



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

Título:

**Determinación del riesgo obstétrico en gestantes
atendidas en el Centro de Salud Motupe**

Tesis previa la obtención del
título de Médico General

AUTOR: Ximena Lourdes Castillo Gonzaga

DIRECTOR: Dra. Ximena Patricia Carrión Ruilova, Mg. Sc.

Loja – Ecuador
2021

Certificación

Loja, 26 de noviembre del 2021

Dra. Ximena Patricia Carrión Ruilova, Mg. Sc.

DIRECTORA DE TESIS

CERTIFICA:

Que he revisado y orientado todo el proceso de la elaboración de tesis de grado titulado: “**Determinación del riesgo obstétrico en gestantes atendidas en el Centro de Salud Motupe**” de autoría del estudiante Ximena Lourdes Castillo Gonzaga, previa a la obtención del título de Médico General, una vez que el trabajo cumple con todos los requisitos exigidos por la Universidad Nacional de Loja para el efecto, autorizo la presentación para la respectiva sustentación y defensa.

Atentamente:



Firmado electrónicamente por:
**XIMENA PATRICIA
CARRION RUILOVA**

Dra. Ximena Patricia Carrión Ruilova, Mg. Sc.

DIRECTORA DE TESIS

Autoría

Yo, Ximena Lourdes Castillo Gonzaga, declaro ser autora del presente trabajo de tesis titulado: **Determinación del riesgo obstétrico en gestantes atendidas en el Centro de Salud Motupe** y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales que hicieran del contenido de la misma.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de la tesis en el repositorio institucional-biblioteca virtual.



Firmado electrónicamente por:
XIMENA LOURDES
CASTILLO GONZAGA

Autora: Ximena Lourdes Castillo Gonzaga

CI: 1105764904

Fecha: Loja, 26 de noviembre del 2021

Carta de autorización

Yo, Ximena Lourdes Castillo Gonzaga, autora del trabajo de investigación “**Determinación del riesgo obstétrico en gestantes atendidas en el Centro de Salud Motupe**” 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 su visibilidad del contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional. Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo de investigación en el RDI, en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la Universidad Nacional de Loja.

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 veinte y seis días del mes de noviembre del dos mil veintiuno, firma el autor.



Autora: Ximena Lourdes Castillo Gonzaga

Cedula de identidad: 1105764904

Correo electrónico: ximena.castillo@unl.edu.ec

Celular: 0993566421

Datos complementarios

Directora de la Tesis: Dra. Ximena Patricia Carrión Ruilova, Mg. Sc.

Tribunal de grado:

Presidente/a: Dr. Lyndon Bismark Zapata Loayza, Mg. Sc.

Vocal: Dra. Karina Jesenia Calva Jirón, Mg. Sc.

Vocal: Méd. Sandra Katerine Mejía Michay, Mg. Sc.

Dedicatoria

El presente trabajo está dedicado a mis padres, hermanos y mejor amiga por siempre apoyarme en todos los momentos de mi vida, por motivarme a seguir adelante a cumplir cada uno de mis sueños.

Ximena Lourdes Castillo Gonzaga.

Agradecimiento

Agradezco sinceramente:

A Dios, por darme sabiduría para poder realizar todas las actividades académicas y por darme fortaleza para no desmayar y seguir en adelante hasta cumplir esta meta.

A la Universidad Nacional de Loja, por abrirme sus puertas y permitirme formar parte de esta maravillosa carrera.

A todo el cuerpo docente que formó parte en mi preparación y que estuvieron prestos a compartir sus conocimientos para poder culminar con mi formación académica.

A la Méd. Sandra Mejía, Mg. Sc., por impartir con paciencia y amor sus conocimientos y guiarme en el desarrollo de mi trabajo.

A la Dra. Ximena Patricia Carrión Ruilova, Mg. Sc., por ser mi directora de tesis y por siempre estar dispuesta a prestar su colaboración para el desarrollo de esta investigación.

Ximena Lourdes Castillo Gonzaga

Índice

Carátula.....	i
Certificación.....	ii
Autoría.....	iii
Carta de autorización.....	iv
Dedicatoria.....	v
Agradecimiento.....	vi
Índice.....	vii
1. Título.....	1
2. Resumen.....	2
Abstract.....	3
3. Introducción.....	4
4. Revisión de la literatura.....	6
4.1 Riesgo obstétrico.....	6
4.2 Evaluación e identificación del riesgo obstétrico.....	6
4.3 Factores de riesgo obstétrico.....	6
4.3.1 Antecedentes.....	7
4.3.1.1 Edad materna.....	7
4.3.1.2 Paridad.....	7
4.3.1.3 Infertilidad.....	7
4.3.1.4 Aborto.....	7
4.3.1.5 Embarazo ectópico/embarazo molar.....	7
4.3.1.6 Mortinato y óbito fetal.....	8
4.3.1.7 Hijo con malformaciones congénitas.....	8
4.3.1.8 Peso al nacimiento.....	8
4.3.1.9 Periodo intergenésico.....	8
4.3.1.10 Embarazo producto de violencia sexual.....	8
4.3.1.11 Antecedentes de preeclampsia/eclampsia.....	8
4.3.1.12 Madre o hermana con antecedentes de preeclampsia.....	9
4.3.1.13 Cicatriz uterina previa.....	9
4.3.1.14 Sin control prenatal en embarazo de 20 semanas.....	9
4.3.2 Factores socioeconómicos.....	9

4.3.2.1	<i>Sin instrucción</i>	9
4.3.2.2	<i>Alcoholismo, tabaco y drogas</i>	9
4.3.2.3	<i>Violencia basada en genero/disfunción familiar/movilidad humana</i>	10
4.3.2.4	<i>Callejizada, indigente</i>	10
4.3.3	Factores nutricionales	10
4.3.3.1	<i>Desnutrición</i>	10
4.3.3.2	<i>Obesidad</i>	10
4.3.3.3	<i>Glucemia igual o mayor a 92 mg/dl</i>	10
4.3.4	Patología pélvico-genital	10
4.3.4.1	<i>Patología cervical (LIEAG NIC II-III, Ca in situ)</i>	10
4.3.4.2	<i>Condilomatosis vulvovaginal</i>	11
4.3.4.3	<i>Malformación urogenital</i>	11
4.3.4.4	<i>Infecciones vaginales a repetición</i>	11
4.3.5	Patología en la gestación actual (morbididades)	11
4.3.5.1	<i>Embarazo prolongado mayor a 41 semanas</i>	11
4.3.5.2	<i>Embarazo más DIU</i>	11
4.3.5.3	<i>RH negativa no sensibilizada</i>	11
4.3.5.4	<i>RH negativa sensibilizada (isoinmunizada)</i>	11
4.3.5.5	<i>ITS (sífilis, hepatitis)</i>	12
4.3.5.6	<i>VIH</i>	12
4.3.5.7	<i>TORCH</i>	12
4.3.5.8	<i>Infección del tracto urinario recurrente (2 o más)</i>	13
4.3.5.9	<i>Anemia hemoglobina menor a 10 gr/dl (corregida)</i>	13
4.3.5.10	<i>Anemia hemoglobina menor a 7 gr/dl (corregida)</i>	13
4.3.5.11	<i>Trastorno hipertensivo</i>	13
4.3.5.12	<i>Colestasis intrahepática</i>	13
4.3.5.13	<i>Hemorragia primera mitad del embarazo</i>	14
4.3.5.14	<i>Hemorragia segunda mitad del embarazo</i>	14
4.3.5.15	<i>Amenaza de parto prematuro</i>	14
4.3.5.16	<i>Embarazo múltiple</i>	14
4.3.5.17	<i>Presentación anómala en embarazo mayor a 36 semanas</i>	14
4.3.5.18	<i>Polihidramnios/oligohidramnios</i>	14
4.3.5.19	<i>Gestación con malformaciones fetales mayores</i>	14
4.3.5.20	<i>Diabetes</i>	15

4.3.5.21	<i>Cardiopatías</i>	15
4.3.5.22	<i>Enfermedades neuropsiquiátricas</i>	15
4.3.5.23	<i>Insuficiencia renal crónica</i>	15
4.3.5.24	<i>Hipotiroidismo sin tratamiento</i>	15
4.3.5.25	<i>Lupus eritematoso sistémico</i>	15
4.3.5.26	<i>Síndrome antifosfolípido</i>	16
4.3.5.27	<i>Trombocitopenia menor a 100000 plaquetas</i>	16
4.3.5.28	<i>Tuberculosis materna activa</i>	16
4.3.5.29	<i>Cáncer</i>	16
4.3.6	Discapacidad mayor al 30%	16
4.3.6.1	<i>Física</i>	16
4.3.6.2	<i>Intelectual</i>	16
4.4	Categorización mediante escala de riesgo	17
4.5	Sumatoria de riesgo	20
4.5.1	Riesgo bajo o tipo 0	20
4.5.2	Riesgo alto o tipo 1	20
4.5.3	Riesgo muy alto o tipo II	20
4.6	Control prenatal	20
4.7	Clasificación del riesgo obstétrico según AEPI	21
4.7.1	Embarazo con riesgo inminente o muy alto	21
4.7.2	Embarazo de alto riesgo	21
4.7.3	Embarazo de bajo riesgo	22
5.	Materiales y métodos	23
5.1	Enfoque	23
5.2	Tipo de diseño utilizado	23
5.3	Unidad de estudio	23
5.4	Periodo	23
5.5	Universo y muestra	23
5.6	Criterios de inclusión	23
5.7	Criterios de exclusión	23
5.8	Técnicas	23
5.9	Instrumento	24
5.9.1	Ficha de Recolección de datos	24
5.9.2	Formulario 051	24

5.9.3 Escala de riesgo Minsal Chile adaptada por autores.....	24
5.10 Procedimiento.....	25
5.11 Análisis estadístico	25
6. Resultados	26
6.1 Resultados del primer objetivo	26
6.2 Resultados del segundo objetivo	27
6.3 Resultados del tercer objetivo	28
6.4 Resultados del cuarto objetivo	29
6.5 Resultados del quinto objetivo	30
7. Discusión.....	31
8. Conclusiones.....	34
9. Recomendaciones.....	35
10. Bibliografía.....	36
11. Anexos.....	40
11.1 Anexo 1: Pertinencia del proyecto	40
11.2 Anexo 2: Designación del director de tesis.....	41
11.3 Anexo 3: Solicitud y autorización para la recolección de datos.....	42
11.4 Anexo 4: Ficha de recolección de datos.....	43
11.5 Anexo 5: Autorización para la modificación del tema.....	45
11.6 Anexo 6: Autorización para modificación de los objetivos	46
11.7 Anexo 7: Autorización para ampliación del cronograma	48
11.8 Anexo 8: Certificación del Abstract	49
11.9 Anexo 9: Base de datos	50
11.10 Anexo 10: Tablas de resultados	55
11.11 Anexo 11: Proyecto de tesis	55

Índice de tablas

Tabla 1. Características socio-demográficas encontradas en las gestantes atendidas en el Centro de Salud “Motupe”, durante el año 2019.....	27
Tabla 2. Factores de riesgo obstétrico más comunes encontrados en las gestantes atendidas en el Centro de Salud Motupe, durante el año 2019.....	28
Tabla 3. Factores de riesgo obstétrico por grupo etario encontrados en gestantes atendidas en el Centro de Salud Motupe, durante el año 2019.....	29
Tabla 4. Relación entre los controles prenatales y la aparición de factores de riesgo obstétrico en las gestantes atendidas en el Centro de Salud Motupe, durante el año 2019.....	30
Tabla 5. Tipo de riesgo obstétrico según el MSP encontrado en las gestantes atendidas en el Centro de Salud Motupe, durante el año 2019.....	31

1. Título

Determinación del riesgo obstétrico en gestantes atendidas en el Centro de Salud Motupe

2. Resumen

Un embarazo de riesgo es aquel que presenta complicaciones o factores asociados que pueden perjudicar la salud de la madre y del feto. La finalidad de esta investigación fue caracterizar socio-demográficamente, identificar los factores de riesgo, factores de riesgo según el grupo etario, establecer la relación entre controles prenatales y la aparición de factores de riesgo, y determinar según la clasificación del Ministerio de Salud Pública a los grupos de riesgo, de las gestantes atendidas en el centro de Salud Motupe. Tuvo un enfoque cuantitativo de corte transversal retrospectivo, con una muestra de 89 gestantes atendidas durante el año 2019, se utilizó la escala de riesgo obstétrico; obteniéndose que 69,7% (n=62) eran gestantes de 20 a 34 años de edad, 42,7% (n=38) casadas y 46,1% (n=41) de instrucción bachiller. En cuanto a factores de riesgo 56,1% (n=50) infecciones del tracto urinario a repetición y 50,6% (n=45) infecciones vaginales. Además las gestantes con seis controles o más mostraron mayor prevalencia de factores de riesgo. En conclusión las gestantes de 20 a 34 años presentaron mayor frecuencia de factores de riesgo obstétrico y prevaleció el embarazo con riesgo muy alto.

Palabras clave: Embarazo de alto riesgo, Atención Prenatal, Complicaciones en el embarazo

Abstract

A risky pregnancy is one that presents complications or associated factors that may harm the health of the mother and the fetus. The purpose of this research was to characterize socio-demographically, identify risk factors, risk factors according to age group, establish the relationship between prenatal controls and the appearance of risk factors, and determine according to the classification of the Ministry of Public Health the risk groups of pregnant women attended at the Motupe Health Center. It had a retrospective cross-sectional quantitative approach, with a sample of 89 pregnant women attended during 2019, the obstetric risk scale was used; obtaining that 69.7% (n=62) were pregnant women aged 20 to 34 years, 42.7% (n=38) married and 46.1% (n=41) with high school education. In terms of risk factors 56.1% (n=50) repeated urinary tract infections and 50.6% (n=45) vaginal infections. In addition, pregnant women with six or more controls showed a higher prevalence of risk factors. In conclusion, pregnant women between 20 and 34 years of age presented a higher frequency of obstetric risk factors and pregnancy with very high risk prevailed.

Keywords: *High-Risk Pregnancy, Prenatal Care, Pregnancy Complications*

3. Introducción

El embarazo es un proceso fisiológico y constituye una etapa importante de la vida en la mujer, en donde ocurre una serie de cambios tanto anatómicos, fisiológicos y psicológicos en el organismo materno que significan mayor vulnerabilidad tanto para la madre como para el feto. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2019).

La muerte tanto de la madre como del neonato son indicadores que miden el nivel de desarrollo de una nación y muestran las condiciones en las que viven las mujeres y sus familias. La muerte de un recién nacido es producto de las deficiencias en la atención desde la etapa preconcepcional, concepcional, parto, puerperio, nacimiento y período neonatal (Ministerio de Salud Pública, 2013).

La mortalidad materna es extremadamente alta, cada día mueren en todo el mundo alrededor de 830 mujeres por complicaciones que se encuentran relacionadas con el embarazo o el parto. (Organización Mundial de la Salud, 2019). En el 2017 se estimaron unas 295 000 defunciones maternas en todo el mundo, la mayoría de ellos se registraron en África subsahariana con 196 000; Asia central y meridional registran alrededor de 58 000; América Latina y el Caribe 7700 defunciones; Europa y América del Norte 1500; y los países que registran menos defunciones maternas son Australia y Nueva Zelanda con 26 muertes en todo el año (OMS, UNICEF, UNFPA, Grupo del Banco Mundial, & División de la Población de las Naciones Unidas, 2019).

El mayor riesgo de mortalidad materna corresponde a las adolescentes de menos de 15 años. Las complicaciones del embarazo y el parto son una de las causas de muerte principales de las adolescentes en la mayoría de los países en desarrollo. Las hemorragias graves, las infecciones, la hipertensión gestacional (preeclampsia y eclampsia), complicaciones en el parto y los abortos peligrosos son las principales complicaciones causantes del 75% de las muertes maternas (Organización Mundial de la Salud, 2019).

En el año 2020, en el Ecuador se registra 191 muertes maternas que representan una razón de mortalidad materna de 57,6 por cada 100.000 nacidos vivos (Carrera, 2021). Las principales causas de las muertes maternas (MM) son: los trastornos hipertensivos con el 32,52% (53 MM); las hemorragias obstétricas con el 19,01% (31 MM) y las causas Indirectas 34,35%. Las provincias que notifican mayor número de MM son: Guayas (43 MM); Pichincha (22 MM); Manabí (16 MM); El Oro (13 MM); Azuay (10 MM); Esmeraldas (9 MM) y Chimborazo (9 MM) (Ministerio de Salud Pública, 2020).

Entre los factores de riesgo obstétricos prevalecen las gestantes que tienen una patología de base como la obesidad, desnutrición, adolescentes y mujeres mayores de 35 años, esto incrementa complicaciones y presenta riesgos para el binomio madre e hijo y en el posparto, desencadenando abortos, anemia, partos previos o hipertensión arterial (Córdoba Solano & Niño Estupiñan, 2019). Las pacientes embarazadas ≥ 35 años tienen una mayor incidencia de cesárea, el doble de riesgo en partos prematuros y 7% más de diabetes gestacional que el resto de la población en general (Baranda-Nájera, y otros, 2014). En la ciudad de Loja no existen estudios recientes sobre la determinación del riesgo obstétrico en gestantes y es por todo esto que me he planteado la siguiente interrogante: ¿Cuál es el riesgo obstétrico en gestantes atendidas en el Centro de Salud de Motupe, en el año 2019?

Las Naciones Unidas ha reconocido a la mortalidad materna como un problema de salud pública y de derechos humanos llamando la atención acerca de que los altos índices de morbilidad y mortalidad materna afectan el derecho de las mujeres y las niñas a la vida, la salud, la igualdad y la no discriminación, así como el derecho a gozar de los avances del conocimiento científico y del más alto estándar de salud alcanzable. La mayoría de las muertes maternas son evitables. Las soluciones sanitarias para prevenir o tratar las complicaciones son bien conocidas. Todas las mujeres necesitan acceso a la atención prenatal durante la gestación, a la atención especializada durante el parto, y a la atención y apoyo en las primeras semanas tras el parto.

Tomando en cuenta las prioridades del Ministerio de Salud Pública, el presente estudio está dentro de la quinta área de investigación que corresponde a maternas, en las líneas de hemorragia, sepsis y trastornos hipertensivos. Este tema se engloba dentro la primera línea de investigación de la Carrera de Medicina de la Universidad Nacional de Loja, enfocada a Salud-Enfermedad Materno Infantil de la Zona 7 (Loja, Zamora, El Oro).

Este estudio tuvo como objetivo general: determinar el riesgo obstétrico en gestantes atendidas en el Centro de Salud de Motupe en el año 2019 y como objetivos específicos: caracterizar socio-demográficamente a las gestantes atendidas en el Centro de Salud, identificar los factores de riesgo obstétrico más comunes que presentan las gestantes atendidas en el Centro de Salud, identificar en qué grupo etario se presentan con mayor frecuencia los distintos tipos de factores de riesgo obstétricos, establecer la relación que existe entre los controles prenatales con la aparición de factores de riesgo obstétrico en las gestantes, determinar según la clasificación del Ministerio de Salud Pública (MSP) a que grupos de riesgo pertenecen las gestantes atendidas en el Centro de Salud.

4. Revisión de la literatura

4.1 Riesgo obstétrico

Un embarazo de riesgo es aquel que presenta complicaciones o factores asociados que pueden perjudicar la salud de la madre y del feto. Actualmente se cuantifica que un 10% aproximadamente de los embarazos se considera de alto riesgo. En la atención prenatal, el embarazo de alto riesgo se refiere a las alteraciones relacionadas tanto con la madre como con el feto. El principal objetivo de la valoración del riesgo perinatal en la primera y sucesivas consultas prenatales es promover y fomentar la salud de la mujer y su descendencia, emprender acciones preventivas concretas en función de los riesgos identificados con el fin de disminuir esa morbilidad aumentada (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, 2018).

4.2 Evaluación e identificación del riesgo obstétrico

La evaluación del riesgo obstétrico se efectúa al momento del control prenatal, mediante el llenado correcto de la historia clínica perinatal (formulario 051) y la realización de pruebas diagnósticas complementarias, de esta manera se van identificando los factores de riesgo presentes en cada una de las gestantes (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2019).

4.3 Factores de riesgo obstétrico

Un factor de riesgo es toda característica o circunstancia identificable que se asocia con un riesgo anormal de poseer, desarrollar o ser especialmente afectado de forma desfavorable por una enfermedad. Cada factor de riesgo posee un impacto, prevalencia y complicaciones específicos para la madre, el feto o ambos (Ulloque, 2018).

Un embarazo con factores de riesgo es aquel que presenta determinados factores que elevan la posibilidad de un incremento de morbilidad y mortalidad materna perinatal; tienen una incidencia de 20 a 30% y deben ser identificados de manera oportuna y manejados eficazmente, debido a que estos embarazos contribuyen con el 70 al 80% de la morbilidad y mortalidad materna (Ministerio de Salud de Panamá, 2015).

4.3.1 Antecedentes.

4.3.1.1 Edad materna. Los extremos de la edad que están comprendidos por las gestantes menores a 19 años, especialmente en menores de 14 años y mayores a 35 años; son grupos de edad que constituyen factores de riesgo para complicaciones durante la gestación (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2019). En un estudio que se realizó en Chile el rango de edad materna de menor riesgo de mortalidad fetal fue entre los 20-29 años, neonatal e infantil entre los 25-34 años, y materna en menores de 30 años, siendo el grupo de mujeres entre 20-29 años las que concentran el menor riesgo de mortalidad materna, fetal, neonatal e infantil. Las mujeres de 40 o más años presentaron las tasas más altas de mortalidad materna, fetal, neonatal e infantil (Donoso, Carvajal, Vera, & Poblete, 2014).

4.3.1.2 Paridad. Constituye un factor de riesgo importante, teniendo presente que mientras mayor es el número de gestaciones, existe más riesgo de complicaciones durante la nueva gestación, especialmente en aquellas madres que tienen cuatro o más hijos (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2019).

4.3.1.3 Infertilidad. Aquellas mujeres que se han sometido a técnicas de fecundación asistida tienen un elevado riesgo de presentar efectos psicológicos como la ansiedad y complicaciones como preeclampsia, embarazos múltiples o nacimientos pretérminos (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2019).

4.3.1.4 Aborto. Se considera un aborto a la pérdida de la gestación antes de las 20 semanas, cuando esto ocurre de manera recurrente debe investigarse de manera minuciosa para descartar etiología autoinmune como el Síndrome antifosfolípídico o por deficiencias estructurales como cérvix incompetente. Aquellas mujeres que han presentado un aborto instrumental terapéutico o provocado tienen un riesgo incrementado de presentar nuevos abortos espontáneos, parto pretérmino, anormalidades de inserción de placenta, así como riesgos psicológicos de ansiedad, depresión e intentos autolíticos (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2019).

4.3.1.5 Embarazo ectópico/embarazo molar. Es importante tener presente que las gestantes que anteriormente han tenido un embarazo ectópico pueden existir recurrencia; el embarazo molar se encuentra relacionado con la enfermedad trofoblástica gestacional y puede estar acompañado de complicaciones como hemorragia obstétrica, preeclampsia atípica o temprana y síndrome de Hellp (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2019).

4.3.1.6 Mortinato y óbito fetal. Aquellas mujeres que han perdido una gestación previa por muerte del feto dentro del útero o que fallece pocas horas después de nacer, en ellas existe un alto riesgo de recurrencia, el doble en relación con el resto de las gestantes (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2019).

4.3.1.7 Hijo con malformaciones congénitas. Las malformaciones congénitas presentes en una gestación anterior aumentan el riesgo de recurrencia a pesar de que en la mayoría de los casos su origen es multifactorial, el 25% están relacionados directamente con factores genéticos y hereditarios (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2019).

4.3.1.8 Peso al nacimiento. Si una gestante en su embarazo anterior tuvo un recién nacido con peso menor a 2500 g, tiene un riesgo de hasta 5 veces más de un nacimiento de iguales características. La macrosomía se asocia a varios factores de riesgo como sobrepeso u obesidad materna, diabetes y feto de sexo masculino entre los principales (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2019).

4.3.1.9 Periodo intergenésico. Se considera factor de riesgo en la historia clínica de Ecuador, al periodo intergenésico menor de un año; en cambio la Organización Mundial de la Salud ha recomendado que el periodo intergenésico óptimo para un nuevo embarazo es estar entre 18 y 27 y no superar los 60 meses, ya que toda concepción que se encuentre fuera de este rango incrementaría el riesgo de complicaciones durante la gestación, parto y puerperio (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2019).

4.3.1.10 Embarazo producto de violencia sexual. Las personas que han sufrido violencia sexual tienen mayor riesgo de contagio de VIH e ITS y de desencadenar trastornos de salud mental como ansiedad, depresión, intentos autolíticos, rechazo al embarazo, alteraciones de la personalidad, tendencia al consumo de alcohol y drogas durante la gestación, parto y posparto (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2019).

4.3.1.11 Antecedentes de preeclampsia/eclampsia. Aquella gestante cuyo embarazo anterior presentó trastornos hipertensivos puede llegar a tener una recurrencia de un 20% y tiene un 49% de probabilidades de desarrollar una complicación mayor relacionada con estas patologías, junto con otros resultados adversos del embarazo como parto prematuro, restricción de crecimiento intrauterino, hipoglucemia, sepsis y enterocolitis necrotizante (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2019).

4.3.1.12 Madre o hermana con antecedentes de preeclampsia. Las hijas de madres que presentaron preeclampsia tienen un riesgo del 30% de presentar esta patología, ya que los trastornos hipertensivos como la preeclampsia y eclampsia, tiene un riesgo del 30% de presentar esta patología (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2019).

4.3.1.13 Cicatriz uterina previa. El antecedente de cirugías uterinas previas constituye un factor de riesgo de complicaciones durante la gestación, parto y posparto como hemorragia obstétrica, implantación anormal de la placenta y dehiscencia de cicatriz (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2019).

4.3.1.14 Sin control prenatal en embarazo de 20 semanas. Cada control prenatal es importante, ya que permite al profesional de salud realizar un seguimiento adecuado y de esta manera contribuye a la disminución de la morbimortalidad materno neonatal. Toda paciente que tiene menos de cuatro controles prenatales o ninguno, puede tener riesgo de complicaciones como parto pretérmino y bajo peso al nacer (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2019).

4.3.2 Factores socioeconómicos.

4.3.2.1 Sin instrucción. Las pacientes que no tienen ninguna instrucción presentan mayor probabilidad de iniciar su vida sexual tempranamente, quedar embarazadas, contagiarse con el virus del VIH e ITS, lo cual puede provocar riesgos para la gestación y la salud del niño (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2019).

4.3.2.2 Alcoholismo, tabaco y drogas. El consumo de alcohol, tabaco y drogas durante la gestación es perjudicial para la madre y el feto, ya que pueden atravesar la placenta de manera rápida y producir alteraciones especialmente en el sistema nervioso central y cardíaco, no permite una adecuada ganancia de peso del feto, aumentando el riesgo de parto pretérmino. Además, sus consecuencias van más allá del nacimiento y se acompaña de problemas conductuales y de aprendizaje (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2019). El consumo y dependencia de sustancias es uno de los problemas más serios para la sociedad a nivel mundial con una alta morbilidad. El uso de drogas ilegales, como la cocaína, la heroína y la marihuana, conlleva riesgos importantes. Pueden causar abortos espontáneos, nacimientos prematuros y defectos de nacimiento (Sanchez Gaitan, 2019).

4.3.2.3 Violencia basada en genero/disfunción familiar/movilidad humana. Produce una gran vulnerabilidad para el desarrollo normal de la gestación, ya que los daños físicos, psicológicos y sexuales conllevan a situaciones de estrés, sometimiento, depresión postparto y ansiedad a la madre, pérdida del embarazo, óbitos, bajo peso al nacer y desarrollo de trastornos hipertensivos (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2019).

4.3.2.4 Callejizada, indigente. Aquellas embarazadas que viven en la calle o indigentes se encuentran dentro de un grupo social muy vulnerable que presenta riesgos importantes en su salud como enfermedades de transmisión sexual, VIH, partos pretérminos, abandono de recién nacidos, consumo de alcohol y drogas (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2019).

4.3.3 Factores nutricionales.

4.3.3.1 Desnutrición. Provoca mayor riesgo de abortos, parto pretérmino y bajo peso al nacer; se presenta cuando no hay una ingesta correcta de nutrientes que son necesarios para un adecuado incremento de peso materno y crecimiento fetal (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2019).

4.3.3.2 Obesidad. En los últimos años se ha incrementado la prevalencia de la obesidad, produciendo un mayor riesgo de complicaciones durante el embarazo, parto y posparto como la aparición de diabetes gestacional, diabetes mellitus, parto pretérmino, macrosomía, óbito fetal y preeclampsia (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2019).

4.3.3.3 Glucemia igual o mayor a 92 mg/dl. Toda gestante debe realizarse preferentemente una glucemia basal entre las 7 y 12 semanas de embarazo; cuando el valor de glucosa es igual o mayor a 92 mg/dl, pero menor de 126 mg/dl, puede ser sugestivo de diabetes gestacional por lo que requiere un manejo integral y oportuno para evitar complicaciones (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2019).

4.3.4 Patología pélvico-genital.

4.3.4.1 Patología cervical (LIEAG NIC II-III, Ca in situ). Es importante la toma de citología cérvico vaginal durante la gestación, ya que esto nos permite identificar de manera oportuna la presencia de lesiones cervicales premalignas o malignas; y así brindar una atención integral o multidisciplinaria para de esta manera evitar complicaciones durante el embarazo (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2019).

4.3.4.2 Condilomatosis vulvovaginal. El virus del papiloma humano (HPV) se transmite por vía sexual y se manifiesta con la presencia de lesiones papulosas en la piel del área genital y anal, que en la mujer embarazada pueden progresar y multiplicarse hasta dar lugar a condilomas acuminados, lo que aumenta el riesgo de ruptura prematura de membranas, corioamnionitis, parto pretérmino y papilomatosis laríngea juvenil en el producto (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2019).

4.3.4.3 Malformación urogenital. La presencia de anomalías anatómicas del aparato genital femenino puede producir problemas de infertilidad, en el caso de que se logre la gestación, existe el riesgo de presentar complicaciones como abortos, partos pretérminos, inserción anómala de la placenta y obstrucción del canal vaginal (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2019).

4.3.4.4 Infecciones vaginales a repetición. Aquellas gestantes que presentan vaginosis bacteriana recurrente, es decir tres o más infecciones al año durante el embarazo, tienen un mayor riesgo de aborto, ruptura prematura de membranas, corioamnionitis, parto pretérmino, endometritis y sepsis (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2019).

4.3.5 Patología en la gestación actual (morbilidades).

4.3.5.1 Embarazo prolongado mayor a 41 semanas. Todo embarazo mayor a 41 semanas tiene un riesgo aumentado de presentar complicaciones como óbito fetal y sepsis (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2019).

4.3.5.2 Embarazo más DIU. Aquellas mujeres que usan como método anticonceptivo el DIU y han quedado embarazadas pueden presentar algunas complicaciones como infecciones, alto riesgo de aborto, embarazo ectópico, ruptura de membranas, corioamnionitis y sepsis (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2019).

4.3.5.3 RH negativa no sensibilizada. Es aquella paciente RH negativa no expuesta previamente, en ella debe investigarse y prevenir la sensibilización con aplicación oportuna de inmunoglobulina anti-D, luego de un aborto, hemorragia del primer trimestre, placenta previa sangrante, embarazo ectópico, cordocentesis y puerperio dentro de las 72 horas (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2019).

4.3.5.4 RH negativa sensibilizada (isoimmunizada). Esto ocurre cuando la madre tiene tipo de sangre Rh negativo y el producto Rh positivo que puede ser un aborto o parto, esto provocara una enfermedad hemolítica del recién nacido en futuros embarazos (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2019).

4.3.5.5 ITS (sífilis, hepatitis). La sífilis es una enfermedad infectocontagiosa que se transmite por vía sexual o de madre al feto, durante el embarazo puede ocurrir la transmisión vertical de una madre que no ha recibido tratamiento o a través del canal vaginal al momento del parto lo cual se denomina sífilis congénita. La hepatitis B y C son enfermedades graves y contagiosas que se transmiten por vía sexual, sanguínea o durante el embarazo al feto y producen una infección aguda y crónica con graves secuelas tanto para la madre como para el feto (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2019).

4.3.5.6 VIH. El VIH/Sida constituye tanto para el Ecuador como en el resto del mundo un problema en salud, que tiene un gran impacto social, económico y cultural. El diagnóstico y tratamiento temprano para prevenir la transmisión vertical es fundamental para garantizar el nacimiento de niños sanos (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2019).

No se ha identificado mayor incidencia de malformaciones congénitas entre las embarazadas infectadas por el VIH, sin embargo, las condiciones que frecuentemente coexisten con esta enfermedad, tales como pobre control prenatal y uso de drogas, entre otras, pueden justificar una mayor incidencia de parto prematuro, bajo peso al nacer, restricción de crecimiento e incluso la muerte intra-útero o perinatal (Dirección Nacional de Maternidad e infancia, 2013).

4.3.5.7 TORCH. Es importante que cada una de las gestantes se realice el TORCH, ya que es una prueba de cribado que identifica un grupo de microorganismos que pueden desencadenar transmisión vertical intra-útero y provocar defectos congénitos en los recién nacidos, o contagio durante el paso por el canal del parto (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2019).

La detección de IgM materna en la mujer embarazada no significa necesariamente infección aguda, ya que puede persistir más de un año. Ante esta situación se puede realizar exámenes adicionales como determinación del test de avidéz y detección de IgA u obtener una segunda muestra de IgG, una vez transcurridas tres semanas, con objeto de ver si se producen diferencias significativas en el título de anticuerpos. La demostración de seroconversión entre dos muestras, separadas por dos a cuatro semanas y obtenidas durante el embarazo, confirma una infección aguda durante la gestación (Cofré, y otros, 2016).

4.3.5.8 Infección del tracto urinario recurrente (2 o más). Los cambios fisiológicos que se presentan en el tracto urinario de la gestante predisponen a la presencia de infecciones, las cuales llegan hacer recurrentes, que pueden generar resistencia bacteriana y complicaciones importantes como pielonefritis, sepsis, abortos o partos pretérminos (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2019).

Se recomienda el cribado con urocultivo cuantitativo a toda mujer embarazada durante la primera consulta prenatal o antes de las 16 semanas de edad gestacional, además se aconseja continuar con el tamizaje mediante pruebas de tira reactiva en cada visita prenatal posterior, para de esta manera poder identificar la bacteriuria asintomática (Viquez Viquez, Chacón González, & Rivera Fumero, 2020).

4.3.5.9 Anemia hemoglobina menor a 10 gr/dl (corregida). La anemia es la concentración de hemoglobina sanguínea menor a 11mg/dl, es la segunda causa mundial de discapacidad y uno de los problemas más graves de salud pública en el mundo con una prevalencia mundial en las embarazadas alrededor de 38% (Organización Panamericana de la Salud, 2018).

Se considera anemia moderada al valor de la hemoglobina que va desde 7.1 a 10 gr/dl y su presencia genera riesgo nutricional materno y peso bajo del feto. La identificación temprana de esta deficiencia permite un tratamiento oportuno y reduce la necesidad de transfusiones (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2019).

4.3.5.10 Anemia hemoglobina menor a 7 gr/dl (corregida). Se considera anemia severa al valor de hemoglobina menor a 7 gr/dl, esta deficiencia aumenta la morbimortalidad materna y neonatal, su identificación precoz y tratamiento adecuado en el hospital puede reducir este riesgo (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2019).

4.3.5.11 Trastorno hipertensivo. Constituyen una causa de morbilidad grave, que pueden llegar a producir una discapacidad permanente e incluso la muerte materna y fetal. La preeclampsia y eclampsia son las principales causantes de estas complicaciones (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2019).

4.3.5.12 Colestasis intrahepática. Es una enfermedad específica del embarazo, se hace presente durante el tercer trimestre del embarazo, revierte espontáneamente después del parto y está relacionada a un incremento de la morbimortalidad fetal (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2019).

4.3.5.13 Hemorragia primera mitad del embarazo. Aparece antes de las 22 semanas de gestación puede deberse a abortos, embarazo ectópico y enfermedad trofoblástica gestacional (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2019).

4.3.5.14 Hemorragia segunda mitad del embarazo. Esta hemorragia aparece después de las 22 semanas de embarazo y puede producirse por placenta previa, desprendimiento prematuro de la placenta, rotura uterina, vasa previa, presencia de tumoraciones, traumatismos en genitales y varices vulvovaginales (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2019).

4.3.5.15 Amenaza de parto prematuro. Es cuando aparece actividad uterina con contracciones regulares en intensidad y frecuencia que producen modificaciones cervicales, entre las semanas 20 y 36.6 cuya etiología puede ser multifactorial (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2019).

4.3.5.16 Embarazo múltiple. Aquellas mujeres con embarazos múltiples tienen riesgos potenciales de complicaciones como parto pretérmino, ruptura prematura de membranas, desprendimiento normo placentario, pielonefritis, hemorragia postparto, óbito fetal; el riesgo de preeclampsia es de hasta 5 veces mayor en embarazos gemelares y hasta 9 veces más en embarazos triples (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2019).

4.3.5.17 Presentación anómala en embarazo mayor a 36 semanas. Una presentación anómala durante la labor de parto de un embarazo a término puede producir complicaciones en el descenso y expulsión del feto que pueden aumentar el riesgo de morbilidad materno neonatal (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2019).

4.3.5.18 Polihidramnios/oligohidramnios. Se considera polihidramnios cuando el índice de líquido amniótico (ILA) es mayor a 25 cm; y decimos que hay oligohidramnios cuando el líquido amniótico es escaso o con un ILA igual o menor a 5 cm (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2019).

4.3.5.19 Gestación con malformaciones fetales mayores. En su mayoría las malformaciones fetales tienen etiología multifactorial, afectan con mayor frecuencia al sistema cardiovascular, sistema nervioso central y genitourinario. El diagnóstico temprano permite un abordaje multidisciplinario para disminuir la morbilidad fetal e infantil (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2019).

4.3.5.20 Diabetes. La obesidad es una epidemia que ha provocado que cada vez más mujeres en edad fértil desarrollen diabetes mellitus tipo 2, incrementando el número de mujeres gestantes no diagnosticadas. Es primordial que todas las mujeres que acuden a su primer control prenatal sean evaluadas de una forma integral para la identificación de factores de riesgo para diabetes mellitus tipo 2 preexistente (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2019).

4.3.5.21 Cardiopatías. Durante la gestación se presentan cambios fisiológicos de adaptabilidad del sistema cardiovascular que son bien tolerados por la paciente normal, pero en aquella paciente cardíaca le producen significativos riesgos de morbimortalidad. Vienen siendo una de las principales causas de muerte y cada año van aumentando; por lo que prevenir las complicaciones con un manejo multidisciplinario de manera oportuna es primordial (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2019).

4.3.5.22 Enfermedades neuropsiquiátricas. Encontramos diversos factores que pueden ser hormonales, bioquímicos y emocionales que influyen en el desarrollo de enfermedades mentales; es por esto por lo que, en el embarazo debido a los cambios en la concentración de esteroides sexuales y neurotransmisores, predisponen a una exacerbación de estas enfermedades (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2019).

4.3.5.23 Insuficiencia renal crónica. Esta patología es la más frecuente de las nefropatías, aumenta en la embarazada la probabilidad de padecer trastornos hipertensivos, preeclampsia y eclampsia (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2019).

4.3.5.24 Hipotiroidismo sin tratamiento. Normalmente en la mujer embarazada existen cambios adaptativos orgánicos a nivel de la tiroides; en donde la tiroxina materna es importante para la maduración del sistema nervioso fetal, sin embargo, los niveles sanguíneos pueden disminuir de manera sostenida por una alimentación pobre en yodo. Este déficit puede provocar aborto a repetición, daño cerebral, retardo mental, déficit neurológico y muerte del feto. El tratamiento es sencillo, económico y disminuye el riesgo durante el embarazo (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2019).

4.3.5.25 Lupus eritematoso sistémico. Esta es una enfermedad autoinmune muy compleja afecta al tejido conjuntivo de cualquier órgano, existen episodios de exacerbación y remisión de la enfermedad. Durante la gestación el mayor riesgo es la pérdida del mismo por abortos u óbitos, además pueden aparecer otras complicaciones como preeclampsia y restricción de crecimiento intrauterino (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2019).

4.3.5.26 Síndrome antifosfolípido. Es una enfermedad autoinmune con una combinación de manifestaciones clínicas trombóticas venosas o arteriales y trastornos obstétricos como aborto recurrente con un título importante y persistente de anticuerpos antifosfolípidos circulantes. En ausencia de tratamiento adecuado puede haber trombosis de todos los territorios vasculares (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2019).

4.3.5.27 Trombocitopenia menor a 100000 plaquetas. Un recuento plaquetario $<150.000/\text{mm}^3$ durante el embarazo se considera trombocitopenia; si es menor a $100.000/\text{mm}^3$ incrementa el riesgo de complicaciones principalmente de tipo hemorrágico durante la gestación, parto o postparto (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2019).

4.3.5.28 Tuberculosis materna activa. La infección por tuberculosis en el embarazo constituye un factor de riesgo importante de complicaciones ya que puede ocurrir un aborto espontáneo, óbito fetal, preeclampsia y bajo peso al nacer. El diagnóstico oportuno y tratamiento precoz es primordial para sobre guardar el adecuado desarrollo del feto y proteger a la madre (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2019).

4.3.5.29 Cáncer. Las mujeres que retrasan su primer embarazo a edades superiores a los treinta años tienen el doble o triple riesgo de desarrollar cáncer; entre lo más frecuentes tenemos el melanoma, cáncer de mama, cáncer de cuello uterino, linfomas y cáncer de tiroides. La gestación predispone a un crecimiento mayor de la patología maligna y existe un gran riesgo de malformaciones congénitas con la exposición a la quimioterapia (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2019).

4.1.1 Discapacidad mayor al 30%.

4.1.1.1 Física. Una mujer gestante con discapacidad física evoluciona de la misma manera que una mujer sin discapacidad, el riesgo materno depende mucho de los factores sociales y de accesibilidad a los servicios de salud, debido a su limitada movilidad, discriminación y comunicación (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2019).

4.1.1.2 Intelectual. El riesgo de embarazo con discapacidad intelectual va a depender del grado de déficit de su autonomía individual, lo cual le permite libertad de decidir adecuadamente y de manera independiente. Debido a que la discapacidad mayor tiene mucha vinculación con el abuso sexual y se opone a la concepción tradicional, esto produce un aumento del riesgo en el desarrollo de la gestación (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2019).

4.2 Categorización mediante escala de riesgo

- *Antecedentes.* Son factores de riesgo vinculados con antecedentes personales, obstétricos y familiares.

<i>Cuadro 1. Antecedentes</i>	
	Puntaje
Gestante igual o menor de 14 años	3
Gestante 14 (1 día) a 19 años	1
Gestante mayo de 35 años hasta 39 años	1
Gestante \geq de 40 años	2
Primípara tardía (\geq de 40 años)	2
Gran multípara \geq 4 gestas	1
Infertilidad	1
Aborto	1
Aborto habitual \geq 2	2
Embarazo ectópico/molar	1
Mortinato	2
Óbito fetal	2
Hijo con malformaciones congénitas mayores	2
Hijo con bajo peso de nacimiento <2500 gr	3
Hijo con macrosomía al nacimiento > 4000 gr	3
Periodo intergenésico \leq 18 meses	2
Periodo intergenésico > 5 años	1
Embarazo producto de violencia sexual	3
Antecedente preeclampsia/eclampsia	3
Madre o hermana con preeclampsia	2
Cicatriz uterina previa con embarazo > 32 semanas (miomectomía, rotura uterina, cesárea)	2
Cicatriz uterina previa, tres o más cesáreas con embarazo > 28 semanas	3
Ningún control prenatal en embarazo mayor a 20 semanas	2
Presencia de tres factores de la lista	3

Fuente: (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2019, págs. 19-20)

Elaboración: Autor

- *Factores socioeconómicos.* Son factores sociales, económicos y culturales que caracterizan a una gestante de forma individual dentro de una estructura social y permite determinar si pertenece a un grupo vulnerable.

Cuadro 2. Factores socioeconómicos	
	Puntaje
Sin instrucción	1
Alcoholismo, tabaco y drogas	3
Violencia basada en género, Disfunción Familiar, Movilidad humana	1
Gestante Callejizada, Indigente, vive sola	1
Presenta tres o más factores de la lista	3

Fuente: (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2019, pág. 20)

Elaboración: Autor

- *Factores nutricionales.* El estado nutricional de la gestante determinara un impacto positivo o negativo en el desarrollo del embarazo; cada uno de estos factores predisponen la aparición de complicaciones, por lo tanto, es importante el monitoreo del ponderal durante el embarazo.

Cuadro 3. Factores nutricionales	
	Puntaje
Desnutrición materna IMC < 18	3
Obesidad IMC > 30	3
Sobrepeso IMC de 25.1 a 29.9	1
Glicemia basal mayor a 92 mg/dl	2
Presenta dos o más factores de la lista	3

Fuente: (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2019, pág. 20)

Elaboración: Autor

- *Patología pélvico-genital.* Constituyen un factor de riesgo para producir complicaciones maternas neonatales.

Cuadro 4. Patología pélvico-genital	
	Puntaje
Patología cervical (LIEAG/NIC II o III, ca in situ)	3
Condilomatosis vulvovaginal	2
Malformación urogenital	2
Infecciones vaginales a repetición (tres o más episodios) en el embarazo	2
Presenta dos o más factores de la lista	3

Fuente: (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2019, pág. 20)

Elaboración: Autor

- *Patología obstétrica actual.* Cualquier patología que presente la embarazada es un factor de riesgo importante que puede tener un impacto directo en la morbilidad materno-neonatal.

Cuadro 5. Patología obstétrica actual	
	Puntaje
Embarazo prolongado > 41 semanas*	3
Embarazo más DIU	2
Rh negativa no sensibilizada	1
Rh negativa sensibilizada (isoimmunizada)*	3
ITS (sífilis, hepatitis) *	2
VIH*	3
TORCH IgM positivo*	3
Infección del tracto urinario a repetición	2
Anemia HB < 10 (corregida)	2
Anemia HB < 7 (corregida)*	3
Trastorno hipertensivo-	3
Colestasis intrahepática*	3
Hemorragia primera mitad del embarazo	2
Hemorragia segunda mitad del embarazo	3
Amenaza parto prematuro	3
Embarazo múltiple	3
Presentación anómala en embarazo mayor a 36 semanas	3
Polihidramnios/oligohidramnios	2
Gestación con malformaciones fetales mayores	3
Diabetes*	3
Cardiopatías*	3
Enfermedades neuropsiquiátricas*	3
Insuficiencia renal crónica*	3
Hipotiroidismo sin tratamiento*	2
Lupus eritematoso sistémico*	3
Síndrome antifosfolipídico*	3
Trombocitopenia < 100000 plaquetas*	3
Tuberculosis materna activa*	2
Cáncer*	3
Otras patologías relevantes	3
Presenta dos o más factores de la lista	3

Fuente: (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2019, pág. 19)

Elaboración: Autor

- *Discapacidad mayor al 30%*. Aquella gestante que presenta discapacidad física o intelectual se encuentra de un grupo vulnerable para el desarrollo de complicaciones materno-neonatales.

Cuadro 6. Discapacidad mayor al 30%	
	Puntaje
Físico	2
Intelectual	3
Presenta dos o más factores de la lista	3

Fuente: (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2019, pág. 22)

Elaboración: Autor

4.3 Sumatoria de riesgo

4.3.1 Riesgo bajo o tipo 0. Son embarazos que cursan normalmente que no presentan ningún factor de riesgo identificado o que presentan factores de riesgo no relevantes en la evaluación. Con un puntaje total en la escala de riesgo de 0 – 3 (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2019).

4.3.2 Riesgo alto o tipo 1. Son embarazos que presentan determinados factores de riesgo que por su presencia pueden generar potenciales complicaciones. Con un puntaje total en la escala de riesgo de 4 – 6 (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2019).

4.3.3 Riesgo muy alto o tipo II. Son embarazos con factores de riesgo de alta relevancia los cuales requieren medidas oportunas y manejo multidisciplinario. Con un puntaje en la escala de riesgo igual o mayor a 7 (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2019).

4.4 Control prenatal

Es el conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que pueden condicionar la morbimortalidad materna y perinatal. El control prenatal tiene como objetivos identificar los factores de riesgo, determinar la edad gestacional, diagnosticar la condición fetal, diagnosticar la condición materna y educar a la madre (Carvajal Cabrera & Ralph Troncoso, 2018).

La OMS menciona que la embarazada debe tener de cuatro a ocho contactos con los profesionales sanitarios en todo su embarazo, ya que esto se asocia a una disminución de la probabilidad de muertes prenatales, porque existen más oportunidades para identificar y solucionar los posibles problemas. Se recomienda a las gestantes tener su primer contacto a

las 12 semanas de gestación, y los contactos posteriores a las 20, 26, 30, 34, 36, 38 y 40 semanas de gestación (OMS, 2016).

4.5 Clasificación del riesgo obstétrico según AEPI

4.5.1 Embarazo con riesgo inminente o muy alto. Se considera un embarazo de muy alto riesgo o con riesgo inminente cuando presenta uno de los siguientes signos (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2017):

- Embarazo mayor de 41 semanas 6 días.
- Disminución o ausencia de movimientos fetales.
- Enfermedad sistémica no controlada (Diabetes, HTA, cardiopatía, hipertiroidismo)
- Infección urinaria con fiebre.
- Hemorragia vaginal.
- Ruptura Prematura de Membranas (RPM).
- Presencia de convulsiones, visión borrosa, pérdida de conciencia o cefalea intensa.
- Cambios en la frecuencia cardiaca fetal (FCF) (<110 o > 160 x min).
- Hemoglobina < 7 md/dl y/o palidez palmar y conjuntiva intensa.
- Hinchazón en cara, manos y piernas.

4.5.2 Embarazo de alto riesgo. Se considera un embarazo de alto riesgo cuando presenta uno de los siguientes signos (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2017):

- Menor de 16 años o mayor de 35 años.
- Periodo entre embarazos < 2 años.
- Altura uterina no correlaciona con edad gestacional.
- Hemoglobina entre 7 y 10 mg/dl o palidez palmar o conjuntival.
- VDRL/RPR, VIH o Hepatitis B positivo.
- Madre Rh negativa.
- Alcoholismo, tabaquismo o drogadicción.
- Problemas odontológicos o de salud bucal (enfermedad periodontal).
- Antecedentes de hijos prematuros, bajo peso, macrosómicos y/o malformados.
- Antecedentes de abortos habituales, muerte fetal o neonatal temprana.
- Enfermedad sistémica controlada (Diabetes, HTA, cardiopatía, hipertiroidismo).
- Ingesta de medicamentos teratogénicos.
- Ganancia inadecuada de peso.
- Primigesta o gran múltipara.

- Infección urinaria sin fiebre.
- Presentación anormal.
- Sin control prenatal.
- Enfermedad mental.
- Embarazo múltiple.
- Cirugía uterina previa incluyendo cesárea.
- IMC <18.5 o >30.
- Flujo vaginal anormal.
- Violencia intrafamiliar/sexual.

4.5.3 Embarazo de bajo riesgo. Embarazo que no cumple con las clasificaciones anteriores (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2017).

5. Materiales y métodos

5.1 Enfoque

Cuantitativo.

5.2 Tipo de diseño utilizado

Fue de tipo observacional, retrospectivo y de corte transversal.

5.3 Unidad de estudio

Pacientes embarazadas del Centro de Salud “Motupe” Loja – Ecuador.

5.4 Periodo

Pacientes embarazadas que fueron atendidas en el servicio de ginecología del Centro de Salud “Motupe” Loja – Ecuador en todo el año 2019.

5.5 Universo y muestra

Lo constituyeron las 89 historias clínicas de pacientes embarazadas que acudieron al servicio de ginecología del Centro de Salud de “Motupe” Loja – Ecuador, y que cumplieron con todos los criterios de inclusión y exclusión.

5.6 Criterios de inclusión

- Pacientes embarazadas que acuden al servicio de ginecología desde el 1 de Enero del 2019 hasta el 31 de Diciembre del 2019.

5.7 Criterios de exclusión

- Pacientes embarazadas con historias clínicas perinatales incompletas.

5.8 Técnicas

Para la recolección de la información se elaboró una ficha de recolección de datos, dicha información se la obtuvo de la historia clínica perinatal.

5.9 Instrumento

5.9.1 Ficha de Recolección de datos. Se procedió a la recolección de información de las historias clínicas perinatales mediante la ficha de recolección de datos (**Anexo 4**) en donde se enumeran las variables sociodemográficas como: edad, estado civil y el nivel de instrucción. Además del número de controles, también se enumeran todos los factores de riesgo obstétrico que pueden o no estar presentes en las gestantes y la clasificación de riesgo obstétrico según el MSP.

5.9.2 Formulario 051. Historia clínica materna perinatal-MSP, es un instrumento diseñado para ayudar en las decisiones diseñadas con el manejo clínico individual de la mujer embarazada durante el control prenatal. En este documento se registran todos los datos importantes de las gestantes.

5.9.3 Escala de riesgo Minsal Chile adaptada por autores. En el año 2019 el Ministerio de salud pública del Ecuador elaboró el manual “Evaluación y categorización del riesgo obstétrico en el control prenatal”, en donde se estableció una herramienta preventiva que permita evaluar y categorizar los factores de riesgo obstétrico, para de esta manera priorizar la atención oportuna. Se utilizara esta herramienta que combina los factores de riesgo identificados, dándoles una puntuación obtenida de acuerdo a la fuerza de asociación con la patología que se busca prevenir. Se constituye en 6 grupos:

1. Antecedentes, son aquellos factores de riesgo relacionados con antecedentes personales, obstétricos y familiares.

2. Factores socioeconómicos como factores sociales, económicos y culturales que caracterizan a una gestante de forma individual dentro de una estructura social y permite determinar si pertenece a un grupo vulnerable.

3. Factores nutricionales, el estado nutricional de la gestante, determinara un impacto positivo o negativo en el desarrollo del embarazo; cada uno de estos factores predisponen la aparición de complicaciones, por lo tanto, es importante el monitoreo del ponderal durante el embarazo.

4. Patología pélvico-genital, es un factor de riesgo para producir complicaciones maternas neonatales.

5. Patología obstétrica actual. Cualquier comorbilidad que presente la embarazada constituye un factor de riesgo importante que puede tener un impacto directo en la morbilidad tanto de la madre como del feto.

6. Discapacidad mayor al 30%. Cualquier mujer embarazada con discapacidad física o intelectual se encuentra dentro de un grupo vulnerable para el desarrollo de complicaciones materno-neonatales.

5.10 Procedimiento

Se presentó este trabajo de investigación a la Coordinación de la Carrera de Medicina Humana para su respectiva pertinencia (Anexo 1); luego se pidió la dirección de un docente de la Facultad de Medicina (Anexo 2). Se procedió a realizar los trámites pertinentes dirigidos a la directora del Centro de Salud “Motupe”, obteniendo así la autorización de recolección de datos (Anexo 3).

Se procedió al llenado de la ficha de recolección de datos, para esto se pidió al encargado de estadística una lista de todas las pacientes embarazadas que fueron atendidas en todo el transcurso del año 2019, y se llegó a cada una de las historias clínicas a través de las cuales se pudo obtener toda la información necesaria para la investigación.

Debido a que no se pudo recolectar toda la información para poder cumplir con los objetivos planteados por falta de datos en la historia clínica, se envía una solicitud pidiendo modificación del tema y de objetivos (Anexo 5 y 6). Y posteriormente se procede a enviar la solicitud para autorizar la ampliación del cronograma (Anexo 7).

Luego de procedió al análisis, tabulación y la realización de las respectivas tablas mediante el programa computarizado de Microsoft Excel 2013, para su respectivo análisis e interpretación, a continuación, realice la discusión comparando mi estudio con varios trabajos investigativos realizados en otros lugares. Y por último procedí a la realización de las conclusiones y recomendaciones.

5.11 Análisis estadístico

Se utiliza Microsoft Excel para ordenar la base de datos, en donde se presenta los resultados obtenidos en las tablas de frecuencia por cada objetivo planteado; para luego continuar con el análisis e interpretación de cada variable.

6. Resultados

6.1 Resultados del primer objetivo

Caracterizar socio-demográficamente a las gestantes atendidas en el Centro de Salud Motupe.

Tabla 1

Características socio-demográficas encontradas en las gestantes atendidas en el Centro de Salud “Motupe”, durante el año 2019

Variables	f	%
<i>Edad</i>		
Gestante igual o menor de 14 años	2	2,2
Gestante 15 a 19 años	14	15,7
Gestante de 20 a 34 años	62	69,7
Gestante de 35 a 39 años	7	7,9
Gestante más de 40 años	4	4,5
<i>Nivel de instrucción</i>		
Sin instrucción	0	0,0
Educación básica	33	37,1
Bachiller	41	46,1
Educación superior	15	16,9
<i>Estado civil</i>		
Unión de hecho	30	33,7
Soltera	21	23,6
Casada	38	42,7
Total	89	100,0

*Fuente: Ficha de recolección de datos aplicada en el Centro de Salud “Motupe”
Elaborado por: Ximena Lourdes Castillo Gonzaga.*

Análisis: De las características sociodemográficas, en primer lugar encontramos que las gestantes que con mayor prevalencia acudieron al control prenatal en el centro de salud Motupe, 69,7% (n=62) pertenecían al grupo de 20 a 34 años de edad, además 46,1% (n=41) de instrucción bachiller, y por último 42,7% (n=38) estaban casadas. Por otro lado, el embarazo en las adolescentes continúa siendo un problema de salud público, ya que en este estudio, 17,9% (n=16) eran gestantes menores de 19 años.

6.2 Resultados del segundo objetivo

Identificar los factores de riesgo obstétrico más comunes que presentan las gestantes atendidas en el Centro de Salud Motupe

Tabla 2

Factores de riesgo obstétrico más comunes encontrados en las gestantes atendidas en el Centro de Salud Motupe, durante el año 2019

Factores de riesgo obstétrico	f	%
<i>Antecedentes</i>		
Periodo intergenésico > 5 años	21	23,6
<i>Factores socioeconómicos</i>		
Alcoholismo, tabaco y drogas	7	7,9
<i>Factores nutricionales</i>		
Sobrepeso IMC de 25.1 a 29.9	20	22,5
<i>Patología pélvico-genital</i>		
Infecciones vaginales a repetición en el embarazo	45	50,6
<i>Patología obstétrica actual</i>		
Infección del tracto urinario a repetición	50	56,2

Fuente: Ficha de recolección de datos aplicada en el Centro de Salud "Motupe"
Elaborado por: Ximena Lourdes Castillo Gonzaga.

Análisis: De los factores de riesgo obstétrico que con mayor prevalencia se encontró al revisar las 89 historias clínicas perinatales de gestantes atendidas en el Centro de Salud Motupe fueron, infección del tracto urinario a repetición 56,2% (n=50), dentro del grupo de patología obstétrica actual; infecciones vaginales a repetición en el embarazo 50,6% (n=45) en la patología pélvico-genital; el periodo intergenésico > 5 años 23,6% (n=21) antecedente obstétrico más relevante en este estudio; y sobrepeso 22,5% (n=20) factor nutricional que prevaleció. Por lo tanto las infecciones del tracto urinario y vaginal constituyen motivos frecuentes de consultas prenatales, debido a los cambios funcionales y hormonales que se producen durante el embarazo, lo cual puede llevar a complicaciones materno-fetales.

6.3 Resultados del tercer objetivo

Identificar en qué grupo etario se presentan con mayor frecuencia los distintos tipos de factores de riesgo obstétricos.

Tabla 3

Factores de riesgo obstétrico por grupo etario encontrados en gestantes atendidas en el Centro de Salud Motupe, durante el año 2019

<i>Factores de riesgo obstétrico</i>	<i>Grupo etario</i>									
	<i>≤14</i>		<i>15-19</i>		<i>20-34</i>		<i>35-39</i>		<i>≥40</i>	
	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
<i>Antecedentes</i>										
Cicatriz uterina previa	0	0,00	2	2,3	14	15,7	3	3,4	0	0,0
<i>Factores socioeconómicos</i>										
Alcoholismo, tabaco y drogas	0	0,00	2	2,3	5	5,6	0	0,0	0	0,0
<i>Factores nutricionales</i>										
Sobrepeso IMC de 25.1 a 29.9	2	2,3	3	3,4	13	14,6	2	2,3	1	1,1
<i>Patología pélvico-genital</i>										
Infecciones vaginales a repetición en el embarazo	2	2,3	6	6,7	32	36,0	3	3,4	1	1,1
<i>Patología obstétrica actual</i>										
Infección del tracto urinario a repetición	2	2,25	9	10,11	32	36,0	6	6,7	1	1,1

Fuente: Ficha de recolección de datos aplicada en el Centro de Salud "Motupe"
Elaborado por: Ximena Lourdes Castillo Gonzaga.

Análisis: En el grupo etario de 20 a 34 años de edad se presentan con mayor frecuencia los distintos tipos de factores de riesgo obstétrico, infección del tracto urinario con 36,0% (n=32), que son parte del grupo patología obstétrica actual. Las infecciones vaginales a repetición en el embarazo con 36,0% (n=32) se encuentran dentro del grupo patología pélvico-genital, cicatriz uterina previa con 15,7% (n=14) las cuales pertenecen al grupo antecedente obstétrico. El sobrepeso con 14,6% (n=13) pertenece al grupo factores nutricionales; cabe recalcar que en este grupo existe mayor población de gestantes que fueron atendidas en el Centro de Salud Motupe.

6.4 Resultados del cuarto objetivo

Establecer la relación que existe entre los controles prenatales con la aparición de factores de riesgo obstétrico en las gestantes atendidas en el centro de salud Motupe.

Tabla 4

Relación entre los controles prenatales y la aparición de factores de riesgo obstétrico en las gestantes atendidas en el Centro de Salud Motupe, en el año 2019

Factores de riesgo	Controles prenatales			
	≤ 5 controles		≥ 6 controles	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Infección del tracto urinario a repetición	17	19,1	33	37,1
Infecciones vaginales a repetición en el embarazo	20	22,5	25	28,1
Sobrepeso IMC de 25.1 a 29.9	8	9,0	13	14,6
Obesidad IMC > 30	7	7,9	8	9,0
Amenaza parto prematuro	0	0,0	7	7,9
Trastorno hipertensivo	2	2,3	5	5,6
Glicemia basal mayor a 92 mg/dl	4	4,5	5	5,6
TORCH IgM positivo	2	2,3	3	3,4
Hemorragia primera mitad del embarazo	2	2,3	2	2,3
Hipotiroidismo sin tratamiento	1	1,1	2	2,3

Fuente: Ficha de recolección de datos aplicada en el Centro de Salud Motupe

Elaborado por: Ximena Lourdes Castillo Gonzaga.

Análisis: En cuanto a la relación que existe entre los controles prenatales y la aparición de factores de riesgo se encuentra que las gestantes con seis o más controles presentan mayor prevalencia en la detección de factores de riesgo obstétrico que aquellas que tienen menos de cinco controles. Así se tiene, con ≥ 6 controles los siguientes factores de riesgos identificados en las gestantes atendidas en el centro de salud Motupe como son: infección del tracto urinario a repetición 37,1% (n=33), infecciones vaginales a repetición en el embarazo 28,1% (n=25), sobrepeso 14,6% (n=13), obesidad 9,0% (n=8) y amenaza de parto prematuro 7,9% (n=7).

6.5 Resultados del quinto objetivo

Determinar según la clasificación del Ministerio de Salud Pública a que grupos de riesgo pertenece las gestantes atendidas en el Centro de Salud Motupe.

Tabla 5

Tipo de riesgo obstétrico según el MSP encontrado en las gestantes atendidas en el Centro de Salud Motupe, en el año 2019

<i>Tipo de riesgo</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
<i>Riesgo bajo o tipo 0</i>	20	22,5
<i>Riesgo alto o tipo I</i>	20	22,5
<i>Riesgo muy alto o tipo II</i>	49	55,1
<i>Total</i>	89	100,0

*Fuente: Ficha de recolección de datos aplicada en el Centro de Salud Motupe
Elaborado por: Ximena Lourdes Castillo Gonzaga*

Análisis: En base a la identificación de los factores de riesgo obstétrico se procedió a la caracterización de acuerdo con la escala de riesgo obstétrico del Ministerio de Salud Pública, en donde se determinó que la mayoría de las gestantes que fueron atendidas en el centro de salud Motupe presentaron un riesgo muy alto o tipo II con 55,1% (n=49), un 22,5% (n=20) riesgo alto o tipo I y el riesgo bajo o tipo 0 solo estuvo presente en el 22,5% (n=20) de las gestantes atendidas.

7. Discusión

Se considera un embarazo de riesgo cuando se identifican durante el control prenatal complicaciones o factores asociados que pueden perjudicar la salud tanto de la madre como del feto; por esto es importante que la embarazada reciba una atención prenatal integral, periódica y sistemática por parte de un equipo de salud capacitado; con el fin de que exista una correcta vigilancia de la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto.

La presente investigación estuvo conformada por 89 historias clínicas de gestantes que fueron atendidas en el área de ginecología del centro de salud Motupe durante el año 2019, en las cuales se evidenció que el grupo de edad que predominó fueron las gestantes de 20 a 34 años de edad 69,7% (n=62), 46,1% (n=41) de las gestantes habían terminado el bachiller y solo 42,7% (n=38) estaban casadas; similar al estudio realizado en la Ciudad de Hermosillo, Sonora: Nivel de riesgo obstétrico en mujeres embarazadas que acuden a un centro de primer nivel de atención, en donde 73,5% (n=107) de las gestantes tenían entre 19 a 34 años de edad, 43,4% (n=63) habían terminado la secundaria y 69,7% (n=101) tenían pareja. (Barragán Hernández , Cruz Quintero, Maldonado López, Favela Ocaño, & Peralta Peña, 2017)

Es importante considerar en el control prenatal los datos sociodemográficos de cada una de las gestantes, ya que el embarazo antes de los 20 años y después de los 35 años de edad se relaciona con un incremento del riesgo materno y perinatal; así se tiene que las mujeres embarazadas menores de 20 años o embarazo adolescente, constituyen un mayor riesgo biológico y una situación de riesgo social para el recién nacido y la madre, el cual es un problema importante de salud pública. El embarazo en mujeres de 35 o más años se relaciona con un incremento de riesgo que puede desarrollarse en una serie de patologías propias de la gestación y una mayor frecuencia de patologías maternas crónicas, que dan como consecuencia una mayor probabilidad de muerte materna y perinatal.

En cuanto a los factores de riesgo obstétrico que prevalecieron al revisar las 89 historias clínicas de las gestantes atendidas en el centro de salud Motupe fueron: 56,2% (n=50) infección del tracto urinario a repetición, dentro del grupo de patología obstétrica actual; 50,6% (n=45) infecciones vaginales a repetición en el embarazo, que es el factor de riesgo que predomina en la patología pélvico-genital; el periodo intergenésico > 5 años con 23,6% (n=21) que corresponde al antecedente obstétrico más relevante en este estudio; y el factor nutricional con mayor prevalencia fue sobrepeso con 22,5% (n=20); lo cual difiere al estudio

realizado en la Ciudad de Hermosillo, Sonora: Nivel de riesgo obstétrico en mujeres embarazadas que acuden a un centro de primer nivel de atención, señala que los factores de riesgo con mayor prevalencia fueron: en cuanto a los antecedentes gineco-obstétricos, 55.9% (n=81) eran primigestas o multigestas, 24.8% (n=36) cesárea previa, 11.7% (n=17) aborto previo y 4,8% (n=7) periodo intergenésico corto; en relación con embarazo actual, 31% (n=45) no tenían inmunización antitetánica, 20% (n=29) tenían obesidad y 6.2% (n=9) infecciones de las vías urinarias. (Barragán Hernández , Cruz Quintero, Maldonado López, Favela Ocaño, & Peralta Peña, 2017); así mismo difiere de un estudio realizado en Loja: “Asociación entre el periodo intergenésico, el sobrepeso y obesidad en gestantes que acuden al centro de salud n°3, Loja”. Realizada por Anahí Alejandra Guarderas Córdova, con una muestra de 384 historias clínicas de gestantes atendidas en el centro de salud N°3, en donde 37% (n=142) presentaban un periodo intergenésico corto (<18 meses), 34,6% (n=133) periodo intergenésico largo (>60 meses), 42,2% (n=162) presentaron obesidad y el 17,4% (n=67) sobrepeso. (Guarderas Córdova, 2020)

Con respecto a los factores de riesgo por grupo etario, las gestantes de 20 a 34 años presentaron mayor prevalencia de factores, así tenemos, infección del tracto urinario con 36,0% (n=32), infecciones vaginales a repetición en el embarazo con 36,0% (n=32), cicatriz uterina previa con 15,7% (n=14) y sobrepeso con 14,6% (n=13), resultados que difieren con el estudio realizado en Loja, Ecuador titulado como: “Determinar los factores de riesgo obstétrico más comunes en las mujeres gestantes internadas en el servicio de Gineco-Obstetricia, del Hospital Regional Isidro Ayora, en el periodo de enero a julio 2014”, en donde las gestantes de 20 a 34 años de edad, presentaron mayor prevalencia de factores de riesgo como amenaza de parto pretérmino 24% (n=24), infecciones maternas 19% (n=19), preeclampsia 11% (n=11) y ruptura prematura de membranas 7% (n=7). (Esparza Cartuche, 2015); se concluye que los factores de riesgo encontrados en el primer nivel de atención difieren de los observados en el segundo nivel de atención.

Los controles prenatales son fundamentales ya que a través de ellos se puede identificar de manera oportuna los diferentes factores de riesgo y de esta manera se puede prevenir complicaciones en el transcurso del embarazo, parto y puerperio. En el estudio realizado a las gestantes del Centro de Salud Motupe se encontró que el 62,9% (n=56) de las gestantes tuvieron más de 6 controles prenatales y el 37,0% (n=33) tuvieron menos de 5 controles en todo el transcurso de su embarazo. Las gestantes con seis o más controles presentaron mayor prevalencia de factores de riesgo como: infección del tracto urinario a repetición con 37,1%

(n=33), infecciones vaginales a repetición en el embarazo con 28,1% (n=25), sobrepeso con 14,6% (n=13), obesidad con 9% (n=8) y amenaza de parto prematuro con 7,9% (n=7), resultados que difieren con el estudio realizado en Loja: “Determinar los factores de riesgo obstétrico más comunes en las mujeres gestantes internadas en el servicio de Gineco-Obstetricia, del Hospital Regional Isidro Ayora en el periodo de enero a julio de 2014”, en donde se determinó que las gestantes que tenían menos de 5 controles prenatales en el transcurso de su embarazo presentaron un mayor número de complicaciones como: amenaza de parto pretérmino con 30% (n=30), infecciones maternas con 20% (n=20), ruptura prematura de membranas con 8% (n=8) y preeclampsia con 7% (n=7). (Esparza Cartuche, 2015). Por lo tanto entre más controles prenatales se realice la gestante en el primer nivel de atención se puede identificar con mayor facilidad factores de riesgo y darles una intervención oportuna para prevenir complicaciones y así disminuir la morbilidad materno-neonatal.

En cuanto a la identificación de los factores de riesgo obstétrico de cada una de las gestantes, se categorizó cada uno de ellos de acuerdo con la escala de riesgo obstétrico y en base a la clasificación del Ministerio de Salud Pública, en donde se encontró que la mayoría de las gestantes que fueron atendidas en el centro de salud presentaron un riesgo muy alto con 55,1% (n=49), un 22,5% (n=20) riesgo alto y el riesgo bajo solo estuvo presente en el 22,5% (n=20), esto difiere de un estudio realizado en Cuenca denominado “Embarazo de alto riesgo y factores asociados en el Hospital José Carrasco Arteaga, Cuenca, Enero – Junio, 2018”, en donde predominaron las gestantes con riesgo alto 61,8% (n=201), seguida de pacientes con riesgo muy alto 20,3% (n=66); solamente 15,7% (n=51) fueron encasilladas como embarazos de bajo riesgo y 2,2% (n=7) sin riesgo. (Chacho Amay & García Salinas, 2019); así mismo difiere del estudio realizado en Alamor: “Caracterización del riesgo obstétrico de las gestantes que acuden al Hospital Básico Alamor” con respecto a la clasificación del riesgo obstétrico menciona los siguientes resultados: riesgo bajo 67,62% (n=71), riesgo alto 29,52% (n=31) y riesgo muy alto 2,82% (n=3) (Mendoza Leiva, 2021). Se podría decir que hubo una evaluación e identificación adecuada de cada uno de los factores de riesgo obstétrico y una correcta atención de cada uno de ellos.

8. Conclusiones

- En cuanto a las características sociodemográficas de las gestantes en este estudio, se determinó que la mayoría de las gestantes se encontraban entre 20 a 34 años, habían terminado el bachiller y estaban casadas.
- Acerca de los factores de riesgo obstétrico que prevalecieron en las gestantes que acudieron al control prenatal fueron, las infecciones vaginales a repetición en el embarazo, infecciones urinarias a repetición, periodo intergenésico > 5 años y sobrepeso.
- Con respecto a los factores de riesgo según el grupo etario, las gestantes de 20 a 34 años fueron el grupo etario con mayor prevalencia de factores de riesgo obstétrico como, infecciones urinarias a repetición, infecciones vaginales a repetición, cicatriz uterina previa y sobrepeso.
- En relación a los controles prenatales y los distintos factores de riesgo, se puede afirmar que existe una relación entre 6 o más controles prenatales y la aparición de factores de riesgo; es decir que entre más controles prenatales se realice la gestante se puede detectar en mayor prevalencia los factores de riesgo obstétrico.
- Con respecto a la clasificación del riesgo obstétrico según la escala de riesgo del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, se obtiene que la mayoría de las gestantes en este estudio presentaron un riesgo obstétrico muy alto o tipo II.

9. Recomendaciones

- Al personal médico impartir programas de educación sobre prevención de riesgos durante el embarazo en las distintas unidades de salud, para concientizar a cada una de las gestantes.
- Al personal médico del centro de salud Motupe informar a cada una de las gestantes sobre los distintos factores que pueden significar algún tipo de riesgo durante el transcurso del embarazo. De esta manera puedan cambiar su estilo de vida y desarrollen ciertas prácticas saludables durante su embarazo; con la finalidad de prevenir complicaciones que pongan en peligro su vida y la de su bebe.
- A las madres gestantes para que acudan periódicamente a sus controles prenatales y cumplan a cabalidad cada una de las indicaciones que se hace en cada visita a las unidades de primer nivel de atención.
- Al equipo de salud gestionar campañas sobre la importancia que conlleva cada control prenatal para la identificación oportuna de los distintos factores de riesgo y poder prevenir complicaciones materno-fetales.
- Al equipo de salud brindar una atención de calidad y calidez a cada una de las gestantes, ya que en nuestras manos está la promoción y la prevención que es lo fundamental en el primer nivel de atención.

10. Bibliografía

- Andrade Peña, V., & Cedeño Espinoza, N. L. (2019). *Control prenatal y complicaciones obstétricas, en Colombia, Perú y Ecuador (Tesis de medicina, Universidad Estatal de Milagro)*. Repositorio institucional.
- Baranda-Nájera, N., Patiño-Rodríguez, D. M., Ramírez-Montiel, M. L., Rosales-Lucio, J., Martínez-Zúñiga, M. d., Prado-Alcázar, J. J., & Contreras-Carreto, N. A. (2014). Edad materna avanzada y morbilidad obstétrica. *Evidencia Médica e Investigación en Salud*, 110-113.
- Barragán Hernández, O., Cruz Quintero, J. A., Maldonado López, L. A., Favela Ocaño, A., & Peralta Peña, S. L. (2017). Nivel de riesgo obstetrico en mujeres embarazadas que acuden a un centro de primer nivel de atención. *Departamento de enfermería. Sanus*, 6-13.
- Bendezú, G., Espinoza, D., Bendezú-Quisp, G., Torres Román, J. S., & Huamán Gutiérrez, R. (2016). Características y riesgos de gestantes adolescentes. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 13-18.
- Carrera, S. (2021). *Instituto Nacional de Estadística y Censos*. Obtenido de https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion_y_Demografia/Defunciones_Generales_2020/boletin_tecnico_edg_2020_v1.pdf
- Carvajal Cabrera, J. A., & Ralph Troncoso, C. A. (2018). *Manuel de Obstetricia y Ginecología*. Chile.
- Chacho Amay, M. A., & García Salinas, A. E. (2019). *Embarazo de alto riesgo y factores asociados en el Hospital José Carrasco Arteaga, Cuenca, Enero-Junio, 2018 (Tesis de Medicina, Universidad de Cuenca)*. Repositorio de la Universidad, Cuenca.
- Clasificación Internacional de las Enfermedades. (2015). *Causas obstétricas directas*.
- Córdoba Solano, A. M., & Niño Estupiñan, I. P. (2019). *Factores de rieso obstetrico, clinico y puerperio en el embarazo en mujeres en edad fértil (Tesis de Medicina, Universidad Cooperativa De Colombia)*. Repositorio de Medicina.
- Dirección Nacional de Mternidad e infancia. (2013). *Recomendaciones para la Práctica del Control preconcepcional, prenatal y puerperal*. Republica de Argentina.
- Donoso, E., Carvajal, J., Vera, C., & Poblete, J. (2014). La edad de la mujer como factor de riesgo de mortalidad materna, fetal, neonatal e infantil. *Revista médica de Chile*, 168-174.
- Esparza Cartuche, L. R. (2015). *Determinar los factores de riesgo obstetrico mas comunes en las mujeres gestantes internadas en el servicio de Gineco-obstetricia, del Hospital*

Regional Isidro Ayora en el periodo de enero a julio de 2014. (Tesis de Medicina, Universidad Nacional de Loja. Repositorio de la institución.

- Fernández Alba , J., Mesa Páez , C., Vilar Sánchez, Á., Soto Pazos, E., González, M., Serrano Negro , E., . . . Moreno Corral , L. (2018). Sobrepeso y obesidad como factores de riesgo de los estados hipertensivos del embarazo: estudio de cohortes retrospectivo. *Nutrición hospitalaria*, 874-862. doi:<http://dx.doi.org/10.20960/nh.1702>
- Freyermuth Enciso, G. (2016). Determinantes sociales en la Mortalidad Materna en México. *CONAMED*, 21(1), 25-26.
- Garibaldi-Zapatero, J., Than-Gómez, M., Guerrero-Rivera, S., & Cuevas-García, C. (2016). Maternal morbidity and mortality in a unit of tertiary care without obstetrics. *Revista Medica Del Instituto Mexicano Del Seguro Social*, 54(2), 196-202. Obtenido de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=26960048&lang=es&site=ehost-live>
- Granados Acelas, D., Orostegui, A., & Alarcón Nivia , M. (2016). Factores de riesgo para morbilidad materna extrema en gestantes sin demora en la atención médica según la estrategia camino para la supervivencia. *Revista hileña de Obstetricia y Ginecología*, 181-188.
- Guarderas Córdova, A. A. (2020). *Asociación entre el período intergenésico, el sobrepeso y obesidad en gestantes que acuden al centro de salud n°3, Loja (Tesis de Medicina, Universidad Nacional de Loja)*. Repositorio de la institución.
- Gutiérrez Machado, M., Quinose Rodríguez, M., Suárez González, J., Corrales Gutiérrez, A., Sevilla Bermúdez, G., & Machado Benavides, H. (2017). Caracterización de la mortalidad materna en Villa Clara. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 43(1).
- Martínez Royert, J., & Pereira Peñate, M. (2016). Caracterización de las gestantes de alto riesgo. *Salud Uninorte*, 452-460.
- Mendoza, A. (2021). *Caracterización del riesgo obstétrico de las gestantes que acuden al Hospital Básico Alamor. (Tesis de Medicina, Universidad Nacional de Loja)*. Repositorio de la institución.
- Ministerio de Salud de Panamá. (2015). *Guías de Manejo de las Complicaciones en el Embarazo*. Panamá: MINSAL-CSS.
- Ministerio de Salud Pública. (2013). CONE en el sistema Nacional de Salud. Quito: MSP. Obtenido de <http://salud.gob.ec>
- Ministerio de Salud Pública. (2019). *Gaceta de muerte materna SE 6*. Obtenido de <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2019/01/GACETA-SE-6-MM-2019.pdf>
- Ministerio de Salud Pública. (2020). Obtenido de <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2021/01/Gaceta-SE-53-MM.pdf>

- Ministerio de Salud Pública del Ecuador . (2016). Score Mama. *Claves y D.E.R. obstétricos, Protocolo*. Quito, Ecuador.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2017). Atención integrada a Enfermedades Prevalentes de la infancia(AIEPI) Clínico. Cuadros de procedimientos. Quito.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2019). Evaluación y categorización del riesgo obstétrico en el control prenatal. Manual. Quito. Dirección Nacional de Normatización. MSP. Obtenido de <http://salud.gob.ec>
- Moya Toneut, C., Garaboto García, M. E., Moré Vega, A., Borges Fernández, R., Moya Arechavaleta, N., & Moya Arechavaleta, A. (2017). Resultados maternos y perinatales en gestantes con avanzada edad materna. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 1-13.
- MSP. (2016). Score Mamá, Claves y D.E.R. obstétricos. *Ministerio de Salud Pública*, 1-96.
- Ojeda, R., Ángel, K., Rodríguez, E., & Andueza, G. (2016). Período intergenésico corto y factores asociados, en embarazadas hospitalizadas en Acanceh, Yucatán, México. *Revista de Ciencias de la Salud*, 38-42.
- OMS. (7 de Noviembre de 2016). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de <https://www.who.int/es/news/item/07-11-2016-pregnant-women-must-be-able-to-access-the-right-care-at-the-right-time-says-who>
- OMS. (19 de Septiembre de 2019). *ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD*. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
- Oms, Unicef, Unfpa, & Mundial, B. (2015). *Mortalidad Materna en 2005*.
- OMS, UNICEF, UNFPA, Grupo del Banco Mundial, & División de la Población de las Naciones Unidas. (2019). *Tendencia en la Mortalidad Materna de 2000 a 2017*. Ginebra. Suiza. Obtenido de <http://7www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal-mortality-2017/en/>.
- Organización Mundial de la Salud. (05 de 12 de 2018). Salud Materna. *Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente*. Obtenido de https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/maternal/maternal_perinatal/es/
- Organización Mundial de la Salud. (19 de Septiembre de 2019). *Mortalidad materna*. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
- Organización Mundial de la Salud. (19 de Septiembre de 2019). *OMS*. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
- Organización Mundial de la Salud. (2010). *Clasificación Internacional de las Enfermedades* (10 ed., Vol. 2). WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. Obtenido de (http://www.who.int/about/licensing/copyright_form

- Organización Panamericana de la Salud. (2018). *Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo*. Washington, D.C: Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- Pupo Jiménez, J., González Aguilera, J., Cabrera Lavernia, J., & Martí Garcés, G. (2017). Morbilidad materna extrema según causas de admisión en cuidados intensivos. *Revista Cubana de Medicina Intensiva y Emergencias*, 16, 49-60. doi:1810-2352
- Rangel-Flores, Y., & Martínez-Ledezma, A. (2017). Research on near-miss maternal mortality in Latin America. *Revista Peruana De Medicina Experimental Y Salud Publica*, 34(3), 505-511. Obtenido de <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2017.343.2792>
- Reyes Arboleda, P. S. (2016). *Factores de riesgo obstetrico en embarazadas que acuden al Hospital Delfina Torres de Emeraldas (Tesis de Medicina, Pontificia Universidad Católica del Ecuador)*. Repositorio de la institución.
- Rosas - Peralta, M., Borrayo Sánchez, G., Madrid Miller, A., Ramírez Arias, E., & Pérez Rodríguez, G. (2016). Hipertensión durante el embarazo: el reto continúa. *Rev Med Inst Mex*, 590-591.
- Sanchez Gaitan, E. (2019). Factores para un embarazo de riesgo. *Revista Medica Sinergia*. doi:<https://doi.org/10.31434/rms.v4i9.319>
- Say, L., Chou, D., Gemmill, A., Tuncalp, O., Moller, A., Daniels, J., . . . Alkema, L. (2014). Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. *Lancet Glob Health*, 1-11. doi:[http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X\(14\)70227-X](http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X(14)70227-X)
- Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. (2018). *Control prenatal del embarazo normal*. Habana. Madrid: Progresos de Obstetricia y Ginecología.
- Ulloque, J. A. (2018). *Embarazo de Alto Riesgo*. Colombia: Federación Colombiana de Asociaciones de Perinatología. Obtenido de https://www.fecopen.org/images/Embarazo_de_Alto_Riesgo.pdf
- Yeoh, PL, Hornetz, K., Ahmad Shauki, NI y Dahlui, M. (2015). *Evaluación del grado de adherencia al contenido recomendado de atención prenatal en Malasia: margen de mejora*. PloS uno, 10 (8), e0135301. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0135301>
- Vera, K., y Sánchez, I. (2015). *Factores Socio Culturales y su Relación con el cumplimiento del control prenatal en gestantes atendidas en el centro de Salud Montalvo Los Ríos Primer Semestre 2015. (Tesis de Obstetra, Universidad Técnica de Babahoyo)*. Repositorio de la institución.

11. Anexos

11.1 Anexo 1: Pertinencia del proyecto



UNL

Universidad
Nacional
de Loja

CARRERA DE MEDICINA

Facultad
de la Salud
Humana**MEMORÁNDUM Nro.0672 CCM-FSH-UNL**

PARA: Srta. Ximena Lourdes Castillo Gonzaga
ESTUDIANTE DE LA CARRERA DE MEDICINA

DE: Dra. Yadira Gavilanes
GESTORA ACADÉMICA(E) DE LA CARRERA DE MEDICINA

FECHA: 03 de Diciembre 2019

ASUNTO: INFORME DE PERTINENCIA

Mediante el presente me permito informarle sobre el proyecto de investigación, "ANÁLISIS DEL RIESGO DE MORBIMORTALIDAD MATERNA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MOTUPE", de su autoría, de acuerdo a la comunicación suscrita por la Dra. Ximena Carrrión, Docente de la Carrera, una vez revisado y corregido se considera coherente y **PERTINENTE**, por tanto puede continuar con el trámite respectivo.

Atentamente,



Dra. Yadira Gavilanes
GESTORA ACADÉMICA(E) DE LA CARRERA DE MEDICINA
C.c.- Archivo, Secretaria Abogada.
NOT

06-12-19

11.2 Anexo 2: Designación del director de tesis

**unl**Universidad
Nacional
de Loja

CARRERA DE MEDICINA

Facultad
de la Salud
Humana**MEMORÁNDUM Nro.0695 CCM-FSH-UN**

PARA: Dra. Ximena Carrión
DOCENTE DE LA CARRERA DE MEDICINA HUMANA

DE: Dra. Yadira Gavilanes
GESTORA ACADÉMICA(E) DE LA CARRERA DE MEDICINA

FECHA: 06 de Diciembre 2019

ASUNTO: Designar Director de Tesis

Con un cordial saludo me dirijo a usted, con el fin de comunicarle que ha sido designado como director(a) de tesis del tema: **"ANÁLISIS DEL RIESGO DE MORBIMORTALIDAD MATERNA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MOTUPE"**, autoría de la Srta. Ximena Lourdes Castillo Gonzaga.

Con los sentimientos de consideración y estima.

Atentamente,




Dra. Yadira Gavilanes
GESTORA ACADÉMICA(E) DE LA CARRERA DE MEDICINA
C.c.- Archivo.
NOT

11.3 Anexo 3: Solicitud y autorización para la recolección de datos



unl

Universidad
Nacional
de Loja

CARRERA DE MEDICINA

Facultad
de la Salud
Humana

MEMORÁNDUM Nro.0707 CCM-FSH-UNL

PARA: Dr. Juan Cuenca
DIRECTOR DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MOTUPE

DE: Md Mgs. Sandra Mejía Michay
GESTORA ACADÉMICA DE LA CARRERA DE MEDICINA

FECHA: 18 de Diciembre 2019

ASUNTO: SOLICITAR AUTORIZACIÓN PARA DESARROLLO DE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Por medio del presente, me dirijo a usted con la finalidad de expresarle un cordial y respetuoso saludo, deseándole éxito en el desarrollo de sus delicadas funciones.

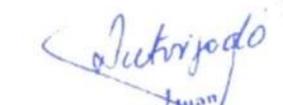
Aprovecho la oportunidad para solicitarle de la manera más respetuosa, se digne conceder su autorización para la **Srta. Ximena Lourdes Castillo Gonzaga**, estudiante de la Carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja, para acceder a las historias clínicas de las pacientes embarazadas, en el periodo enero- diciembre 2019; información que para cumplir con el trabajo de investigación: **"ANÁLISIS DEL RIESGO DE MORBIMORTALIDAD MATERNA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MOTUPE"**, trabajo que lo realizará bajo la supervisión de la **Dra. Ximena Carrión**, Catedrática de esta Institución.

Por la atención que se digne dar al presente, le expreso mi agradecimiento personal e institucional.

Atentamente,


Md. Mgs. Sandra Mejía Michay
GESTORA ACADÉMICA DE LA CARRERA DE MEDICINA

C.c.- Archivo.
NOT


Dr. Juan Cuenca
N. INHMT 11/12/2019
23-12-2019

Calle Manuel Monteros
Mas el Hospital de Motupe Loja - Ecuador
072-571379 Ext. 102

11.4 Anexo 4: Ficha de recolección de datos



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

FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Fuente: Escala de riesgo Minsal Chile adaptada por autores, establecida por el Ministerio de Salud Pública en el año 2019.

N° HC	Estado civil	Edad	Nivel de instrucción	Número de controles prenatales	
Antecedentes			Factores socioeconómicos		
Gestante igual o menor de 14 años	3	Sin instrucción		1	
Gestante 14 (1 día) a 19 años	1	Alcoholismo, tabaco y drogas		3	
Gestante mayo de 35 años hasta 39 años	1	Violencia basada en género, Disfunción Familiar, Movilidad humana		1	
Gestante \geq de 40 años	2	Gestante Callejizada, Indigente, vive sola		1	
Primípara tardía (\geq de 40 años)	2	Presenta tres o más factores de la lista		3	
Gran multipara \geq 4 gestas	1	TOTAL			
Infertilidad	1	Factores nutricionales			
Aborto	1	Desnutrición materna IMC < 18		3	
Aborto habitual \geq 2	2	Obesidad IMC > 30		3	
Embarazo ectópico/molar	1	Sobrepeso IMC de 25.1 a 29.9		1	
Mortinato	2	Glicemia basal mayor a 92 mg/dl		2	
Óbito fetal	2	Presenta dos o más factores de la lista		3	
Hijo con malformaciones congénitas mayores	2	TOTAL			
Hijo con bajo peso de nacimiento <2500 gr	3	Patología pélvico-genital			
Hijo con macrosomía al nacimiento > 4000 gr	3	Patología cervical (LIEAG/NIC II o III, ca in situ)		3	
Periodo intergenésico \leq 18 meses	2	Condilomatosis vulvovaginal		2	
Periodo intergenésico > 5 años	1	Malformación urogenital		2	
Embarazo producto de violencia sexual	3	Infecciones vaginales a repetición (tres o más episodios) en el embarazo		2	
Antecedente preeclampsia/eclampsia	3	Presenta dos o más factores de la lista		3	
Madre o hermana con preeclampsia	2	TOTAL			
Cicatriz uterina previa con embarazo > 32 semanas (miomectomía, rotura uterina, cesárea)	3	Patología obstétrica actual			
Cicatriz uterina previa, tres o más cesáreas con embarazo > 28 semanas	3	Embarazo prolongado > 41 semanas*		3	
Ningún control prenatal en embarazo mayor a 20 semanas	2	Embarazo más DIU		2	
Presencia de tres factores de la lista	3	Rh negativa no sensibilizada		1	

TOTAL			Rh negativa sensibilizada (isoimmunizada)*	3
Discapacidad mayor al 30%			ITS (sífilis, hepatitis)*	2
Físico	2		VIH*	3
Intelectual	3		TORCH IgM positivo*	3
Presenta dos o más factores de la lista			Infección del tracto urinario a repetición	2
TOTAL			Anemia HB < 10 (corregida)	2
			Anemia HB < 7 (corregida)*	3
			Trastorno hipertensivo-	3
			Colestasis intrahepática*	3
			Hemorragia primera mitad del embarazo	2
			Hemorragia segunda mitad del embarazo	3
			Amenaza parto prematuro	3
			Embarazo múltiple	3
			Presentación anómala en embarazo mayor a 36 semanas	3
			Polihidramnios/oligohidramnios	2
			Gestación con malformaciones fetales mayores	3
			Diabetes*	3
SUMATORIA DEL RIESGO ENCONTRADO			Cardiopatías*	3
			Enfermedades neuropsiquiátricas*	3
			Insuficiencia renal crónica*	3
			Hipotiroidismo sin tratamiento*	2
			Lupus eritematoso sistémico*	3
			Síndrome antifosfolipídico*	3
Riesgo bajo o tipo 0	Riesgo alto o tipo I	Riesgo muy alto o tipo II	Trombocitopenia < 100000 plaquetas*	3
			Tuberculosis materna activa*	2
			Cáncer*	3
			Otras patologías relevantes	3
			Presenta dos o más factores de la lista	3
			TOTAL	

11.5 Anexo 5: Autorización para la modificación del tema



UNIVERSIDAD
NACIONAL DE LOJA

CARRERA DE
MEDICINA HUMANA

MEMORÁNDUM Nro.0733 DCM-FSH-UNL

PARA: Srta. Ximena Lourdes Castillo Gonzaga
ESTUDIANTE DE LA CARRERA DE MEDICINA

DE: Dra. Tania Cabrera
DIRECTORA DE LA CARRERA DE MEDICINA

FECHA: 01 de Septiembre de 2021

ASUNTO: **AUTORIZACIÓN PARA MODIFICACION DEL TEMA**

Mediante el presente expreso un cordial saludo, a la vez que me permito informarle sobre el proyecto de investigación, **"ANÁLISIS DEL RIESGO DE MORBIMORTALIDAD MATERNA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MOTUPE"**, de su autoría, de acuerdo a la comunicación suscrita por la Dra. Ximena Carrión, Docente de la Carrera y en calidad de director de tesis, con fecha 31 de agosto de 2021, donde propone la modificación de la población debido a la falta de información de dicho establecimiento, quedando el tema: **"DETERMINACIÓN DEL RIESGO OBSTÉTRICO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD MOTUPE"**, con el fin de que sea viable y coherente.

Esta Dirección en vista de lo solicitado y expuesto, procede **autoriza la modificación del tema**, puede continuar con el trámite respectivo.

Atentamente,

DRA. TANIA
CABRERA

Dra. Tania Cabrera
DIRECTORA DE LA CARRERA DE MEDICINA
C.c.- Archivo, Director de Tesis.
TVCP/NOT

11.6 Anexo 6: Autorización para modificación de los objetivos



UNIVERSIDAD
NACIONAL DE LOJA

CARRERA DE
MEDICINA HUMANA

MEMORÁNDUM Nro.0734 DCM-FSH-UNL

PARA: Srta. Ximena Lourdes Castillo Gonzaga
ESTUDIANTE DE LA CARRERA DE MEDICINA

DE: Dra. Tania Cabrera
DIRECTORA DE LA CARRERA DE MEDICINA

FECHA: 01 de Septiembre de 2021

ASUNTO: **AUTORIZACIÓN PARA MODIFICACION DE LOS OBJETIVOS**

Mediante el presente expreso un cordial saludo, a la vez que me permito informarle sobre el proyecto de investigación, "**DETERMINACIÓN DEL RIESGO OBSTÉTRICO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD MOTUPE**", de su autoría, de acuerdo a la comunicación de fecha 31 de agosto de 2021, suscrita por la Dra. Ximena Carrión, Docente de la Carrera y en calidad de director de tesis, propone que se modifique los objetivos, debido a que se realizó la modificación del tema:

Objetivo General Anterior:

- Analizar el riesgo de morbilidad materna en el Hospital Universitario de Motupe, en el año 2019

Objetivos Específicos Anteriores:

- Determinar los factores de riesgo que inciden en la morbilidad materna.
- Identificar la morbilidad materna más frecuente según el score mama.
- Evaluar el riesgo obstétrico con la intervención que se le dio a la paciente.

Objetivo General Nuevo:

- Determinar el riesgo obstétrico en gestantes atendidas en el Centro de Salud Motupe en el año 2019

Nuevos Objetivos Específicos:

- Caracterizar socio-demográficamente a las gestantes atendidas en el Centro de Salud.
- Identificar los factores de riesgo obstétrico más comunes que presentan las gestantes atendidas en el Centro de Salud.
- Identificar en qué grupo etario se presentan con mayor frecuencia los distintos tipos de factores de riesgo obstétricos.
- Establecer la relación que existe entre los controles prenatales con la aparición de factores de riesgo obstétrico en las gestantes.
- Determinar según la clasificación del MSP a que grupos de riesgo pertenece las gestantes atendidas en el Centro de Salud.



UNIVERSIDAD
NACIONAL DE LOJA

CARRERA DE
MEDICINA HUMANA

Esta Dirección en vista de lo solicitado y expuesto, procede **autorizar la modificación de los objetivos**, puede continuar con el trámite respectivo.

Atentamente,



Dra. Tania Cabrera
DIRECTORA DE LA CARRERA DE MEDICINA
C.C.- Archivo, Director de Tesis.
TVCF/NOT

11.7 Anexo 7: Autorización para ampliación del cronograma



UNIVERSIDAD
NACIONAL DE LOJA

CARRERA DE
MEDICINA HUMANA

MEMORÁNDUM Nro.0793 DCM-FSH-UNL

PARA: Srta. Ximena Lourdes Castillo Gonzaga
ESTUDIANTE DE LA CARRERA DE MEDICINA

DE: Dra. Tania Cabrera
DIRECTORA DE LA CARRERA DE MEDICINA

FECHA: 04 de Octubre de 2021

ASUNTO: **AUTORIZAR PARA AMPLIACIÓN DEL CRONOGRAMA**

Mediante el presente me permito informarle sobre el proyecto de investigación titulado: **"DETERMINACIÓN DEL RIESGO OBSTÉTRICO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD MOTUPE"**, de su autoría, de acuerdo a la comunicación de fecha 30 de septiembre de 2021, suscrita por la **Dra. Ximena Carrión**, Docente de la Carrera y en calidad de director de tesis, donde propone autorización para ampliación del cronograma, debido a cambio de tema y de objetivos tomando más tiempo la redacción del informe final, contando con 90% de avances del informe final.

Esta Dirección en vista de lo solicitado y expuesto, procede **autoriza la ampliación del cronograma** hasta el 31 de octubre de 2021, además me permito indicar que de acuerdo a la Disposición Tercera del Reglamento de Régimen Académico Consejo de Educación Superior en las Disposiciones Generales dice: *"Aquellos estudiantes que no hayan culminado y aprobado la opción de titulación escogida en el periodo académico de culminación de estudios (es decir aquel en el que el estudiante se matriculó en todas las actividades académicas que requiera aprobar para concluir su carrera o programa), lo podrán desarrollar en un plazo adicional que no excederá el equivalente a 2 periodos académicos ordinarios, para lo cual, deberán solicitar a la autoridad académica pertinente la correspondiente prórroga, el primer periodo adicional no requerirá de pago por concepto de matrícula o arancel, ni valor similar. De hacer uso del segundo periodo requerirá de pago por concepto de matrícula o arancel."*; por tanto, debo indicarle que de aun no haber realizado el trámite correspondiente para la primera prórroga periodo adicional, lo inicie.

Particular que comunico para los fines pertinentes.

Atentamente,



TANIA VERÓNICA
CARRERA PARRA

Dra. Tania Cabrera
DIRECTORA DE LA CARRERA DE MEDICINA
C.c.- Archivo, Director de Tesis
TVCP/NOT

11.8 Anexo 8: Certificación del Abstract

Loja, 25 de noviembre del 2021

Ángel Dario Jiménez Vera

**LINCENCIADO EN CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN MENCION IDIOMA
INGLES**

CERTIFICO:

Que he realizado la traducción de español al inglés del artículo científico y resumen derivado de la tesis denominada "**Determinación del riesgo obstétrico en gestantes atendidas en el centro de salud Motupe**", de autoría de la señorita **CASTILLO GONZAGA XIMENA LOURDES**, portadora de la cedula de identidad: **1150059218**, egresada de la carrera de Medicina de la Universidad Nacional de Loja, la misma que se encuentra bajo la dirección de la Dra. Ximena Patricia Carrión Ruilova Mg. Sc., previo a la obtención del título de Médico General.

Es todo cuanto puedo certificar en honor a la verdad, facultando a la interesada hacer uso del presente en lo que creyera conveniente.


Ángel Dario Jiménez Vera

Checked
Lic. Dario Jiménez
Date: 25 / 11 / 2021

LINCENCIADO EN CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN MENCION IDIOMA INGLES
C.I. 1900786193

11.10 Anexo 10: Tablas de resultados

Tabla 1

Características socio-demográficas (Edad) encontradas en las gestantes atendidas en el Centro de Salud Motupe, durante el año 2019

Grupos de edad	f	%
Gestante igual o menor de 14 años	2	2,25
Gestante 15 a 19 años	14	15,73
Gestante de 20 a 34 años	62	69,66
Gestante de 35 a 39 años	7	7,87
Gestante más de 40 años	4	4,49
TOTAL	89	100,00

Fuente: Ficha de recolección de datos aplicada en el Centro de Salud "Motupe"
Elaborado por: Ximena Lourdes Castillo Gonzaga.

Tabla 2

Características socio-demográficas (Nivel de instrucción) encontradas en las gestantes atendidas en el Centro de Salud Motupe, durante el año 2019

Nivel de instrucción	f	%
Sin instrucción	0	0,00
Educación básica	33	37,08
Bachiller	41	46,07
Educación superior	15	16,85
TOTAL	89	100,00

Fuente: Ficha de recolección de datos aplicada en el Centro de Salud "Motupe"
Elaborado por: Ximena Lourdes Castillo Gonzaga.

Tabla 3

Características socio-demográficas (Estado civil) encontradas en las gestantes atendidas en el Centro de Salud Motupe, durante el año 2019

Estado civil	f	%
Unión de hecho	30	33,71
Soltera	21	23,60
Casada	38	42,70
TOTAL	89	100,00

Fuente: Ficha de recolección de datos aplicada en el Centro de Salud "Motupe"
Elaborado por: Ximena Lourdes Castillo Gonzaga.

Tabla 4

Factores de riesgo obstétrico (Antecedentes) más comunes encontrados en las gestantes atendidas en el Centro de Salud Motupe, durante el año 2019

1. Antecedentes	f	%
Periodo intergenésico > 5 años	21	23,60
Periodo intergenésico ≤ 18 meses	19	21,35
Cicatriz uterina previa con embarazo > 32 semanas (miomectomía, rotura uterina, cesárea)	19	21,35
Aborto	15	16,85
Gestante 14 (1 día) a 19 años	13	14,61
Gestante mayor de 35 años hasta 39 años	6	6,74
Gestante ≥ de 40 años	4	4,49
Gran múltipara ≥ 4 gestas	4	4,49
Antecedente preeclampsia/eclampsia	4	4,49
Embarazo ectópico/molar	3	3,37
Gestante igual o menor de 14 años	2	2,25
Óbito fetal	2	2,25
Hijo con macrosomía al nacimiento > 4000 gr	1	1,12

Fuente: Ficha de recolección de datos aplicada en el Centro de Salud "Motupe"

Elaborado por: Ximena Lourdes Castillo Gonzaga.

Tabla 5

Factores de riesgo nutricionales encontrados en las gestantes atendidas en el Centro de Salud Motupe, durante el año 2019

3. Factores nutricionales	F	%
Sobrepeso IMC de 25.1 a 29.9	20	22,47
Obesidad IMC > 30	15	16,85
Glicemia basal mayor a 92 mg/dl	9	10,11
Desnutrición materna IMC < 18	1	1,12

Fuente: Ficha de recolección de datos aplicada en el Centro de Salud "Motupe"

Elaborado por: Ximena Lourdes Castillo Gonzaga.

Tabla 6

Factores de riesgo relacionados con la patología obstétrica actual encontrados en las gestantes atendidas en el Centro de Salud Motupe, durante el año 2019

5. Patología obstétrica actual	f	%
Infección del tracto urinario a repetición	50	56,18
Trastorno hipertensivo	7	7,87
Amenaza parto prematuro	7	7,87
TORCH IgM positivo*	5	5,62
Hemorragia primera mitad del embarazo	4	4,49
Hipotiroidismo sin tratamiento*	3	3,37
Presentación anómala en embarazo mayor a 36 semanas	2	2,25
Rh negativa no sensibilizada	1	1,12
Rh negativa sensibilizada (isoimmunizada)*	1	1,12
ITS (sífilis, hepatitis)*	1	1,12
Anemia HB < 10 (corregida)	1	1,12
Hemorragia segunda mitad del embarazo	1	1,12
Embarazo múltiple	1	1,12
Enfermedades neuropsiquiátricas*	1	1,12

Fuente: Ficha de recolección de datos aplicada en el Centro de Salud "Motupe"

Elaborado por: Ximena Lourdes Castillo Gonzaga

Tabla 7

Factores de riesgo socioeconómicos encontrados en las gestantes atendidas en el Centro de Salud Motupe, durante el año 2019

2. Factores socioeconómicos	f	%
Alcoholismo, tabaco y drogas	7	7,87
Violencia basada en género, Disfunción Familiar, Movilidad humana	4	4,49

Fuente: Ficha de recolección de datos aplicada en el Centro de Salud "Motupe"

Elaborado por: Ximena Lourdes Castillo Gonzaga

Tabla 8

Factores de riesgo obstétrico (Antecedentes) por grupo etario encontrados en gestantes atendidas en el Centro de Salud Motupe, durante el año 2019

Factores de riesgo Antecedentes	Grupo etario									
	≤14		15-19		20-34		35-39		≥40	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Periodo intergenésico ≤ 18 meses	0	0,00	5	5,62	13	14,61	1	1,12	0	0,00
Periodo intergenésico ≥ 5 años	0	0,00	0	0,00	12	13,48	5	5,62	4	4,49
Cicatriz uterina previa con embarazo > 32 semanas (miomectomía, rotura uterina, cesárea)	0	0,00	2	2,25	14	15,73	3	3,37	0	0,00
Aborto	0	0,00	1	1,12	12	13,48	2	2,25	0	0,00
Gran múltipara ≥ 4 gestas	0	0,00	0	0,00	2	2,25	0	0,00	0	0,00
Antecedente preeclampsia/eclampsia	0	0,00	0	0,00	4	4,49	0	0,00	0	0,00
Embarazo ectópico/molar	0	0,00	1	1,12	2	2,25	0	0,00	0	0,00
Óbito fetal	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	1,12
Hijo con macrosomía al nacimiento > 4000 gr	0	0,00	0	0,00	1	1,12	0	0,00	0	0,00

Fuente: Ficha de recolección de datos aplicada en el Centro de Salud "Motupe"

Elaborado por: Ximena Lourdes Castillo Gonzaga

Tabla 9

Factores de riesgo socioeconómicos por grupo etario encontrados en gestantes atendidas en el Centro de Salud Motupe, durante el año 2019

Factores de riesgo Socioeconómicos	Grupo etario									
	≤14		15-19		20-34		35-39		≥40	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Alcoholismo, tabaco y drogas	0	0,00	2	2,25	5	5,62	0	0,00	0	0,00
Violencia basada en género, Disfunción Familiar, Movilidad humana	0	0,00	1	1,12	2	2,25	0	0,00	1	1,12

Fuente: Ficha de recolección de datos aplicada en el Centro de Salud "Motupe"

Elaborado por: Ximena Lourdes Castillo Gonzaga

Tabla 10

Factores de riesgo nutricionales por grupo etario encontrados en gestantes atendidas en el Centro de Salud Motupe, durante el año 2019

Factores de riesgo Nutricionales	Grupo etario									
	≤14		15-19		20-34		35-39		≥40	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Sobrepeso IMC de 25.1 a 29.9	2	2,25	3	3,37	13	14,61	2	2,25	1	1,12
Obesidad IMC > 30	0	0,00	2	2,25	11	12,36	2	2,25	0	0,00
Glicemia basal mayor a 92 mg/dl	0	0,00	0	0,00	6	6,74	1	1,12	2	2,25
Desnutrición materna IMC < 18	0	0,00	0	0,00	1	1,12	0	0,00	0	0,00

Fuente: Ficha de recolección de datos aplicada en el Centro de Salud "Motupe"
Elaborado por: Ximena Lourdes Castillo Gonzaga

Tabla 11

Factores de riesgo (patología pélvico-genital) por grupo etario encontrados en gestantes atendidas en el Centro de Salud Motupe, durante el año 2019

Factores de riesgo Patología pélvico-genital	Grupo etario									
	≤14		15-19		20-34		35-39		≥40	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Infecciones vaginales a repetición (tres o más episodios) en el embarazo	2	2,25	6	6,74	32	35,96	3	3,37	2	1,12

Fuente: Ficha de recolección de datos aplicada en el Centro de Salud "Motupe"
Elaborado por: Ximena Lourdes Castillo Gonzaga

Tabla 12
Factores de riesgo (patología obstétrica actual) por grupo etario encontrados en gestantes atendidas en el Centro de Salud Motupe, durante el año 2019

Factores de riesgo Patología obstétrica actual	Grupo etario									
	≤14		15-19		20-34		35-39		≥40	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Infección del tracto urinario a repetición	2	2,25	9	10,11	32	35,96	6	6,74	1	1,12
Trastorno hipertensivo	0	0,00	1	1,12	6	6,74	0	0,00	0	0,00
Amenaza parto prematuro	0	0,00	0	0,00	5	5,62	1	1,12	1	1,12
TORCH IgM positivo	0	0,00	0	0,00	3	3,37	1	1,12	1	1,12
Hemorragia primera mitad del embarazo	0	0,00	0	0,00	3	3,37	0	0,00	1	1,12
Hipotiroidismo sin tratamiento	0	0,00	0	0,00	3	3,37	0	0,00	0	0,00
Presentación anómala en embarazo mayor a 36 semanas	0	0,00	2	2,25	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Rh negativa no sensibilizada	0	0,00	0	0,00	1	1,12	0	0,00	0	0,00
Rh negativa sensibilizada (isoinmunizada)	0	0,00	0	0,00	1	1,12	0	0,00	0	0,00
ITS (sífilis, hepatitis)	0	0,00	0	0,00	1	1,12	0	0,00	0	0,00
Anemia HB < 10 (corregida)	0	0,00	0	0,00	1	1,12	0	0,00	0	0,00
Hemorragia segunda mitad del embarazo	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	1,12	0	0,00
Embarazo múltiple	0	0,00	0	0,00	1	1,12	0	0,00	0	0,00
Enfermedades neuropsiquiátricas	0	0,00	1	1,12	0	0,00	0	0,00	0	0,00

Fuente: Ficha de recolección de datos aplicada en el Centro de Salud "Motupe"
 Elaborado por: Ximena Lourdes Castillo Gonzaga

12.1 Anexo 11: Proyecto de tesis

1. Tema

“Determinación del riesgo obstétrico en gestantes atendidas en el Centro de Salud Motupe”

2. Problemática

El embarazo es un proceso fisiológico y constituye una etapa importante de la vida en la mujer, en donde ocurre una serie de cambios tanto anatómicos, fisiológicos y psicológicos en el organismo materno que significan mayor vulnerabilidad tanto para la madre como para el feto. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2019).

La muerte tanto de la madre como del neonato son indicadores que miden el nivel de desarrollo de una nación y muestran las condiciones en las que viven las mujeres y sus familias. La muerte de un recién nacido es producto de las deficiencias en la atención desde la etapa preconcepcional, concepcional, parto, puerperio, nacimiento y período neonatal (Ministerio de Salud Pública, 2013).

La mortalidad materna es extremadamente alta, cada día mueren en todo el mundo alrededor de 830 mujeres por complicaciones que se encuentran relacionadas con el embarazo o el parto. (Organización Mundial de la Salud, 2019). En el 2017 se estimaron unas 295 000 defunciones maternas en todo el mundo, la mayoría de ellos se registraron en África subsahariana con 196 000; Asia central y meridional registran alrededor de 58 000; América Latina y el Caribe 7700 defunciones; Europa y América del Norte 1500; y los países que registran menos defunciones maternas son Australia y Nueva Zelanda con 26 muertes en todo el año (OMS, UNICEF, UNFPA, Grupo del Banco Mundial, & División de la Población de las Naciones Unidas, 2019).

El mayor riesgo de mortalidad materna corresponde a las adolescentes de menos de 15 años. Las complicaciones del embarazo y el parto son una de las causas de muerte principales de las adolescentes en la mayoría de los países en desarrollo. Las hemorragias graves, las infecciones, la hipertensión gestacional (preeclampsia y eclampsia), complicaciones en el parto y los abortos peligrosos son las principales complicaciones causantes del 75% de las muertes maternas (Organización Mundial de la Salud, 2019).

Entre los factores de riesgo obstétricos prevalecen las gestantes que tienen una patología de base como la obesidad, desnutrición, adolescentes y mujeres mayores de 35 años, esto incrementa complicaciones y presenta riesgos para el binomio madre e hijo y en el posparto, desencadenando abortos, anemia, partos previos o hipertensión arterial (Córdoba Solano & Niño Estupiñan, 2019). Las pacientes embarazadas ≥ 35 años tienen una mayor incidencia de cesárea, el doble de riesgo de prematuridad y 7% más de diabetes gestacional que el resto de la población en general (Baranda-Nájera, y otros, 2014).

En un estudio que se realizó en un grupo de gestantes consideradas de alto riesgo, en Barranquilla, Colombia en el 2015; se encontró que el 13,18 % de las gestantes eran menores de 18 años; 66 % no manifestaron antecedentes patológicos; 13,8 % presentaron complicaciones de amenaza de aborto o de parto pretérmino; 37 % eran nulípara; 20.3 % tenían cesárea anterior; 22.8 % sufrieron abortos; 82.9% no programaron el embarazo; 24% con periodo intergenésico de 1 año (Martínez Royert & Pereira Peñate, 2016).

En el Ecuador, en un estudio que se realizó en la ciudad de Esmeraldas se encontró que el mayor porcentaje de las embarazadas (42%) son las adolescentes de 12 a 16 años, un 46% viven en los sectores urbano marginales y el 44% han logrado culminar la secundaria, de las cuales el 36% solo han realizado 3 controles prenatales dando como resultado la presencia de algunas complicaciones tales como la amenaza de parto pre término en un 27%, pre eclampsia 16%, seguidas de las placenta previa 7% (Reyes Arboleda, 2016).

Las principales complicaciones obstétricas registradas en Colombia, Perú y Ecuador son: los trastornos hipertensivos, hemorragias postparto e infecciones graves divididas en sepsis obstétricas y shock séptico por ello cabe destacar que el control prenatal se debe realizar desde el primer mes del embarazo, de acuerdo a la condición de la gestante se aumentará el número de controles hasta que dicha madre entre en labor de parto (Andrade Peña & Cedeño Espinoza, 2019). En el año 2015, en el Ecuador 28,5% de casos de mortalidad materna no asistió a ningún control prenatal, el 35,4% asistió a menos de 5 controles, el 26,5% asistió de 5 a 7 controles prenatales y el 9,9% asistió a más de 7 controles prenatales.

En el año 2020, en el Ecuador se registra 191 muertes maternas que representan una razón de mortalidad materna de 57,6 por cada 100.000 nacidos vivos (Carrera, 2021). Las principales causas de las muertes maternas (MM) son: los trastornos hipertensivos con el 32,52% (53 MM); las hemorragias obstétricas con el 19,01% (31 MM) y las causas Indirectas 34,35%. Las provincias que notifican mayor número de MM son: Guayas (43 MM); Pichincha (22 MM); Manabí (16 MM); El Oro (13 MM); Azuay (10 MM); Esmeraldas (9 MM) y Chimborazo (9 MM) (Ministerio de Salud Pública, 2020)

Y es por todo esto que se ha planteado la siguiente interrogante:

¿Cuál es el riesgo obstétrico en gestantes atendidas en el Centro de Salud de Motupe, en el año 2019?

3. Justificación

Los riesgos obstétricos son todos aquellos factores externos o intrínsecos a la mujer, los cuales pueden dar lugar a alguna complicación durante el transcurso de la gestación, el proceso del parto, del puerperio o que puedan alterar de alguna manera el desarrollo normal o la supervivencia del producto.

El control prenatal tiene como objetivo identificar factores de riesgo en la gestante y enfermedades que pueden interferir en el transcurso normal del embarazo y afectar la salud del recién nacido. Si tenemos en cuenta que la mortalidad materna y perinatal es un problema de salud pública, es prioritario, no sólo el aumento de la cobertura del control prenatal en la población, sino una adecuada intervención de los factores de riesgo que permita lograr un impacto positivo en la reducción de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal.

La gestación con factores de riesgo se puede definir como aquella que presenta determinados factores que aumentan la posibilidad de que haya un incremento de morbilidad y mortalidad materna perinatal. Los factores de riesgo presentan una incidencia de 20 a 30 % los que deben ser identificados oportunamente y manejados eficazmente ya que estos embarazos contribuyen con el 70 al 80% de la morbilidad y mortalidad materna.

La muerte materna es un problema cuyos determinantes trascienden los factores exclusivamente médicos. Ha sido reconocida como un problema social en la medida que su ocurrencia está ampliamente relacionada con el entorno político y económico, así como con factores sociales macro estructurales.

Las Naciones Unidas ha reconocido a la mortalidad materna como un problema de salud pública y de derechos humanos llamando la atención acerca de que los altos índices de morbilidad y mortalidad maternas afectan el derecho de las mujeres y las niñas a la vida, la salud, la igualdad y la no discriminación; el derecho a gozar de los avances del conocimiento científico y del más alto estándar de salud alcanzable.

La mayoría de las muertes maternas son evitables. Las soluciones sanitarias para prevenir o tratar las complicaciones son bien conocidas. Todas las mujeres necesitan acceso a la atención prenatal durante la gestación, a la atención especializada durante el parto, y a la atención y apoyo en las primeras semanas tras el parto.

La mortalidad materna es una de las variables de mayor relevancia, no son un suceso fortuito aislado, sino el producto de la multicausalidad que involucra diversas determinantes, como: el nivel económico y educativo de la madre y el padre; la edad; el estado civil; las

características de la comunidad donde residen y las condiciones sanitarias de su domicilio; los hábitos y costumbres; la alimentación; el acceso a servicios de salud y la capacidad de esos centros de reconocer los signos y síntomas de una enfermedad grave; la atención y cuidados que les proporcionan a sus hijos, entre otros muchos factores sociales y biológicos.

Tomando en cuenta las prioridades del Ministerio de Salud Pública, el presente estudio está dentro de la quinta área de investigación que corresponde a maternas, en las líneas de hemorragia, sepsis y trastornos hipertensivos.

4. Objetivos

4.1 General

Determinar el riesgo obstétrico en gestantes atendidas en el Centro de Salud Motupe en el año 2019

4.2 Específicos

- Caracterizar socio-demográficamente a las gestantes atendidas en el Centro de Salud.
- Identificar los factores de riesgo obstétrico más comunes que presentan las gestantes atendidas en el Centro de Salud.
- Identificar en qué grupo etario se presentan con mayor frecuencia los distintos tipos de factores de riesgo obstétricos.
- Establecer la relación que existe entre los controles prenatales con la aparición de factores de riesgo obstétrico en las gestantes.
- Determinar según la clasificación del MSP a que grupos de riesgo pertenece las gestantes atendidas en el Centro de Salud

5 Marco teórico

5.1 Riesgo obstétrico

5.2 Evaluación e identificación del riesgo obstétrico

5.3 Factores de riesgo obstétrico

5.3.1 Antecedentes.

5.3.1.1 *Edad materna.*

5.3.1.2 *Paridad.*

5.3.1.3 *Aborto.*

5.3.1.4 *Embarazo ectópico/embarazo molar.*

5.3.1.5 *Mortinato y óbito fetal.*

5.3.1.6 *Hijo con malformaciones congénitas.*

5.3.1.7 *Peso al nacimiento.*

5.3.1.8 *Periodo intergenésico.*

5.3.1.9 *Embarazo producto de violencia.*

5.3.1.10 *Antecedentes de preeclampsia/eclampsia.*

5.3.1.11 *Madre o hermana con antecedentes de preeclampsia.*

5.3.1.12 *Cicatriz uterina previa.*

5.3.1.13 *Sin control prenatal en embarazo de 20 semanas.*

5.3.1.14 *Factores socioeconómicos.*

5.3.1.15 *Sin instrucción.*

5.3.1.16 *Alcoholismos, tabaco y drogas.*

5.3.1.17 *Violencia basada en genero /disfunción familiar/movilidad humana.*

5.3.1.18 *Callejizada, indigente.*

5.3.2 Factores nutricionales.

5.3.2.1 *Desnutrición.*

5.3.2.2 *Obesidad.*

5.3.2.3 *Glucemia igual o mayor a 92 mg/dl.*

5.3.3 Patología pélvico-genital.

5.3.3.1 *Patología cervical (LIEAG NIC II-III, Ca in situ).*

5.3.3.2 *Condilomatosis vulvovaginal.*

5.3.3.3 *Malformación urogenital.*

5.3.3.4 *Infecciones vaginales a repetición.*

5.3.4 Patología en la gestación actual (morbididades).

- 5.3.4.1 *Embarazo prolongado mayor a 41 semanas.*
 - 5.3.4.2 *Embarazo más DIU.*
 - 5.3.4.3 *Rh negativa no sensibilizada.*
 - 5.3.4.4 *Rh negativa sensibilizada (isoimmunizada).*
 - 5.3.4.5 *ITS (sífilis, hepatitis).*
 - 5.3.4.6 *VIH.*
 - 5.3.4.7 *TORCH IgM positivo.*
 - 5.3.4.8 *Infección del tracto urinario recurrente (2 o más).*
 - 5.3.4.9 *Anemia hemoglobina menor a 10 gr/dl (corregida).*
 - 5.3.4.10 *Anemia hemoglobina menor a 7 gr/dl (corregida).*
 - 5.3.4.11 *Trastorno hipertensivo.*
 - 5.3.4.12 *Colestasis intrahepática.*
 - 5.3.4.13 *Hemorragia primera mitad del embarazo.*
 - 5.3.4.14 *Hemorragia segunda mitad del embarazo.*
 - 5.3.4.15 *Amenaza de parto prematuro.*
 - 5.3.4.16 *Embarazo múltiple.*
 - 5.3.4.17 *Presentación anómala en embarazo mayor a 36 semanas.*
 - 5.3.4.18 *Polihidramnios/oligohidramnios.*
 - 5.3.4.19 *Gestación con malformaciones fetales.*
 - 5.3.4.20 *Diabetes.*
 - 5.3.4.21 *Cardiopatías.*
 - 5.3.4.22 *Enfermedades neuropsiquiátricas.*
 - 5.3.4.23 *Insuficiencia renal crónica.*
 - 5.3.4.24 *Hipotiroidismo sin tratamiento.*
 - 5.3.4.25 *Lupus eritematoso sistémico.*
 - 5.3.4.26 *Síndrome antifosfolípido.*
 - 5.3.4.27 *Trombocitopenia menor a 100000 plaquetas.*
 - 5.3.4.28 *Tuberculosis materna activa.*
 - 5.3.4.29 *Cáncer.*
 - 5.3.5 **Discapacidad mayor al 30%.**
 - 5.3.5.1 *Física.*
 - 5.3.5.2 *Intelectual.*
- 5.4 **Categorización mediante escala de riesgo.**

5.4.1 Antecedentes.

5.4.2 Factores socioeconómicos.

5.4.3 Factores nutricionales.

5.4.4 Patología pélvico-genital.

5.4.5 Patología obstétrica actual.

5.4.6 Discapacidad.

5.5 Sumatoria de riesgo

5.5.1 Riesgo bajo o tipo 0.

5.5.2 Riesgo alto o tipo I.

5.5.3 Riesgo muy bajo o tipo II.

5.6 Control prenatal

5.7 Clasificación del riesgo obstétrico según AEPI

5.7.1 Embarazo con riesgo inminente o muy alto.

5.7.2 Embarazo de alto riesgo.

5.7.3 Embarazo de bajo riesgo.

6. Metodología

6.1 Tipo de estudio: Se trata de un estudio de enfoque cuantitativo, descriptivo, transversal y retrospectivo.

6.2 Área de estudio: Historias clínicas de pacientes embarazadas que acuden al Centro de Salud Motupe en el año 2019.

6.3 Universo y muestra: Quedará constituido por todas las historias clínicas de pacientes embarazadas atendidas desde el 1 de enero del 2019 al 31 de diciembre del 2019, en el Centro de Salud Motupe.

6.4 Criterios de inclusión

- Pacientes embarazadas que acuden al servicio de ginecología desde el 1 de Enero del 2019 hasta el 31 de Diciembre del 2019.

6.5 Criterios de exclusión

- Pacientes embarazadas con historias clínicas perinatales incompletas.

6.6 Métodos e instrumentos de recolección

6.6.1 Métodos. Se obtendrán los datos requeridos a través de la recolección de información de las historias clínicas de pacientes embarazadas que acuden al Centro de Salud Motupe, en el año 2019.

6.6.2 Instrumentos: Hoja de recolección de información, escala de riesgo Minsal Chile adaptada por autores, 2019.

6.7 Procedimiento: Se solicitará la aprobación del proyecto de tesis, luego se obtendrá el permiso de la institución donde se llevará a cabo la recolección de la información, secundamente se socializará la investigación a las autoridades de la institución donde se llevará a cabo la investigación y posteriormente se procederá a la recolección de información, luego se procederá a la tabulación de la información recogida, y al análisis estadístico de la información.

6.8 Plan de tabulación y análisis: Se recolectará y tabulará la información de las historias clínicas en tablas de Excel para su posterior análisis estadístico

6.9 Materiales

- Materiales de oficina
- Computadora
- Impresora

6.10 Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSION	INDICADORES	ÍTEMS
Características sociodemográficas	Son el conjunto de características biológicas, sociales, económicas y culturales que están presentes en la población de mujeres gestantes.	<p>-Edad: Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento.</p> <p>-Nivel de Instrucción: Es el grado más elevado de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o están provisional o definitivamente incompletos.</p> <p>-Estado civil: es la situación estable o permanente en la que se encuentra una persona física en relación con sus circunstancias personales y con la legislación</p>	Referido por las gestantes	<p>< 14 años 15-19 años 20-35 años 35-39 años >40 años</p> <p>-Sin instrucción -Básica -Bachillerato -Superior</p> <p>-Unión de hecho -Soltera -Casada</p>
Factores de riesgo	Es toda característica o circunstancia identificable que se asocia con un riesgo anormal de poseer, desarrollar o ser especialmente afectado de forma desfavorable por una enfermedad	<p>-Antecedentes</p> <p>-Factores socioeconómicos</p> <p>-Factores nutricionales</p> <p>-Patología pélvico-genital</p> <p>-Patología obstétrica actual</p> <p>-Discapacidad</p>	Referido por las gestantes	<p>-Riesgo bajo o tipo 0</p> <p>-Riesgo alto o tipo I</p> <p>-Riesgo muy alto o tipo II</p>
Control prenatal	Es el conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que pueden condicionar la morbilidad materna y perinatal	<p>-Ningún control prenatal</p> <p>.4 – 8 controles prenatales</p>	Referido por las gestantes	Número de controles en todo el embarazo

8 Presupuesto

CONCEPTO	Unidad	Cantida d	Costo unitario (USD)	Costo Total (USD)
Movilización	Pasajes de bus de ida y de vuelta	160	0,30	48,00
Hojas de papel bond	Resmas de hojas de papel bond	3	4,00	12,00
Esferos y lápices	Esferos azules y rojos	4	0,40	4,80
Impresiones a blanco/negro	Impresiones a blanco y negro	1000	0,01	10,00
Impresiones a colores	Impresiones a color	50	0,20	10,00
CD en blanco	CD en blanco y grabado	2	5,00	10,00
Internet	Internet Netplus mensualidad	12	23,41	280,92
Computadora	Mantenimiento de computadora	2	20,00	40,00
Anillados	Perfil de proyecto anillado	3	2,50	7,50
Empastados	Perfil de proyecto empastado	2	10,00	20,00
Subtotal				443,22
Imprevistos (20%)				89,00
Total				532,22