves complicaciones en el transcurso del embarazo, que repercuten directamente en el producto poniendo en peligro su bienestar e incluso provocando su muerte. Es de importancia tomar en cuenta que la madre soltera vive muchas situaciones estresantes que no permiten que el embarazo se desarrolle de manera óptima.⁸

2.1.3.3. CONDUCTAS PERSONALES O DE PAREJA INADECUADAS

Las conductas inadecuadas constituyen un factor de riesgo importante para el embarazo y el producto. Entre ellas se encuentran: promiscuidad, pareja inestable, hacinamiento y maltrato.

La promiscuidad y el hacinamiento conllevan al riesgo de contraer infecciones las cuales pueden ser graves y afectan al feto.

Múltiples parejas alrededor de la mujer embarazada, sean directas (mujer embarazada con más de una pareja sexual) o indirectas (pareja masculina con otras parejas sexuales) imponen un riesgo elevado para la adquisición de Enfermedades de Transmisión Sexual como Gonorrea, Enfermedades Herpéticas, Tricomoniasis, Sífilis, VIH-SIDA. Estas infecciones se han asociado con aborto, parto prematuro, infecciones intrauterinas, sepsis neonatal, anomalías congénitas, muerte fetal, muerte neonatal.

La violencia doméstica abarcar comportamientos que causan daños psicológicos a la embarazada, los insultos, humillaciones, críticas constantes, celos extremos,

⁸ Dra. V. Herrear, Dr. J. Oliva, Dr. F. Domínguez. Riesgo Preconcepcional. Riesgo Reproductivo. Barcelona: 2da Edición; Año 2004.

restricción de la libertad personal, control exagerado de las finanzas y amenazas de daño físico, son todos indicadores de una relación abusiva. Un trauma psicológico severo puede desencadenar contracciones uterinas que pueden generar un parto prematuro o sufrimiento fetal intrauterino.⁹

2.1.3.4. BAJO NIVEL DE INSTRUCCIÓN MATERNO

La educación de los padres influye en la mortalidad prenatal e infantil, mediante diversos mecanismos, como son el permitirles mayor acceso a la información, desarrollar sus capacidades para reconocer los síntomas y signos que requieren atención médica urgente.

Un nivel de educación más alto incrementa el estatus económico de la familia, con mayores ingresos que permite mejorar las condiciones de vida familiar y sobretodo de la gestante. Un grado de instrucción bajo no permite a la madre informarse adecuadamente de los cuidados que debe tener durante su embarazo ni le permite conocer los riesgos implicados.

No sólo es necesaria la educación formal, sino también conocer los conceptos básicos de Educación para la Salud que los lleven a adoptar estilos de vida más sanos.¹⁰

2.1.3.5. RECURSOS ECONÓMICOS INSUFICIENTES

Las pacientes de estratos sociales más bajos tienen índices de desnutrición más altos y no buscan tempranamente atención prenatal, además la sanidad de sus hogares generalmente es precaria y no cuentan con los servicios básicos lo que aumenta el riesgo de pérdidas fetales.

Los ingresos económicos altos se asocian con la facilidad de acudir al servicio médico para control prenatal, tener acceso a la educación y a una buena alimentación mejorando las condiciones del embarazo.

⁹ Dr. Trejo y Cols. Obstetricia y fundamentos básicos. Control Preconcepcional y Prenatal. México: 1ra Edición; Año 2012.

¹⁰ Dr. Simón Cousens. Muerte fetal: Incidencia, Factores y Causas Asociadas. Ginecología y Obstetricia. Londres; Año 2009

Las sociedades muy pobres cuentan con menos medios de eliminación de basura, menos médicos para impedir el contagio de infecciones, menos dinero para medicación destinada a erradicar la enfermedad, por lo tanto, hay un riesgo mayor de enfermedades infecciosas que, como es sabido, interfieren en el desarrollo fetal intrauterino y contribuyen a la alta frecuencia de enfermedades infecciosas que amenazan las vidas intrauterinas.¹¹

2.1.3.6. RESIDENCIA MATERNA

A la vez, aquellas mujeres que viven en pueblos pequeños y/o alejados de la ciudad, están igualmente dentro del grupo de alto riesgo. Las mujeres de las zonas rurales, que por lo general viven en condiciones de pobreza, debido a la falta de servicios tienen mayor probabilidad de complicaciones del embarazo y morbi-mortalidad prenatal.

Los profesionales de la salud de la OMS estiman que sólo tres de cada veinte mujeres pobres de zonas rurales tiene un control prenatal adecuado. Pues en las zonas urbanas existe mayor acceso a servicios y métodos de planificación familiar y atención prenatal que en las zonas rurales.¹²

2.1.3.7. OCUPACIÓN MATERNA

Distintos autores han señalado que la frecuencia de complicaciones en el embarazo aumentan con el número de horas que trabaja la mujer y que existen ciertos trabajos como: personal sanitario, tenderas, limpiadoras, agricultoras, trabajo con maquinaria industrial, en las que existe un mayor riesgo porque exigen mayores esfuerzos físicos el cual resulta agotador para la mujer gestante. Algunos empleos conllevan a que la madre se exponga a tóxicos los cuales hacen que el feto corra riesgo de malformaciones y de muerte intrauterina.

¹¹ Cabrera J. Enfermedades Maternas y Control Preconcepcional. Ginecología y Obstetricia. 2da Edición. España: 2005

¹² Dra. V. Herrear, Dr. J. Oliva, Dr. F. Domínguez. Riesgo Preconcepcional. Riesgo Reproductivo. Barcelona: 2da Edición; Año 2004.

Características de empleos que involucran alto riesgo del embarazo:

- Carga física: Esfuerzo físico continuo con cargas superiores a 10 kg.
- Carga mental: Trabajo rutinario.
- Medio ambiente: Nivel de ruido considerable; bajas temperaturas; atmósfera muy húmeda; manipulación de sustancias químicas.¹³

2.1.3.8. ESFUERZO FÍSICO INTENSO DURANTE LA GESTACIÓN

El esfuerzo físico intenso provoca una descarga de adrenalina con una redistribución del flujo sanguíneo hacia las áreas musculares provocándose una disminución de la circulación útero-placentaria, lo repercute en el feto estas situaciones desproporcionadas o demasiado intensas y prolongadas en el tiempo tienen los siguientes efectos son los siguientes:

Isquemia fetal (falta de oxigenación adecuada): Durante el ejercicio se produce una redistribución del volumen plasmático, disminuyendo la vascularización del útero, lo que puede comprometer la oxigenación y nutrición fetal tanto más cuanto mayor sea la intensidad del ejercicio.

El feto responde con una taquicardia fetal para asegurarse una mayor disponibilidad de oxígeno (con aumentos de 10-30 latidos por minuto si el esfuerzo físico es de intensidad moderada). Al cesar la actividad física, recupera su frecuencia cardiaca basal o de reposo (120-160 latidos por minuto) en aproximadamente 15 minutos, pero si el ejercicio físico realizado es de intensidad elevada, puede necesitar hasta 30 minutos para volver a cifras basales.

Hipoglucemia: Condicionada por una mayor utilización materna de los hidratos de carbono o azúcares durante el ejercicio.

Hipertermia (elevación de la temperatura corporal): En la gestante que realiza ejercicio físico se libera mucho calor con el riesgo potencial de una hipertermia fetal, que de producirse al inicio del embarazo podría tener efecto teratogénico,

¹³ Dra. V. Herrear, Dr. J. Oliva, Dr. F. Domínguez. Riesgo Preconcepcional. Riesgo Reproductivo. Barcelona: 2da Edición; Año 2004.

con la aparición de defectos del tubo neural y en los últimos meses del embarazo se ha asociado con retraso del crecimiento intrauterino.¹⁴

2.1.3.9. EXPOSICIÓN A RADIACIONES DURANTE LA GESTACIÓN

Los campos ionizantes, Rayos X son teratogénicos pueden tener influencia sobre el futuro de la gestación provocando malformaciones que amenazan la vida intrauterina.

Hay tres factores que deben tenerse en cuenta para poder hacer una adecuada valoración del riesgo: la dosis absorbida, la distribución de ésta, y finalmente la edad gestacional del producto, así como la edad de la gestante¹⁵

2.1.3.10. ESTRÉS DURANTE LA GESTACIÓN

El estrés es siempre nocivo y en el embarazo es aún peor. A lo largo de los últimos años, diversos estudios han venido señalando que el estrés intenso durante el embarazo, por ejemplo por una fuerte presión en el trabajo, maltrato en la pareja, acontecimientos vitales como la muerte de un familiar, o incluso el rechazo a un embarazo no deseado, puede tener importantes repercusiones, las consecuencias del estrés materno intenso que se han señalado de manera más insistente durante la última década es la mayor incidencia de partos prematuro, bajo peso al nacer y muerte fetal.

La tensión psicológica desencadena gran liberación de catecolaminas la cuales afectan la circulación uteroplacentaria y afectan la llegada del oxígeno al feto poniendo en riesgo la salud y vida del mismo.¹⁶

¹⁴ Dr. Trejo y Cols. Obstetricia y fundamentos básicos. Control Preconcepcional y Prenatal. México: 1ra Edición; Año 2012.

¹⁵ Dr. Simón Cousens. Muerte fetal: Incidencia, Factores y Causas Asociadas. Ginecología y Obstetricia. Londres; Año 2009

¹⁶ Dr. Efraín Pérez Peña. Factores de Perdida del Bienestar Fetal. Atención Integral de la Embarazada. Asunción; Año 2007

2.1.3.11. EXPOSICIÓN A SUSTANCIAS NOCIVAS DURANTE LA GESTACIÓN

Existen algunos productos que ninguna embarazada debe manipular como: el plomo, el litio, el aluminio, los agentes alquilantes, el arsénico, benceno, monóxido de carbono, hidrocarburos clorados, los compuestos orgánicos de mercurio, el óxido de etileno, la dioxina, los bifenilos policromados, en general.

Las manifestaciones finales del desarrollo anormal son:

- Muerte.
- Retraso de crecimiento.
- Trastornos funcionales.

Las manifestaciones del desarrollo anormal aumentan gradualmente desde la ausencia de efectos hasta el nivel letal conforme aumenta la dosis.

El acceso de los factores ambientales adversos a los tejidos en desarrollo depende de la naturaleza del agente.¹⁷

2.1.3.12. CONSUMO DE SUSTANCIAS NOCIVAS DURANTE LA GESTACIÓN

Tenemos la drogadicción, el tabaquismo, el alcoholismo y el consumo de fármacos. Estos hábitos son perjudiciales para la madre y sobre todo para el feto debido a sus efectos colaterales que desencadenan malformaciones en el mismo y pueden llevar a su muerte.

Se ha comprobado que todos los factores de riesgo mencionados, ya actúen directa o indirectamente, limitan las oportunidades del feto para crecer y desarrollarse con normalidad.¹⁸

2.1.3.12.1. Tabaquismo durante el Embarazo

El tabaquismo en el embarazo puede generar una serie de efectos potenciales que dependen de la acción de ciertas sustancias sobre la unidad feto-materno placentaria, acciones específicas de ciertas sustancias (nicotina) sobre receptores

¹⁷ CONASA. Plan de Acción de la Política de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos. Artículo Riesgo Reproductivo, Montevideo: 16 Junio 2006.

¹⁸ Rodríguez E. Muerte fetal y Factores asociados en el Hospital Cayetano Heredia; Lima, Perú: 2003.

específicos del organismo en desarrollo. El hábito de fumar materno aumenta la incidencia de complicaciones obstétricas: abortos espontáneos, retardo de crecimiento intrauterino, trabajo de parto pretérmino y rotura prematura de membranas y abrupto placentario

Los componentes del tabaco como la nicotina y el monóxido de carbono van a afectar negativamente al desarrollo del feto puesto que la primera de estas sustancias al causar vasoconstricción causará una disminución del flujo sanguíneo uterino y la segunda se unirá a la hemoglobina fetal reduciendo la cantidad de oxígeno disponible para el feto.

Los cambios patológicos observados en la placenta de madres fumadoras incluyen: infartos, depósito de fibrina en arterias, vellosidades avasculares, engrosamiento de la membrana basal del trofoblasto, adelgazamiento de los vasos terminales de las vellosidades y necrosis de los márgenes placentarios. 19

2.1.3.12.2. Alcoholismo durante el embarazo

El consumo de alcohol durante el embarazo se asocia con anomalías craneofaciales, retraso del crecimiento prenatal y postnatal, defectos del sistema nervioso y cardiacos, además de un amplio espectro de alteraciones en la conducta del niño desde hiperactividad hasta retraso mental que se manifiestan desde el período neonatal con el síndrome de abstinencia.

Las gestantes con etilismo crónico tienen un riesgo incrementado de abortos espontáneos, complicaciones perinatales y mortalidad fetal. Se estima que alrededor del 5% de las anomalías congénitas se deben a la ingesta excesiva de alcohol durante la gestación, y que el 30-50% de los hijos de madres alcohólicas presentan el síndrome alcohólico fetal.

El término trastorno de “*espectro alcohólico fetal*” se utiliza para descubrir los muchos problemas asociados con la exposición al alcohol antes del

¹⁹ Dr. Efraín Pérez Peña. Factores de Pérdida del Bienestar Fetal. Atención Integral de la Embarazada. Asunción; Año 2007

nacimiento. El más grave es el síndrome del alcohol fetal (FAS), una combinación de defectos de nacimiento físico y mental.

No se conoce la dosis de alcohol necesaria para producir estos efectos, pero parece ser proporcional a la cantidad consumida. Se debe desaconsejar el consumo de alcohol e identificar a la mujer con problemas relacionados con el alcohol para incluirla en programas de desintoxicación antes de iniciar la gestación.²⁰

2.1.3.12.3. Drogadicción durante el Embarazo

También ha de tenerse en cuenta el posible consumo de drogas no permitidas entre la población de gestantes. Casi el 3% de las mujeres embarazadas consume drogas ilícitas como marihuana, cocaína, éxtasis y otras anfetaminas, y heroína, estas y otras drogas pueden conllevar diferentes riesgos para el feto y la mujer embarazada.

La cocaína es un potente vasoconstrictor e hipertensor, aumenta el riesgo de desprendimiento de placenta normalmente inserta. El consumo de cocaína durante el embarazo se relaciona con un aumento de la morbimortalidad perinatal a expensas de una mayor frecuencia de anomalías congénitas del tracto urinario y defectos cardíacos, partos pretérminos, bajo peso al nacer y en muchos caso la muerte del producto

Las complicaciones típicas del embarazo asociadas con el consumo de heroína incluyen aborto espontáneo, desprendimiento de la placenta, crecimiento insuficiente del feto, rotura prematura de las membranas, parto prematuro (con serios problemas los primeros días de vida, incluyendo problemas de respiración y hemorragias cerebrales, que a veces llevan a incapacidades permanentes).

Las anfetaminas se asocian a defectos congénitos cardíacos y de las extremidades, además de complicaciones durante el embarazo.²¹

²⁰ Dr. Efraín Pérez Peña. Factores de Pérdida del Bienestar Fetal. Atención Integral de la Embarazada. Asunción; Año 2007

²¹ Dr. Efraín Pérez Peña. Factores de Pérdida del Bienestar Fetal. Atención Integral de la Embarazada. Asunción; Año 2007

2.1.3.12.4. Consumo de Fármacos durante el Embarazo

Como norma general, durante el embarazo hay que evitar tomar cualquier medicamento, ya sea farmacológico, homeopático, sin antes haber recibido la prescripción médica correspondiente.

Los medicamentos durante el embarazo puede ser dañino para el feto y afectar su bienestar, pues los fármacos atraviesan la placenta, exponiendo al feto a dosis altas que podrían ser perjudiciales para su desarrollo.

La etapa durante la cual el feto es más sensible a la acción de los medicamentos que esté tomando la madre es el primer trimestre. Durante esta fase es cuando la mayoría de los órganos comienzan su formación, y cuando el efecto del fármaco puede afectarles en mayor medida. No obstante, durante el resto del embarazo también persiste el riesgo de efectos teratógenos.

Se deben evitar los fármacos que se clasifican en las siguientes categorías:

- Categoría C. Estudios en animales han demostrado efectos teratógenos, pero no se han ensayado en la mujer embarazada.
- Categoría D. Hay estudios que demuestran un efecto teratógeno. Sólo deben emplearse en situaciones puntuales en que el riesgo compense el posible beneficio.
- Categoría X. Efectos teratógenos manifiestos. Los riesgos superan claramente cualquier posible beneficio. La utilización de estos fármacos está claramente contraindicado durante el embarazo²²

2.1.3.13. MAL CONTROL PRENATAL DURANTE EL EMBARAZO

La ausencia o los deficientes controles prenatales ponen en riesgo la vida del feto porque no se puede conocer el estado general materno, ni las condiciones en las que se está desarrollando la gestación. Mediante el control prenatal, podemos vigilar la evolución del embarazo y preparar a la madre para el parto.

²² Dr. Efraín Pérez Peña. Factores de Pérdida del Bienestar Fetal. Atención Integral de la Embarazada. Asunción; Año 2007

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador, considera aceptable 5 controles o más durante toda la gestación.²³

La educación materna es el objetivo fundamental para el éxito del control prenatal y de las futuras gestaciones. El primer control prenatal es fundamental para instruir a la embarazada acerca de la importancia del control prenatal precoz y seriado. Se debe explicar de manera simple y adecuada al nivel de instrucción materno el futuro programa de control prenatal.

La embarazada debe estar capacitada para reconocer y diferenciar las molestias que son propias de la gestación de aquellas que constituyen una emergencia obstétrica y, por lo tanto, concurrir oportunamente al Servicio Obstétrico. De ahí que la embarazada debe conocer la ubicación geográfica exacta del centro asistencial, idealmente debe conocerlo antes de que se presente una emergencia.²⁴

2.1.4. FACTORES DE RIESGO CULTURALES

La salud es el resultado de la confluencia de diversos factores individuales, económicos, sociales y culturales que confluyen y determinan los perfiles de salud/enfermedad. La investigación muestra que algunos de los aspectos culturales de las poblaciones indígenas son representa un factor de riesgo importante dentro de las muertes prenatales y perinatales por las siguientes circunstancias:

- Por la baja calidad o inexistencia de servicios de infraestructura en estas zonas marginadas.

²³ Ministerio de Salud. Dirección de Estadística e Información de Salud. Programa Nacional de Estadísticas de Salud. "Modelos de Formularios e Instructivos del Sistema de Estadísticas Vitales". México D.F; Año 2008. <http://www.salud.gob.mx/>

²⁴ Dr. Trejo y Cols. Obstetricia y fundamentos básicos. Control Preconcepcional y Prenatal. México: 1ra Edición; Año 2012.

- Altos índices de desnutrición por falta de ingresos suficientes para cubrir los requerimientos nutricionales mínimos durante y después del embarazo.²⁵
- Existe presión conyugal y comunitaria ya que la mayoría de las costumbres favorecen la maternidad temprana a los 15 años ad o tardías 49 años de edad, la multiparidad.
- El poco acceso a la escuela hace que se abandone la escuela a temprana edad y hay poca oportunidades de empleo lo que se asocia a un bajo nivel socioeconómico.
- La falta de información sobre métodos anticonceptivos y de la importancia del control prenatal hacen que los embarazos sean de alto riesgo y surjan complicaciones.
- Las prácticas tradicionales que son impuestas por parte del cónyuge, la comunidad o grupos religiosos, para atender los partos, sangrados, desnutrición, debilidad orgánica, fiebre, urgencias obstétricas, hacen que aumentan los riesgos de muerte fetal y materna.
- Las comunidades indígenas tienen una prevalencia elevada de las llamadas patologías de la pobreza, entre las que destacan el cólera, tuberculosis, paludismo, dengue, etc. Al mismo tiempo, la prevalencia de enfermedades consideradas urbanas como diabetes mellitus e hipertensión arterial ha ido en aumento en estas comunidades.
- El alcoholismo sigue siendo un grave problema social que afecta a las familias indígenas y son causa frecuente de maltrato físico y psicológico

²⁵ Cervantes R. Muerte Materna y Perinatal en los hospitales del Perú -Ministerio de Salud. Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología.

2.1.5. FACTOR DE RIESGO BIOLÓGICO

2.1.5.1. FACTORES DE RIESGO BIOLÓGICOS MATERNOS

2.1.5.1.1. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS MATERNOS

Conocer las enfermedades que padece la futura madre es un punto sumamente importante en la definición del control prenatal, pues podremos evitar la aparición de complicaciones con la aplicación de los tratamientos más adecuados antes y durante la gestación.

Entre las principales encontramos:

2.1.5.1.2. Hipertensión Arterial Crónica

Hipertensión ya conocida antes de la gestación o descubierta antes de la semana 20 y que persiste después del parto. Puede ser esencial o secundaria a otras enfermedades como obesidad, diabetes, cardiopatías.

La asociación de hipertensión y gestación es una de las principales causas de muerte materna, así como de muerte fetal. Los trastornos hipertensivos que complican el embarazo son frecuentes y forman una tríada letal, junto a la hemorragia y la infección, que produce un gran número de muertes fetales.²⁶

2.1.5.1.3. Enfermedad Cardíaca

El embarazo y el parto conllevan cambios fisiológicos sustanciales que requieren la adaptación del sistema cardiovascular. Estos cambios son tolerados en las gestantes sin cardiopatía, en este caso la explicación fisiopatológica se encuentra relacionada con una insuficiencia del riego útero-placentario (insuficiencia cardíaca) y con hipoxemia (cardiopatía cianótica), con la consiguiente disminución del aporte de oxígeno y nutrientes al feto.

²⁶ Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Tratado de Ginecología y Obstetricia. Factores de riesgos y Muerte fetal. Madrid: 1er. Tomo. 2ª Edición; Año 2005.

El estado funcional clase III – IV es el mayor determinante de la mortalidad fetal que puede alcanzar el 30%. En mujeres con cardiopatía cianósante sin hipertensión pulmonar el riesgo es alto para el feto²⁷.

2.1.5.1.4. Enfermedad Renal

Durante el embarazo, la función renal presenta importantes cambios, tanto anatómicos como fisiológicos. La alteración más frecuente es la infección de vías urinarias. La gestación puede empeorar una enfermedad renal preexistente y afectar la evolución del embarazo así como el resultado perinatal. En décadas pasadas el embarazo se contraindicaba en pacientes nefrópatas.

En estas pacientes, el pronóstico del embarazo está dado principalmente por el grado de compromiso renal durante la concepción; es más sombrío en cuanto más grave sea la falla orgánica.²⁸

En caso de acompañarse con anemia, hipertensión o el desarrollo de preeclampsia, disminuye la posibilidad de tener resultados obstétricos favorables, al igual que en aquellas pacientes que requieren diálisis.

2.1.5.1.5. Diabetes Mellitus

La mortalidad fetal asociada a la diabetes materna es seis veces superior a la de la población general, la morbilidad en estos productos afecta tanto a su tamaño como a su madurez; se observa retraso de crecimiento fetal especialmente en madres con diabetes pregestacionales con mal control metabólico y recién nacidos macrosómicos tanto en diabetes pregestacionales como gestacionales. La macrosomía se asocia con una mayor frecuencia de traumatismo obstétrico, por desproporción cefalopélvica.

Las mujeres cuya diabetes no está bien controlada corren el riesgo de presentar varios problemas en el embarazo. Estos riesgos se pueden reducir en

²⁷ Dolores García de Lucas. Manual de Patología Médica y Embarazo de Alto Riesgo. Madrid; Año 2007

²⁸ Parnes La Sale. Muerte fetal. Clínicas Obstétricas y Ginecológicas; Bogotá: 2006

gran medida si toma pasos para mejorar su salud en todo lo posible antes del embarazo y controlar su salud durante el embarazo.²⁹

2.1.5.1.6. Enfermedades Neurológicas

Diferentes afecciones que comprometen el sistema nervioso pueden tener un importante impacto en la etapa de gestación, durante el embarazo enfermedades neurológicas crónicas como la epilepsia o las esclerosis múltiples pueden presentar complicaciones como la preeclampsia, parto prematuro.

En general el uso de fármacos antiepilépticos en monoterapia aumenta el riesgo de malformaciones congénitas en un 4-8%.³⁰

2.1.5.2. ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS MATERNOS

La existencia de antecedentes reproductivos desfavorables condiciona un mayor riesgo obstétrico dado la posibilidad de su repetición, más cuando la causa es desconocida.

Es conocida la mayor frecuencia de resultados perinatales negativos como muerte fetal intrauterina, en madres con antecedentes obstétricos adversos como:

- Aborto de repetición.
- Antecedente de muerte perinatal.
- Antecedente de nacido con defecto congénito.
- Malformación uterina.
- Tumoración uterina
- Paridad

²⁹ Dolores García de Lucas. Manual de Patología Médica y Embarazo de Alto Riesgo. Madrid; Año 2007

³⁰ Parnes La Sale. Muerte fetal. Clínicas Obstétricas y Ginecológicas; Bogotá: 2006

Se ha observado que las madres con antecedentes de una muerte perinatal previa muestran en el embarazo actual una mayor tendencia al parto inmaduro y el feto tiene un riesgo de muerte dos veces más alto.

El riesgo de aborto aumenta conforme más abortos se han tenido (el riesgo de tener un aborto después tres previos es del 40%). El mayor riesgo para que un embarazo acabe en un aborto es haber tenido uno antes.

La paridad es más riesgosa la primera gestación, así como cuando ha habido más de 3 partos.

Un embarazo en un útero rudimentario puede ser tan peligroso como un embarazo ectópico, ya que el útero puede romperse con el crecimiento del feto; generalmente, esto tiene un resultado fatal.

Embarazos en mujeres con úteros anormales halló que el riesgo de aborto es más alto en mujeres con una malformación que en mujeres con un útero normal, pero los índices varían de acuerdo con el tipo de anomalía, por ejemplo, las mujeres con úteros septados tienen más riesgo de aborto que las mujeres con otras anormalidades.

La identificación de las gestantes con estos antecedentes de alto riesgo y la utilización de protocolos de vigilancia fetal permiten mejorar el pronóstico del bienestar fetal.³¹

2.1.5.3. COMPLICACIONES PRESENTADAS DURANTE EL EMBARAZO RECIENTE

La gestación es un proceso dinámico, por tanto, obliga a una valoración continua del nivel de riesgo. Un control adecuado permitirá detectar en sus inicios los numerosos factores, con lo que se posibilita la actuación adecuada, que si bien, en ocasiones no será capaz de hacer desaparecer la patología observada, si logrará, con frecuencia, detener o disminuir su velocidad de progresión, con lo que se mejorarán los resultados reproductivos.

³¹ Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Tratado de Ginecología y Obstetricia. Factores de riesgos y Muerte fetal. Madrid: 1er. Tomo. 2ª Edición; Año 2005.

2.1.5.3.1. Hipertensión Inducida por el Embarazo, Preeclampsia, Eclampsia y Síndrome de Hellp

Los estados hipertensivos del embarazo son una de las principales complicaciones obstétricas y de mayor repercusión en la salud materna-fetal. Siendo la primera causa de morbi-mortalidad materno fetal con una incidencia a nivel mundial del 1 al 10% según los distintos países.

Hipertensión inducida Por la gestación (HIG)	
	TA diastólica \geq a 90 mmHg y/o TA sistólica \geq 140 mm Hg después de las 20semanas de gestación, en 2 ocasiones separadas al menos 4 horas, en una mujer previamente normotensa
Hipertensión gestacional (HG)	Criterios de HIG y proteinuria en orina de 24h inferior a 300 mg/L.
Preeclampsia leve	Criterios de HIG y proteinuria mayor a 300 mg/L en 24 horas, o en su defecto 2 + de proteínas en labstics en dos mediciones repetidas (en 4 horas de diferencia)
Preeclampsia grave	Preeclampsia con uno o más de los siguientes criterios <ul style="list-style-type: none"> • TA > 160/110 mmHg • Proteinuria \geq 2g/24h • Plaquetas < 100.000/L • Transaminasas elevadas • Hemolisis • Dolor epigástrico • Clinica neurológica: cefalea, fotsias
Eclampsia	Aparición de convulsiones o coma en una paciente con criterios de HIG

FUENTE: Obstetricia Y Ginecología de Arenas. Fundamentos de Obstetricia SEGO. Cap. 106. Pág. 936

El riesgo de preeclampsia asciende al 50% cuando la hipertensión gestacional se desarrolla antes de la semana 30 de embarazo³².

La eclampsia se define como la aparición de convulsiones en el contexto de hipertensión en el embarazo con o sin proteinuria en ausencia de otras causas conocidas de convulsiones.

³² Gonzales Paredes A, Merced Lt. Muerte Fetal Intrauterina. Obstetricia Y Ginecología de Arenas. Fundamentos de Obstetricia SEGO. Editado Madrid: Abril 2007.

La incidencia de la eclampsia depende de la severidad de la preeclampsia y del manejo del cuadro, pero se estima inferior al 1%. El 50% de los casos debuta anteparto, un 25% durante el parto

El síndrome de HELLP hemólisis, elevación de los enzimas hepáticos y disminución de plaquetas. Es importante señalar que el síndrome de HELLP traduce las complicaciones sistémicas de la preeclampsia y que se trata de la misma entidad, por tanto y en general la fisiopatogenia, la clínica y el manejo del síndrome de HELLP son los descritos para la preeclampsia. No obstante, la presencia de HTA no es una constante. Un 20 % de las pacientes afectas con este síndrome, cursan con TA normal. La incidencia de síndrome de HELLP en las mujeres con preeclampsia oscila entre el 4-12%. En las pacientes con preeclampsia grave la incidencia de síndrome de HELLP es de alrededor del 20-25%.³³

2.1.5.3.2. Anemias

La anemia se presenta frecuentemente en las mujeres embarazadas, estas mujeres carecen de hierro y esto ocurre porque las necesidades de hierro aumentan por el incremento de volumen en la sangre, el desarrollo fetal y el crecimiento de la placenta. Cuando la hemoglobina cae a niveles inferiores a 6-7g/dL se pueden tener efectos adversos en la madre y el feto. La anemia menos severa (8-10g/dL) es de poco riesgo para la madre pero puede poseer mayor riesgo para el feto.

La anemia en las gestantes se asocia con trastornos del embarazo, mortalidad materna, prematuridad, bajo peso al nacer y mortalidad perinatal. Esta enfermedad causa debilidad, cansancio y disminuye la resistencia a las infecciones."Si la gestante no tiene depósitos suficientes de hierro y no reciben una cantidad suplementaria de este micronutriente, sufrirá un agotamiento

³³ Alcántara A. Morbimortalidad Perinatal en la Preeclampsia Severa; Caracas: 2004

progresivo durante el embarazo, pues las necesidades del feto predominan sobre las de la madre.³⁴

2.1.5.3.3. Diabetes Gestacional

La diabetes gestacional es un tipo de diabetes que ocurre durante el embarazo. De cada 100 mujeres embarazadas, aproximadamente 2 de ellas desarrolla diabetes gestacional

Factores de Riesgo

- Edad mayor de 30 años.
- Sobrepeso
- Tener uno o más familiares con diabetes.
- Antecedente de diabetes gestacional en su último embarazo.
- Antecedente de hijo macrosómicos o muerte fetal intrauterina.³⁵

2.1.5.3.4. Infecciones Genitourinarias

También es necesario tener en cuenta la infección ascendente del tracto genital: vaginitis - cervicitis - amnionitis que usualmente es causada por estreptococo del grupo B y E. Coli.

Este grupo importante de infecciones vaginales y urinarias, son las cuales se ven favorecidas por encontrarse las gestantes inmunodeprimidas y presentar también modificaciones fisiológicas propias del embarazo.

A las infecciones de transmisión sexual provocadas por hongos, virus, protozoos y bacterias, y algunas enterobacterias que, por su contigüidad con el recto, colonizan la vagina y las vías urinarias

³⁴ Gonzales Paredes A, Merced Lt. Muerte Fetal Intrauterina. Obstetricia Y Ginecología de Arenas. Fundamentos de Obstetricia SEGO. Editado Madrid: Abril 2007

³⁵ Gonzales del Riego M, Trelles J. Diagnóstico y Pronóstico de la Gestación de Alto Riesgo; Buenos Aires: 2004.

La pielonefritis es la infección bacteriana más frecuente que puede provocar complicaciones maternas y perinatales y se presenta, por lo general, al final del segundo trimestre y en el comienzo del tercero

Los cambios estructurales y hormonales predisponen a las embarazadas para el desarrollo de ITU. La uretra femenina, de 3 a 4 cm de longitud, está localizada cerca de áreas que se encuentran colonizadas por flora entérica (como la vagina y el recto). Cuando la uretra es colonizada, las bacterias pueden ascender y provocar una ITU. Las embarazadas presentan dilatación ureteral desde la sexta semana de gestación y hasta el parto. Se cree que esta dilatación se debe al incremento en los niveles de estrógenos y progestágenos, acompañada por disminución del tono de la uretra y de la vejiga, lo que contribuye a la ectasia de la orina y al reflujo vesicoureteral. La ectasia puede también ser consecuencia de la compresión mecánica que ejerce el agrandamiento uterino.³⁶

2.1.5.3.5. Embarazo Múltiple y Gemelar

Las tasas de muerte fetal en los embarazos múltiples se encuentran cuadruplicadas en comparación con las de embarazos únicos y se relacionan con complicaciones específicas de este tipo de embarazos, que se hacen mayores en los embarazos con mayor número de fetos.

Los gemelos tienen un mayor riesgo de muerte fetal que los niños que provienen de un embarazo no gemelar, particularmente los gemelos monocigóticos frente a los dicigóticos. Además, en estudios previos se ha establecido que, en embarazos gemelares en los que uno de los miembros muere durante la vida uterina, el feto superviviente sufre un mayor riesgo de morbilidad en forma de parálisis cerebral, retraso mental o malformaciones digestivas como atresias intestinales.³⁷

³⁶ Gonzales Paredes A, Merced Lt. Muerte Fetal Intrauterina. Obstetricia Y Ginecología de Arenas. Fundamentos de Obstetricia SEGO. Editado Madrid: Abril 2007

³⁷ Román Y. Factores de Riesgo Asociados a la Morbimortalidad Perinatal y Morbilidad Puerperal en el Embarazo Múltiple; Bogotá: 2005

2.1.5.3.6. Defectos Congénitos y Malformaciones Fetales

Son aquellas anomalías que afectan a la estructura, función o metabolismo del feto. Estas anomalías pueden provocar discapacidades mentales, físicas e incluso la muerte, ya que algunas malformaciones son incompatibles con la vida, como por ejemplo la anencefalia y malformaciones cardíacas graves.

Las anomalías congénitas pueden ser provocadas por infecciones intrauterinas se desarrollan cuando la madre contrae determinadas infecciones antes del embarazo o durante el mismo o porque la madre se expuso a alguna sustancias o agentes nocivos, otros defectos también pueden ser hereditarios.³⁸

2.1.5.3.7. Desprendimiento Prematuro de Placenta

Existen diversos trastornos que predisponen al desprendimiento prematuro de la placenta: edad materna avanzada, múltipara, hipertensas, rotura prematura de membranas, parto con polihidramnios, parto de una gestación múltiple, tabaquismo, abuso con cocaína, raza blanca, traumatismo externo, mioma uterino. En casos excepcionales, el desprendimiento puede estar causado por un accidente o un traumatismo de la madre.

Se trata de la primera causa de muerte fetal durante el tercer trimestre de gestación. El desprendimiento prematuro de la placenta provoca una disminución grave de la aportación de oxígeno y nutrientes al feto.³⁹

³⁸ Gonzales del Riego M, Trelles J. Diagnóstico y Pronóstico de la Gestación de Alto Riesgo; Buenos Aires: 2004

³⁹ González P, Puertas A, Mercé LT. Cuidados Prenatales y Complicaciones en el Embarazo. Fundamentos de Obstetricia. España: Año de Edición 2004.

3. METODOLOGÍA

3.1. TIPO DE ESTUDIO

Se realizó un estudio de tipo descriptivo y corte transversal.

3.2. LUGAR DE INVESTIGACIÓN

La población objeto de la investigación, se encontró ingresada en el Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Isidro Ayora de Loja

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.3.1. UNIVERSO

Lo conformaron las mujeres gestantes hospitalizadas por alguna causa de morbilidad fetal en el Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Isidro Ayora de Loja de Junio a Agosto de 2013 que en total fueron de 206 mujeres.

3.3.2. MUESTRA

Estuvo conformada por todas las mujeres gestantes que presentaron muerte fetal intrauterina ingresadas en el Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Isidro Ayora de la ciudad de Loja de Junio a Agosto de 2013 que en total fueron de 53 mujeres

3.3.3. CRITERIO DE INCLUSIÓN

Los criterios de inclusión que se tomaron en cuenta son:

Mujeres ingresadas en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Isidro Ayora de la ciudad de Loja, que presentaron muerte fetal intrauterina durante el periodo de junio a agosto del 2013

3.3.4. CRITERIO DE EXCLUSIÓN:

Mujeres que no desearon participar en el estudio.

3.3.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

Para la obtención de los datos se utilizaron las siguientes técnicas:

3.3.6. ENTREVISTA

Este método nos permitió recolectar de forma rápida y directa la información que incluía: datos generales de la madre (edad, estado civil, instrucción, ocupación), antecedentes y ginecoobstétricos maternos, exposiciones durante el embarazo (radiaciones ionizantes, tabaco, alcohol, drogas, fármacos, traumatismos) y complicaciones presentadas durante el embarazo actual.

3.3.7. RECOLECCION DE DATOS DE LA HISTORIA CLINICA

Algunos datos se recogió de la historia clínica como diagnóstico, antecedentes maternos, complicaciones maternas, fetales y placentarios presentadas durante el embarazo.

3.3.8. HOJA DE REGISTRO DE DATOS

La recolección de datos fue a través de una guía estructurada con los principales factores de riesgo involucrados en la muerte fetal después de la revisión minuciosa y el estudio de la literatura médica y de numerosas investigaciones referentes al tema (ANEXO 3)

3.3.9. PROCEDIMIENTOS DE LA RECOLECCIÓN DE DATOS:

ACTIVIDADES Y MATERIALES:

ACTIVIDADES

Se procedió a recoger la información por medio de la encuesta preguntando cada uno de los ítems de la hoja de recolección de datos y mediante la revisión de la historia clínica.

MATERIALES

Hoja de recolección de datos previamente elaborada e Historia Clínica de la paciente.

3.3.10. PLAN DE TABULACIÓN

Se considerará las siguientes fases:

REVISIÓN DE LOS DATOS

- a) **CODIFICACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS.**- Se procedió a enumerar en orden correlativo cada uno de ellos.
- b) **PROCESAMIENTO DE LOS DATOS.**- Se elaboró una base de datos utilizando el programa estadístico SPSS versión 19.0 en español y se registró los datos procedentes de los instrumentos.

ORGANIZACIÓN, PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LOS

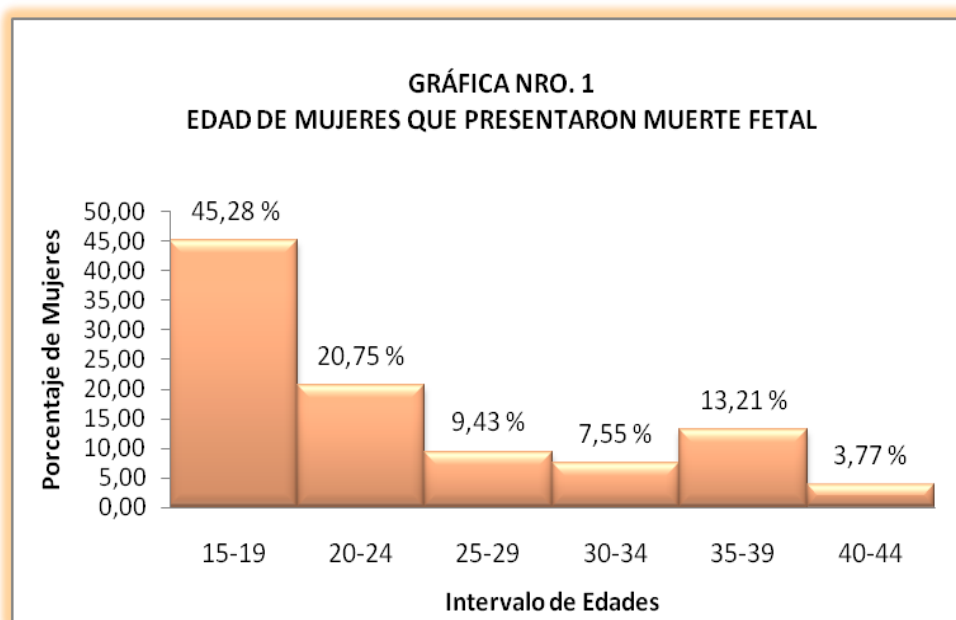
DATOS.- Con ayuda del programa Microsoft Excel XP se procedió a elaborar los cuadros con sus respectivos gráficos, según lo establecido en los objetivos de la investigación determinando la frecuencia y porcentajes.

4. RESULTADOS E INTERPRETACIÓN

TABLA N° 1

EDAD DE MUJERES QUE PRESENTARON MUERTE FETAL INTRAUTERINA

INTERVALOS EDADES	MUJERES	PORCENTAJES
15-19	24	45,28 %
20-24	11	20,75 %
25-29	5	9,43 %
30-34	4	7,55 %
35-39	7	13,21 %
40-44	2	3,77 %
TOTAL	53	100,00 %



FUENTE: Historia Clínica y Hoja de Recolección de datos

ELABORACIÓN: Germania Lucía Ramón Costa.

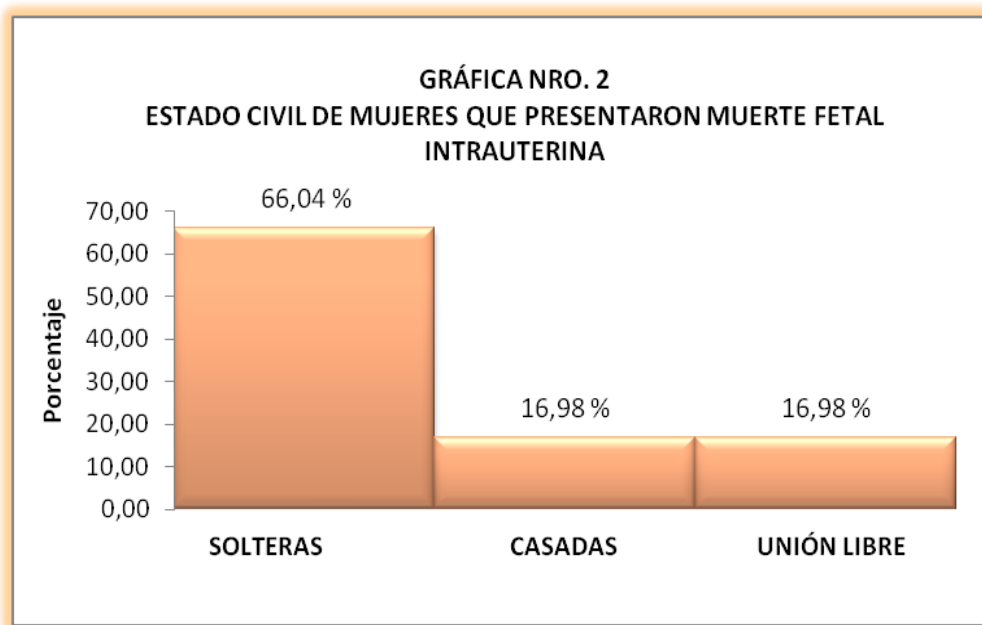
INTERPRETACIÓN:

Del total de mujeres que presentaron muerte fetal (53 mujeres), se pudo reflejar que el mayor resultado 45% (24 mujeres) se encuentran entre una edad de 15 a 19 años, y el menor resultado 4% (2 mujeres) se encuentran entre una edad de 40 a 44 años.

TABLA N°2

**ESTADO CIVIL DE MUJERES QUE PRESENTARON MUERTE FETAL
INTRAUTERINA**

ESTADO CIVIL	MUJERES	PORCENTAJES
SOLTERAS	35	66.04 %
CASADAS	9	16.98 %
UNION LIBRE	9	16.98 %
TOTAL	53	100.00 %



FUENTE: Historia Clínica y Hoja de Recolección de datos

ELABORACIÓN: Germania Lucia Ramón Costa.

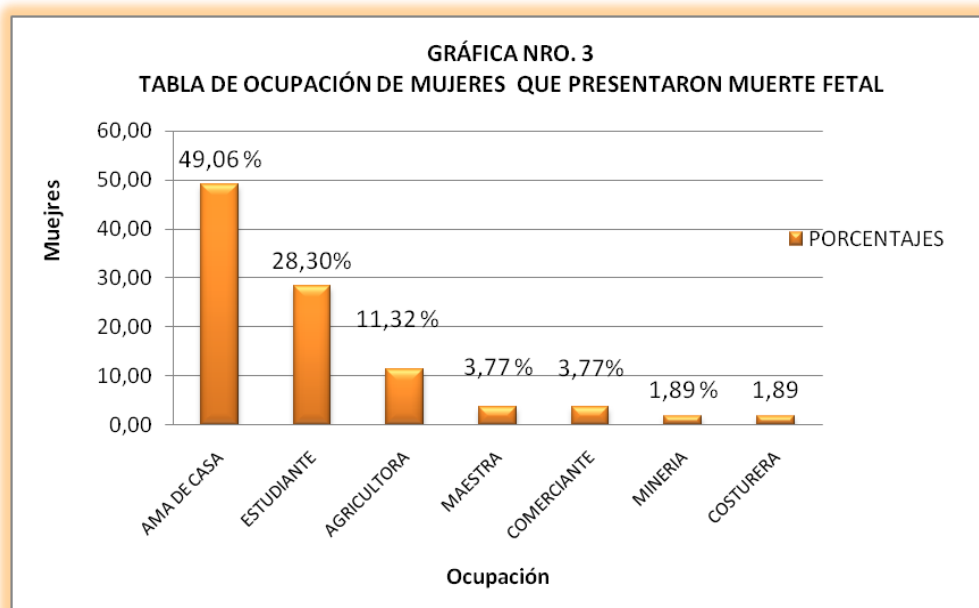
INTERPRETACIÓN:

Del total de mujeres que presentaron muerte fetal (53 mujeres), se pudo reflejar el mayor resultado 66% (35 mujeres) tenían un estado civil soltero, mientras que el menor resultado 17% (9 mujeres) se encontraban en unión libre y el otro 17% (9 mujeres) eran casadas.

TABLA N°3

OCUPACIÓN DE MUJERES QUE PRESENTARON MUERTE FETAL

OCUPACIÓN	MUJERES	PORCENTAJES
AMA DE CASA	26	49.06 %
ESTUDIANTE	15	28.30 %
AGRICULTORA	6	11.32 %
MAESTRA	2	3.77 %
COMERCIANTE	2	3.77 %
MINERIA	1	1.89 %
COSTURERA	1	1.89 %
TOTAL	53	100.00 %



FUENTE: Historia Clínica y Hoja de Recolección de datos

ELABORACIÓN: Germanía Lucía Ramón Costa.

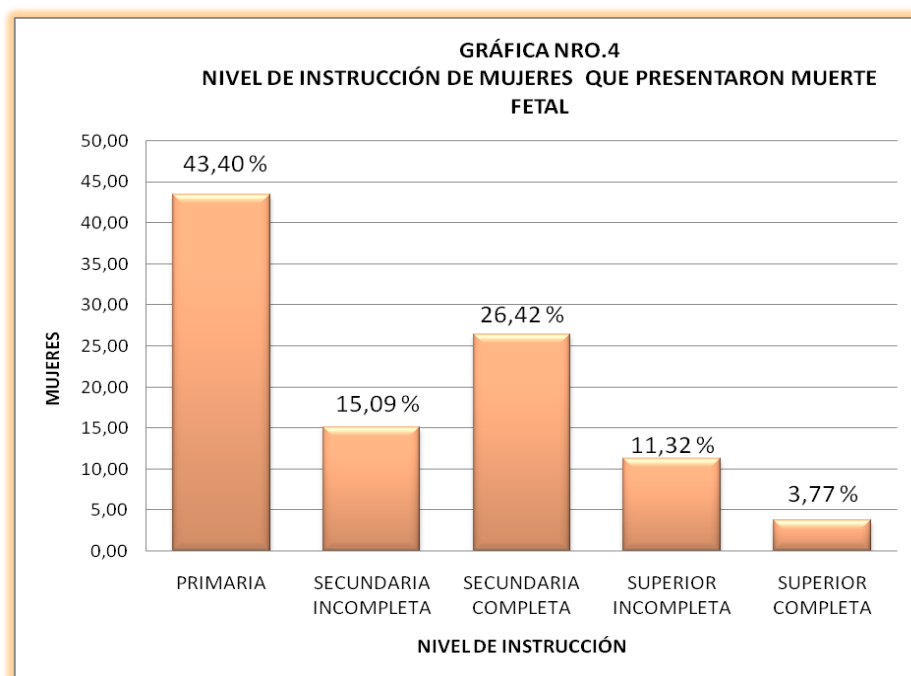
INTERPRETACIÓN:

Del total de mujeres que presentaron muerte fetal (53 mujeres), se pudo reflejar que el mayor resultado 49% (26 mujeres) eran amas de casa, y el menor resultado 2% (1 mujer) era costurera y el otro 2% (1 mujer) se dedicaba a la minería.

TABLA N° 4

NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE MUJERES QUE PRESENTARON MUERTE FETAL

NIVEL DE INSTRUCCION	MUJERES	PORCENTAJES
PRIMARIA	23	43.40 %
SECUNDARIA INCOMPLETA	8	15.09 %
SECUNDARIA COMPLETA	14	26.42 %
SUPERIOR INCOMPLETA	6	11.32 %
SUPERIOR COMPLETA	2	3.77 %
TOTAL	53	100.00 %



FUENTE: Historia Clínica y Hoja de Recolección de datos

ELABORACIÓN: Germania Lucia Ramón Costa.

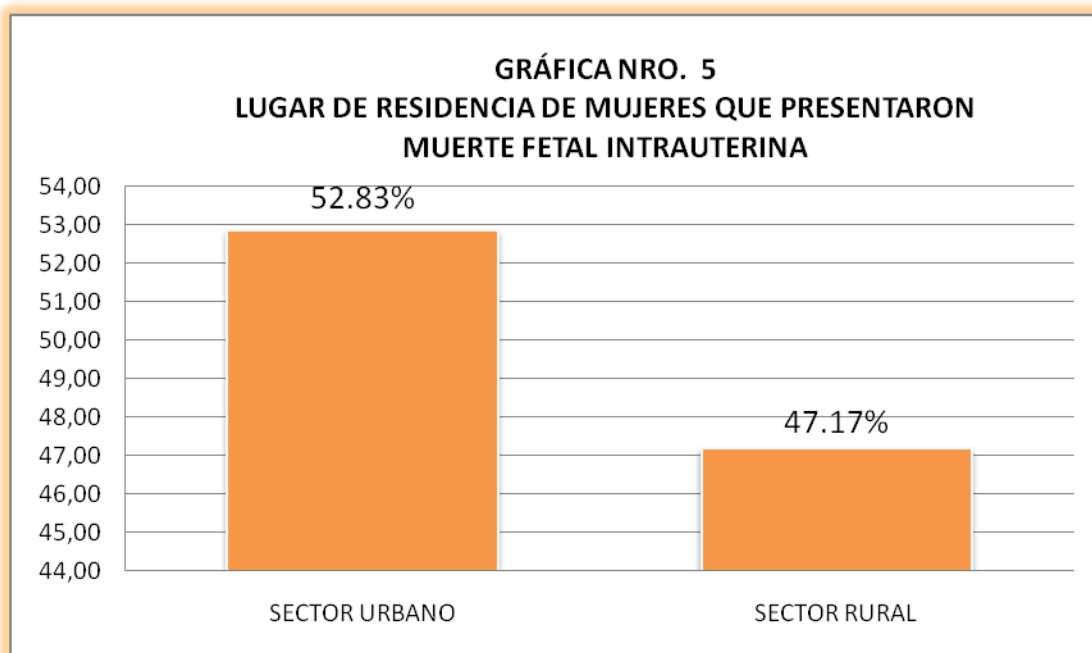
INTERPRETACIÓN:

Del total de mujeres que presentaron muerte fetal (53 mujeres), se pudo reflejar que el mayor resultado 43% (23 mujeres) tuvieron instrucción primaria, y el menor resultado 4% (2 mujeres) tuvieron estudios superiores completos.

TABLA N° 5

LUGAR DE RESIDENCIA DE MUJERES QUE PRESENTARON MUERTE FETAL INTRAUTERINA

LUGAR DE RESIDENCIA	MUJERES	PORCENTAJES
SECTOR URBANO	28	52.83 %
SECTOR RURAL	25	47.17 %
TOTAL	53	100.00 %



FUENTE: Historia Clínica y Hoja de Recolección de datos

ELABORACIÓN: Germania Lucía Ramón Costa.

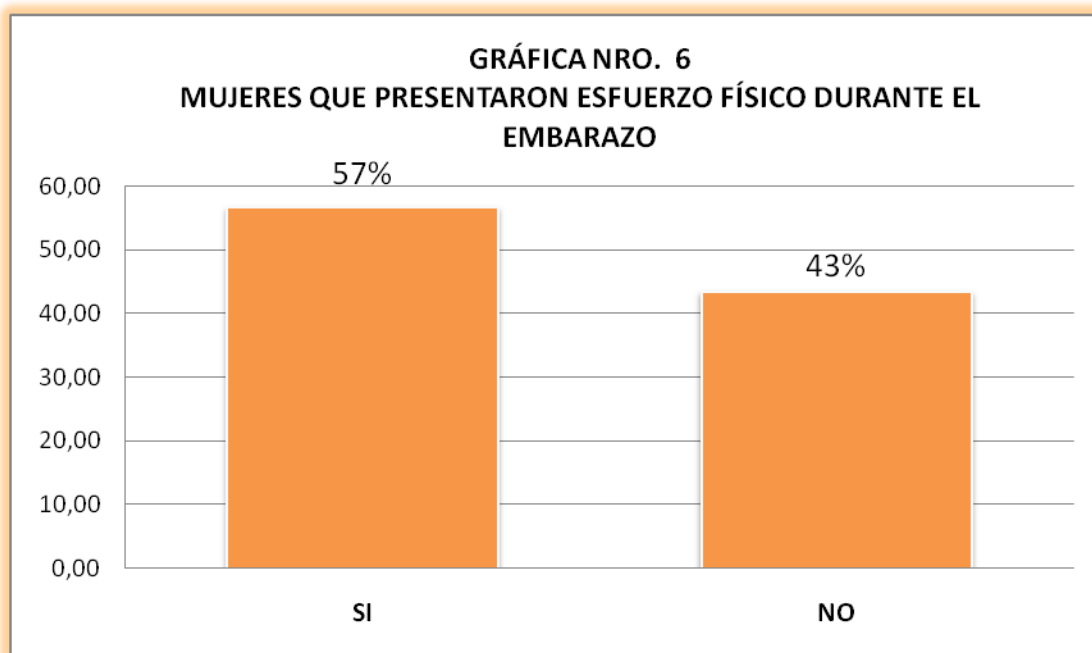
INTERPRETACIÓN:

Del total de mujeres que presentaron muerte fetal (53 mujeres), se pudo reflejar que el 53% (28 mujeres) residían en el sector urbano, mientras que el 47% (25 mujeres) vivían en el sector rural.

TABLA N° 6

MUJERES QUE PRESENTARON ESFUERZO FÍSICO DURANTE EL EMBARAZO RECIENTE

FACTOR DE ESFUERZO FÍSICO	MUJERES	PORCENTAJES
SI	30	57 %
NO	23	43 %
TOTAL	53	100.00 %



FUENTE: Historia Clínica y Hoja de Recolección de datos

ELABORACIÓN: Germania Lucia Ramón Costa.

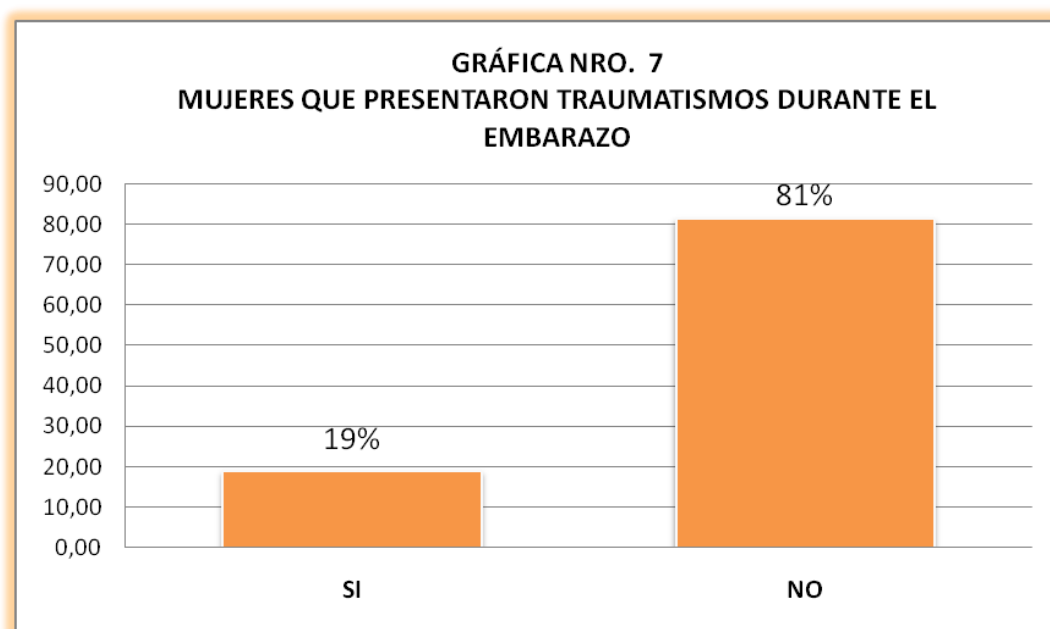
INTERPRETACIÓN:

Del total de mujeres que presentaron muerte fetal (53 mujeres), se pudo reflejar que el 57% (30 mujeres) presentaron esfuerzo físico durante el embarazo, mientras que el 43% (20 mujeres) no presentaron esfuerzo físico.

TABLA N° 7

MUJERES QUE PRESENTARON TRAUMATISMO DURANTE EL EMBARAZO RECIENTE

FACTOR DE TRAUMATISMO	MUJERES	PORCENTAJES
SI	10	19 %
NO	43	81 %
TOTAL	53	100.00%



FUENTE: Historia Clínica y Hoja de Recolección de datos

ELABORACIÓN: Germania Lucia Ramón Costa.

INTERPRETACIÓN:

Del total de mujeres que presentaron muerte fetal (53 mujeres), se pudo reflejar que el 19% (10 mujeres) presentaron traumatismo durante el embarazo, mientras que el 81% (43 mujeres) no presentaron traumatismo.

TABLA N° 8

MUJERES QUE TUVIERON CONSUMO DE ALCOHOL DURANTE EL EMBARAZO RECIENTE

CONSUMO DE ALCOHOL	MUJERES	PORCENTAJES %
SI	4	8 %
NO	49	92 %
TOTAL	53	100,00 %



FUENTE: Historia Clínica y Hoja de Recolección de datos

ELABORACIÓN: Germania Lucía Ramón Costa.

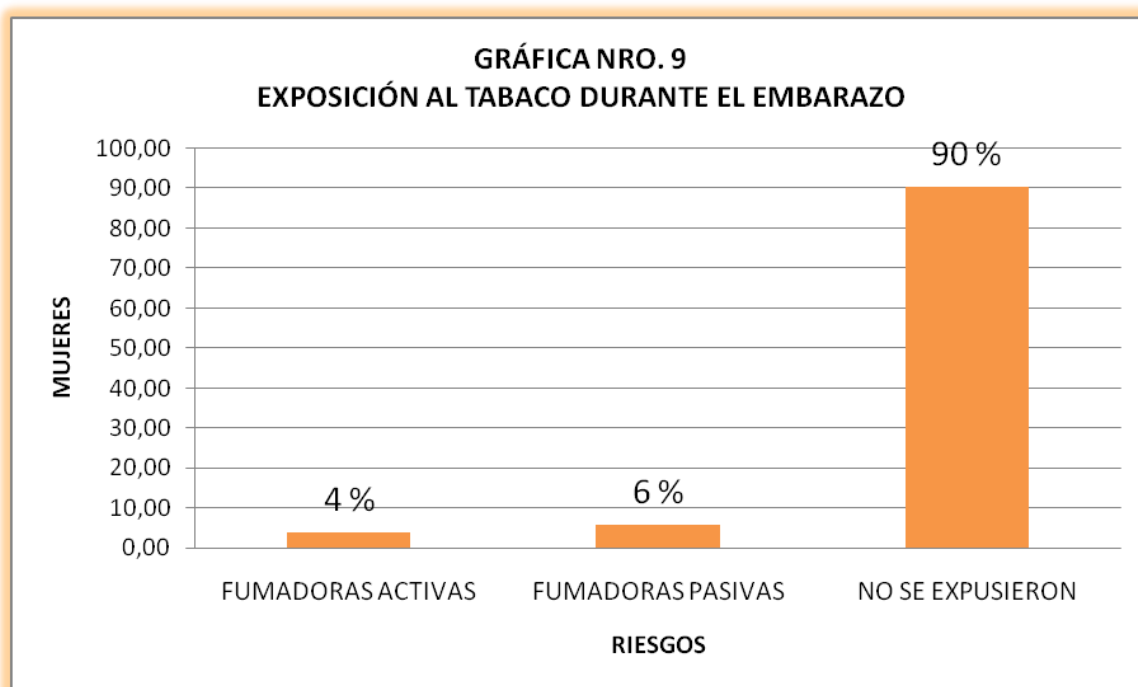
INTERPRETACIÓN:

Del total de mujeres que presentaron muerte fetal (53 mujeres), se pudo reflejar que el 8% (4 mujeres) consumieron alcohol, mientras que el 92% (49 mujeres) no consumieron alcohol durante el embarazo.

TABLA N° 9

EXPOSICIÓN AL TABACO DURANTE EL EMBARAZO RECIENTE

EXPOSICION AL TABACO	MUJERES	PORCENTAJES %
FUMADORAS ACTIVAS	2	4 %
FUMADORAS PASIVAS	3	6 %
NO SE EXPUSIERON AL TABACO	48	90 %
TOTAL	53	100,00 %



FUENTE: Historia Clínica y Hoja de Recolección de datos

ELABORACIÓN: Germania Lucia Ramón Costa.

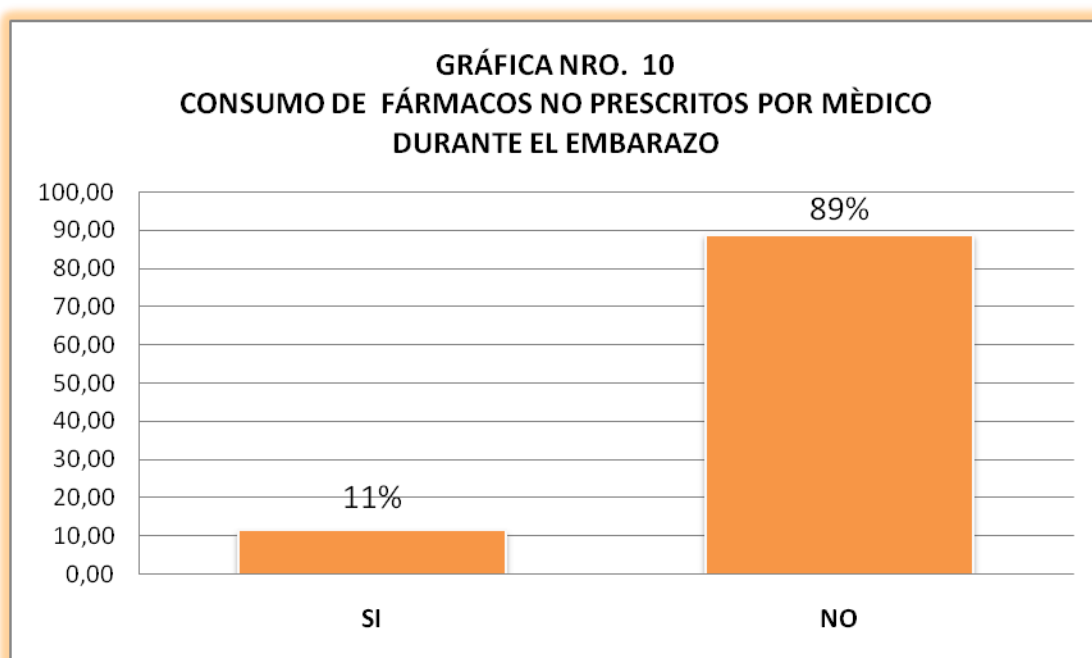
INTERPRETACIÓN:

Del total de mujeres que presentaron muerte fetal (53 mujeres), se pudo reflejar que el mayor resultado 90% (48 mujeres) no se expusieron al tabaco y el menor resultado 4% (2 mujeres) fueron fumadoras activas durante el embarazo.

TABLA N° 10

CONSUMO DE FÁRMACOS NO PRESCRITOS POR EL MÉDICO DURANTE EL EMBARAZO RECIENTE

CONSUMO DE FÁRMACOS	MUJERES	PORCENTAJES
SI	6	11 %
NO	47	89 %
TOTAL	53	100,00 %



FUENTE: Historia Clínica y Hoja de Recolección de datos

ELABORACIÓN: Germania Lucia Ramón Costa.

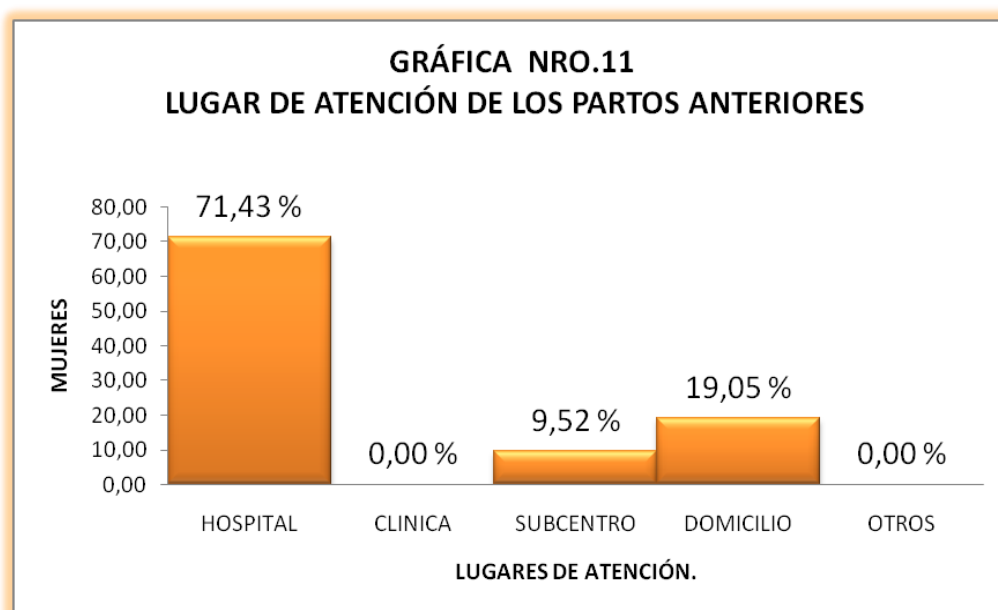
INTERPRETACIÓN:

Del total de mujeres que presentaron muerte fetal (53 mujeres), se pudo reflejar que el 11% (6 mujeres) consumieron fármacos durante el embarazo, mientras que el 89% (47 mujeres) no consumieron fármacos.

TABLA N°. 11

LUGAR DE ATENCIÓN DE LOS PARTOS ANTERIORES

LUGAR DE ATENCIÓN	MUJERES	PORCENTAJES %
HOSPITAL	15	71,43 %
CLINICA	0	0,00 %
SUBCENTRO	2	9,52 %
DOMICILIO	4	19,05 %
OTROS	0	0,00 %
TOTAL	21	100,00



FUENTE: Historia Clínica y Hoja de Recolección de datos

ELABORACIÓN: Germania Lucía Ramón Costa.

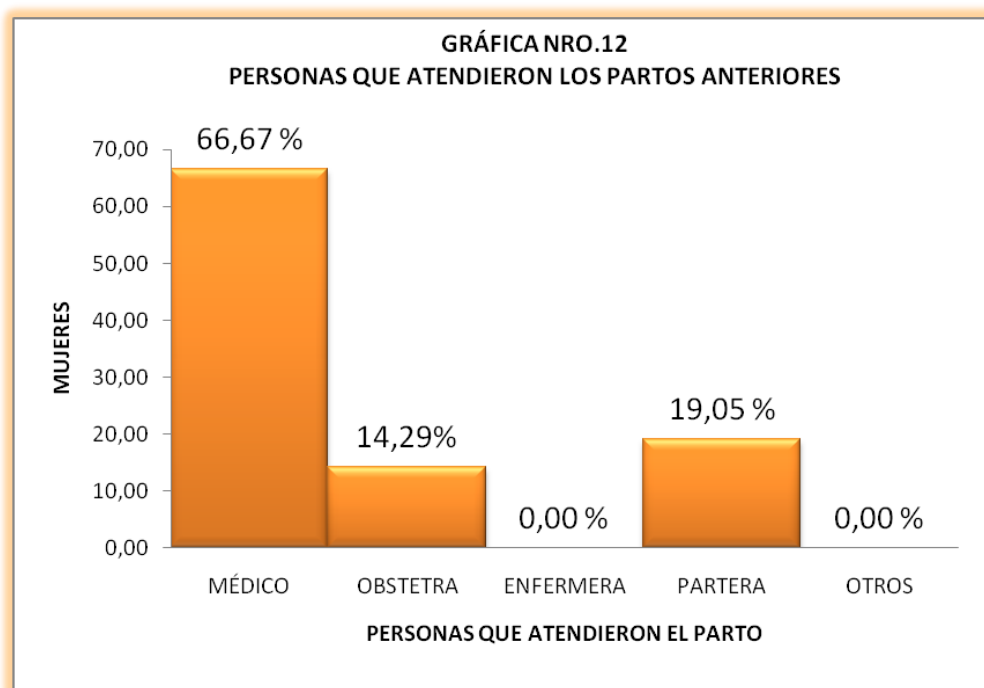
INTERPRETACIÓN:

Del total de mujeres que presentaron muerte fetal 53 mujeres, 21 mujeres tuvieron partos anteriores, se pudo reflejar que el mayor resultado, 71% (15 mujeres) acudieron al hospital para la atención de sus partos, y el menor resultado 10% (2 mujeres) fueron atendidas en subcentro.

TABLA N°. 12

PERSONAS QUE ATENDIERON LOS PARTOS ANTERIORES

PERSONAS	MUJERES	PORCENTAJES %
MÉDICO	14	66,67 %
OBSTETRA	3	14,29 %
ENFERMERA	0	0,00 %
PARTERA	4	19,05 %
OTROS	0	0,00 %
TOTAL	21	100,00 %



FUENTE: Historia Clínica y Hoja de Recolección de datos

ELABORACIÓN: Germania Lucia Ramón Costa.

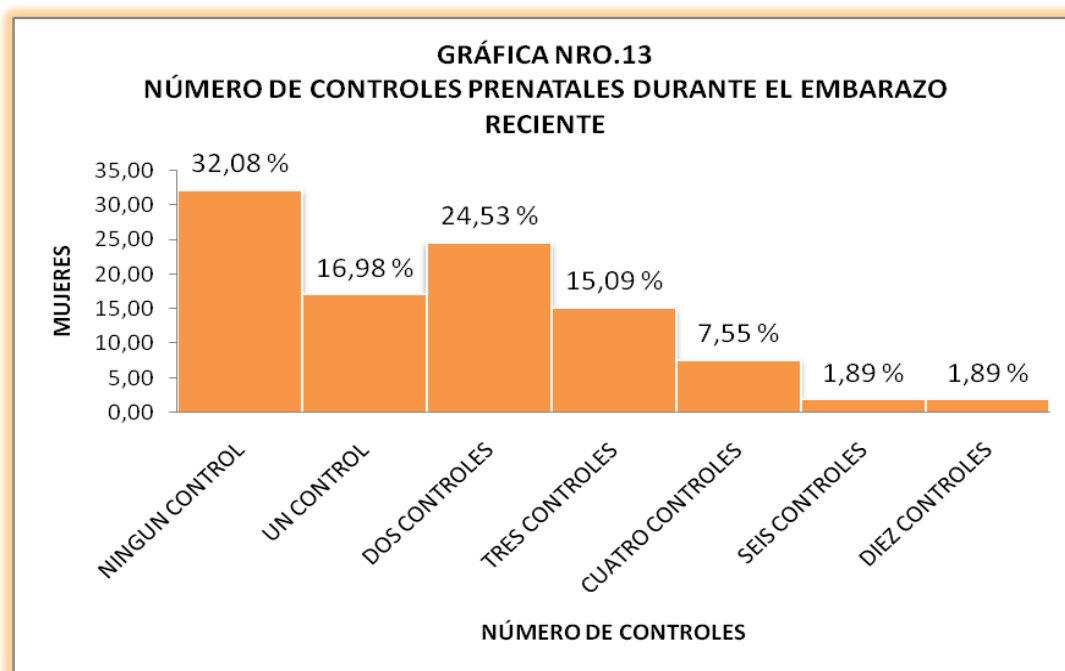
INTERPRETACIÓN:

Del total de mujeres que presentaron muerte fetal 53 mujeres, 21 mujeres tuvieron partos anteriores, se pudo reflejar que el 67% (14 mujeres) fueron atendidas por médicos, y el menor resultado 14% (3 mujeres) fueron atendidas por obstetras.

TABLA N° 13

NÚMERO DE CONTROLES PRENATALES DURANTE EL EMBARAZO RECIENTE

NÚMERO DE CONTROLES	MUJERES	PORCENTAJES
NINGUN CONTROL	19	35.85 %
UN CONTROL	11	20.75 %
DOS CONTROLES	10	18.87 %
TRES CONTROLES	8	15.09 %
CUATRO CONTROLES	2	3.77 %
SEIS CONTROLES	2	3.77 %
DIEZ CONTROLES	1	1.89 %
TOTAL	53	100.00 %



FUENTE: Historia Clínica y Hoja de Recolección de datos

ELABORACIÓN: Germania Lucía Ramón Costa.

INTERPRETACIÓN:

Del total de mujeres que presentaron muerte fetal (53 mujeres), se pudo reflejar que el mayor resultado 36% (19 mujeres) no tuvieron ningún control durante el embarazo, y el menor resultado 2% (1 mujer) tuvo diez controles.

TABLA N° 13

RELACIÓN DE LOS CONTROLES PRENATALES Y MUERTE FETAL INTRAUTERINA

NUMERO DE CONTROLES	MUERTE TEMPRANA	MUERTE INTERMEDIA	MUERTE TARDIA	MUJERES
NINGUN CONTROL	18	1	0	19
UN CONTROL	7	4	0	11
DOS CONTROLES	5	1	4	10
TRES CONTROLES	1	0	7	8
CUATRO CONTROLES	0	0	2	2
SEIS CONTROLES	0	0	2	2
DIEZ CONTROLES	0	0	1	1
	31	6	16	16

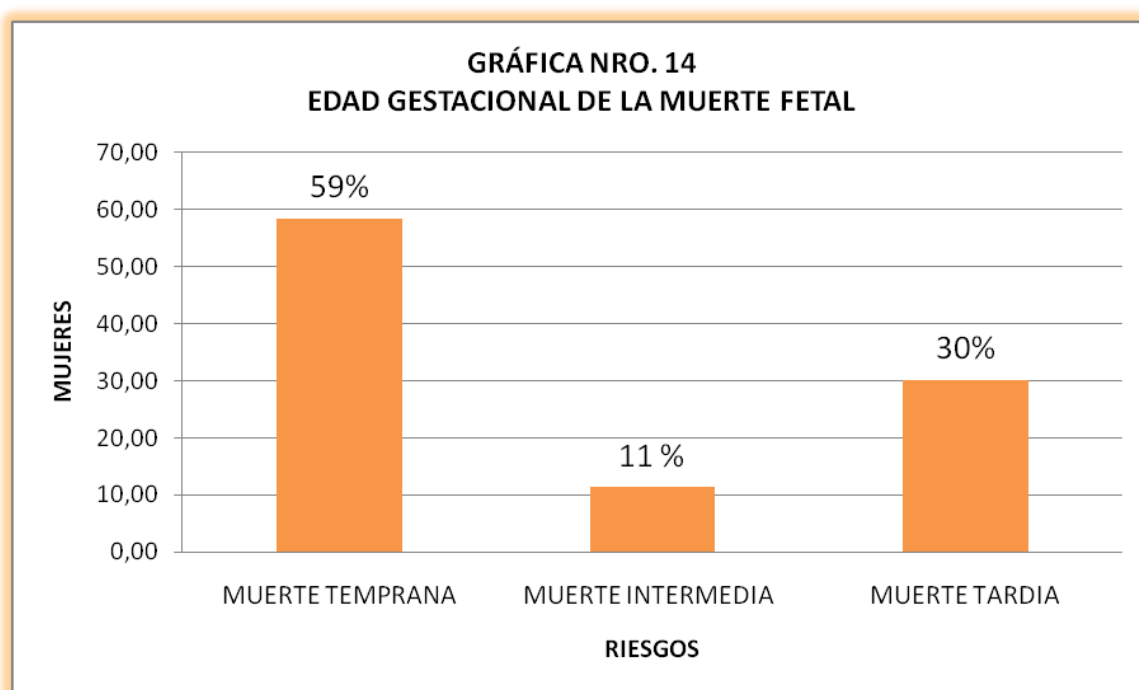
FUENTE: Historia Clínica y Hoja de Recolección de datos

ELABORACIÓN: Germania Lucia Ramón Costa.

TABLA N° 14

EDAD GESTACIONAL DE LA MUERTE FETAL INTRAUTERINA RECIENTE

MUERTE FETAL	MUJERES	PORCENTAJES %
MUERTE TEMPRANA	31	58,49 %
MUERTE INTERMEDIA	6	11,32 %
MUERTE TARDIA	16	30,19 %
TOTAL	53	100,00 %



FUENTE: Historia Clínica y Hoja de Recolección de datos

ELABORACIÓN: Germania Lucia Ramón Costa.

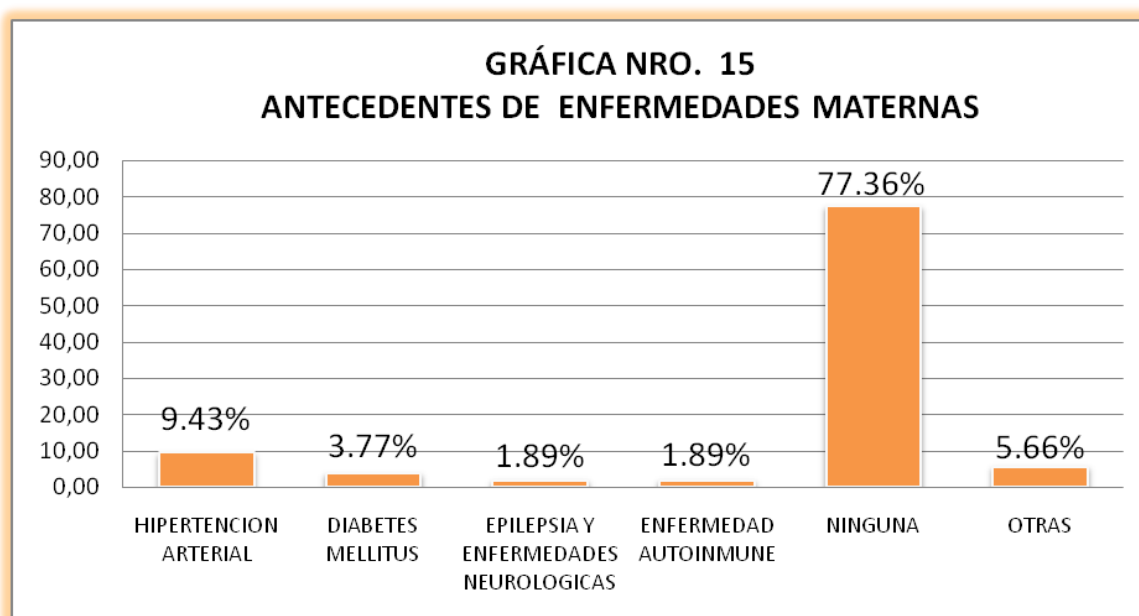
INTERPRETACIÓN:

Del total de mujeres que presentaron muerte fetal (53 mujeres), se pudo reflejar que el mayor resultado 58% (31 mujeres) presentaron muerte fetal temprana, y el menor resultado 11% (6 mujeres) presentaron muerte fetal intermedia.

TABLA N°15

ANTECEDENTES DE PATOLOGÍAS MATERNAS

ANTECEDENTES	MUJERES	PORCENTAJES
HIPERTENSION ARTERIAL	5	9.43 %
DIABETES MELLITUS	2	3.77 %
EPILEPSIA Y ENFERMEDADES NEUROLOGICAS	1	1.89 %
ENFERMEDAD AUTOINMUNE	1	1.89 %
NINGUNA	41	77.36 %
OTRAS	3	5.66 %
TOTAL	53	100.00 %



FUENTE: Historia Clínica y Hoja de Recolección de datos

ELABORACIÓN: Germania Lucia Ramón Costa.

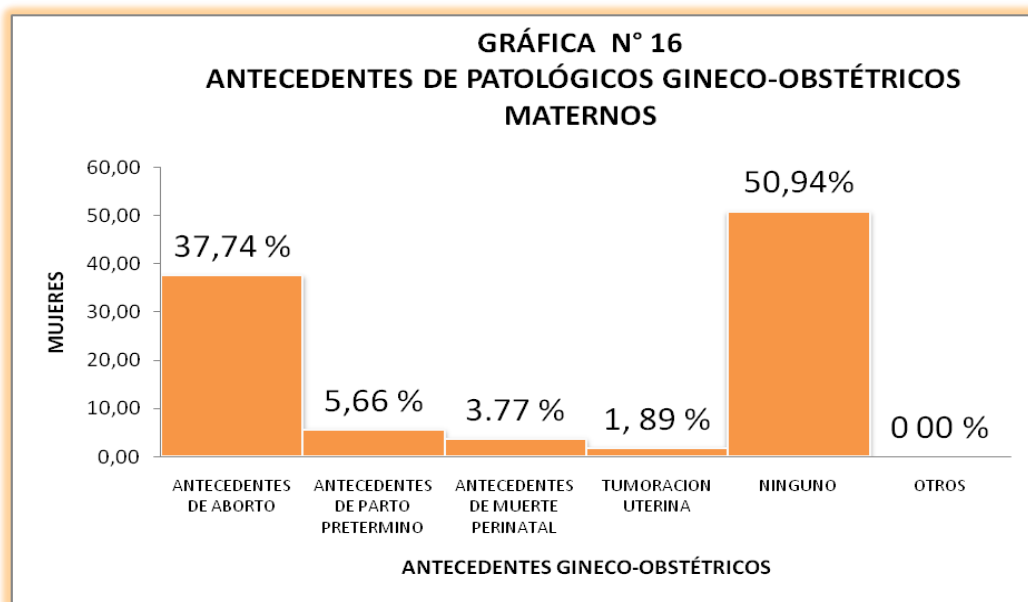
INTERPRETACIÓN:

Del total de mujeres que presentaron muerte fetal (53 mujeres), se pudo reflejar que 12 mujeres tuvieron patologías previas a la gestación de las cuales el mayor resultado 9% (5 mujeres) tuvieron antecedentes de hipertensión arterial, y el menor resultado 2% (1 mujer) tuvo antecedentes de epilepsia y otro 2% (1 mujer) tuvo antecedentes de enfermedad autoinmune (lupus eritematoso).

TABLA N°. 16

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS GINECO-OBSTÉTRICOS MATERNOS

ANTECEDENTES	MUJERES	PORCENTAJES %
ANTECEDENTES DE ABORTO	20	37.74 %
ANTECEDENTES DE PARTO PRETERMINO	3	5.66 %
ANTECEDENTES DE MUERTE PERINATAL	2	3.77 %
TUMORACION UTERINA	1	1.89 %
NINGUNO	27	50.94 %
OTROS	0	0.00 %
TOTAL	53	100.00 %



FUENTE: Historia Clínica y Hoja de Recolección de datos

ELABORACIÓN: Germania Lucia Ramón Costa.

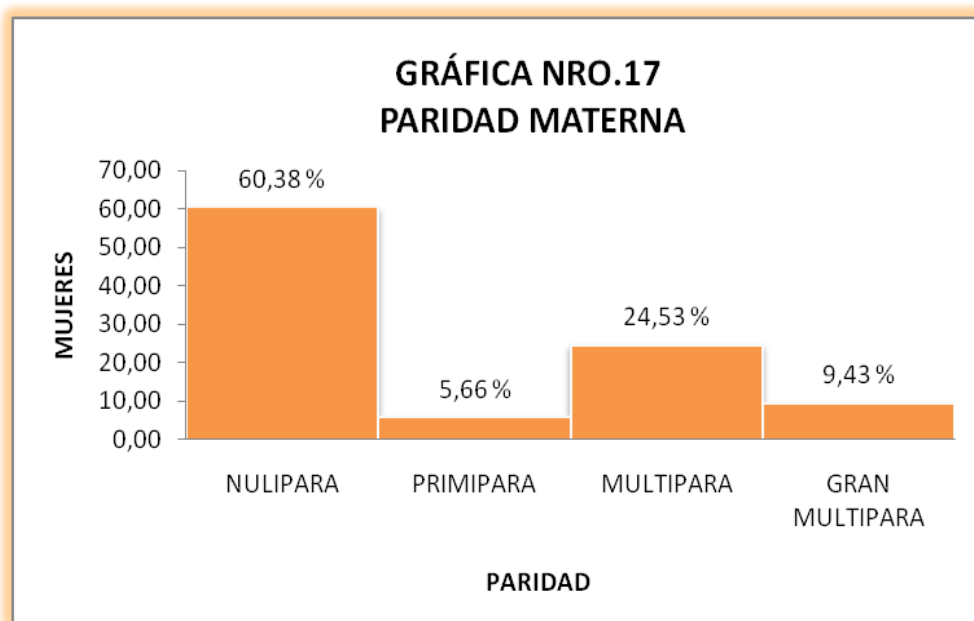
INTERPRETACIÓN:

Del total de mujeres que presentaron muerte fetal (53 mujeres), se pudo reflejar que el mayor resultado 38% (20 mujeres) presentaron antecedentes de aborto, y el menor resultado 2% (1 mujer) tuvo antecedente de tumoración uterina.

TABLA N°.17

PARIDAD MATERNA

PARIEDAD MATERNA	MUJERES	PORCENTAJES
NULIPARA	32	60,38 %
PRIMIPARA	3	5,66 %
MULTIPARA	13	24,53 %
GRAN MULTIPARA	5	9,43 %
TOTAL	53	100,00 %



FUENTE: Historia Clínica y Hoja de Recolección de datos

ELABORACIÓN: Germania Lucía Ramón Costa.

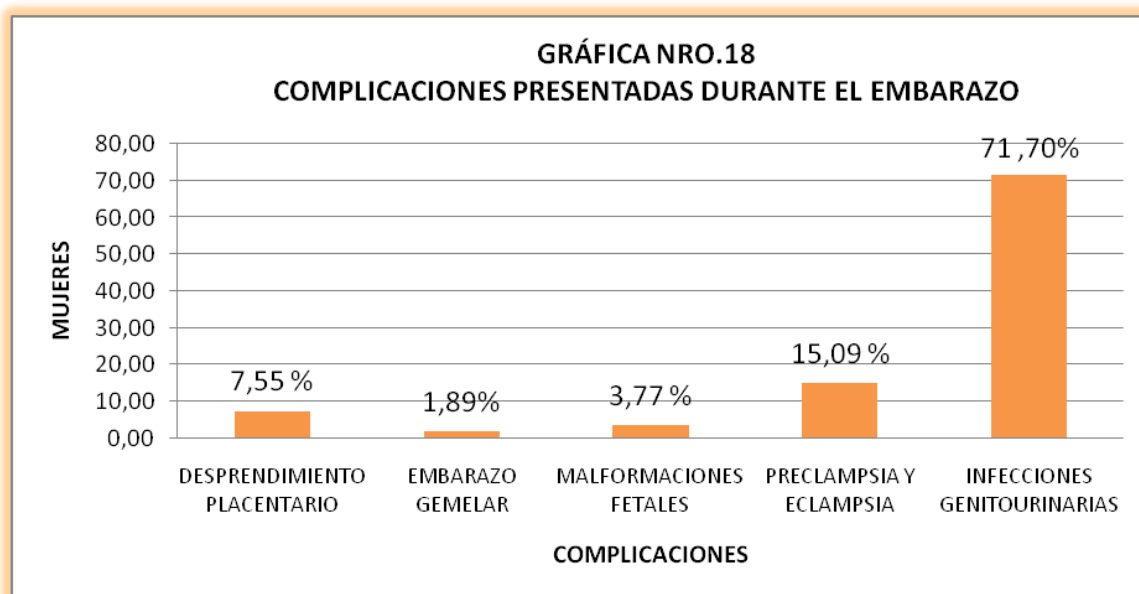
INTERPRETACIÓN:

Del total de mujeres que presentaron muerte fetal (53 mujeres), se pudo reflejar que el mayor resultado 60% (32 mujeres) fueron nulíparas, y el menor resultado 6% (3 mujeres) fueron primíparas.

TABLA N° 18

COMPLICACIONES PRESENTADOS DURANTE EL EMBARAZO RECIENTE

RIESGOS PLACENTARIOS	MUJERES	PORCENTAJES
DESprendimiento PLACENTARIO	4	7,55 %
EMBARAZO GEMELAR	1	1,89 %
MALFORMACIONES FETALES	2	3,77 %
PRECLAMPSIA Y ECLAMPSIA	8	15,09 %
INFECCIONES GENITOURINARIAS	38	71,70 %
TOTAL	53	100,00 %



FUENTE: Historia Clínica y Hoja de Recolección de datos

ELABORACIÓN: Germania Lucia Ramón Costa.

INTERPRETACIÓN:

Del total de mujeres que presentaron muerte fetal (53 mujeres), se pudo reflejar que el mayor resultado 72% (38 mujeres) presentaron infecciones genitourinarias y el menor resultado 4% (2 mujeres) presentaron malformaciones fetales.

5. DISCUSIÓN

Dentro de los factores de riesgo estudiados en las mujeres que presentaron muerte fetal, se encontró que la edad de mayor riesgo se encuentra entre 15 a 19 años con un resultado del 45%, según la Organización Mundial de la Salud declara que la edad materna se asocia fuertemente con la mortalidad fetal y categoriza un alto riesgo para mujeres menores de 20 años, bajo riesgo para mujeres entre 20 a 34 años y riesgo intermedio para mujeres mayores de 34 años.

En el presente estudio se investigó el estado civil, el mayor grupo de gestantes que presentó muerte fetal tenía un estado civil soltero, correspondiente a un 66%, en cuanto a la ocupación el mayor grupo 49% eran amas de casa, seguido del grupo de estudiantes 28%, una investigación realizada en la Universidad de San Marcos Perú – 2010 reporta que de 164 pacientes que presentaron muerte fetal el 75% eran solteras y con pareja inestable, en el artículo de la Academia Científica de la Universidad de Medicina de Chile - 2009, se considera que las mujeres amas de casa dedicadas a la labor familiar desempeñan un oficio mas exigente por lo que tienen mayor riesgo de presentar muerte fetal, además que las mujeres que no tienen empleo se encuentran expuestas a estrés y mala alimentación.

En esta investigación la mayoría de mujeres que presentaron muerte fetal corresponden a los grupos de menor instrucción educativa, el 43% tuvieron estudios de primaria y 15% tuvieron estudios secundarios incompletos, estos datos se correlaciona con la publicación titulada “Los Principales Factores de Riesgo de Muerte Fetal Intrauterina en Países de Bajos Ingresos – 2011” donde resumen que entre los principales factores de riesgo están las mujeres con menos de 10 años de instrucción educativa.

De la población estudiada se evidencia que el 57% de mujeres tuvieron esfuerzo físico, en el Congreso Latinoamericano de Ginecología y Obstetricia de Santa Cruz en Bolivia Octubre - 2011 se alegó que el esfuerzo físico y el estrés son factores de riesgo significativos asociados a las perdidas fetales.

En cuanto a la exposición a sustancias nocivas durante el embarazo, de las 53 mujeres que se estudio, el 11% se automedicaron fármacos, el 10% se expusieron al tabaco y al humo del mismo y el 8% consumieron alcohol etílico, la Organización Mundial de la Salud, estima que más del 70% de las mujeres embarazadas que presentan muerte fetal toman fármacos, ya sea recetados por el médico o no recetados (de venta libre), y consume drogas sociales como tabaco, alcohol y drogas ilícitas.

Este estudio mostró que la mayoría de las mujeres el 81% acudieron a un centro hospitalario en sus partos anteriores y fueron atendidas por profesionales, pero el 19% de mujeres no acudió a un centro hospitalario y sus partos anteriores fueron atendidos por parteras. El Documento Salud Materno-Infantil de Pueblos Indígenas y Afrodescendientes de América Latina – 2009 emitido por la Organización Panamericana de la Salud manifiesta que el parto es un momento de máxima vulnerabilidad para la madre y el niño, y que al menos el 30 % de las mujeres que son atendidas en lugares inapropiados o con personas no capacitadas para la atención presentan secuelas, que repercuten negativamente en las gestaciones posteriores. En América Latina alrededor del 80% de partos son atendidos en forma profesional, con una tendencia al aumento afirma la UNICEF en el 2011, este argumento se correlaciona con los resultados de este estudio.

En cuanto a los factores biológicos, se discute en esta investigación que 12 mujeres tenia patologías previas a la gestación, en las que sobresalen hipertensión arterial el 9% y diabetes mellitus el 4%, el Metaanálisis Desafíos para Reducir los Factores de Riesgo de la Muerte Fetal Intrauterina - 2010 publicado en la Red de revistas "*The Lancet*" realizado por el Dr. Vycki Flenady y colegas examinaron 96 estudios, confirmando que los trastornos médicos maternos están fuertemente asociados con la mortalidad fetal intrauterina, y se demostró que las probabilidades de muerte fetal aumentaron a casi el triple en las mujeres con diabetes y aproximadamente 2,6 veces para las mujeres con hipertensión.

De los 53 casos estudiados, la nuliparidad representó un factor de gran importancia con el 60%, seguido de antecedente de aborto 38%. Un estudio realizado en el Policlínico de Matanzas Cuba 2011- 2012, concluyó que dentro de los factores ginecoobstétricos se encuentran como principales la nuliparidad, antecedentes de abortos y muertes perinatales, esta conclusión justifica los resultados de esta investigación,

En esta investigación todas las mujeres presentaron complicaciones durante el embarazo, las sobresalientes fueron infección genito-urinarias con un 72%, seguida de preeclampsia y eclampsia 15%. La Organización Panamericana de la Salud menciona que las infecciones genito-urinarias son frecuentes en las mujeres gestantes y provocan entre el 10 y el 25 % de pérdidas fetales. Según una investigación realizada por la Facultad de Medicina en Buenos Aires en Marzo – 2010, indica que de 114 muertes fetales los principales factores encontrados fueron las infecciones genitourinarias con un 44%, preeclampsia y eclampsia en un 18% y desnutrición 16%.

De los 53 casos, la edad gestacional cronológica preponderante de la muerte fetal intrauterina fue la muerte feta temprana 59%, seguido de muerte fetal tardía 30%, el Artículo Análisis Poblacional de la Mortalidad Fetal - 2012 del Libro Salud en las Américas menciona que la muerte fetal pueden ocurrir a cualquier edad gestacional pero el mayor riesgo se encuentra entre los dos extremos de la vida intrauterina al principio de la gestación y al ir finalizando la misma, ya que en estas dos etapas es frecuente que produzcan complicaciones.

En los resultados del presente estudio la mayoría de mujeres que presentaron muerte fetal no tenían ningún control 36%, igualmente el resto de mujeres tuvieron pocos controles prenatales, se comprueba que el control prenatal es un indicador de riesgo muy importante dentro de la mortalidad fetal. La atención prenatal reduce la morbilidad y mortalidad fetal, porque permite identificar factores de riesgo, para establecer de forma temprana acciones preventivas y terapéuticas afirma el artículo titulado “Impacto del Control Prenatal en la Morbilidad y Mortalidad Fetal” de la OMS - 2009, donde se incluyeron diez estudios con más de

60,000 mujeres, donde se evaluó el número de consultas prenatales, se evidenció que el control prenatal adecuado (más de cinco consultas y con inicio en el primer trimestre del embarazo) influye de manera positiva en la prevención de la muerte fetal, más del 40% de las muertes fetales ocurrieron en mujeres sin control prenatal.

6. CONCLUSIONES

- Al realizar el presente estudio se pudo establecer que los principales factores de riesgo socioeconómicos y culturales relacionados con la muerte fetal intrauterina en la población estudiada son: edad materna temprana entre 15 a 19 años, estado civil soltera, ocupación ama de casa, instrucción primaria, haber tenido esfuerzo físico durante el embarazo. El factor de riesgo principal encontrado es la maternidad temprana, ya que las adolescentes son el grupo que presenta mayor vulnerabilidad, al encontrarse con pocas oportunidades de educación, empleo y muchas de las veces no cuentan con una pareja estable, lo que implica un alto riesgo de morbilidad y mortalidad fetal.
- Dentro del número de controles prenatales se concluyó que la ausencia y los pocos controles, están sólidamente relacionados con la muerte fetal intrauterina, esto significa que hay factores prevenibles que dependen del control prenatal, ya que de no ser el control prenatal un factor protector del evento las cifras serían inversas.
- Los principales factores biológicos que se asocian a la muerte fetal intrauterina son: dentro de las patologías previas a la gestación son hipertensión arterial y diabetes mellitus, en los antecedentes ginecoobstétricos la nuliparidad e historia de aborto, entre las complicaciones presentadas durante el embarazo, se destacan las infecciones genito-urinarias, preeclampsia y eclampsia. La detección temprana de estos factores de riesgo y de las complicaciones durante el embarazo podrían reducir el riesgo de muerte fetal intrauterina.
- En cuanto a la cronología de la muerte fetal intrauterina en esta investigación se determinó que la edad gestacional temprana tuvo mayor riesgo de mortalidad fetal, seguida de la edad gestacional tardía.

7. RECOMENDACIONES

- Fomentar la educación sexual responsable a los jóvenes de colegios y sectores rurales, ya que el embarazo en la adolescencia es una de las preocupaciones más importantes derivadas de la precocidad en las relaciones sexuales.
- Tratar oportunamente las complicaciones que se presenten durante el embarazo especialmente aquellas que son emergentes y ponen en riesgo la vida del producto, como de la madre.
- Promocionar la importancia del control prenatal responsable, por parte de todo el Sector Salud y sobretodo del Ministerio de Salud Pública con el fin de educar a las mujeres gestantes y a las mujeres en edad reproductiva.
- Informar los resultados del presente estudio al Hospital Isidro Ayora con el propósito de que se tome encuenta algunos factores que se asocian a la muerte fetal intrauterina.
- Asesorar y aconsejar a las mujeres que presentan patologías previas a la gestación. sobre los cuidados que se deben tener durante su embarazo, ya que este embarazo involucra mayor riesgo.

8. BIBLIOGRAFÍA

1. Cook RJ.. Women's health and human rights: the promotion and protection of women's World Health Organization. Definition stillbirth The World Health Report.: World Health Organization 2003. Disponible en: <http://www.who/int/whr/en/>
2. Departamento de Asuntos Económicos y Sociales. Oficina de Estadística de las Naciones Unidas. Informes Estadísticos Mortalidad Fetal. Principios y Recomendaciones para un Sistema de Estadísticas Vitales. Serie M, Nro.19. Rev.1; Nueva York, EE.UU: 2008.
3. Instituto Nacional de Estadística y Censos, INEC. Formulario de Nacimientos y Defunciones. Anuario de Estadísticas Vitales. Informe Estadístico de Defunciones Fetales. Quito: 2011 Pág. 473-477. [http:// www.inec.gob.ec/estadisticas_sociales/nac_def_2011/anuario.pdf](http://www.inec.gob.ec/estadisticas_sociales/nac_def_2011/anuario.pdf)
4. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Índice de Muerte Fetal y Factores de Riesgo Socioeconómicos Asociados. Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud. Décima Edición. Washington: Publicación Científica Nro.554; Año 2006.
5. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Tratado de Ginecología y Obstetricia. Factores de riesgos y Muerte fetal. Madrid: 1er. Tomo. 2ª Edición; Año 2005
6. Eduardo Alberto Valenti, Carlos Grandi, Roxana Barral, Andrés Pensotti. Influencias de la Edad Materna Avanzada y la Edad Gestacional sobre la Muerte.
7. Dr. Adolfo Sánchez de León. Coordinación General de Evaluación Epidemiológica de Programas de Atención. La Mirada Desde el Enfoque de Riesgo Primera parte. México: Publicación 2008.
8. Dr. Simón Cousens. Muerte fetal: Incidencia, Factores y Causas Asociadas. Ginecología y Obstetricia. Londres; Año 2009

9. Ramos Padilla M. La salud sexual y la salud reproductiva desde la perspectiva de género. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2006;23(3):201-20.
10. Dra. V. Herrear, Dr. J. Oliva, Dr. F. Domínguez. Riesgo Preconcepcional. Riesgo Reproductivo. Barcelona: 2da Edición; Año 2004.
11. Dr. Trejo y Cols. Obstetricia y fundamentos básicos. Control Preconcepcional y Prenatal. México: 1ra Edición; Año 2012
12. Cabrera J. Enfermedades Maternas y Control Preconcepcional. Ginecología y Obstetricia. 2da Edición. España: 2005
13. Dr. Efraín Pérez Peña. Factores de Perdida del Bienestar Fetal. Atención Integral de la Embarazada. Asunción; Año 2007.
14. CONASA. Plan de Acción de la Política de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos. Artículo Riesgo Reproductivo, Montevideo: 16 Junio 2006.
15. Rodríguez E. Muerte fetal y Factores asociados en el Hospital Cayetano Heredia; Lima, Perú: 2003.
16. Ministerio de Salud. Dirección de Estadística e Información de Salud. Programa Nacional de Estadísticas de Salud. "Modelos de Formularios e Instructivos del Sistema de Estadísticas Vitales". México D.F; Año 2008. <http://www.salud.gob.mx/>
17. Cervantes R. Muerte Materna y Perinatal en los hospitales del Perú - Ministerio de Salud. Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología. Lima OPS: Año 2008.
18. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Tratado de Ginecología y Obstetricia. Factores de riesgos y Muerte fetal. Madrid: 1er. Tomo. 2ª Edición; Año 2005.
19. Dolores García de Lucas. Manual de Patología Médica y Embarazo de Alto Riesgo. Madrid; Año 2007
20. Parnes La Sale. Muerte fetal. Clínicas Obstétricas y Ginecológicas; Bogotá: 2006.

21. Gonzales Paredes A, Merced Lt. Muerte Fetal Intrauterina. Obstetricia Y Ginecología de Arenas. Fundamentos de Obstetricia SEGO. Editado Madrid: Abril 2007.
22. Alcántara A. Morbimortalidad Perinatal en la Preeclampsia Severa; Caracas: 2004
23. González P, Puertas A, Mercé LT. Cuidados Prenatales y Complicaciones en el Embarazo. Fundamentos de Obstetricia. España: Año de Edición 2004.
24. Gonzales del Riego M, Trelles J. Diagnóstico y Pronóstico de la Gestación de Alto Riesgo; Buenos Aires: 2004.
25. Pacheco R. Embarazo de Alto Riesgo. Aspecto Obstétrico. México D.F: 2001.
26. Román Y. Factores de Riesgo Asociados a la Morbimortalidad Perinatal y Morbilidad Puerperal en el Embarazo Múltiple; Bogotá: 2005

9. ANEXOS

Consentimiento Informado para Participantes de Investigación

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La responsable de la presente investigación es la Srta. GERMANIA LUCIA RAMON COSTA.

La meta de este estudio es Investigar los Factores de Riesgo Socioeconómicos, Culturales y Biológicos que se relacionan con la Muerte Fetal Intrauterina en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Isidro Ayora de la ciudad de Loja.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una entrevista. Esto tomará aproximadamente 20 minutos de su tiempo.

La participación en este estudio es voluntaria. La información que se recoja no se usará para ningún otro propósito fuera de esta investigación.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación .

Desde ya le agradezco su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación. He sido informada de que la meta de este estudio.

Nombre del Participante

Firma del Participante

Nro. Cédula de Identidad

Fecha: _____

Firma del Responsable de la Investigación



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
"AREA DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE MEDICINA
FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA MUERTE FETAL INTRAUTERINA



HISTORIA CLINICA: _____

CASO NRO. _____

EDAD: _____ **ESTADO CIVIL:** _____ **OCUPACIÓN** _____

INSTRUCCIÓN: _____ **LUGAR DE RESIDENCIA:** _____

EXPOSICIONES DURANTE EL EMBARAZO RECIENTE:

Esfuerzo Físico _____ Radiaciones ionizantes _____ Traumatismos _____ Otros _____

Ninguno _____

CONSUMO Y EXPOSICION A SUSTANCIAS NOCIVAS DURANTE EL EMBARAZO RECIENTE:

TABACO _____ ALCOHOL _____ DROGAS _____ FARMACOS _____ Otro _____

Ninguno _____

EDAD GESTACIONA DEL EMBARAZO RECIENTE EN SEMANAS:

MUERTE TEMPRANA MUERTE INTERMEDIA MUERTE TARDIA

ANTECEDENTES PATOLOGICOS MATERNOS

Hipertensión Arterial _____ Cardiopatía _____ Enf. Renal _____ Diabetes Mellitus _____
Epilepsia y Enf. Neurológicas _____ Enf. Hematológica _____ Enf. Autoinmunitaria _____ Otra _____
Ninguna _____

ANTECEDENTES MATERNOS OBSTETRICOS PATOLOGICOS

Aborto _____ Muerte fetal _____ Muerte perinatal _____ Nacido con Defecto Congénito y/o malformación _____
Parto pretérmino _____ Malformación Uterina _____ Tumor uterino _____ Otro _____ Ninguno _____

PARIDAD MATERNA: Nulípara Primípara Multípara Granmultípara

NÚMERO DE CONTROLES PRENATALES REALIZADOS DURANTE EL EMBARAZO RECIENTE: _____

COMPLICACIONES PRESENTADAS DURANTE EL EMBARAZO RECIENTE

HTA Inducida por el embarazo _____ Preeclampsia _____ Eclampsia _____ Sind. Hellp _____
Diabetes Gestacional _____ Anemia _____ Infecciones Genitourinarias _____ Gestación Gemelar _____
Gestación Múltiple _____ Anomalías Congénita y Malformaciones _____ Desprendimiento Placentario _____
Rotura prematura de Membranas _____ Otras _____ Ninguna _____

ATENCIÓN DE PARTOS ANTERIORES

LUGAR DE ATENCIÓN: Hospital _____ Clínica _____ Subcentro _____ Domicilio _____ Otro _____

ATENDIDO POR:

Médico _____ Obstetra _____ Enfermera _____ Auxiliar de Enfermería _____ Partera _____

Otro _____

OBSERVACIONES:

Firma del Responsable: _____

Estudiante: Germania Lucía Ramón Costa

EL CONTROL PRENATAL

EL CONTROL PRENATAL ES UN FACTOR MUY IMPORTANTE PARA EVITAR LA COMPLICACIONES DURANTE LA GESTACION.

El control debe ser desde el principio de la gestación y las visitas deben ser periódicas.

La atención prenatal alerta a la madre sobre situaciones que pudieran requerir cuidados especiales, como un embarazo múltiple, hipertensión, diabetes, anemia, problemas cardíacos o renales y diabetes.

La futura madre ha de estar lista para apuntar a los profesionales de la salud toda la información de que disponga, incluido su historial médico. También debe sentirse libre para preguntar cuanto crea pertinente. Es esencial que busque ayuda médica de inmediato en caso de hemorragia vaginal, inflamación repentina del rostro, fuertes o continuas dolores de cabeza, sangrado albedo de vagina borrosa, vómitos persistentes, escalofríos o fiebre, cambios en la frecuencia o intensidad de los movimientos fetales, pérdida de líquido por la vagina, dolor al orinar o expulsión incompleta de la orina.

Las infecciones urinarias, cervicovaginales pueden empeorar durante el embarazo e incrementar el riesgo de complicaciones. Es mejor tratar cualquier infección antes del embarazo o de manera temprana en el embarazo.

No te Automediques

No se debe tomar ninguna medicación a menos que la recete específicamente un médico que sepa del embarazo y haya sopesado bien los riesgos. Algunos medicamentos son perjudiciales para el embarazo.

SE DEBE TENER UN BUEN CONTROL DE LAS ENFERMEDADES PREEXISTENTES ANTES DEL EMBARAZO PARA EVITAR COMPLICACIONES PARA ELLO ES NECESARIO LA VISITA MEDICA Y QUE SIGAS SUS CONSEJOS Y PRESCRIPCIONES.

Es importante que cuides tu la salud antes de la gestación.



Imagen



MINISTERIO NACIONAL DE SALUD
AREA DE LA SALUD HUMANA
CARRETA DE AMPLIFICADORA

CONSEJOS Y RECOMENDACIONES PARA EVITAR COMPLICACIONES DURANTE EL EMBARAZO



GERMANIA RAMON COSTA

LA EDAD MATERNA

Es un factor importante a tener en cuenta al planificar el embarazo.

El riesgo de muerte fetal entre las embarazadas menores de 18 años es un 60% mayor que el de las que tienen entre 20 y 30 años. Por otro lado, las mujeres mayores de 35 tienen más posibilidades de dar a luz hijos con defectos congénitos.



CONSEJOS DURANTE EL EMBARAZO

Se debe evitar la realización de esfuerzos físicos excesivos como:

Cargar cosas pesadas (más mayor a 10kg)

Realizar ejercicios bruscos no adecuados

* Se recomienda realizar ejercicio suave como caminatas*

Trotar en lo posible evitar el estrés:

Realizar ejercicios de relajación

Respirar

Ajuntar de situaciones estresantes

Un descanso adecuado dormir como mínimo 8 horas diarias

Eliminar los riesgos ambientales

En lo absoluto evitar el contacto con productos químicos, metales pesados (como el plomo o el mercurio), ciertos agentes biológicos, o radiación.

Los productos de limpieza, insecticidas, desinfectantes, y hasta el plomo que pueda haber en el agua potable que circule por las tuberías viejas podrían ser muy peligrosos



No fumar y evitar el consumo de cigarrillos:

La nicotina aumentará el riesgo de producir un aborto espontáneo, de que el bebé tenga problemas de crecimiento, y también de que ocurra un desprendimiento de la placenta o un parto prematuro.

Di "no" al alcohol:

- Tu bebé puede tener un mayor riesgo de bajo peso al nacer, y aumentará la probabilidad de que en el futuro tenga problemas de aprendizaje, lenguaje, atención, e hiperactividad.

- Las mujeres que toman más de dos tragos al día corren un mayor riesgo de tener un bebé con el síndrome alcohólico fetal. Los niños que nacen con esta condición sufren de retraso mental y de crecimiento; problemas de comportamiento y malformaciones faciales y cardíacas.

- El consumo de alcohol durante el embarazo también incrementa el riesgo de tener un aborto espontáneo y de muerte fetal.



