Universidad Nacional de Loja

Facultad de la Salud Humana

Carrera de Medicina Humana

Control prenatal y sus complicaciones en gestantes atendidas en el Centro de Salud Universitario de Motupe - Loja.

Trabajo de Titulación previo a la obtención del Título de Médico General

AUTOR:

Rafhael Alejandro Valarezo Muñoz

DIRECTOR:

Dra. Karina Yesenia Calva Jirón, Esp.

LOJA - ECUADOR

2022

Certificación

Loja, 9 de noviembre del 2022

Dra. Karina Yesenia Calva Jirón, Esp.

DIRECTORA DE TRABAJO DE TITULACIÓN

CERTIFICA:

Que el presente trabajo de titulación denominado: **Control prenatal y sus complicaciones en gestantes atendidas en el Centro de Salud Universitario de Motupe - Loja**, previo a la obtención del título de **Médico General,** de la autoría del estudiante **Rafhael Alejandro Valarezo Muñoz**, con **cédula de identidad** Nro. **1106089889**, una vez que el trabajo cumple con todos los requisitos exigidos por la Universidad Nacional de Loja, para el efecto, autorizo la presentación del mismo para su respectiva sustentación y defensa.

Firmado electrónicamente por:
KARINA
YESENIA

Dra. Karina Yesenia Calva Jirón, Esp.

DIRECTORA DE TRABAJO DE TITULACIÓN

Autoría

Yo, **Rafhael Alejandro Valarezo Muñoz**, egresado de la Carrera de Medicina Humana, declaro ser autor del presente Trabajo de Titulación y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales, por el contenido de la misma. Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi Trabajo de Integración Curricular o de Titulación, en el Repositorio Digital Institucional – Biblioteca Virtual.

Firmado electrónicamente por:
RAFHAEL ALEJANDRO VALAREZO MUNOZ

Firma: ……..

Cedula de identidad: 1106089889

Fecha: 24 de noviembre del 2022

Correo electrónico: rafhael.valarezo@unl.edu.ec

Teléfono: 0968942084

Carta de autorización

Yo, **Rafhael Alejandro Valarezo Muñoz**, declaro ser autor del trabajo de titulación denominado: **Control prenatal y sus complicaciones en gestantes atendidas en el Centro de Salud Universitario de Motupe – Loja**; como requisito para obtener el título de **Médico General**, autorizo al sistema bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que, con fines académicos, muestre 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 en el Repositorio Institucional, 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 del trabajo de titulación que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja a los veinticuatro días del mes de noviembre del dos mil veintidós.

Firmado electrónicamente por:
RAFHAEL ALEJANDRO
VALAREZO MUNOZ

Firma: ……

Autor: Rafhael Alejandro Valarezo Muñoz

Cédula de identidad: 1106089889

Dirección: Avenida Chuquiribamba y Gualel

Correo electrónico: rafhael.valarezo@unl.edu.ec

Teléfono: dom. 072542590 Celular: 0968942084

Datos complementarios:

Directora del trabajo de titulación: **Dra. Karina Yesenia Calva Jirón, Esp.**

Tribunal de Grado:

Presidenta del tribunal: Dra. Celsa Beatriz Carrión Berrú.

Miembro del tribunal: Dr. Cesar Edinson Palacios Soto.

Miembro del tribunal: Dr. Patricio Rafael Espinosa Jaramillo.

Dedicatoria

Dedico este presente trabajo de titulación en primero lugar a Dios, en segundo lugar, es dedicado a mis abuelos los cuales me apoyaron a lo largo de toda mi carrera con mucho cariño y sabios consejos, posteriormente dedicar esta investigación a mi esposa la cual estuvo incondicionalmente conmigo dándome ánimos en momentos de mucha presión. También quiero hacer un reconocimiento especial a mis padres los cuales estuvieron apoyándome a la distancia. Además, quisiera dedicar esta investigación a todos mis compañeros y amigos de mi vida universitaria los cuales estuvieron en muchos momentos apoyándome y aconsejándome a seguir adelante en mi carrera universitaria.

Gracias a todos…

Rafhael Alejandro Valarezo Muñoz

Agradecimiento

Agradezco en primer lugar a la Universidad Nacional de Loja y la Facultad de la Salud Humana, por brindarme el apoyo necesario y el conocimiento necesario para poder concluir con mi carrera universitaria.

Reconocimiento especial a mi tutora de trabajo de titulación, la Dra. Karina Calva Jirón Esp, la cual estuvo brindándome su asesoría en la presente investigación, además de consejos y correcciones para que este trabajo se pueda llevar acabo con normalidad y que sea de utilidad para la ciudadanía Lojana.

Por último, agradecer a todos y cada uno de los docentes de la Facultad de la Salud Humana los cuales participaron en cada una de mis etapas previo a convertirme en profesional; esperando que sigan construyendo y formando nuevos profesionales de bien que contribuyan con la sociedad.

Índice de Contenidos

Portada _____ i

Certificación _____ i

Autoría _____ iii

Carta de autorización _____ iv

Dedicatoria _____ v

Agradecimiento _____ vi

Índice de Contenidos _____ vii

Índice de Tablas _____ x

Índice de Anexos _____ xi

1. Título _____ 1

2. Resumen _____ 2

2.1. Abstract _____ 3

3. Introducción _____ 4

4. Marco Teórico _____ 7

4.1. Control Prenatal _____ 7

4.1.1. Generalidades _____ 7

4.1.2. Número de controles prenatales en un embarazo según las normas de msp del ecuador _____ 7

4.2. Características del control prenatal. _____ 8

4.2.1. Modelo de atención de las consultas prenatales _____ 9

4.2.1.1. Primera consulta prenatal. _____ 9

4.2.1.2. Segunda consulta prenatal. _____ 11

4.2.1.3. Tercera consulta prenatal. _____ 12

4.2.1.4. Cuarta consulta prenatal. _____ 13

4.2.1.5. Ultima consulta prenatal. _____ 14

4.3. Complicaciones de la primera mitad del embarazo 15
4.3.1. Aborto. 15
4.3.2. Embarazo ectópico. 17
4.4. Complicaciones de la segunda y tercer trimestre 18
4.4.1. Placenta previa 18
4.4.2. Desprendimiento de placenta. 21
4.5. Complicaciones en la duración del embarazo 25
4.5.1. Labor de parto pretérmino. 25
4.5.2. Ruptura prematura de las membranas ovulares 29
4.5.3. Embarazo prolongado. 31
4.6. Trastornos hipertensivos del embarazo. 33
5. Metodología 38
5.1. Enfoque 38
5.2. Tipo de diseño utilizado 38
5.3. Unidad de Estudio 38
5.4. Período 38
5.5. Universo 38
5.6. Criterios de inclusión 38
5.7. Criterios de exclusión 38
5.8. Instrumentos 38
5.9. Procedimiento(s): 39
5.10. Recursos humanos y materiales 39
5.10.1. Recursos humanos 39
5.10.2. Recursos materiales 40
5.11. Análisis estadístico 40
6. Resultados 41

6.1. Resultados para el primer objetivo 41

6.2. Resultados para el segundo objetivo 42

6.3. Resultados para el tercer objetivo 43

7. Discusión 45

8. Conclusiones 47

9. Recomendaciones 48

10. Bibliografía 49

11. Anexos 51

Índice de Tablas

Tabla 1: Número de controles prenatales que se realizaron las pacientes embarazadas en el Centro de Salud Universitario de Motupe – Loja _____ 41

Tabla 2. Patologías más frecuentes en las pacientes embarazadas atendidas en el Centro de Salud Universitario de Motupe – Loja _____ 42

Tabla 3. Correlación que tienen los controles prenatales con el desarrollo de complicaciones en gestantes atendidas en el Centro de Salud Universitario de Motupe - Loja _____ 43

Índice de Anexos

Anexo 1 Pertinencia del Proyecto de Titulación. _____ 51

Anexo 2 Designación de director de Proyecto de Titulación._____ 52

Anexo 3 Autorización para Recolección de Datos _____ 53

Anexo 4 Certificado de Inglés _____ 54

Anexo 5 Instrumentos de Recolección de Datos _____ 55

Anexo 6 Base de Datos _____ 58

Anexo 7 Certificación de tribunal de grado _____ 61

1. Título

Control prenatal y sus complicaciones en gestantes atendidas en el Centro de Salud Universitario de Motupe – Loja.

2. Resumen

Los controles y las complicaciones prenatales, se correlacionan debido a que las principales enfermedades producidas en el periodo de gestación si son tratadas a tiempo pueden remitir o no causar un daño tanto materno como fetal. El siguiente estudio es de tipo cuantitativo, correlacional y retrospectivo en el cual obtuvimos que, de las 318 gestantes atendidas en el centro de salud universitario de Motupe-Loja, el 46,23% (n=147) tuvieron 5 controles prenatales a lo largo de su embarazo, el 33,02% (n=105) recibieron 4 controles, seguidamente el 12,89% (n=41) se les realizo 3 controles prenatales. Dentro de las patologías presentes en esta población, el 0,63% (n=2) tuvieron diabetes gestacional, posteriormente el 0,31% (n=1) tenía presión arterial alta durante el embarazo, 14,15% (n=45) desarrollo infecciones durante su embarazo, el 37,42% (n=119) presentaron otras complicaciones y finalmente 47,48% (n=151) no padecieron ninguna complicación a lo largo de su embarazo. De las pacientes que tienen 5 controles prenatales solamente el 0,31% (n=1) presentó presión arterial alta, el 14,15% (n=45) presentaron infecciones a lo largo de sus controles prenatales, el 37,42% (n=119) tuvo otras complicaciones en el embarazo, finalmente sobresale que el 47,48% (n=151) no presentó ninguna complicación durante el embarazo. Basados en los hallazgos presentados podemos deducir que un correcto control prenatal previene complicaciones y disminuye la mortalidad tanto materna como fetal.

Palabras clave: *Embarazo, prenatal, complicaciones.*

2.1. Abstract

Prenatal check-ups and prenatal complications are correlated because the main diseases produced in the gestation period, if treated in time, may remit or not cause maternal and fetal damage. In the following study we obtained that, of the 318 patients, 46.23% (n=147) had 5 prenatal controls throughout their pregnancy, 33.02% (n=105) received 4 controls, then 12.89% (n=41) had 3 prenatal controls, 5.03% (n=16) had 2 controls, and finally 2.83% (n=9) received one prenatal control during their pregnancy. No patient presented complications related to preeclampsia and eclampsia, 0.63% (n=2) presented gestational diabetes, 0.31% (n=1) presented high blood pressure during pregnancy, 14.15% (n=45) developed infections during pregnancy, 37.42% (n=119) presented other complications and finally 47.48% (n=151) did not present any complication during pregnancy. Of the patients with 3 or 4 prenatal controls, 0.31% (n=1) had cases of gestational diabetes, with 5 prenatal controls only 0.31% (n=1) had high blood pressure, 14.15% (n=45) had infections during their prenatal controls, 37.42% (n=119) had other complications during pregnancy, and finally 47.48% (n=151) had no complications during pregnancy. Based on the findings presented, we can deduce that a correct prenatal control prevents complications and reduces maternal and fetal mortality.

Key words*:* *Pregnancy, prenatal, complications.*

3. Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en su nuevo modelo de control prenatal establece que las mujeres con embarazo considerado de bajo riesgo deben recibir un control prenatal de rutina que puede ser precoz, periódico y continuo; estos dos últimos dependerán del riesgo que presenta la mujer durante la gestación y de su medio socioeconómico, cultural y psicológico. (Costello, 2019)

Los indicadores de salud materna, perinatal e infantil reflejan el desarrollo económico, cultural, social y sanitario de un país. En el mundo mueren actualmente 585.000 mujeres cada año, algo más de una por minuto, por complicaciones del embarazo y parto (hemorragia, infecciones, hipertensión arterial, aborto y problemas del trabajo de parto), 99% de esas muertes ocurren en los países en desarrollo. Es así que mientras en Norteamérica mueren 11 mujeres por cien mil nacidos vivos, en África mueren casi 900 por cien mil. (Cáceres, 2016)

En todo el mundo cada día mueren unas 800 mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto. En 2013 murieron 289 000 mujeres durante el embarazo y el parto o después de ellos. El 99% de la mortalidad materna corresponde a los países en desarrollo, y es mayor en las zonas rurales y en las comunidades más pobres. (Costello, 2019). Según datos de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) trascendida en la Cumbre llamada “Acción 2015 de Nueva Delhi”, declaró que, en las últimas dos décadas, las cifras de muertes maternas han extenuado más de un 44%, sin embargo, sigue aconteciendo muertes en menores de cinco años y se producen en los primeros 28 días de vida. Es así que más de dos tercios de estas defunciones se concentraron en el 2013 en 24 países asiáticos y africanos. (Conde & Alkema , 2017)

Cada año en Ecuador aproximadamente unas 300.000 mujeres se embarazan, pero no todas ellas reciben una atención de calidad como les corresponde de acuerdo a sus derechos ciudadanos. En el año 2004 apenas un 57,5% de mujeres cumplieron al menos 5 controles prenatales de acuerdo a la norma establecida por el Ministerio de Salud Pública (Villar & Bergsjo, 2016). Sin embargo, en nuestro país según una encuesta realizada por el Observatorio de Derechos de la Niñez y Adolescencia (ODNA) en el año 2010, el 73% de embarazadas asumen haberse realizado 5 controles prenatales y el 7% nunca ha asistido a un servicio de salud para vigilar su embarazo. (Pública, 2016)

En Latinoamérica el 73% de mujeres en gestación asisten al menos a una consulta de control prenatal, asimismo se establece una prevalencia de asistencia de 38% y 69 % con un promedio de cuatro consultas por gestante, donde los principales factores de inasistencia descubiertos son: edad, bajos ingresos, multiparidad, bajo nivel de educación, y bajas condiciones socioeconómicas y de salubridad. (Cáceres, 2016)

Cuando las gestantes acuden a realizarse el respectivo control prenatal minimiza el número de muerte de madres y niños durante el embarazo. La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que la mayor adherencia al control prenatal ha permitido disminuir la tasa mundial de mortalidad materna ya que, en el año 2013 esta tasa fue 210 muertes por cada 100.000 nacidos vivos frente a las 380 muertes registradas en 1990 lo que representa una reducción de aproximadamente 45%. Sin embargo, esta organización afirma que las cifras aún siguen siendo elevadas a pesar de los avances en equipos, medicamentos y servicios adecuados existentes para este proceso. (salud, 2016)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) sostiene que el control prenatal es importante para preservar la salud de la gestante y del bebé durante el embarazo, lo cual requiere más y mejores servicios de salud, que proporcionen una comunicación eficaz sobre cuestiones de apoyo social, cultural, emocional y psicológico a las mujeres embarazadas. (OMS, 2016)

Dentro de los principales objetivos del control prenatal son identificar aquellos pacientes de mayor riesgo, con el fin de realizar intervenciones en forma oportuna que permitan prevenir enfermedades y o patologías para lograr un buen resultado, durante el embarazo y por tanto un recién nacido a término. (Revista Médica Clínica Las Condes, 2018).Se recomienda que el primer control sea realizado lo más pronto posible (primer trimestre del embarazo) y los posteriores controles enfocados a identificar y descartar patologías especiales, siendo referidas o transferidas a un nivel de atención de mayor complejidad, para las mismas. (Cáceres, 2016)

Durante el embarazo, se pueden detectar o descartar cerca de 18 patologías, tanto en la mamá como en el bebé. Si la mujer registra alguna de estas patologías, debe ser tratada con periodicidad. En caso de padecer cierta enfermedad, el cuadro podría agravarse si no se acude a los controles pertinentes. (Costello, 2019)

En el Centro de Salud Universitario de Motupe - Loja acuden embarazadas, algunas con embarazos sin complicación y otras con un embarazo de riesgo por la edad o por patologías presentes; algunas embarazadas acuden a los controles regularmente y otras no lo hacen.

Basados en la información presentada el siguiente trabajo se encuentra dentro de la primera línea de investigación que corresponde a la salud enfermedad materno infantil, dado que la población a estudiarse son mujeres gestantes. Por esta razón planteamos el siguiente objetivo general; "Identificar el Control prenatal y sus complicaciones en gestantes atendidas en el Hospital Universitario de Motupe - Loja." Y los siguientes objetivos específicos; "Identificar el número de controles prenatales que se realizan las gestantes atendidas en el Centro de Salud Universitario de Motupe - Loja ". "Establecer las complicaciones más frecuentes en gestantes atendidas en el Centro de Salud Universitario de Motupe - Loja "y "Determinar la correlación que tienen los controles prenatales con el desarrollo de complicaciones en gestantes atendidas en el Centro de Salud Universitario de Motupe - Loja."

4. Marco Teórico

4.1.Control Prenatal

Conjunto de actividades y procedimientos que el equipo de salud ofrece a la embarazada con la finalidad de identificar factores de riesgo en la gestante y enfermedades que puedan afectar el curso normal del embarazo y la salud del recién nacido/a. Los componentes que abarca el control prenatal son: promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud materna y neonatal con enfoques de interculturalidad, género y generacional. (Costello, 2019)

4.1.1. Generalidades

La gestación es un proceso fisiológico, por tanto, la atención prestada a las gestantes debe estar basada en los cuidados para su desarrollo normal, el uso de la tecnología apropiada y en el reconocimiento del importante papel que tiene la propia mujer en la toma de las decisiones que le afectan. (OMS, Organización Mundial de la Salud , 2019)

El respeto a la evolución natural del embarazo debe liderar toda la atención sanitaria y cualquier intervención debe ser aplicada solo si ha demostrado beneficio y está de acuerdo con las necesidades y deseos de cada mujer. Brindar atención de calidad a las embarazadas conlleva: el seguimiento eficiente del proceso, la realización de las visitas domiciliarias, pruebas y procedimientos basados en la evidencia científica, la implicación de las usuarias y la adecuada coordinación entre todos los niveles de atención. (Fdm, 2016)

Según la OMS el cuidado del embarazo en forma temprana, periódica e integral, disminuye sustancialmente el riesgo de complicaciones y muerte tanto materna como 8 perinatal; propicia además una adecuada atención del parto y por otro lado, asegura condiciones favorables de salud para las madres y sus hijos/as en los períodos inmediatamente posteriores al nacimiento, así como disminuye la incidencia de discapacidad de causa congénita. (OMS, Organización Mundial de la Salud , 2019)

4.1.2. Número de controles prenatales en un embarazo según las normas de msp del ecuador

Un control prenatal óptimo en el embarazo de bajo riesgo según la Organización Mundial de la Salud comprende un mínimo de cinco chequeos por personal profesional de salud calificado (médico u obstetra). (OMS, 2016)

No obstante, el solo cumplimiento de estos controles no garantiza la calidad de la atención, pues se requiere que, en cada visita, se brinde un conjunto de actividades y procedimientos que el equipo de salud brinda a la embarazada con la finalidad de identificar factores de riesgo y enfermedades que puedan afectar el curso normal del embarazo y la salud del recién nacido. (Herediana, 2018)

Tener atención a la salud materno-infantil es una prioridad para el Ministerio de Salud Pública, su objetivo principal es la prevención de las complicaciones en el embarazo en base a un diagnóstico oportuno y una atención adecuada. (Ecuador, 2013)

Causas de mortalidad materna y perinatal son detectables y prevenibles mediante un control prenatal temprano, continuo y de alta calidad, que permita identificar y controlar los principales factores de riesgo obstétrico y perinatal. (Herediana, 2018)

La muerte materna es evitable en la mayoría de los casos, se ha comprobado que una intervención eficaz, y la inversión en el fomento de una maternidad sin riesgo no solo reduce la mortalidad y la discapacidad materno infantil, sino que también contribuye a lograr mejor salud, mejor calidad de vida y equidad para las mujeres, sus familias y las comunidades. (Conde & Alkema , 2017)

Estas intervenciones resultan más eficaces en función de costos del sector salud, particularmente en el primer nivel de atención**.**

4.2.Características del control prenatal.

Para que el control prenatal pueda garantizar resultados favorables para la salud materna – fetal, es necesario que sea precoz, periódico, completo y de alta cobertura. (Cáceres, 2016)

a) Precoz: Debe iniciarse en el primer trimestre del embarazo, en cuanto se haya diagnosticado el embarazo para establecer sin temor a dudas la fecha probable de parto y las semanas de gestación, para posibilitar las acciones de prevención y promoción de la salud y detectar factores de riesgo.

b) Periódico: Para favorecer el seguimiento de la salud materna y fetal, es necesario que la mujer asista a sus consultas programadas de manera periódica. La continuidad en las consultas prenatales permitirá efectuar acciones de promoción a la salud y de educación para el nacimiento. También favorecerá la identificación oportuna de factores de riesgo y el seguimiento de problemas de salud materno o fetal que se hayan identificado, así como el efecto de los tratamientos establecidos para recuperar su tratamiento.
c) Completo: Las consultas prenatales deben ser completas en contenidos de evaluación del estado general de la mujer, de la evolución del embarazo y de los controles e intervenciones requeridos según edad gestacional. (Herediana, 2018)

4.2.1. Modelo de atención de las consultas prenatales

Existen diversos esquemas de visitas prenatales que señalan las acciones que deben de hacerse y el número de visitas a realizar sin embargo el establecimiento de un modelo de atención con un número de visitas prenatales para embarazos de bajo riesgo en instituciones de salud es de suma importancia con la finalidad de garantizar la salud como un resultado óptimo tanto para la madre y su Hijo (a). (Cáceres, 2016)

4.2.1.1.Primera consulta prenatal.

Lo ideal sería que la primera visita se realice durante el primer trimestre o preferentemente antes de la semana 12 de embarazo. Sin embargo, independientemente de la edad gestacional en el momento de la primera consulta todas las embarazadas serán examinadas de acuerdo a las normas para la primera visita y las visitas subsiguientes. Por la cantidad de actividades que se tienen que realizar se espera que la primera visita dure de 30 a 40 minutos. Como se mencionó anteriormente es importante determinar los antecedentes clínicos y obstétricos de las mujeres con el objetivo de diagnósticas el embarazo particularmente si se presenta antes de las 12 semanas hacer la valoración inicial etc. (MSP, 2016)

Acciones:

1. En el caso de que la mujer se presente de manera temprana (antes de las 12 semanas) refiriendo amenorrea, será necesario realizar la confirmación clínica y de laboratorio del embarazo.
2. Confirmado el embarazo determinar la fecha probable de parto y las semanas de gestación.
3. Realizar la historia clínica perinatal y abrir el carnet perinatal de la gestante.
4. Llevar a cabo la exploración física.
5. Efectuar la exploración obstétrica: En el caso de que el embarazo sea mayor a 12 semana: realizar la medición de la altura uterina. Si el feto es mayor a 22 semanas además de la altura uterina determinar: la situación, posición y presentación fetal (dependerá de las semanas), auscultación de FCF y palpación de los movimientos fetales.
6. Valorar el Riesgo Obstétrico: Este concepto se aplica durante el embarazo tanto en el periodo prenatal como en el parto.
7. Solicita los exámenes complementarios de rutina: grupo sanguíneo y factor Rh, biometría hemática completa, química sanguínea (particularmente entre las 20 y 24 semanas), examen general de orina y VDRL. (Ministerio de Salud Pública, 2019)

Intervenciones:

1) Es necesario que reciban suplementación con hierro en gran parte de nuestra población la ingesta no alcanza para cubrir los requerimientos de hierro durante el embarazo. Se estima que más del 30% de las embarazadas están por debajo de los valores normales de Fe (11g/dl). Esta cifra es la considerada por la OMS para recomendar la suplementación universal con hierro a todas las embarazadas. La dosis diaria es de 60 mg de hierro elemental.
2) También se debe llevar a cabo la administración de ácido fólico en el período preconcepcional y en el primer trimestre del embarazo. La suplementación periconcepcional de folatos reduce la incidencia de defectos del tubo neural. La dosis diaria es de 400 mg. (Pública, Ministerio de Salud Pública, 2019)

Enseñar a la mujer acerca de:

La alimentación la cual deberá ser:

Completa: es decir que contenga alimentos de los tres grupos:

1. cereales y tubérculos, 2. frutas y verduras; y 3. productos de origen animal y leguminosas.

Por último, programar la siguiente consulta prenatal (Fdm, 2016)

4.2.1.2.Segunda consulta prenatal.

La segunda visita prenatal debe de realizarse entre las semanas 22 a 24 de gestación. Se estima una duración aproximada de 20 minutos. Se debe realizar exploración física dirigida a la búsqueda de datos que indiquen la evolución normal del embarazo y la presencia de signos de alarma en donde se incluya la toma de la tensión arterial, ganancia de peso, altura del fondo uterino además de la auscultación de la frecuencia cardíaca fetal. (Pública, Ministerio de Salud Pública, 2019)

Acciones:

1) Estimar el peso materno: La ganancia de peso gestacional está relacionada con el ingreso nutricional y la ganancia de peso materno es uno de los predictores del peso fetal al término. Un inadecuado ingreso nutricional durante el embarazo está relacionado con bajo peso al nacer, nacimientos prematuros y defectos congénitos. Por otra parte, excesiva ganancia de peso durante el embarazo predispone a diabetes gestacional y es el mayor predictor de obesidad en el postparto por ello se recomienda una ganancia ponderal total de 11 a 12Kg a razón de 1.o a 1.5 KG / mes.
2) Valorar la presión arterial: La preeclampsia y eclampsia durante el embarazo constituyen las principales causas de morbimortalidad materna es por ello que su vigilancia adquiere particular importancia. Cuando una mujer acude por primera vez a consulta y tiene más de 20 semanas una presión arterial de 130/90mmHg, puede indicar la presencia de pre eclampsia. En una mujer que ya ha tenido consultas subsecuentes si la presión sistólica es de 30mm/Hg o más y la diastólica de 15mm/Hg o más puede indicar la presencia de preeclampsia.

3) Efectuar las Maniobras de Leopold. Estas se podrán realizar a partir de las 20 semanas.
4) Medir la altura del fondo Uterino. Permite correlacionar el fondo uterino con las semanas de gestación e identificar oportunamente alteraciones en el crecimiento del feto.
5) Auscultación de la frecuencia cardiaca Fetal (FCF). Se podrá auscultar con estetoscopio de pinar a partir de la semana 20 de gestación.
6) Revisar los exámenes de laboratorio: Grupo y Rh. Si la mujer fuera Rh negativo referir para que se le realice la prueba de Coombs indirecta. En el caso de que no estuviera sensibilizada se realizará profilaxis anti-D a las 28 semanas.
7) Cuantificar la Hemoglobina (Hb). Una Hb menor a 11 será considerada como anemia. A través de la química sanguínea descartar la posibilidad de diabetes gestacional.
8) Revisar los resultados del examen general de orina: Se tendrá que descartar la posibilidad de infección de vías urinarias. En caso de que identificar hipertensión arterial se debe realizar una cuantificación de proteínas con tira reactiva.
9) A través del VDRL descarta la posibilidad de Sífilis. (MSP, 2016)

Intervenciones:

a) Continuar con la administración de hierro.
b) Seguir con las actividades de Promoción a la salud señaladas en la primera visita prenatal y refuerza los signos y síntomas de alarma.
c) Preparar para el nacimiento, lactancia y crianza.
d) Administrar la primera dosis del toxoide antitetánico: Se debe vacunar contra el tétanos con dos dosis durante al embarazo alrededor de las 25 y las 30 semanas. Si la paciente hubiera recibido dosis previas sólo indicar una dosis de refuerzo a las 25 semanas.
e) Programar y registrar la siguiente consulta prenatal entre las 27 y 29 semanas. (Ministerio de Salud Pública, 2019)

4.2.1.3.Tercera consulta prenatal.

La tercera consulta se deberá efectuarse entre la semana 27-29 y dependiendo de la valoración del riesgo. Se estima que se requerirán un promedio de 20 minutos. Si no asistió a la segunda visita la tercera visita también debería incluir todas las actividades de la segunda visita y la duración debería extenderse tanto tiempo como sea necesario. (MSP, 2016)

Acciones:

1. Corroborar la fecha probable de parto y obtener las semanas de gestación.
2. Estimar el peso materno.
3. Cuantificar la presión arterial.
4. Realizar las maniobras de Leopold y poner mayor atención en la posición, presentación y situación del feto.
5. Medir la altura uterina.
6. Sentir por palpación los movimientos fetales.
7. Investigar la presencia de signos y síntomas de alarma.
8. Valorar el riesgo perinatal durante la evolución del embarazo. (MSP, 2016)

Intervenciones:

Continuar con:

1) La administración de hierro.
2) Actividades de Promoción a la Salud señaladas en la primera visita prenatal y refuerza los signos y síntomas de alarma.
3) Preparación para el nacimiento, lactancia y crianza.
4) Administrar la segunda dosis de toxoide tetánico. (MSP, 2016)

4.2.1.4.Cuarta consulta prenatal.

La cuarta consulta se deberá efectuarse entre la semana 33 a 35 y dependiendo de la valoración del riesgo. Se estima que se requerirán un promedio de 20 minutos. (Manual MSD, 2019)

Acciones

Corroborar la fecha probable de parto y obtener las semanas de gestación.

1. Evaluar el peso materno.

2. Valorar la presión arterial.
3. Realizar las Maniobras de Leopold. Es importante ubicar con claridad la situación, posición y presentación fetal ya que se acerca la fecha probable de parto.
4. Medir la altura uterina y poner énfasis en la cuarta maniobra.
5. Estimar la frecuencia cardiaca fetal.
6. Sentir por palpación los movimientos fetales.
7. Revisar biometría hemática y el examen general de orina.
8. Investigar la presencia de signos y síntomas de alarma.
9. Tasar el riesgo perinatal durante la evolución del embarazo.
10. Investigar las expectativas de la mujer y de su familia con relación al nacimiento. (Manual MSD, 2019)

Intervenciones:

1) Continuar con la administrando hierro.
2) Seguir con las actividades de promoción a la salud señaladas en la primera visita prenatal y reforzar los signos y síntomas de alarma.
3) Iniciar con ellos la integración de un plan de nacimiento el cual consiste en tomar decisiones acerca de: lugar de nacimiento, quién la acompañará, cómo se trasladarán, que deben de llevar al hospital, como registrar sus contracciones, etc.
4) Enfatizar la enseñanza de los datos que indican el inicio del trabajo de parto. (Manual MSD, 2020)

4.2.1.5.Ultima consulta prenatal.

La quinta visita se ubicará entre las y la última 38 a la 40 semana y dependiendo de la valoración del riesgo. Se estima que se requerirán un promedio de 30 minutos. (Ministerio de Salud Pública, 2019)

Acciones:

1. Corroborar la fecha probable de parto y obtener las semanas de gestación.
2. Evaluar el peso materno.
3. Valorar la presión arterial.

4. Realizar las Maniobras de Leopold. Es importante que ubicar con claridad la situación, posición y presentación fetal y altura de la presentación ya que se acerca la fecha probable de parto.
5. Medir la altura uterina.
6. Frecuencia cardiaca fetal.
7. Sentir por palpación los movimientos fetales.
8. Valorar la pelvis (pelvimetría clínica) si hay dudas solicita la valoración por otro profesional.
9. Revisar los resultados de la biometría hemática y examen general de orina.
10. Investigar la presencia de signos y síntomas de alarma.
11. Tasar el riesgo perinatal durante la evolución del embarazo.
12. Investigar las expectativas de la mujer y de su familia con relación al nacimiento. (MSP, 2016)

4.3. Complicaciones de la primera mitad del embarazo

4.3.1. Aborto.

Un aborto es la terminación de un embarazo. Es la muerte y expulsión del feto antes de los cinco meses de embarazo. Después de esta fecha, y hasta las 28 semanas de embarazo se llama parto inmaduro y parto prematuro si tiene más de 28 semanas. Se dice que hay aborto completo cuando se expulsa con el feto la placenta y las membranas. Hay retención placentaria cuando se expulsa solamente el feto y se dice que hay restos uterinos cuando sólo se expulsa una parte del producto de la concepción. A veces es difícil distinguir realmente lo que se ha expulsado, dadas las alteraciones que sufre no sólo el feto, sino la placenta y las membranas. (Costello, 2019)

Clasificación:

Teniendo en cuenta las causas que originan el aborto, se clasifican en :

- Espontáneo o natural
- Provocado
- Terapéutico (Cáceres, 2016)

Aborto espontáneo o natural:

El aborto espontáneo se debe tanto a defectos paternos como maternos. Respecto a los primeros, es digno de señalar que del 40% al 50% de los abortos espontáneos de origen materno son atribuidos a la sífilis, muchas veces desconocida, ignorada, o negada a sabiendas. El restante 50% se debe a alcoholismo habitual y crónico, agotamiento físico o intelectual, vejez entre otras. (Herediana, 2018)

Las causas de orden materno son variadas. Las malformaciones de cada uno de los órganos del aparato genital femenino; los pólipos, fibromas, cánceres, las endometritis, entre otras. También algunas enfermedades como diabetes, hipertensión, o enfermedades producidas por infecciones bacterianas o virales son causantes de aborto espontaneo. (Nacional, 2015)

Como factores conjuntos, paternos y maternos, y que actúan a la vez, podemos citar los matrimonios muy jóvenes, los tardíos, la vejes prematura o la decrepitud de uno de los cónyuges, la miseria, el hambre, las privaciones, el terror, la desesperación, el alcoholismo común, la sífilis o la tuberculosis, también padecidas conjuntamente. Todas estas causas pueden actuar en el momento propulsor de la fecundación. (Ramirez, 2010)

Otras causas de aborto espontaneo son las malformaciones del embrión.

Aborto provocado o aborto criminal

Algunos pueblos no consideran acto criminal el aborto provocado, ya que entre ellos es conceptuado como un acto natural. Este criterio se ha mantenido en ciertas civilizaciones y hoy es practicado impunemente en ciertas sociedades. (MARÍA LORENA ZONTA, 2007)

En Europa Occidental el aborto es más o menos duramente reprimido, según la política de natalidad llevada por los países en cuestión. Sin embargo, y pese a la persecución penal de que es objeto, sus prácticas se desarrollan clandestinamente, y muy a menudo, sin las necesarias garantías de higiene y asepsia, lo cual provoca graves lesiones o la muerte a la embarazada. (Conde & Alkema , 2017)

Aborto terapéutico

Es el que tiene por objeto evacuar científicamente, por medio de maniobras regladas, la cavidad uterina, vaciándola de todo su contenido. Este aborto lo verifica un médico especializado y se toman las medidas precisas para salvaguardar la vida de la paciente, seriamente amenazada. Se realiza cuando la vida del feto se considera perdida (producto muerto) o representa un gravísimo peligro para la madre. (Cáceres, 2016)

4.3.2. Embarazo ectópico.

El Embarazo Ectópico (E.E.) se define como, la implantación del óvulo fecundado fuera de la cavidad uterina. Representa una de las causas más importantes de abdomen agudo en ginecología y la principal causa de muerte materna, en el primer trimestre del embarazo (alrededor del 10%). (Herediana, 2018)

Su incidencia es del 1/200-300 embarazos. Con el desarrollo de las técnicas de reproducción asistida (TRA), en las últimas décadas, se ha registrado una tendencia al aumento en los países desarrollados. En EE. UU ha pasado del 4’5 al 19’7 por mil, entre 1970 a 1992, debido por una parte al desarrollo de las técnicas de detección precoz, y por otra, al aumento de prevalencia de los factores de riesgo entre la población. (Fdm, 2016)

En cuanto a la edad, afecta en el 48’2% a mujeres entre los 30-39 años y en el 36’8% entre los 20-29 años, representando las nulíparas el 34’4% y las que han tenido 1-2 hijos el 23,6%. Es posible que no note ningún síntoma al principio. Sin embargo, algunas mujeres que tienen un embarazo ectópico presentan los signos o síntomas tempranos habituales del embarazo: ausencia de menstruación, sensibilidad en los senos y náuseas. (Cáceres, 2016)

Si se realiza una prueba de embarazo, el resultado será positivo. Aun así, el embarazo ectópico no puede continuar con normalidad. A medida que el óvulo fecundado crece en el lugar inadecuado, los signos y síntomas se hacen más notorios. A menudo, los primeros signos de advertencia de un embarazo ectópico son un ligero sangrado vaginal y dolor pélvico. Si el óvulo fecundado sigue creciendo en la trompa de Falopio, esto puede causar la ruptura de la trompa. Es probable que se produzca un sangrado intenso en el interior del

abdomen. Los síntomas de este evento potencialmente mortal incluyen aturdimiento extremo, desmayos y choque. (Conde & Alkema , 2017)

Algunos de los factores que aumentan las probabilidades de tener un embarazo ectópico son los siguientes:

- Un embarazo ectópico anterior.
- Inflamación o infección.
- Tratamientos de fertilidad.
- Cirugía tubárica.
- Elección de un método anticonceptivo.
- Tabaquismo. (Herediana, 2018)

Complicaciones

Un embarazo ectópico puede causar que las trompas de Falopio se abran repentinamente. Si no se trata, la trompa desgarrada puede ocasionar un sangrado que pone en riesgo la vida. (Manual MSD, 2019)

4.4.Complicaciones de la segunda y tercer trimestre

En esta sección se describirá la Placenta previa y el Desprendimiento de placenta normoinserta, ambas patologías son causantes de morbilidad y mortalidad materna y además son una importante causa de prematurez. (MARÍA LORENA ZONTA, 2007)

4.4.1. Placenta previa

Es la implantación de la placenta sobre o cerca del orificio cervical interno. Típicamente, ocurre un sangrado vaginal indoloro con sangre roja y brillante después de las 20 semanas de gestación. El diagnóstico se realiza con ecografía transvaginal o abdominal. El tratamiento consiste en actividad modificada para el sangrado vaginal menor antes de las 36 semanas de edad gestacional, y cesárea entre las 36 y las 37 semanas 6 días. Si el sangrado es intenso o si el estado fetal es preocupante, está indicada la extracción quirúrgica inmediata del feto, en general por cesárea. (Guías de Manejo de las complicaciones del Embarazo, 2017)

Esta patología designa al tejido placentario que cubre cualquier porción del orificio cervical interno. Una placenta se denomina baja cuando el borde placentario no cubre el orificio interno, pero está a menos de 2 cm de él. (Costello, 2019)

La incidencia de placenta previa es de 1/250 partos. Si la placenta previa se descubre durante la primera parte del embarazo, en general se resuelve para las 28 semanas a medida que el útero se agranda. (Costello, 2019)

Complicaciones

Para las pacientes con placenta previa o una placenta de implantación baja, los riesgos incluyen mala presentación fetal, rotura prematura de membranas pretérmino, restricción del crecimiento fetal, vasa previa e inserción velamentosa del cordón umbilical (en el cual el extremo placentario del cordón se compone de vasos umbilicales divergentes rodeados solo por las membranas fetales). En las mujeres que han tenido una cesárea previa, la placenta previa aumenta el riesgo de placenta acreta; el riesgo aumenta significativamente a medida que aumenta el número de partos por cesárea previos (de alrededor del 10% si han tenido un parto por cesárea a > 60% si han tenido > 4). (Ecuador, 2013)

Signos y síntomas

En general, los síntomas comienzan durante la parte final del embarazo. Luego empieza un sangrado vaginal repentino e indoloro; la sangre puede ser rojo brillante y abundante, a veces incluso con shock hemorrágico. En algunas pacientes, hay contracciones uterinas con el sangrado. (Ecuador, 2013)

Diagnóstico

- Ecografía transvaginal

Casos de placenta previa debe tenerse en cuenta en toda mujer con sangrado vaginal después de las 20 semanas. Si se encuentra una placenta previa, el tacto vaginal puede aumentar el sangrado, y a veces causa una hemorragia repentina y masiva; por lo tanto, si se produce un sangrado vaginal después de las 20 semanas, el examen pelviano digital está contraindicado a menos que primero se haya descartado la placenta previa mediante una ecografía. (Cáceres, 2016)

Aunque la placenta previa es más probable que cause sangrado abundante, indoloro, de sangre de color rojo brillante más que en el desprendimiento prematuro de placenta, la diferenciación clínica aún no es posible. Así, en general se necesita la ecografía para distinguirlas. La ecografía transvaginal es un método seguro para diagnosticar una placenta previa. (MSP, 2016)

Tratamiento

- Internación y actividad modificada en el primer episodio de sangrado antes de las 36 semanas
- Parto o cesárea si la madre o el feto se encuentran inestables
- Si la mujer está estable, el parto se realiza entre las 36 semanas/0 días y las 37 semanas/6 días

Para un primer episodio (evento centinela) de sangrado vaginal antes de las 36 semanas, el tratamiento consiste en internación, actividad modificada (reposo modificado) e interrupción de las relaciones sexuales, que pueden causar sangrado al iniciar las contracciones o a través del traumatismo directo. (La actividad modificada implica abstenerse de cualquier actividad que aumente la presión intraabdominal durante un largo período de tiempo–p. ej., las mujeres deben evitar la posición de pie la mayor parte del día). Si el sangrado se interrumpe, en general se permite la deambulación y el alta. (MSP, 2016)

En general, en un segundo episodio de sangrado, las pacientes son reinternadas y pueden mantenerse en observación hasta el parto. Algunos expertos recomiendan usar corticoides para acelerar la madurez fetal si se cree puede ser necesario comenzar el trabajo de parto y la edad gestacional es < 34 semanas. Los corticosteroides pueden usarse si el sangrado ocurre después de las 34 semanas y antes de las 36 semanas (período pretérmino tardío) en pacientes que no han requerido corticosteroides antes de las 34 semanas. El momento del parto depende del bienestar materno y/o fetal. Si el paciente está estable, el parto se puede hacer a las 36 semanas/0 días a 37 semanas/6 días. La documentación de la madurez pulmonar ya no es necesaria. (Manual MSD, 2020)

El parto está indicado para las siguientes causas:

- Sangrado abundante o descontrolado
- Resultados preocupantes en la monitorización fetal
- Inestabilidad hemodinámica materna

El parto se realiza por cesárea debido a placenta previa. El parto vaginal puede ser posible en mujeres con placenta baja si el borde placentario está entre 1,5 y 2 cm del orificio cervical y el médico se siente cómodo con este método. (Manual MSD, 2019)

El shock hemorrágico debe tratarse. Si la madre tiene sangre Rh-negativa, es necesario administrar inmunoglobulina Rho(D) profiláctica. (Manual MSD, 2019)

4.4.2. Desprendimiento de placenta.

El desprendimiento de placenta o abruptio placentae es la separación prematura de una placenta normalmente implantada en el útero, en general después de las 20 semanas de gestación. Puede ser una emergencia obstétrica. Las manifestaciones pueden incluir sangrado vaginal, dolor uterino (espontáneo o a la palpación), shock hemorrágico y coagulación intravascular diseminada. El diagnóstico es clínico y a veces ecográfico. (Cáceres, 2016)

La rotura placentaria y otras anomalías obstétricas aumentan el riesgo de morbilidad o mortalidad para la mujer, el feto o el recién nacido. El desprendimiento puede implicar cierto grado de separación placentaria, de unos pocos centímetros hasta total. La separación puede ser aguda o crónica. Produce sangrado en la decidua basal detrás de la placenta (retroplacentario). Muy a menudo, la etiología es desconocida. (Ministerio de Sanidad, 2016)

Este desprendimiento puede implicar cierto grado de separación placentaria, de unos pocos centímetros hasta total. La separación puede ser aguda o crónica. Produce sangrado en la decidua basal detrás de la placenta (retroplacentario). Muy a menudo, la etiología es desconocida. (OMS, Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del Embarazo, 2016)

Tiene una incidencia de 0,4 al 1,5% de todos los embarazos, con un pico entre las 24 y las 26 semanas. (Costello, 2019)

Complicaciones

Las complicaciones del desprendimiento de placenta incluyen:

- Pérdida de sangre materna que puede resultar en inestabilidad hemodinámica, con shock o sin él, y/o coagulación intravascular diseminada (CID)
- Compromiso fetal (p. ej., sufrimiento fetal, muerte) o, si el desprendimiento prematuro de placenta es crónico, restricción del crecimiento u oligohidramnios
- A veces, transfusiones fetomaternas y aloinmunización (p. ej., debido a sensibilización al Rh). (Manual MSD, 2019)

Signos y síntomas

El desprendimiento agudo de la placenta puede manifestarse por la salida de sangre roja oscura o brillante a través del cuello uterino (hemorragia externa). La sangre también puede permanecer detrás de la placenta (hemorragia oculta o contenida). La gravedad de los signos y síntomas depende del grado de separación y la pérdida de sangre. Si la separación continúa, el útero puede volverse doloroso e irritable a la palpación. (Manual MSD, 2020)

Puede producirse un shock hemorrágico, y pueden aparecer signos de CID. El desprendimiento crónico puede causar una pequeña pérdida continua o intermitente de sangre marrón oscura. (OMS, Organización Mundial de la Salud , 2019)

Puede producir pocos signos y síntomas o ninguno.

Diagnóstico

- Evaluación clínica, a veces sumada a los hallazgos del laboratorio y ecográficos

El diagnóstico de desprendimiento de placenta se sospecha si se encuentra cualquiera de los siguientes hallazgos después del primer trimestre:

- Sangrado vaginal (doloroso o indoloro)
- Dolor uterino espontáneo o a la palpación
- Distrés o muerte fetal
- Shock hemorrágico

- CID
- Dolor o shock desproporcionado con el grado de sangrado vaginal

También debe considerarse en mujeres que han tenido un traumatismo abdominal. Si el sangrado se produce al final del embarazo, debe descartarse la placenta previa, que tiene síntomas similares, antes de realizar un examen pelviano; si hay una placenta previa, el examen puede agravar el sangrado. (MSP, 2016)

La evaluación del desprendimiento de placenta incluye lo siguiente:

- Monitorización cardíaca fetal
- Hemograma completo
- Tipo y factor Rh
- TP/TTP (tiempo de protrombina/tiempo de tromboplastina parcial)
- Fibrinógeno sérico y productos de la división de la fibrina (el indicador más sensible)
- Ecografía transabdominal o pelviana
- Prueba de Kleihauer-Betke si la paciente tiene sangre Rh negativa, para calcular la dosis de inmunoglobulina Rh0(D) necesaria

La monitorización cardíaca fetal puede detectar un patrón preocupante o la muerte fetal. (MSP, 2016)

Tratamiento

- A veces, rápida finalización del embarazo y medidas agresivas de soporte (p. ej., en un embarazo de término o por posible inestabilidad materna o fetal)
- Intentar la internación y la actividad modificada si el embarazo no está cerca del término y si la madre y el feto están estables (Fdm, 2016)

El nacimiento rápido por cesárea está indicado si se encuentra desprendimiento placentario más cualquiera de las siguientes situaciones, particularmente si está contraindicado el parto vaginal:

- Inestabilidad hemodinámica materna
- Patrón de frecuencia cardíaca fetal preocupante
- Embarazo cercano al término (≥ 37 semanas) (Costello, 2019)

Cuando el parto se considera necesario, se puede intentar el parto vaginal si todos los siguientes están presentes:

- La madre está hemodinámicamente estable.
- Si el patrón de frecuencia cardíaca fetal es tranquilizador.
- El parto vaginal no está contraindicado (p. ej., por placenta previa o vasa previa).

Un trabajo de parto puede ser inducido o acelerado cuidadosamente (p. ej., usando oxitocina y/o amniotomía). Se deben hacer preparativos para una hemorragia posparto.

Se recomiendan la hospitalización y la actividad modificada (reposo modificado) si los siguientes hallazgos están presentes:

- Sangrado que no amenaza la vida de la madre o el feto.
- Si el patrón de frecuencia cardíaca fetal es tranquilizador.
- El embarazo es pretérmino (< 37 semanas).

Este abordaje permite que la madre y el feto sean monitorizados y, si es necesario, tratados rápidamente. (La actividad modificada implica abstenerse de cualquier actividad que aumente la presión intraabdominal durante un largo período de tiempo–p. ej., las mujeres deben evitar la posición de pie la mayor parte del día). (OMS, Organización Mundial de la Salud , 2019)

Los corticoides deben tenerse en cuenta (para acelerar la maduración de los pulmones fetales) si la edad gestacional es < 34 semanas. También se pueden administrar corticosteroides en presencia de alguno de los siguientes hallazgos:

- El embarazo es pretérmino tardío (de 34 a 36 semanas).
- La madre no ha recibido corticosteroides previamente.

- El riesgo de parto en el período pretérmino tardío es alto.

Si el sangrado se detiene y el estado de la madre y el feto permanecen estables, se permite la deambulación y, en general, el alta hospitalaria. Si el sangrado continúa o el estado se deteriora, puede estar indicada la cesárea inmediata. (Ministerio de Salud Pública, 2019)

Las complicaciones del desprendimiento placentario (p. ej., shock, CID) se tratan con reposición intensiva de sangre y hemoderivados. (Manual MSD, 2019)

4.5.Complicaciones en la duración del embarazo

4.5.1. Labor de parto pretérmino.

El trabajo de parto (contracciones que producen cambios en el cuello uterino) que comienza antes de las 37 semanas de gestación se considera pretérmino. Los factores de riesgo incluyen rotura prematura de membranas, anormalidades uterinas, infecciones, incompetencia cervical, parto pretérmino previo, embarazo multifetal y anomalías fetales o placentarias. El diagnóstico es clínico. Las causas deben identificarse y tratarse, si es posible. El manejo típico incluye reposo en cama, tocolíticos (si la actividad persiste), y corticoides (si la edad gestacional es < 34 semanas) y posiblemente sulfato de magnesio (si la edad gestacional es < 32 semanas). Se administran antibióticos antiestreptocócicos en espera de resultados negativos en los cultivos anovaginales. (Conde & Alkema , 2017)

Puede ser desencadenado por:

- Rotura de membranas previa al trabajo de parto (prematura)
- Infecciones intraamnióticas (corioamnionitis)
- Otra infección uterina ascendente (comúnmente debido a estreptococos del grupo B)
- Embarazo multifetal
- Anomalías fetales o placentarias
- Anomalías uterinas
- Pielonefritis
- Algunas enfermedades de transmisión sexual

Los partos pretérmino previos y la incompetencia cervical aumentan el riesgo.

El trabajo de parto prematuro puede aumentar el riesgo de hemorragia intraventricular en los recién nacidos; esta puede provocar una discapacidad en el desarrollo neurológico (p. ej., parálisis cerebral). (OMS, Organización Mundial de la Salud , 2019)

Diagnóstico

- Evaluación clínica

El diagnóstico de trabajo de parto pretérmino se basa en los signos del trabajo de parto y la duración del embarazo. Se llevan a cabo cultivos anovaginales en busca de estreptococos del grupo B, y se inicia la profilaxis adecuada. Se realizan análisis de orina y urocultivo en busca de cistitis y pielonefritis. Se realizan cultivos cervicales para confirmar las ETS si los hallazgos clínicos las sugieren. La mayoría de las mujeres con un diagnóstico presuntivo de trabajo de parto pretérmino no progresan hacia el parto. (Cáceres, 2016)

Tratamiento

- Antibióticos para estreptococos del grupo B, en espera de los resultados de los cultivos
- Tocolíticos
- Corticoides si la edad gestacional es < 34 semanas
- Progestágenos en futuros embarazos

En principio, se indican reposo en cama e hidratación.

Para el manejo del trabajo de parto pretérmino también puede incluir antibióticos, tocolíticos y corticosteroides. (Conde & Alkema , 2017)

Antibióticos

Antibióticos efectivos contra estreptococos del grupo B, en espera de cultivos anovaginales negativos. La elección incluye:

- Para mujeres sin alergia a la penicilina: penicilina G 5 millones de unidades IV, seguidas de 2,5 millones de unidades cada 4 h o ampicilina, 2 g IV seguidos de 1 g cada 4 h
- Para mujeres con alergia a la penicilina, pero bajo riesgo de anafilaxia (p. ej., erupción maculopapular con uso previo): cefazolina 2 g IV, seguidos de 1 g cada 8 h
- Para mujeres con alergia a la penicilina y un riesgo elevado de anafilaxia (p. ej., broncoespasmo, edema angioneurótico o hipotensión con uso previo, especialmente dentro de los 30 min de la exposición): clindamicina 900 mg IV cada 8 h o eritromicina 500 mg IV cada 6 h si los cultivos anovaginales muestran sensibilidad; si los cultivos documentan resistencia o los resultados no están disponibles, vancomicina 1 g IV cada 12 h (Manual MSD, 2020)

Tocolíticos

Si el cuello está dilatado, con frecuencia los tocolíticos (agentes que detienen las contracciones uterinas) pueden dilatar el trabajo de parto 48 h para poder dar corticoides a fin de reducir los riesgos del feto. Los tocolíticos incluyen:

- Sulfato de magnesio
- Un bloqueante de los canales de calcio
- Inhibidores de la prostaglandina

Ningún tocolítico es claramente la elección de primera línea; la elección debe individualizarse para minimizar los efectos adversos. (Manual MSD, 2019)

Se debe considerar la indicación de sulfato de magnesio IV en los embarazos < 32 sem. La exposición intrauterina al fármaco parece reducir el riesgo de disfunción neurológica grave (p. ej., debido a hemorragia intraventricular), incluyendo parálisis cerebral, en los recién nacidos. (Manual MSD, 2019)

Los inhibidores de las prostaglandinas pueden causar oligohidramnios transitorio. Están contraindicados después de las 32 semanas de gestación porque pueden causar un estrechamiento o el cierre del conducto arterioso. (Costello, 2019)

Corticosteroides

Si el feto tiene ≥ 24 semanas y < 34 semanas, las mujeres reciben corticosteroides salvo que el parto sea inminente. Se puede considerar la indicación de otro curso de corticosteroides en presencia de todos los siguientes hallazgos: (Nacional, 2015)

- El embarazo es < 34 semanas.
- Las mujeres corren el riesgo de dar a luz dentro de los siguientes 7 días.
- El último curso se administró ≥ 14 días antes.

Los corticoesteroides también deben considerarse en las circunstancias siguientes

- A una edad gestacional entre 34 semanas 0 días y 36 semanas 6 días si las mujeres corren el riesgo de dar a luz dentro de los 7 días próximos y no se han administrado corticoesteroides previamente.
- A partir de la edad gestacional de 23 semanas 0 días si existe un riesgo elevado de parto prematuro dentro de los 7 días siguientes.

Puede utilizarse uno de los siguientes corticosteroides:

- Betametasona 12 mg IM cada 24 h 2 dosis
- Dexametasona 6 mg IM cada 12 h 4 dosis

Estos corticoides aceleran la maduración de los pulmones fetales y disminuyen el riesgo de síndrome del distrés respiratorio neonatal, sangrado intracraneal y mortalidad. (OMS, Organización Mundial de la Salud , 2019)

Progestágenos

Se recomienda un progestágeno en futuros embarazos para las mujeres que tienen un parto pretérmino para reducir el riesgo de recurrencia. Este tratamiento se inicia durante el segundo trimestre y se continúa hasta justo antes de la finalización del embarazo.

Sin embargo, la evidencia que lo avala no es definitiva. Estudios anteriores mostraron reducciones significativas en el parto pretérmino y la morbilidad neonatal en las mujeres que habían tenido un parto pretérmino y que recibieron caproato de 17-alfa-hidroxiprogesterona

(17-OHPC). Pero en un estudio internacional reciente de mujeres que han tenido un parto prematuro, el 17-OHPC no fue más eficaz que el placebo. Estos resultados discrepantes han generado cierta controversia. La Society for Maternal-Fetal Medicine sugirió que estas discrepancias pueden reflejar diferencias entre las mujeres evaluadas (p. ej., predominio de origen caucásico y bajo riesgo). La Sociedad ha pedido estudios adicionales, pero afirma que es razonable tratar a las mujeres con riesgo muy alto de parto prematuro espontáneo con 17-OHPC. En la actualidad, el American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) ha reafirmado sus recomendaciones previas para el uso de un progestágeno en futuros embarazos cuando las mujeres presentan un riesgo elevado de parto prematuro recurrente espontáneo. Los médicos deben analizar los riesgos y los beneficios del tratamiento en mujeres con riesgo elevado; luego, las decisiones terapéuticas se toman en conjunto. (Manual MSD, 2020)

4.5.2. Ruptura prematura de las membranas ovulares

Una rotura de las membranas previa al trabajo de parto es la pérdida de líquido amniótico antes del inicio del trabajo de parto. El diagnóstico es clínico. El parto se recomienda cuando la edad gestacional es ≥ 34 semanas y generalmente está indicado cuando hay infección o compromiso fetal en forma independiente de la edad gestacional. (Manual MSD, 2019)

Casos de rotura de membranas antes del trabajo de parto puede ocurrir a término (≥ 37 semanas) o antes (llamada rotura prematura de membranas pretérmino si ocurre < 37 semanas). La rotura prematura de membranas pretérmino predispone al parto pretérmino.

La RPM en cualquier momento aumenta el riesgo de los siguientes:

- Infección en la mujer (infección intraamniótica [corioamnionitis]), en el recién nacido (sepsis), o ambos
- Presentación fetal anormal
- Desprendimiento prematuro de placenta

Los estreptococos del grupo B y *Escherichia coli* son causas comunes de infección. Otros microorganismos en la vagina también pueden causar infecciones.

Cuando se produce una rotura prematura de membranas puede aumentar el riesgo de hemorragia intraventricular en los recién nacidos; la hemorragia intraventricular puede dar lugar a trastornos del neurodesarrollo (p. ej., parálisis cerebral). (Cáceres, 2016)

La rotura prematura de membranas pretérmino prolongada antes de la viabilidad (a < 24 semanas) aumenta el riesgo de deformidades de los miembros (p. ej., posición anormal de las articulaciones) e hipoplasia pulmonar debido a la pérdida del líquido amniótico (denominado secuencia o síndrome de Potter). (Herediana, 2018)

El intervalo entre la rotura prematura de membranas y el inicio del trabajo de parto espontáneo (período latente) y el parto varía inversamente con la edad gestacional. A término, > 90% de las mujeres con rotura prematura de membranas comienzan con el trabajo de parto dentro de las 24 h; entre las 32 y las 34 semanas, el promedio del período de latencia es de 4 días. (Guías de Manejo de las complicaciones del Embarazo, 2017)

Signos y síntomas

Típicamente, a menos que aparezcan complicaciones de la RPM, el único síntoma es la pérdida de un chorro repentino de líquido por la vagina.

La presencia de fiebre, flujo vaginal abundante o fétido, dolor abdominal y taquicardia fetal, especialmente si no tiene proporción con la temperatura materna, sugiere una infección intraamniótica. (Manual MSD, 2019)

Diagnóstico

- Acumulación visible de líquido amniótico en la vagina o visualización de vérnix o meconio
- Evaluación del líquido vaginal que muestra helechificación o alcalinidad (color azul) en el papel de nitrazina
- A veces amniocentesis bajo guía ecográfica para confirmarlo

Se realiza un examen con espéculo estéril para verificar la rotura prematura de membranas, estimar la dilatación cervical, recoger líquido amniótico para pruebas de madurez pulmonar fetal y obtener muestras de cultivos cervicales. El tacto vaginal,

especialmente repetido, aumenta el riesgo de infección y es mejor evitarlo a menos que se anticipe un parto inminente. (Nacional, 2015)

Debe establecerse la posición fetal. Si la infección subamínica intraamniótica es motivo de preocupación, una amniocentesis (obtención de líquido amniótico usando la técnica estéril) puede confirmar la infección. (Manual MSD, 2019)

Tratamiento

- Extracción del feto si hay compromiso fetal, infección o la edad gestacional es ≥ 34 semanas
- De otro modo, reposo pelviano, monitorización estricta, antibióticos y, a veces, corticoides

El manejo de la RPM requiere evaluar los riesgos de infección si se posterga el parto frente a los riesgos por inmadurez fetal cuando el parto es inmediato. Ninguna estrategia es correcta, pero en general los signos de compromiso fetal o de infección (p. ej., resultados de los estudios fetales persistentemente preocupantes, dolor uterino más fiebre) son indicación de realizar el parto. De otra manera, el parto puede postergarse por un período variable si los pulmones fetales aún están inmaduros o si el trabajo de parto puede iniciarse espontáneamente (o sea, en la última etapa del embarazo). (Herediana, 2018)

La inducción del trabajo de parto se recomienda cuando la edad gestacional es ≥ 34 semanas.

4.5.3. Embarazo prolongado.

Hablamos de un embarazo postérmino en una gestación que dura ≥ 42 semanas. La vigilancia prenatal se debe considerar a las 41 semanas. La inducción del trabajo de parto debe considerarse después de las 41 semanas y se recomienda después de las 42 semanas. La precisión de la estimación de la edad gestacional es esencial para el diagnóstico de embarazo postérmino. En mujeres con ciclos menstruales normales, la edad gestacional puede estimarse basándose en el primer día del último período menstrual normal. Si la edad gestacional es incierta o inconsistente con la fecha de la última menstruación, la ecografía en la primera mitad del embarazo (hasta las 20 semanas) es el método más exacto, con una

variación aceptada de +/− 7 días. Más adelante en la gestación, la variación aumenta +/− 14 días para las 20 o 30 semanas y +/− 21 días después de las 30 semanas. (Ecuador, 2013)

El embarazo postérmino aumenta los riesgos para la mujer y el feto. Los riesgos incluyen:

- Crecimiento fetal anormal (macrosomía y síndrome de posmadurez fetal)
- Oligohidramnios
- Líquido amniótico meconial
- Resultados preocupantes en las pruebas fetales
- Muerte fetal y neonatal
- Necesidad de cuidados intensivos neonatales
- Distocia (trabajo de parto difícil o anormal)
- Cesárea
- Laceraciones perineales
- Hemorragia posparto

La posmadurez se refiere a la condición del feto que se produce cuando la placenta ya no puede mantener un medio ambiente saludable para el crecimiento y el desarrollo, por lo general debido a que el embarazo ha durado demasiado. El feto puede tener piel seca con descamación, uñas demasiado largas, una gran cantidad de pelo en el cuero cabelludo, pliegues marcados en palmas y plantas, falta de depósito de grasa y la piel teñida de color verde o amarillo por la presencia de meconio. Existe riesgo de aspiración de meconio. (Manual MSD, 2020)

Tratamiento

- Inducción del trabajo de parto

Si hay evidencia de compromiso fetal o de oligohidramnios, hay que extraer al feto. La inducción del trabajo de parto se puede considerar a las 41 a 42 sem, sobre todo si el cuello uterino es favorable, y se recomienda después de las 42 semanas. (Costello, 2019)

4.6.Trastornos hipertensivos del embarazo.

Es una de las complicaciones médicas más frecuente del embarazo. Aproximadamente un 7 a 10 % de los embarazos se complican con hipertensión. Los Trastornos hipertensivos se asocian con un aumento de los índices de mortalidad maternal y perinatal y se presentan como un amplio espectro de manifestaciones que abarcan desde una elevación mínima de la presión arterial, como signo solitario, hasta una hipertensión severa con disfunción de diversos órganos y sistemas. (OMS, Organización Mundial de la Salud , 2019)

Toda paciente con esta patología debe ser manejada por especialista Ginecólogo Obstetra. En 2017, el American College of Cardiology (ACC) y la American Heart Association (AHA) publicaron nuevas pautas para la evaluación de la hipertensión arterial. Estos disminuyeron los valores para definir la hipertensión arterial de la siguiente manera:

- Normal: < 120/80 mmHg
- Elevado: 120 a 129/< 80 mmHg)
- Hipertensión en estadio 1: 130-139/80-89 mmHg
- Hipertensión arterial estadio 2: ≥ 140/90 mmHg

La ACOG (American College of Obstetricians and Gynecologists) define la hipertensión crónica como tensión arterial sistólica ≥ 140 mm Hg o tensión arterial diastólica ≥ 90 mm Hg en 2 ocasiones antes de las 20 semanas de edad gestacional. Los datos sobre el efecto de la hipertensión según lo definido por el ACC/AHA durante el embarazo son limitados. Por lo tanto, es probable que el manejo del embarazo evolucione. (Herediana, 2018)

Hipertensión durante el embarazo puede clasificarse como:

- *Crónica:* la tensión arterial es alta antes del embarazo o antes de las 20 semanas de gestación. La hipertensión crónica complica el 1 a 5% de todos los embarazos.
- *Gestacional:* la hipertensión aparece después de las 20 semanas de gestación (típicamente, después de la semana 37) y remite después de la sexta semana posparto; aparece en el 5 o 10% de los embarazos, más comúnmente en embarazos multifetales.

Ambos tipos de hipertensión aumentan el riesgo de preeclampsia y de eclampsia, así como de otras causas de morbimortalidad materna, incluidos:

- Encefalopatía hipertensiva
- Accidente cerebrovascular
- Insuficiencia renal
- Insuficiencia ventricular izquierda
- Síndrome HELLP (hemólisis, enzimas hepáticas elevadas y recuento bajo de plaquetas)

El riesgo de morbimortalidad fetal aumenta debido a la disminución del flujo sanguíneo uteroplacentario, que puede causar vasoespasmo, restricción del crecimiento, hipoxia y desprendimiento de placenta. La evolución empeora si la hipertensión es grave (tensión arterial sistólica ≥ 160 mm Hg, tensión arterial diastólica ≥ 110 mm Hg o ambos) o está acompañada por insuficiencia renal (p. ej., depuración de creatinina < 60 mL/min, creatinina sérica > 2 mg/dL [> 180 μmol/L]). (Costello, 2019)

Diagnóstico

- Estudios para descartar otra causa de hipertensión

La tensión arterial se mide rutinariamente en las visitas prenatales. Si se registra una hipertensión grave en la primera visita en una mujer que no tiene un embarazo multifetal o una enfermedad trofoblástica, deben considerarse pruebas para descartar otras causas de hipertensión (p. ej., la estenosis de las arterias renales, la coartación de la aorta, el síndrome de Cushing, el lupus eritematoso sistémico y el feocromocitoma). (Conde & Alkema , 2017)

Tratamiento

- Para la hipertensión leve, deben adoptarse medidas conservadoras y luego administrar antihipertensivos si es necesario
- Primero se prueba con metildopa, beta-bloqueantes y bloqueantes de los canales de calcio
- Evitar la administración de inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (ECA), bloqueantes de los receptores de angiotensina II y antagonistas de la aldosterona

- Para la hipertensión moderada o grave, debe usarse un tratamiento antihipertensivo, control estricto y, si la condición empeora, posiblemente la terminación del embarazo o el parto, según la edad gestacional (Herediana, 2018)

Las recomendaciones para las formas de hipertensión crónica y gestacional son similares y dependen de la gravedad. Sin embargo, la hipertensión crónica puede ser más grave. En la hipertensión gestacional, el aumento de la PA a menudo se produce sólo al final de la gestación y puede no requerir tratamiento. (Cáceres, 2016)

- El tratamiento de la hipertensión moderada a grave sin insuficiencia renal durante el embarazo es controvertido; el problema es si el tratamiento mejora los resultados y si los riesgos del tratamiento médico supera los de la enfermedad no tratada. Como la circulación uteroplacentaria está dilatada al máximo y no puede autorregularse, la disminución de la tensión arterial materna con fármacos puede reducir abruptamente el flujo de sangre uteroplacentaria. Los diuréticos reducen el volumen efectivo de sangre circulante materna; una reducción consistente aumenta el riesgo de restricción del crecimiento fetal. Sin embargo, la hipertensión con insuficiencia renal se trata, aunque la hipertensión sea sólo leve o moderada.
- Para la hipertensión leve a moderada (presión arterial sistólica 140/90 a 159/100 mmHg o presión arterial diastólica 90 a 109 mmHg) con tensión arterial lábil, la reducción de la actividad física puede disminuir la presión y mejorar el crecimiento fetal, haciendo que el riesgo perinatal se vuelva similar al de las mujeres sin hipertensión. Sin embargo, si este manejo conservador no disminuye la tensión arterial, muchos expertos recomiendan el tratamiento con medicamentos. Las mujeres que estaban tomando metildopa, un beta-bloqueante, un bloqueante de los canales de calcio o una combinación antes del embarazo pueden seguir tomando estos medicamentos. Sin embargo, los inhibidores de la ECA y los bloqueadores del receptor de angiotensina deben interrumpirse en cuanto se confirma el embarazo.
- En la hipertensión grave (tensión arterial sistólica > 160 mmHg o diastólica > 110 mmHg), está indicada la terapia farmacológica. El riesgo de complicaciones maternas (progresión de una disfunción de órganos terminales, preeclampsia) y fetales

(prematurez, restricción del crecimiento, mortinatos) se incrementa significativamente. Pueden requerirse varios antihipertensivos.

- Valores de la presión arterial sistólica > 180 mmHg o presión arterial diastólica > 110 mmHg se requiere evaluación inmediata. Con frecuencia se requieren múltiples fármacos. Además, puede ser necesaria la internación por bastante tiempo en la parte final del embarazo. Si la condición de la mujer empeora, se recomienda la terminación del embarazo. (Herediana, 2018)

Fármacos

Los agentes de primera línea durante el embarazo incluyen

- Metildopa
- Beta-bloqueantes
- Bloqueantes de los canales de calcio

La dosis inicial de metildopa es de 250 mg por vía oral 2 veces al día, aumentada según necesidad hasta un total de 2 g/día a menos que aparezcan somnolencia excesiva, depresión o hipotensión ortostática sintomática. (Manual MSD, 2019)

El betabloqueante más comúnmente usado es el labetalol (un betabloqueante con algunos efectos bloqueantes alfa1), que puede usarse solo o con metildopa una vez alcanzada la dosis diaria máxima de este agente. La dosis usual de labetalol es de 100 mg 2 o 3 veces al día, y puede aumentarse según necesidad hasta una dosis diaria total máxima de 2.400 mg. Los efectos adversos de los beta-bloqueantes incluyen aumento del riesgo de restricción del crecimiento fetal, disminución de los niveles de energía materna y depresión materna. (Manual MSD, 2019)

Puede preferirse la nifedipina de liberación lenta, un bloqueante de los canales de calcio, porque puede administrarse 1 vez al día (dosis inicial de 30 mg; dosis máxima diaria de 120 mg); los efectos adversos incluyen cefaleas y edema pretibial. Los diuréticos tiazídicos sólo se utilizan para el tratamiento de la hipertensión crónica durante el embarazo si el beneficio potencial supera el posible riesgo para el feto. La dosis puede ser ajustada para minimizar los efectos adversos como la hipopotasemia. (Manual MSD, 2020)

Varias clases de antihipertensivos deben evitarse durante el embarazo:

- Inhibidores de la ECA: están contraindicados porque aumentan el riesgo de anomalías del tracto urinario fetal.
- Los bloqueantes del receptor de la angiotensina II están contraindicados, ya que aumentan el riesgo de la disfunción renal fetal, hipoplasia pulmonar, malformaciones esqueléticas, y la muerte.
- Antagonistas de la aldosterona: (espironolactona y eplerenona) deben evitarse porque puede producir feminización de los fetos masculinos. (Guías de Manejo de las complicaciones del Embarazo, 2017)

5. Metodología

5.1.Enfoque

Cuantitativo

5.2. Tipo de diseño utilizado

Descriptivo, transversal y retrospectivo.

5.3.Unidad de Estudio

Centro de Salud Universitario de Motupe, ubicado al norte de la ciudad de Loja, en la calle Chantaco, entre la Av. 8 de diciembre y Chuquiribamba, perteneciente al barrio Motupe Bajo, perteneciente a la parroquia San Juan del Valle, Loja – Ecuador.

5.4. Período

El período en que se desarrolló el estudio fue desde octubre de 2020 hasta agosto de 2021

5.5. Universo

Estuvo constituido por 318 embarazadas que fueron atendidas en el Centro de Salud Universitario Motupe – Loja durante el periodo octubre 2020 agosto 2021,

5.6.Criterios de inclusión

- Mujeres embarazadas que se realizaron los controles prenatales en el Centro de Salud Universitario Motupe – Loja.
- Embarazadas entre 14 a 40 años de edad.
- Pacientes con comorbilidades.
- Pacientes con embarazos gemelares.
- Pacientes con embarazos previos.

5.7. Criterios de exclusión

- Embrazadas menores de 12 años y mayores de 40 años de edad
- Mujeres que no se realizaron los controles en el centro de salud Universitario de Motupe-Loja.
- Pacientes con historia clínica incompleta.
- Pacientes que se realizaron controles prenatales en un centro de atención privado.

5.8. Instrumentos

- Historias Clínicas de Gestantes atendidas en el Centro de Salud Universitario de Motupe – Loja.
- Hoja de recolección de datos para realizar la tabulación de los datos.

5.9.Procedimiento(s):

- El presente estudio se llevó a cabo primero con la revisión bibliográfica acerca de controles prenatales y complicaciones asociadas al embarazo, lo que permitió conocer si existe una oportuna cantidad de información.
- Se solicitó la aprobación del tema de trabajo de titulación por parte de la Gestoría Académica de la carrera.
- Pedir la pertinencia del trabajo de titulación por parte de un Docente de la institución, designado desde la Gestoría de la carrera.
- Solicitar la designación del Director o Directora de trabajo de titulación.
- Se solicitó el permiso a la institución correspondiente por parte de la Carrera de Medicina, dirigido a la directora de del Centro de Salud Universitario de Motupe
- Una vez aprobada la solicitud se procedió a la aplicación de los instrumentos de recolección de datos, que se describieron anteriormente como son las guías del MSP como de la OMS.
- Concluida la recolección de datos, se realizó la tabulación de la información.
- Una vez finalizada la tabulación de los datos se procedió a hacer el análisis estadístico a través de las hojas de cálculo de Microsoft Excel.
- Posteriormente, se elaboró la redacción de un primer informe.
- Cuando se presentó el primer informe, se esperó la revisión y corrección del informe final.
- Ya con la corrección del informe final, se solicitó la asignación de tribunal.
- Finalmente, se presentó el informe final ante un tribunal para sustentación privada.

5.10. Recursos humanos y materiales

5.10.1. Recursos humanos

- Estudiante investigador: Rafhael Alejandro Valarezo Muñoz
- Director de investigación: Dra. Karina Yesenia Calva Jiron. Esp.

- Pacientes embarazadas que fueron atendidas en el Centro de Salud Universitario de Motupe en el periodo comprendido desde octubre de 2020 hasta agosto de 2021

5.10.2. Recursos materiales

- Computadora.
- Impresora.
- Materiales de oficina (papel, lápiz, fotocopias, usb, etc).
- Internet.
- Transporte.
- Hoja de recolección de datos.

5.11. Análisis estadístico

Luego de obtenida la información, se procedió a tabular los datos para lo cual se utilizó el programa de Microsoft Office Excel 2019, además del programa estadístico SPSS para prueba Chi2, y la presentación de los resultados serán presentados en tablas.

6. Resultados

6.1.Resultados para el primer objetivo

Identificar el número de controles prenatales que se realizan las gestantes atendidas en el Centro de Salud Universitario de Motupe - Loja

Tabla 1: Número de controles prenatales que se realizaron las pacientes embarazadas en el Centro de Salud Universitario de Motupe – Loja

Número de controles	***f***	**%**
1	9	2,83
2	16	5,03
3	41	12,89
4	105	33,02
5	147	**46,23**
Total	318	100,00

f: Frecuencia, **%**: Porcentaje.
Fuente: Base de datos del centro de salud universitario de Motupe – Loja.
Elaboración: Rafhael Alejandro Valarezo Muñoz.

Análisis: De las 318 pacientes que cumplieron los criterios de inclusión, el 46,23% (n=147) tuvieron 5 controles prenatales a lo largo de su embarazo, el 33,02% (n=105) recibieron 4 controles, seguidamente el 12,89% (n=41) se les realizo 3 controles prenatales, al 5,03% (n=16) tuvieron 2 controles, finalmente el 2,83% (n=9) recibieron un control prenatal en el transcurso de su embarazo.

6.2.Resultados para el segundo objetivo

Establecer las complicaciones más frecuentes en gestantes atendidas en el Centro de Salud Universitario de Motupe – Loja.

Tabla 2. Patologías más frecuentes en las pacientes embarazadas atendidas en el Centro de Salud Universitario de Motupe – Loja

Complicaciones	***f***	**%**
Diabetes gestacional	2	0,63
Trastornos hipertensivos	1	0,31
Infecciones	45	14,15
Otras complicaciones	119	37,42
Ninguna complicación	151	**47,48**
Total	318	100,00

f: Frecuencia, **%**: Porcentaje.
Fuente: Base de datos del centro de salud universitario de Motupe – Loja.
Elaboración: Rafhael Alejandro Valarezo Muñoz.

Análisis: De las 318 pacientes que cumplieron los criterios de inclusión, el 0,63% (n=2) presentaron diabetes gestacional, posteriormente el 0,31% (n=1) presento trastornos hipertensivos en el embarazo que abarcan la preclamsia, eclampsia y presión arterial alta; 14,15% (n=45) desarrollo infecciones durante su embarazo, el 37,42% (n=119) presentaron otras complicaciones y finalmente 47,48% (n=151) no presentaron ninguna complicación a lo largo de su embarazo.

6.3. Resultados para el tercer objetivo

Determinar la correlación que tienen los controles prenatales con el desarrollo de complicaciones en gestantes atendidas en el Centro de Salud Universitario de Motupe - Loja

Tabla 3. Correlación que tienen los controles prenatales con el desarrollo de complicaciones en gestantes atendidas en el Centro de Salud Universitario de Motupe - Loja

Control prenatal	**Complicaciones en el embarazo**											
	Diabetes gestacional		*Trastornos hipertensivos*		*Infecciones*		*Otra complicaciones*		*Ninguna complicación*		**Total**	
	f	%	***f***	%	***f***	%	***f***	**%**	***f***	%	***f***	%
1	0	0,00	0	0,00	1	0,31	5	1,57	3	0,94	9	2,83
2	0	0,00	0	0,00	3	0,94	3	0,94	10	3,14	16	5,03
3	1	**0,31**	0	0,00	4	1,26	18	5,66	18	5,66	41	12,89
4	1	**0,31**	0	0,00	20	**6,29**	48	**15,09**	36	11,32	105	33,02
5	0	0,00	1	**0,31**	17	5,35	45	14,15	84	**26,42**	147	**46,23**
Total	2	0,63	1	0,31	45	14,15	119	37,42	151	47,48	*318*	*100,00*

f: Frecuencia, **%**: Porcentaje.
Fuente: Base de datos del centro de salud universitario de Motupe – Loja.
Elaboración: Rafhael Alejandro Valarezo Muñoz.

Análisis: Como se demuestra en la tabla podemos ver que las pacientes que tienen 3 o 4 controles prenatales tuvieron 0,31% (n=1) casos de diabetes gestacional, con 5 controles prenatales solamente el 0,31% (n=1) presentaron presión arterial alta, el 14,15% (n=45) presentaron infecciones a lo largo de sus controles prenatales, el 37,42% (n=119) presento otras complicaciones en el embarazo, finalmente sobresale que el 47,48% (n=151) no presentó ninguna complicación durante el embarazo.

Tabla 4.

Chi cuadrado: Correlación que tienen los controles prenatales con el desarrollo de complicaciones en gestantes atendidas en el Centro de Salud Universitario de Motupe - Loja.

	Complicaciones del embarazo	
Control Prenatal	Chi-cuadrado	22.36
	Grados de libertad (gl)	16
	Significancia (p)	0,05

Fuente: *Cuestionario COPCORD y HAQ adaptados a las necesidades del investigador.*
Elaboración: *Rafhael Alejandro Valarezo Muñoz.*

Análisis: Con el valor de P= 0,13 se puede evidenciar que existe significancia estadística. Existe relación predominantemente la cual expresa que a mayor número de controles prenatales existe ninguna complicación durante el embarazo 47,48% (n=151), en segundo lugar, existen otras complicaciones que pueden presentarse durante el embarazo 37,42% (n=119), por ultimo durante el embarazo se producen infecciones lo cual se demostró con un porcentaje de 14,15% (n=45).

7. Discusión

El control prenatal (CPN) es un conjunto de acciones que involucra una serie de visitas de parte de la embarazada a la institución de salud y la respectiva consulta médica, con el objetivo de vigilar la evolución del embarazo, detectar tempranamente riesgos, prevenir complicaciones y prepararla para el parto, la maternidad y la crianza.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que el cuidado materno es una prioridad que forma parte de las políticas públicas como estrategia para optimizarlos resultados del embarazo y prevenir la mortalidad materna y perinatal. Recibir cuidados prenatales regulares desde el inicio del embarazo puede ayudar a disminuir el riesgo de tener problemas, ya que permite a los proveedores de atención médica diagnosticar, tratar o manejar afecciones antes de que se vuelvan serias, por lo cual el presente trabajo de investigación está orientado a establecer una relación entre el número de los controles prenatales y las complicaciones que se presentan por un déficit de los mismos en el Centro de Salud Universitario de Motupe de la ciudad de Loja.

De las pacientes en estudio, el 46,23% (n=147) tuvieron 5 controles prenatales a lo largo de su embarazo, el 33,02% (n=105) recibieron 4 controles, seguidamente el 12,89% (n=41) se les realizo 3 controles prenatales, al 5,03% (n=16) tuvieron 2 controles, finalmente el 2,83% (n=9) recibieron un control prenatal en el transcurso de su embarazo, resultados los cuales concuerdan con el estudio presentado por Amaya Sánchez-Gómez, en Ecuador en el año 2018 el estudio mostró que 94,1% de las mujeres había acudido a algún control prenatal, pero la asistencia al menos a cuatro controles fue 73,1%.

Solamente el 0,63% (n=2) presentaron diabetes gestacional, posteriormente el 0,31% (n=1) presento presión arterial alta durante el embarazo, 14,15% (n=45) desarrollo infecciones durante su embarazo, el 37,42% (n=119) presentaron otras complicaciones y finalmente 47,48% (n=151) no presentaron ninguna complicación a lo largo de su embarazo, esto desconcordia del estudio presentado por María Rode Gonzaga-Soriano,realizado en el hospital de Tijuana de Baja Californa donde se obtuvo los siguientes resultados, Hubo 44 muertes maternas (MM). Treinta (68%) asistieron a atención prenatal (AP), el promedio de citas fue de 3.8 y 18 (41%) tuvieron una AP adecuada (≥ 5 citas). Seis (14%) mujeres no

sabían que estaban embarazadas; 19 (43%), 21 (48%) y 4 (9%) de las MM fueron por causa obstétrica directa, indirecta y no obstétrica.

Como se demuestra en la tabla podemos ver que las pacientes que tienen 3 o 4 controles prenatales tuvieron 0,31% (n=1) casos de diabetes gestacional, con 5 controles prenatales solamente el 0,31% (n=1) presentaron presión arterial alta, el 14,15% (n=45) presentaron infecciones a lo largo de sus controles prenatales, el 37,42% (n=119) presento otras complicaciones en el embarazo, finalmente sobresale que el 47,48% (n=151) no presentó ninguna complicación durante el embarazo, lo cual está en discordancia con el estudio presentado por Emiliana Peña, Maritza Martínez que fue realizado en Ecuador en el año de 2019 el cual expresa que el 81 % de las complicaciones fueron consignadas como asociadas al aborto, sin especificar hemorragia, sepsis u otra condición; El 11.7% debidas a trastornos hipertensivos del embarazo, y un 7% vinculadas a hemorragia (embarazo ectópico, placenta previa y desprendimiento de placenta normalmente inserta). Este alto porcentaje de complicaciones vinculadas al aborto, probablemente guarde relación con la elevada demanda de atención por abortos en este servicio donde de cada 10 embarazadas atendidas por parto eutócico, seis embarazadas son atendidas por abortos.

Por ultimo tenemos el estudio presentado por Helen Paola Martínez Laos realizado en el hospital nacional Sergio e. Bernales en el periodo enero junio del 2019, Los casos fueron 169 y los controles 338. De los casos el 68.6% presentó alguna complicación en comparación con el 20.7% de los controles. Así mismo, 37.2% pacientes presentaron controles prenatales inadecuados. Y se encontró el no tener un control prenatal adecuado implica un riesgo aproximadamente 9 veces mayor de presentar alguna complicación (IC: 5.820 – 14.034).

A partir de los resultados obtenidos y la evidencia demostrada podemos concluir la correlación que tienen los controles prenatales con el desarrollo de complicaciones en gestantes atendidas en el Centro de Salud Universitario de Motupe - Loja.

8. Conclusiones

Mediante el presente estudio se pudo determinar que la mayoría de las gestantes atendidas en esta casa de salud cumplen con lo establecido por las guías de la Organización Mundial de la Salud las cuales establecen que, para llevar un embarazo normal, se deben cumplir con un mínimo de 5 controles prenatales.

Las complicaciones prenatales que más se observaron en la presente investigación comprenden alteraciones leves como (mareo, fatiga); entre las patologías secundariamente frecuentes tenemos las infecciones (genital y urinaria); además se obtuvo resultados prácticamente nulos de casos de trastornos hipertensivos en el embarazo.

Se demostró que existe relación entre los controles prenatales y las complicaciones en el embarazo dado que un correcto número de controles prenatales puede prevenir complicaciones, y en el caso de que se presenten puedan ser tratadas a tiempo con la finalidad de que no produzcan daño materno fetal, dado que en la consulta se realizan procedimientos y se brinda la información adecuada para no presentar estas complicaciones a lo largo del embarazo.

9. Recomendaciones

Al Ministerio de Salud Pública, continuar con la promoción de salud sobre los controles prenatales, además de seguir fomentando la culturización de la comunidad sobre el parto humanizado y, además, la importancia del embarazo familiar que es una de las nuevas técnicas las cuales incluye a toda la familia en el proceso de gestación que lleva la madre, con lo cual se logrará tener mayor apoyo de la familia e interés en esta etapa.

Para el centro de salud universitario de Motupe, seguir brindado el servicio de consulta prenatal a todas las embarazadas que se encuentran registradas en dicha casa de salud, además de que en cada consulta brinden la confianza y la información necesaria para que todas las pacientes embarazadas sigan concurriendo a sus citas médicas.

Por último, a los familiares de las personas embarazadas, que concurran a los controles con las pacientes, por lo menos la pareja en el caso de que se encuentre conviviendo con la gestante; brindar el apoyo necesario a las pacientes para que puedan llevar su estado de gestación de la mejor manera y sin ninguna complicación.

10. Bibliografía

Cáceres. (2016). El control prenatal: Una reflexión urgente. *Rev. Colombiana de Obstetricia y ginecología*.

Conde, A. A., & Alkema , L. (2017). *OMS*. Obtenido de https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality

Costello, A. (19 de Septiembre de 2019). *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

Ecuador, P. U. (2013).

Fdm, C. (2016). El control prenatal: Una reflexión urgente . *Rev. Colombiana de Obstetricia y ginecología* .

Guías de Manejo de las complicaciones del Embarazo. (2017). *Guías de Manejo de las complicaciones del Embarazo*, 147.

Herediana, R. M. (Julio de 2018). *Scielo*. Obtenido de Scielo: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1018-130X2002000300003&script=sci_arttext

Manual MSD. (Junio de 2019). *MSDmanuals*. Obtenido de https://www.msdmanuals.com/es-ec/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/anomal%C3%ADas-del-embarazo/placenta-previa

Manual MSD. (Junio de 2019). *MSDmanuals*. Obtenido de https://www.msdmanuals.com/es-ec/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/anomal%C3%ADas-del-embarazo/desprendimiento-de-plancenta-abruptio-placentae?query=desprendimiento%20de%20placenta

Manual MSD. (Enero de 2020). *msdmanuals*. Obtenido de https://www.msdmanuals.com/es-ec/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/anomal%C3%ADas-y-complicaciones-del-trabajo-de-parto-y-el-parto/trabajo-de-parto-pret%C3%A9rmino?query=parto%20pretermino

MARÍA LORENA ZONTA, G. T. (junio de 2007). *scielo*. Obtenido de https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-77122007000100009

Ministerio de Sanidad, P. S. (2016). *Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva Madrid.* Madrid.

MSP. (2016). *MSP*. Obtenido de salud.gob.ec: https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/GPC-CPN-final-mayo-2016-DNN.pdf

Nacional, L. H. (2015). *LA HORA Nacional*. Obtenido de https://www.lahora.com.ec/index.php/noticias/show/1101857356/-1/800_mujeres_mueren_diariamente_por_complicaciones_en_el_parto.html

NORMA PARA EL (CONE) EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD DEL ECUADOR . (18 de Julio de 2015). Obtenido de http://www.cit.org.ec/files/RO-No.-39S-del-18-07-2013.pdf

OMS. (2016). Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del Embarazo. En O. M. Salud.

OMS. (19 de Septiembre de 2019). *Organización Mundial de la Salud* . Obtenido de La Organización Mundial de la Salud (OMS), en su nuevo modelo de control

Pública, M. d. (2016). *Ecuador sin muerte maternas*. Obtenido de http://www.salud.gob.ec/ecuador-sin-muertes-maternas/.

Pública, M. d. (2016). *Salud.gob.ec*. Obtenido de https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/GPC-CPN-final-mayo-2016-DNN.pdf

Pública, M. d. (2019). *Ministerio de Salud Pública*. Obtenido de Ministerio de Salud Pública: https://www.salud.gob.ec/msp-emite-la-norma-cone-como-parte-de-la-estrategia-para-la-reduccion-de-muerte-materna-y-neonatal/

Ramirez, E. M. (2010). *ESTUDIO DE PARASITOSIS INTESTINALES Y DESNUTRICIÓN EN NIÑOS Y ADOLESCENTES DE LA LOCALIDAD LOMITAS (VEREDA HATOGRANDE), CUNDINAMARCA.* Bogota.

Revista Médica Clínica Las Condes. (Noviembre de 2018). Obtenido de ELSEVIER: https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-control-prenatal-S0716864014706340

salud, O. m. (2016). Obtenido de http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/maternalmortality/es/.

Villar, J., & Bergsjo, P. (2016). *MSP*. Obtenido de salud.gob.ec: https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/GPC-CPN-final-mayo-2016-DNN.pdf

11. Anexos

Anexo 1 Pertinencia del Proyecto de Titulación.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA — CARRERA DE MEDICINA HUMANA

MEMORÁNDUM Nro.0155 DCM-FSH-UNL

PARA: Sr. Rafhael Alejandro Valarezo Muñoz
ESTUDIANTE DE LA CARRERA DE MEDICINA

DE: Dra. Tania Cabrera
ENCARGADA DE LA GESTIÓN ACADÉMICA DE LA CARRERA DE MEDICINA

FECHA: 22 de marzo de 2021

ASUNTO: **APROBACIÓN DE TEMA E INFORME DE PERTINENCIA DEL PROYECTO DE TESIS**

Mediante el presente me permito informarle sobre el proyecto de investigación titulado: "CONTROL PRENATAL Y SUS COMPLICACIONES EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MOTUPE - LOJA", de su autoría, de acuerdo a la comunicación suscrita por la Dra. Karina Calva, Docente de la Carrera, con fecha 21 de marzo, una vez revisado y corregido se considera **aprobado y pertinente,** quedando el tema de la siguiente manera: **"CONTROL PRENATAL Y SUS COMPLICACIONES EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD UNIVERSITARIO DE MOTUPE – LOJA**", puede continuar con el trámite respectivo.

Firmado electrónicamente por:
TANIA VERONICA CABRERA PARRA

Dra. Tania Cabrera
ENCARGADA DE LA GESTIÓN ACADÉMICA DE LA CARRERA DE MEDICINA
C.c.- Archivo.
NOT

Anexo 2 Designación de director de Proyecto de Titulación.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

CARRERA DE MEDICINA HUMANA

MEMORÁNDUM Nro.0276 DCM-FSH-UNL

PARA: Dra. Karina Calva
DOCENTE DE LA CARRERA DE MEDICINA HUMANA

DE: Dra. Tania Cabrera
ENCARGADA DE LA GESTIÓN ACADÉMICA DE LA CARRERA DE MEDICINA

FECHA: 26 de mayo de 2021

ASUNTO: **Designar Director de Tesis**

Con un cordial saludo me dirijo a usted, con el fin de comunicarle que ha sido designada como Director de tesis del tema: "**CONTROL PRENATAL Y SUS COMPLICACIONES EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD UNIVERSITARIO DE MOTUPE – LOJA",** autoría del **Sr. Rafhael Alejandro Valarezo Muñoz**.

Con los sentimientos de consideración y estima.

Atentamente,

Firmado electrónicamente por:
TANIA VERONICA CABRERA PARRA

Dra. Tania Cabrera
ENCARGADA DE LA GESTIÓN ACADÉMICA DE LA CARRERA DE MEDICINA
C.c.- Archivo, Estudiante.
NOT

Anexo 3 Autorización para Recolección de Datos

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

CARRERA DE MEDICINA HUMANA

MEMORÁNDUM Nro.0284 DCM-FSH-UNL

PARA: Dr. Ángel Acaro
DIRECTOR DEL CENTRO DE SALUD UNIVERSITARIO DE MOTUPE

DE: Dra. Tania Cabrera
ENCARGADA DE LA GESTIÓN ACADÉMICA DE LA CARRERA DE MEDICINA

FECHA: 27 de mayo de 2021

ASUNTO: **SOLICITAR AUTORIZACIÓN PARA RECOLECCIÓN DE DATOS DEL PROYECTO 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 al **Sr. Rafhael Alejandro Valarezo Muñoz,** estudiante de la Carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja, para acceder a las historias clínicas de las pacientes embarazadas; información que servirá para cumplir con el trabajo de investigación denominado: "**CONTROL PRENATAL Y SUS COMPLICACIONES EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD UNIVERSITARIO DE MOTUPE – LOJA"**; trabajo que lo realizará bajo la supervisión de la **Dra. Karina Calva**, Catedrática de nuestra Institución.

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

Atentamente,

Firmado electrónicamente por:
TANIA VERONICA CABRERA PARRA

Dra. Tania Cabrera
ENCARGADA DE LA GESTIÓN ACADÉMICA DE LA CARRERA DE MEDICINA
Contacto del Sr. Rafhael Valarezo: correo: rafhael.valarezo@unl.edu.ec
C.c.- Archivo, Estudiante.
NOT

Anexo 4 Certificado de Inglés

Loja, 08 de noviembre de 2022

Yo, Melvin Alexis Álvarez Urrego, Licenciado en Pedagogía del Idioma Inglés, registro Nro.: 1031-2021-2370644

CERTIFICO:

Que el documento aquí compuesto es fiel traducción del idioma ingles del resumen de la tesis titulada "**CONTROL PRENATAL Y SUS COMPLICACIONES EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD UNIVERSITARIO DE MOTUPE - LOJA**" de la autoría de **RAFHAEL ALEJANDRO VALAREZO MUÑOZ**, con cedula de ciudadanía **1106089889** estudiante de la carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja.

Lo certifico en honor a la verdad pudiendo el interesado hacer uso de este documento como estime conveniente.

Melvin Alexis Álvarez Urrego

CI: 1900870609

Anexo 5 Instrumentos de Recolección de Datos

FACULTAD DE LA SALUD HUMANA
TITULACION DE MEDICINA

FICHA DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

TEMA: "Control prenatal y sus complicaciones en gestantes atendidas en el Hospital Universitario de Motupe - Loja**.**"

Nombre del paciente:			**Código:**
Fecha:	**Cédula:**	**Edad (años cumplidos):**	

☐ **Rural** ☐ **Urbano**

Fecha de nacimiento: _____.

Lugar de nacimiento: _____.

Lugar de residencia actual: _____.

Tiempo en lugar de residencia actual: _____(años).

Nº de Gestas: _____.

Hijos Vivos: _____.

Hijos Muertos: _____.

Parto normal: #_____.

Cesárea: #_____.

ESTADO CIVIL

- ☐ **Soltero (a)**
- ☐ **Casado (a)**
- ☐ **Unión libre**

- ☐ **Separado (a)**
- ☐ **Divorciado(a)**
- ☐ **Viudo (a)**

NIVEL DE ESTUDIOS

- ☐ **Primaria**
- ☐ **Bachillerato**
- ☐ **Técnico**
- ☐ **Tecnólogo**
- ☐ **Universitario**
- ☐ **Especialista**
- ☐ **Maestría / Doctorado**

¿CON QUIÉN VIVE?

- ☐ **Solo**
- ☐ **Con pareja**
- ☐ **Con familia**
- ☐ **Otros familiares**
- ☐ **Convivencia en pareja**
- ☐ **Otros**

SITUACIÓN SOCIO ECONOMICA:

- ☐ **Pobreza Extrema**
- ☐ **Clase Baja**
- ☐ **Clase Media**
- ☐ **Clase Alta**

SITUACIÓN LABORAL O TRABAJO: _____.

EDAD QUE TENIA EL MOMENTO DEL EMBARAZO: _____.

ANTECEDENTES FAMILIARES DE ENEFERMEDADES DURANTE EL EMBARAZO:

- ☐ **Si**
- ☐ **No**

¿Cuáles?
_____.

CONSUMO DE TÓXICOS:

- ☐ **Si**
- ☐ **No**

¿Cuáles?
_____.

¿NUMERO DE CONTROLES PRENATALES QUE SE HA REALIZADO HASTA EL MOMENTO?

_____.

¿PRESENTA DIFICULTADES PARA PODER ACUDIR A LOS CONTROLES PRENATALES?

- ☐ **Si**
- ☐ **No**

¿Cuáles?
_____.

¿PRESENTA COMPLICACIONES EN EL EMBARAZO?

- ☐ **Si**
- ☐ **No**

¿Cuáles?
_____.

DIAGNOSTICO PRINCIPAL:
_____.

TRATAMIENTO ACTUAL:
_____

Anexo 6 Base de Datos

Pacientes del año 2020

A	B	C	D	E	F	G	H	I
[	SEXC	FECHA DE NACIMIENTC	EDAD	GRUPO PRIORITARIO	LUGAR DE RESIDENCIA	CIE 1(	DIAGNOSTICO CIE 10	CONTROL PRENATA
1	Mujer	20/01/2001	19	Embarazadas	LOJA	Z728	OTROS PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL ESTILO DE VIDA	1
2	Mujer	22/02/1997	22	Embarazadas	LOJA	Z348	SUPERVISION DE OTROS EMBARAZOS NORMALES	5
3	Mujer	8/8/1994	25	Embarazadas	LOJA	Z358	SUPERVISION DE OTROS EMBARAZOS DE ALTO RIESGO	4
4	Mujer	17/02/2002	17	Embarazadas	LOJA	Z340	SUPERVISION DE PRIMER EMBARAZO NORMAL	5
5	Mujer	25/01/2000	20	Embarazadas	LOJA	Z348	SUPERVISION DE OTROS EMBARAZOS NORMALES	3
6	Mujer	10/6/1987	32	Embarazadas	LOJA	Z359	SUPERVISION DE EMBARAZO DE ALTO RIESGO, SIN OTRA ESPECIFICACION	4
7	Mujer	24/12/1993	26	Embarazadas	LOJA	Z348	SUPERVISION DE OTROS EMBARAZOS NORMALES	3
8	Mujer	22/06/2001	18	Embarazadas	LOJA	Z340	SUPERVISION DE PRIMER EMBARAZO NORMAL	5
9	Mujer	2/1/2000	20	Embarazadas	LOJA	Z348	SUPERVISION DE OTROS EMBARAZOS NORMALES	2
10	Mujer	19/06/1996	23	Embarazadas	LOJA	E669	OBESIDAD, NO ESPECIFICADA	4
11	Mujer	12/7/1992	27	Embarazadas	LOJA	Z348	SUPERVISION DE OTROS EMBARAZOS NORMALES	5
12	Mujer	10/5/2000	19	Embarazadas	LOJA	Z340	SUPERVISION DE PRIMER EMBARAZO NORMAL	5
13	Mujer	9/1/2000	19	Embarazadas	LOJA	Z348	SUPERVISION DE OTROS EMBARAZOS NORMALES	5
14	Mujer	12/1/1993	20	Embarazadas	LOJA	Z340	SUPERVISION DE PRIMER EMBARAZO NORMAL	3
15	Mujer	17/11/1993	26	Embarazadas	LOJA	O239	OTRAS INFECCIONES Y LAS NO ESPECIFICADAS DE LAS VIAS GENITOURINARIAS EN EL EMBARAZO	5
16	Mujer	7/3/1998	21	Embarazadas	LOJA	N760	VAGINITIS AGUDA	5
17	Mujer	12/4/1994	25	Embarazadas	LOJA	Z348	SUPERVISION DE OTROS EMBARAZOS NORMALES	3
18	Mujer	15/01/1978	42	Embarazadas	LOJA	Z717	CONSULTA PARA ASESORIA SOBRE EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA [VIH]	4
19	Mujer	14/04/1981	38	Embarazadas	LOJA	Z358	SUPERVISION DE OTROS EMBARAZOS DE ALTO RIESGO	5
20	Mujer	9/10/1992	27	Embarazadas	LOJA	O235	INFECCION GENITAL EN EL EMBARAZO	4
21	Mujer	2/6/1980	40	Embarazadas	LOJA	Z358	SUPERVISION DE OTROS EMBARAZOS DE ALTO RIESGO	1
22	Mujer	8/1/1994	25	Embarazadas	LOJA	Z235	NECESIDAD DE INMUNIZACION SOLO CONTRA EL TETANOS	4
23	Mujer	7/1/1989	30	Embarazadas	LOJA	E669	OBESIDAD, NO ESPECIFICADA	4
24	Mujer	14/05/1986	33	Embarazadas	LOJA	Z348	SUPERVISION DE OTROS EMBARAZOS NORMALES	5
25	Mujer	9/12/1988	31	Embarazadas	LOJA	Z349	SUPERVISION DE EMBARAZO NORMAL NO ESPECIFICADO	5
26	Mujer	4/10/1999	20	Embarazadas	LOJA	Z340	SUPERVISION DE PRIMER EMBARAZO NORMAL	5
27	Mujer	4/7/2001	18	Embarazadas	LOJA	Z353	SUPERVISION DE EMBARAZO CON HISTORIA DE INSUFICIENTE ATENCION PRENATAL	5
28	Mujer	31/08/2001	18	Embarazadas	LOJA	Z713	CONSULTA PARA INSTRUCCION Y VIGILANCIA DE LA DIETA	4
29	Mujer	1/12/1995	25	Embarazadas	LOJA	Z349	SUPERVISION DE EMBARAZO NORMAL NO ESPECIFICADO	3
30	Mujer	17/07/1996	23	Embarazadas	LOJA	Z340	SUPERVISION DE PRIMER EMBARAZO NORMAL	5
31	Mujer	26/05/1991	28	Embarazadas	LOJA	Z349	SUPERVISION DE EMBARAZO NORMAL NO ESPECIFICADO	5
32	Mujer	22/12/1995	24	Embarazadas	LOJA	Z351	SUPERVISION DE EMBARAZO CON HISTORIA DE ABORTO	4
33	Mujer	23/09/1997	22	Embarazadas	LOJA	N761	VAGINITIS SUBAGUDA Y CRONICA	5
34	Mujer	13/09/2001	18	Embarazadas	LOJA	Z348	SUPERVISION DE OTROS EMBARAZOS NORMALES	2
35	Mujer	13/10/1998	21	Embarazadas	LOJA	E669	OBESIDAD, NO ESPECIFICADA	3
36	Mujer	13/08/1998	21	Embarazadas	LOJA	K297	GASTRITIS, NO ESPECIFICADA	5
37	Mujer	4/4/1997	22	Embarazadas	LOJA	O233	INFECCION DE OTRAS PARTES DE LAS VIAS URINARIAS EN EL EMBARAZO	4
38	Mujer	11/1/1996	23	Embarazadas	LOJA	Z717	CONSULTA PARA ASESORIA SOBRE EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA [VIH]	4
39	Mujer	29/11/1979	40	Embarazadas	LOJA	Z358	SUPERVISION DE OTROS EMBARAZOS DE ALTO RIESGO	4
40	Mujer	6/10/1998	21	Embarazadas	LOJA	Z351	SUPERVISION DE EMBARAZO CON HISTORIA DE ABORTO	3
41	Mujer	12/8/1981	38	Embarazadas	LOJA	Z358	SUPERVISION DE OTROS EMBARAZOS DE ALTO RIESGO	5
42	Mujer	20/09/1995	24	Embarazadas	LOJA	Z713	CONSULTA PARA INSTRUCCION Y VIGILANCIA DE LA DIETA	4
43	Mujer	2/11/1999	20	Embarazadas	LOJA	Z348	SUPERVISION DE OTROS EMBARAZOS NORMALES	5
44	Mujer	14/05/1994	25	Embarazadas	LOJA	Z359	SUPERVISION DE EMBARAZO DE ALTO RIESGO, SIN OTRA ESPECIFICACION	5
45	Mujer	13/07/2001	18	Embarazadas	LOJA	Z717	CONSULTA PARA ASESORIA SOBRE EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA [VIH]	4
46	Mujer	24/11/1997	22	Embarazadas	LOJA	Z723	PROBLEMAS RELACIONADOS CON FALTA DE EJERCICIO FISICO	4
47	Mujer	11/9/1991	28	Embarazadas	LOJA	Z724	PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA DIETA Y HABITOS ALIMENTARIOS INAPROPIADOS	4
48	Mujer	9/9/1998	21	Embarazadas	LOJA	Z349	SUPERVISION DE EMBARAZO NORMAL NO ESPECIFICADO	5
49	Mujer	12/8/1984	35	Embarazadas	LOJA	Z723	PROBLEMAS RELACIONADOS CON FALTA DE EJERCICIO FISICO	1
50	Mujer	29/12/1991	28	Embarazadas	LOJA	K021	CARIES DE LA DENTINA	3
51	Mujer	30/04/1993	26	Embarazadas	LOJA	Z349	SUPERVISION DE EMBARAZO NORMAL NO ESPECIFICADO	5
52	Mujer	27/10/1988	31	Embarazadas	LOJA	K021	CARIES DE LA DENTINA	5
53	Mujer	18/10/1995	24	Embarazadas	LOJA	Z340	SUPERVISION DE PRIMER EMBARAZO NORMAL	5
54	Mujer	16/06/1999	20	Embarazadas	LOJA	J00X	RINOFARINGITIS AGUDA [RESFRIADO COMUN]	1
55	Mujer	14/03/1994	25	Embarazadas	LOJA	O342	ATENCION MATERNA POR CICATRIZ UTERINA DEBIDA A CIRUGIA PREVIA	5
56	Mujer	1/2/1991	23	Embarazadas	LOJA	O261	AUMENTO PEQUEÑO DE PESO EN EL EMBARAZO	3
57	Mujer	24/07/1996	23	Embarazadas	LOJA	Z723	PROBLEMAS RELACIONADOS CON FALTA DE EJERCICIO FISICO	4
58	Mujer	3/6/2001	18	Embarazadas	LOJA	Z723	PROBLEMAS RELACIONADOS CON FALTA DE EJERCICIO FISICO	2
59	Mujer	18/05/1998	21	Embarazadas	LOJA	O40X	POLIHIDRAMNIOS	5
60	Mujer	25/03/1987	32	Embarazadas	LOJA	Z348	SUPERVISION DE OTROS EMBARAZOS NORMALES	5
61	Mujer	11/6/1998	21	Embarazadas	LOJA	A630	VERRUGAS (VENEREAS) ANOGENITALES	4
62	Mujer	28/06/1990	29	Embarazadas	LOJA	Z713	CONSULTA PARA INSTRUCCION Y VIGILANCIA DE LA DIETA	4
63	Mujer	10/1/1986	33	Embarazadas	LOJA	Z713	CONSULTA PARA INSTRUCCION Y VIGILANCIA DE LA DIETA	4
64	Mujer	5/6/1997	22	Embarazadas	LOJA	Z352	SUPERVISION DE EMBARAZO CON OTRO RIESGO EN LA HISTORIA OBSTETRICA O REPRODUCTIVA	4
65	Mujer	12/3/1985	34	Embarazadas	LOJA	Z349	SUPERVISION DE EMBARAZO NORMAL NO ESPECIFICADO	5
66	Mujer	12/2/1979	40	Embarazadas	LOJA	E119	DIABETES MELLITUS TIPO 2, SIN MENCION DE COMPLICACION	3
67	Mujer	1/3/1991	29	Embarazadas	LOJA	Z359	SUPERVISION DE EMBARAZO DE ALTO RIESGO, SIN OTRA ESPECIFICACION	5
68	Mujer	8/2/1997	22	Embarazadas	LOJA	Z348	SUPERVISION DE OTROS EMBARAZOS NORMALES	5
69	Mujer	6/2/1994	25	Embarazadas	LOJA	O261	AUMENTO PEQUEÑO DE PESO EN EL EMBARAZO	5
70	Mujer	24/02/1990	29	Embarazadas	LOJA	N760	VAGINITIS AGUDA	4
71	Mujer	16/07/1981	38	Embarazadas	LOJA	Z349	SUPERVISION DE EMBARAZO NORMAL NO ESPECIFICADO	5
72	Mujer	17/02/1993	27	Embarazadas	LOJA	Z340	SUPERVISION DE PRIMER EMBARAZO NORMAL	3
73	Mujer	27/06/2002	17	Embarazadas	LOJA	O260	AUMENTO EXCESIVO DE PESO EN EL EMBARAZO	4
74	Mujer	30/08/1986	33	Embarazadas	LOJA	Z349	SUPERVISION DE EMBARAZO NORMAL NO ESPECIFICADO	5
75	Mujer	8/2/1997	22	Embarazadas	LOJA	Z348	SUPERVISION DE OTROS EMBARAZOS NORMALES	5
76	Mujer	6/8/1995	24	Embarazadas	LOJA	Z713	CONSULTA PARA INSTRUCCION Y VIGILANCIA DE LA DIETA	5
77	Mujer	31/08/1992	27	Embarazadas	LOJA	K021	CARIES DE LA DENTINA	1
78	Mujer	19/12/1997	22	Embarazadas	LOJA	Z717	CONSULTA PARA ASESORIA SOBRE EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA [VIH]	4
79	Mujer	2/3/2002	18	Embarazadas	LOJA	Z340	SUPERVISION DE PRIMER EMBARAZO NORMAL	3
80	Mujer	29/08/1998	21	Embarazadas	LOJA	Z348	SUPERVISION DE OTROS EMBARAZOS NORMALES	5
81	Mujer	9/7/2003	16	Embarazadas	LOJA	J029	FARINGITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	2
82	Mujer	24/03/1994	25	Embarazadas	LOJA	Z717	CONSULTA PARA ASESORIA SOBRE EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA [VIH]	5
83	Mujer	3/1/1992	27	Embarazadas	LOJA	Z348	SUPERVISION DE OTROS EMBARAZOS NORMALES	5
84	Mujer	12/11/1987	32	Embarazadas	LOJA	Z717	CONSULTA PARA ASESORIA SOBRE EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA [VIH]	4
85	Mujer	24/07/1996	23	Embarazadas	LOJA	Z713	CONSULTA PARA INSTRUCCION Y VIGILANCIA DE LA DIETA	4
86	Mujer	11/4/1994	25	Embarazadas	LOJA	Z713	CONSULTA PARA INSTRUCCION Y VIGILANCIA DE LA DIETA	5
87	Mujer	6/5/1993	26	Embarazadas	LOJA	Z340	SUPERVISION DE PRIMER EMBARAZO NORMAL	5
88	Mujer	3/1/1986	34	Embarazadas	LOJA	Z235	NECESIDAD DE INMUNIZACION SOLO CONTRA EL TETANOS	4
89	Mujer	6/1/1999	20	Embarazadas	LOJA	Z723	PROBLEMAS RELACIONADOS CON FALTA DE EJERCICIO FISICO	4
90	Mujer	28/11/1997	22	Embarazadas	LOJA	Z713	CONSULTA PARA INSTRUCCION Y VIGILANCIA DE LA DIETA	4
91	Mujer	18/10/1993	26	Embarazadas	LOJA	Z348	SUPERVISION DE OTROS EMBARAZOS NORMALES	3
92	Mujer	13/05/1996	23	Embarazadas	LOJA	N390	INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO	5
93	Mujer	26/12/1997	22	Embarazadas	LOJA	Z348	SUPERVISION DE OTROS EMBARAZOS NORMALES	5
94	Mujer	20/02/1991	29	Embarazadas	LOJA	Z348	SUPERVISION DE OTROS EMBARAZOS NORMALES	5
95	Mujer	15/01/2001	19	Embarazadas	LOJA	N760	VAGINITIS AGUDA	4

99	98	Mujer	7/9/1990	29	Embarazadas	LOJA	Z349	SUPERVISION DE EMBARAZO NORMAL NO ESPECIFICADO	5
100	99	Mujer	5/1/1985	35	Embarazadas	LOJA	Z723	PROBLEMAS RELACIONADOS CON FALTA DE EJERCICIO FISICO	3
101	100	Mujer	17/8/1998	21	arazadasPersona con Discapac	LOJA	N760	VAGINITIS AGUDA	5
102	101	Mujer	25/10/1998	21	Embarazadas	LOJA	Z723	PROBLEMAS RELACIONADOS CON FALTA DE EJERCICIO FISICO	4
103	102	Mujer	27/3/1990	30	Embarazadas	LOJA	O219	VOMITOS DEL EMBARAZO, NO ESPECIFICADOS	5
104	103	Mujer	5/4/1993	27	Embarazadas	LOJA	N300	CISTITIS AGUDA	5
105	104	Mujer	17/4/1993	21	Embarazadas	LOJA	Z348	SUPERVISION DE OTROS EMBARAZOS NORMALES	5
106	105	Mujer	22/12/1998	21	Embarazadas	LOJA	O235	INFECCION GENITAL EN EL EMBARAZO	3
107	106	Mujer	1/7/1997	22	arazadasPersona con Discapac	LOJA	Z723	PROBLEMAS RELACIONADOS CON FALTA DE EJERCICIO FISICO	5
108	107	Mujer	8/3/1989	31	Embarazadas	LOJA	Z348	SUPERVISION DE OTROS EMBARAZOS NORMALES	5
109	108	Mujer	14/7/1985	34	Embarazadas	LOJA	Z713	CONSULTA PARA INSTRUCCION Y VIGILANCIA DE LA DIETA	4
110	109	Mujer	29/4/1999	21	Embarazadas	LOJA	Z351	SUPERVISION DE EMBARAZO CON HISTORIA DE ABORTO	4
111	110	Mujer	8/7/2000	19	Embarazadas	LOJA	Z717	CONSULTA PARA ASESORIA SOBRE EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA [VIH]	4
112	111	Mujer	17/10/2002	17	Embarazadas	LOJA	Z348	SUPERVISION DE OTROS EMBARAZOS NORMALES	2
113	112	Mujer	8/2/1992	28	Embarazadas	LOJA	Z713	CONSULTA PARA INSTRUCCION Y VIGILANCIA DE LA DIETA	5
114	113	Mujer	20/12/1998	21	Embarazadas	LOJA	Z713	CONSULTA PARA INSTRUCCION Y VIGILANCIA DE LA DIETA	5
115	114	Mujer	17/7/1986	33	Embarazadas	LOJA	Z717	CONSULTA PARA ASESORIA SOBRE EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA [VIH]	4
116	115	Mujer	9/12/1995	24	arazadasPersona con Discapac	LOJA	R520	DOLOR AGUDO	5
117	116	Mujer	15/10/1998	21	Embarazadas	LOJA	Z359	SUPERVISION DE EMBARAZO DE ALTO RIESGO, SIN OTRA ESPECIFICACION	5
118	117	Mujer	3/1/1982	38	Embarazadas	LOJA	Z713	CONSULTA PARA INSTRUCCION Y VIGILANCIA DE LA DIETA	4
119	118	Mujer	31/10/2003	16	Embarazadas	LOJA	Z340	SUPERVISION DE PRIMER EMBARAZO NORMAL	5
120	119	Mujer	8/6/1986	33	Embarazadas	LOJA	Z349	SUPERVISION DE EMBARAZO NORMAL NO ESPECIFICADO	3
121	120	Mujer	5/8/1980	39	Embarazadas	LOJA	Z717	CONSULTA PARA ASESORIA SOBRE EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA [VIH]	4
122	121	Mujer	24/7/1996	23	Embarazadas	LOJA	Z713	CONSULTA PARA INSTRUCCION Y VIGILANCIA DE LA DIETA	5
123	122	Mujer	19/4/2001	18	Embarazadas	LOJA	Z359	SUPERVISION DE EMBARAZO DE ALTO RIESGO, SIN OTRA ESPECIFICACION	5
124	123	Mujer	1/7/1989	30	Embarazadas	LOJA	O261	AUMENTO PEQUEÑO DE PESO EN EL EMBARAZO	4
125	124	Mujer	17/2/1993	26	Embarazadas	LOJA	O261	AUMENTO PEQUEÑO DE PESO EN EL EMBARAZO	4
126	125	Mujer	3/2/1987	32	Embarazadas	LOJA	Z723	PROBLEMAS RELACIONADOS CON FALTA DE EJERCICIO FISICO	4
127	126	Mujer	13/8/1998	21	Embarazadas	LOJA	Z340	SUPERVISION DE PRIMER EMBARAZO NORMAL	3
128	127	Mujer	4/2/1995	24	Embarazadas	LOJA	Z391	ATENCION Y EXAMEN DE MADRE EN PERIODO DE LACTANCIA	4
129	128	Mujer	24/2/1992	27	Embarazadas	LOJA	Z911	HISTORIA PERSONAL DE INCUMPLIMIENTO DEL REGIMEN O TRATAMIENTO MEDICO	5
130	129	Mujer	2/4/1999	20	arazadasPersona con Discapac	LOJA	Z358	SUPERVISION DE OTROS EMBARAZOS DE ALTO RIESGO	4
131	130	Mujer	5/3/1993	27	Embarazadas	LOJA	Z348	SUPERVISION DE OTROS EMBARAZOS NORMALES	5
132	131	Mujer	1/10/1998	21	Embarazadas	LOJA	R11X	NAUSEA Y VOMITO	1
133	132	Mujer	10/3/1991	29	Embarazadas	LOJA	Z348	SUPERVISION DE OTROS EMBARAZOS NORMALES	3
134	133	Mujer	15/2/1993	27	Embarazadas	LOJA	N390	INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO	5
135	134	Mujer	18/5/1993	27	Embarazadas	LOJA	O235	INFECCION GENITAL EN EL EMBARAZO	5
136	135	Mujer	20/7/1994	25	Embarazadas	LOJA	Z724	PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA DIETA Y HABITOS ALIMENTARIOS INAPROPIADOS	4
137	136	Mujer	2/9/1984	35	Embarazadas	LOJA	Z713	CONSULTA PARA INSTRUCCION Y VIGILANCIA DE LA DIETA	2
138	137	Mujer	20/10/1985	34	Embarazadas	LOJA	Z348	SUPERVISION DE OTROS EMBARAZOS NORMALES	5
139	138	Mujer	7/9/1996	23	Embarazadas	LOJA	Z359	SUPERVISION DE EMBARAZO DE ALTO RIESGO, SIN OTRA ESPECIFICACION	4
140	139	Mujer	13/9/2002	17	Embarazadas	LOJA	D509	ANEMIA POR DEFICIENCIA DE HIERRO SIN OTRA ESPECIFICACION	3
141	140	Mujer	18/2/2004	16	Embarazadas	LOJA	Z358	SUPERVISION DE OTROS EMBARAZOS DE ALTO RIESGO	4
142	141	Mujer	23/2/1998	22	Embarazadas	LOJA	Z348	SUPERVISION DE OTROS EMBARAZOS NORMALES	5
143	142	Mujer	27/8/1998	21	Embarazadas	LOJA	N760	VAGINITIS AGUDA	5
144	143	Mujer	9/7/1992	27	Embarazadas	LOJA	N300	CISTITIS AGUDA	5
145	144	Mujer	8/2/1992	28	Embarazadas	LOJA	Z717	CONSULTA PARA ASESORIA SOBRE EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA [VIH]	4
146	145	Mujer	31/1/2001	19	Embarazadas	LOJA	Z717	CONSULTA PARA ASESORIA SOBRE EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA [VIH]	5
147	146	Mujer	5/2/2001	19	Embarazadas	LOJA	Z717	CONSULTA PARA ASESORIA SOBRE EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA [VIH]	4
148	147	Mujer	9/1/1994	26	Embarazadas	LOJA	N390	INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO	3
149	148	Mujer	3/6/2000	20	Embarazadas	LOJA	Z717	CONSULTA PARA ASESORIA SOBRE EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA [VIH]	5
150	149	Mujer	20/10/1984	35	Embarazadas	LOJA	U071	COVID-19, VIRUS IDENTIFICADO	4
151	150	Mujer	8/12/1996	23	Embarazadas	LOJA	Z340	SUPERVISION DE PRIMER EMBARAZO NORMAL	5
152	151	Mujer	25/7/2001	19	Embarazadas	LOJA	Z348	SUPERVISION DE OTROS EMBARAZOS NORMALES	5
153	152	Mujer	15/1/1995	25	Embarazadas	LOJA	B373	CANDIDIASIS DE LA VULVA Y DE LA VAGINA	5
154	153	Mujer	21/6/1995	25	Embarazadas	LOJA	Z348	SUPERVISION DE OTROS EMBARAZOS NORMALES	5
155	154	Mujer	6/5/1992	28	Embarazadas	LOJA	Z349	SUPERVISION DE EMBARAZO NORMAL NO ESPECIFICADO	5
156	155	Mujer	30/8/1987	32	Embarazadas	LOJA	Z349	SUPERVISION DE EMBARAZO NORMAL NO ESPECIFICADO	5
157	156	Mujer	23/8/1997	22	Embarazadas	LOJA	J00X	RINOFARINGITIS AGUDA [RESFRIADO COMUN]	2
158	157	Mujer	20/4/1999	21	Embarazadas	LOJA	N300	CISTITIS AGUDA	4
159	158	Mujer	15/7/1995	25	Embarazadas	LOJA	Z713	CONSULTA PARA INSTRUCCION Y VIGILANCIA DE LA DIETA	1
160	159	Mujer	19/11/1996	23	Embarazadas	LOJA	B373	CANDIDIASIS DE LA VULVA Y DE LA VAGINA	4
161	160	Mujer	5/12/2003	16	Embarazadas	LOJA	Z348	SUPERVISION DE OTROS EMBARAZOS NORMALES	5
162	161	Mujer	27/7/1999	21	Embarazadas	LOJA	Z723	PROBLEMAS RELACIONADOS CON FALTA DE EJERCICIO FISICO	3
163	162	Mujer	20/3/1999	20	Embarazadas	LOJA	Z717	CONSULTA PARA ASESORIA SOBRE EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA [VIH]	5
164	163	Mujer	5/3/1997	22	Embarazadas	LOJA	Z717	CONSULTA PARA ASESORIA SOBRE EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA [VIH]	5
165	164	Mujer	18/11/1994	25	Embarazadas	LOJA	E669	OBESIDAD, NO ESPECIFICADA	4
166	165	Mujer	15/1/1991	29	Embarazadas	LOJA	Z348	SUPERVISION DE OTROS EMBARAZOS NORMALES	5
167	166	Mujer	30/5/1990	30	Embarazadas	LOJA	Z348	SUPERVISION DE OTROS EMBARAZOS NORMALES	5
168	167	Mujer	26/2/1992	28	Embarazadas	LOJA	B373	CANDIDIASIS DE LA VULVA Y DE LA VAGINA	4
169	168	Mujer	11/2/1998	22	Embarazadas	LOJA	N760	VAGINITIS AGUDA	4
170	169	Mujer	18/11/1993	26	Embarazadas	LOJA	Z713	CONSULTA PARA INSTRUCCION Y VIGILANCIA DE LA DIETA	5
171	170	Mujer	29/9/1996	23	Embarazadas	LOJA	Z717	CONSULTA PARA ASESORIA SOBRE EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA [VIH]	5
172	171	Mujer	26/1/1993	27	Embarazadas	LOJA	O244	DIABETES MELLITUS QUE SE ORIGINA CON EL EMBARAZO	4
173	172	Mujer	8/2/1978	42	Embarazadas	LOJA	Z359	SUPERVISION DE EMBARAZO DE ALTO RIESGO, SIN OTRA ESPECIFICACION	5
174	173	Mujer	31/5/2003	17	Embarazadas	LOJA	N300	CISTITIS AGUDA	3
175	174	Mujer	1/12/1987	32	Embarazadas	LOJA	Z359	SUPERVISION DE EMBARAZO DE ALTO RIESGO, SIN OTRA ESPECIFICACION	4
176	175	Mujer	30/3/1991	29	Embarazadas	LOJA	Z348	SUPERVISION DE OTROS EMBARAZOS NORMALES	5
177	176	Mujer	1/12/2002	17	Embarazadas	LOJA	Z359	SUPERVISION DE EMBARAZO DE ALTO RIESGO, SIN OTRA ESPECIFICACION	5
178	177	Mujer	10/4/1988	32	Embarazadas	LOJA	Z251	NECESIDAD DE INMUNIZACION CONTRA LA INFLUENZA [GRIPE]	4
179	178	Mujer	28/3/1986	34	Embarazadas	LOJA	N760	VAGINITIS AGUDA	5
180	179	Mujer	16/8/1991	29	Embarazadas	LOJA	Z713	CONSULTA PARA INSTRUCCION Y VIGILANCIA DE LA DIETA	3
181	180	Mujer	5/2/1996	24	Embarazadas	LOJA	Z717	CONSULTA PARA ASESORIA SOBRE EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA [VIH]	4
182	181	Mujer	19/6/2001	19	Embarazadas	LOJA	Z713	CONSULTA PARA INSTRUCCION Y VIGILANCIA DE LA DIETA	4
183	182	Mujer	9/4/1993	27	Embarazadas	LOJA	E039	HIPOTIROIDISMO, NO ESPECIFICADO	5
184	183	Mujer	12/5/2000	20	Embarazadas	LOJA	Z717	CONSULTA PARA ASESORIA SOBRE EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA [VIH]	2
185	184	Mujer	11/4/1994	26	Embarazadas	LOJA	G400	EPILEPSIA Y SINDROMES EPILEPTICOS IDIOPATICOS RELACIONADOS CON LOCALIZACIONES (FOCALES)(PARCIALES	3
186	185	Mujer	24/5/1986	34	Embarazadas	LOJA	Z713	CONSULTA PARA INSTRUCCION Y VIGILANCIA DE LA DIETA	4
187	186	Mujer	25/8/1985	35	Embarazadas	LOJA	N760	VAGINITIS AGUDA	5
188	187	Mujer	24/10/1996	23	Embarazadas	LOJA	K020	CARIES LIMITADA AL ESMALTE	5
189	188	Mujer	16/1/1997	23	Embarazadas	LOJA	Z359	SUPERVISION DE EMBARAZO DE ALTO RIESGO, SIN OTRA ESPECIFICACION	4
190	189	Mujer	25/5/1987	33	Embarazadas	LOJA	Z723	PROBLEMAS RELACIONADOS CON FALTA DE EJERCICIO FISICO	4
191	190	Mujer	21/6/1984	36	Embarazadas	LOJA	Z348	SUPERVISION DE OTROS EMBARAZOS NORMALES	5
192	191	Mujer	15/7/2002	18	Embarazadas	LOJA	B373	CANDIDIASIS DE LA VULVA Y DE LA VAGINA	4
193	192	Mujer	4/11/1997	23	Embarazadas	LOJA	Z340	SUPERVISION DE PRIMER EMBARAZO NORMAL	5
194	193	Mujer	1/1/1997	23	Embarazadas	LOJA	Z713	CONSULTA PARA INSTRUCCION Y VIGILANCIA DE LA DIETA	3

Pacientes del año 2021

200	199	Mujer	18/8/2000	20	Embarazadas	LOJA	Z359	SUPERVISION DE EMBARAZO DE ALTO RIESGO, SIN OTRA ESPECIFICACION	5
201	200	Mujer	9/5/1993	27	Embarazadas	LOJA	Z349	SUPERVISION DE EMBARAZO NORMAL NO ESPECIFICADO	5
202	201	Mujer	20/7/1994	26	Embarazadas	LOJA	G442	CEFALEA DEBIDA A TENSION	4
203	202	Mujer	18/11/1982	38	Embarazadas	LOJA	O260	AUMENTO EXCESIVO DE PESO EN EL EMBARAZO	5
204	203	Mujer	13/1/1999	22	Embarazadas	LOJA	O260	AUMENTO EXCESIVO DE PESO EN EL EMBARAZO	5
205	204	Mujer	2/6/2000	20	Embarazadas	LOJA	Z713	CONSULTA PARA INSTRUCCION Y VIGILANCIA DE LA DIETA	4
206	205	Mujer	4/2/1996	24	Embarazadas	LOJA	Z349	SUPERVISION DE EMBARAZO NORMAL NO ESPECIFICADO	3
207	206	Mujer	3/12/1990	30	Embarazadas	LOJA	Z713	CONSULTA PARA INSTRUCCION Y VIGILANCIA DE LA DIETA	4
208	207	Mujer	28/4/2002	18	Embarazadas	LOJA	Z340	SUPERVISION DE PRIMER EMBARAZO NORMAL	5
209	208	Mujer	19/12/1995	25	Embarazadas	LOJA	Z713	CONSULTA PARA INSTRUCCION Y VIGILANCIA DE LA DIETA	5
210	209	Mujer	8/6/1992	28	Embarazadas	LOJA	I872	INSUFICIENCIA VENOSA (CRONICA) (PERIFERICA)	4
211	210	Mujer	9/7/1986	34	Embarazadas	LOJA	Z348	SUPERVISION DE OTROS EMBARAZOS NORMALES	5
212	211	Mujer	15/11/1979	41	Embarazadas	LOJA	O234	INFECCION NO ESPECIFICADA DE LAS VIAS URINARIAS EN EL EMBARAZO	5
213	212	Mujer	30/10/1997	23	Embarazadas	LOJA	Z349	SUPERVISION DE EMBARAZO NORMAL NO ESPECIFICADO	5
214	213	Mujer	24/9/1985	35	Embarazadas	LOJA	Z723	PROBLEMAS RELACIONADOS CON FALTA DE EJERCICIO FISICO	5
215	214	Mujer	10/4/1994	26	Embarazadas	LOJA	O342	ATENCION MATERNA POR CICATRIZ UTERINA DEBIDA A CIRUGIA PREVIA	3
216	215	Mujer	25/8/1985	35	Embarazadas	LOJA	O260	AUMENTO EXCESIVO DE PESO EN EL EMBARAZO	4
217	216	Mujer	17/12/1987	33	Embarazadas	LOJA	O235	INFECCION GENITAL EN EL EMBARAZO	2
218	217	Mujer	11/12/1993	27	Embarazadas	LOJA	Z713	CONSULTA PARA INSTRUCCION Y VIGILANCIA DE LA DIETA	4
219	218	Mujer	18/8/2002	18	Embarazadas	LOJA	Z724	PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA DIETA Y HABITOS ALIMENTARIOS INAPROPIADOS	5
220	219	Mujer	24/5/1986	34	Embarazadas	LOJA	Z713	CONSULTA PARA INSTRUCCION Y VIGILANCIA DE LA DIETA	4
221	220	Mujer	14/8/1997	23	Embarazadas	LOJA	Z349	SUPERVISION DE EMBARAZO NORMAL NO ESPECIFICADO	5
222	221	Mujer	23/9/1996	24	Embarazadas	LOJA	Z359	SUPERVISION DE EMBARAZO DE ALTO RIESGO, SIN OTRA ESPECIFICACION	5
223	222	Mujer	23/5/2001	19	Embarazadas	LOJA	Z713	CONSULTA PARA INSTRUCCION Y VIGILANCIA DE LA DIETA	4
224	223	Mujer	15/3/1993	27	Embarazadas	LOJA	Z359	SUPERVISION DE EMBARAZO DE ALTO RIESGO, SIN OTRA ESPECIFICACION	4
225	224	Mujer	27/7/1999	21	Embarazadas	LOJA	Z349	SUPERVISION DE EMBARAZO NORMAL NO ESPECIFICADO	3
226	225	Mujer	17/2/1996	24	Embarazadas	LOJA	Z723	PROBLEMAS RELACIONADOS CON FALTA DE EJERCICIO FISICO	5
227	226	Mujer	20/9/1999	21	Embarazadas	LOJA	Z359	SUPERVISION DE EMBARAZO DE ALTO RIESGO, SIN OTRA ESPECIFICACION	4
228	227	Mujer	22/11/2005	16	Embarazadas	LOJA	Z717	CONSULTA PARA ASESORIA SOBRE EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA [VIH]	4
229	228	Mujer	10/8/1979	41	Embarazadas	LOJA	Z359	SUPERVISION DE EMBARAZO DE ALTO RIESGO, SIN OTRA ESPECIFICACION	5
230	229	Mujer	3/10/1990	30	Embarazadas	LOJA	Z713	CONSULTA PARA INSTRUCCION Y VIGILANCIA DE LA DIETA	3
231	230	Mujer	23/12/1987	33	Embarazadas	LOJA	Z713	CONSULTA PARA INSTRUCCION Y VIGILANCIA DE LA DIETA	1
232	231	Mujer	3/1/1992	29	Embarazadas	LOJA	O261	AUMENTO PEQUEÑO DE PESO EN EL EMBARAZO	5
233	232	Mujer	30/3/2006	14	Embarazadas	LOJA	Z713	CONSULTA PARA INSTRUCCION Y VIGILANCIA DE LA DIETA	2
234	233	Mujer	17/10/1998	22	Embarazadas	LOJA	Z349	SUPERVISION DE EMBARAZO NORMAL NO ESPECIFICADO	5
235	234	Mujer	8/3/1989	31	Embarazadas	LOJA	O439	TRASTORNO DE LA PLACENTA, NO ESPECIFICADO	5
236	235	Mujer	10/2/1999	21	Embarazadas	LOJA	Z713	CONSULTA PARA INSTRUCCION Y VIGILANCIA DE LA DIETA	4
237	236	Mujer	17/1/1997	23	Embarazadas	LOJA	Z723	PROBLEMAS RELACIONADOS CON FALTA DE EJERCICIO FISICO	4
238	237	Mujer	5/9/1980	40	Embarazadas	LOJA	Z358	SUPERVISION DE OTROS EMBARAZOS DE ALTO RIESGO	2
239	238	Mujer	21/8/2001	19	Embarazadas	LOJA	Z358	SUPERVISION DE OTROS EMBARAZOS DE ALTO RIESGO	5
240	239	Mujer	10/4/1988	32	Embarazadas	LOJA	O260	AUMENTO EXCESIVO DE PESO EN EL EMBARAZO	5
241	240	Mujer	17/2/1993	27	Embarazadas	LOJA	Z713	CONSULTA PARA INSTRUCCION Y VIGILANCIA DE LA DIETA	4
242	241	Mujer	20/9/2002	18	Embarazadas	LOJA	O288	OTROS HALLAZGOS ANORMALES EN EL EXAMEN PRENATAL DE LA MADRE	4
243	242	Mujer	1/1/1997	24	Embarazadas	LOJA	Z713	CONSULTA PARA INSTRUCCION Y VIGILANCIA DE LA DIETA	5
244	243	Mujer	21/1/2002	18	Embarazadas	LOJA	Z717	CONSULTA PARA ASESORIA SOBRE EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA [VIH]	5
245	244	Mujer	5/2/1995	25	Embarazadas	LOJA	Z359	SUPERVISION DE EMBARAZO DE ALTO RIESGO, SIN OTRA ESPECIFICACION	4
246	245	Mujer	17/5/1982	38	Embarazadas	LOJA	Z359	SUPERVISION DE EMBARAZO DE ALTO RIESGO, SIN OTRA ESPECIFICACION	3
247	246	Mujer	11/11/2005	15	Embarazadas	LOJA	O261	AUMENTO PEQUEÑO DE PESO EN EL EMBARAZO	5
248	247	Mujer	25/5/1987	33	Embarazadas	LOJA	Z349	SUPERVISION DE EMBARAZO NORMAL NO ESPECIFICADO	5
249	248	Mujer	10/9/1986	34	Embarazadas	LOJA	O235	INFECCION GENITAL EN EL EMBARAZO	4
250	249	Mujer	22/5/1989	31	Embarazadas	LOJA	Z359	SUPERVISION DE EMBARAZO DE ALTO RIESGO, SIN OTRA ESPECIFICACION	3
251	250	Mujer	8/12/1995	25	Embarazadas	LOJA	O260	AUMENTO EXCESIVO DE PESO EN EL EMBARAZO	5
252	251	Mujer	15/7/2002	18	Embarazadas	LOJA	Z349	SUPERVISION DE EMBARAZO NORMAL NO ESPECIFICADO	5
253	252	Mujer	3/5/1982	38	Embarazadas	LOJA	Z348	SUPERVISION DE OTROS EMBARAZOS NORMALES	5
254	253	Mujer	14/3/1985	35	Embarazadas	LOJA	Z359	SUPERVISION DE EMBARAZO DE ALTO RIESGO, SIN OTRA ESPECIFICACION	3
255	254	Mujer	25/7/1996	24	Embarazadas	LOJA	O021	ABORTO RETENIDO	5
256	255	Mujer	4/10/1996	24	Embarazadas	LOJA	Z349	SUPERVISION DE EMBARAZO NORMAL NO ESPECIFICADO	2
257	256	Mujer	13/3/2000	20	Embarazadas	LOJA	Z713	CONSULTA PARA INSTRUCCION Y VIGILANCIA DE LA DIETA	4
258	257	Mujer	29/6/1997	23	Embarazadas	LOJA	Z359	SUPERVISION DE EMBARAZO DE ALTO RIESGO, SIN OTRA ESPECIFICACION	4
259	258	Mujer	18/10/1984	36	Embarazadas	LOJA	Z713	CONSULTA PARA INSTRUCCION Y VIGILANCIA DE LA DIETA	4
260	259	Mujer	14/8/1997	23	Embarazadas	LOJA	N399	TRASTORNO DEL SISTEMA URINARIO, NO ESPECIFICADO	5
261	260	Mujer	5/1/1983	38	Embarazadas	LOJA	Z359	SUPERVISION DE EMBARAZO DE ALTO RIESGO, SIN OTRA ESPECIFICACION	3
262	261	Mujer	18/4/1989	31	Embarazadas	LOJA	Z348	SUPERVISION DE OTROS EMBARAZOS NORMALES	5
263	262	Mujer	13/5/2002	18	Embarazadas	LOJA	Z359	SUPERVISION DE EMBARAZO DE ALTO RIESGO, SIN OTRA ESPECIFICACION	5
264	263	Mujer	19/4/1998	22	Embarazadas	LOJA	O235	INFECCION GENITAL EN EL EMBARAZO	4
265	264	Mujer	7/4/1991	29	Embarazadas	LOJA	O239	OTRAS INFECCIONES Y LAS NO ESPECIFICADAS DE LAS VIAS GENITOURINARIAS EN EL EMBARAZO	4
266	265	Mujer	3/7/1997	23	Embarazadas	LOJA	Z349	SUPERVISION DE EMBARAZO NORMAL NO ESPECIFICADO	3
267	266	Mujer	3/2/1987	34	Embarazadas	LOJA	Z717	CONSULTA PARA ASESORIA SOBRE EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA [VIH]	5
268	267	Mujer	15/10/2001	19	Embarazadas	LOJA	Z713	CONSULTA PARA INSTRUCCION Y VIGILANCIA DE LA DIETA	4
269	268	Mujer	3/10/1991	29	Embarazadas	LOJA	O235	INFECCION GENITAL EN EL EMBARAZO	4
270	269	Mujer	6/11/1993	21	Embarazadas	LOJA	Z290	AISLAMIENTO	5
271	270	Mujer	19/6/2001	19	Embarazadas	LOJA	D509	ANEMIA POR DEFICIENCIA DE HIERRO SIN OTRA ESPECIFICACION	3
272	271	Mujer	15/3/1997	23	Embarazadas	LOJA	Z717	CONSULTA PARA ASESORIA SOBRE EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA [VIH]	5
273	272	Mujer	8/12/1996	24	Embarazadas	LOJA	Z349	SUPERVISION DE EMBARAZO NORMAL NO ESPECIFICADO	2
274	273	Mujer	13/1/1999	22	Embarazadas	LOJA	Z235	NECESIDAD DE INMUNIZACION SOLO CONTRA EL TETANOS	5
275	274	Mujer	8/6/1992	28	Embarazadas	LOJA	R000	TAQUICARDIA, NO ESPECIFICADA	4
276	275	Mujer	25/12/1992	28	Embarazadas	LOJA	Z349	SUPERVISION DE EMBARAZO NORMAL NO ESPECIFICADO	5
277	276	Mujer	4/10/2006	14	Embarazadas	LOJA	Z349	SUPERVISION DE EMBARAZO NORMAL NO ESPECIFICADO	5
278	277	Mujer	2/12/1990	30	Embarazadas	LOJA	O260	AUMENTO EXCESIVO DE PESO EN EL EMBARAZO	4
279	278	Mujer	5/2/1995	25	Embarazadas	LOJA	Z359	SUPERVISION DE EMBARAZO DE ALTO RIESGO, SIN OTRA ESPECIFICACION	5
280	279	Mujer	11/1/2001	20	Embarazadas	LOJA	O261	AUMENTO PEQUEÑO DE PESO EN EL EMBARAZO	4
281	280	Mujer	29/7/2000	20	Embarazadas	LOJA	Z723	PROBLEMAS RELACIONADOS CON FALTA DE EJERCICIO FISICO	4
282	281	Mujer	28/4/1986	34	Embarazadas	LOJA	Z235	NECESIDAD DE INMUNIZACION SOLO CONTRA EL TETANOS	3
283	282	Mujer	13/8/1989	21	Embarazadas	LOJA	N390	INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO	5
284	283	Mujer	6/5/2006	14	Embarazadas	LOJA	Z713	CONSULTA PARA INSTRUCCION Y VIGILANCIA DE LA DIETA	4
285	284	Mujer	5/10/2000	20	Embarazadas	LOJA	O239	OTRAS INFECCIONES Y LAS NO ESPECIFICADAS DE LAS VIAS GENITOURINARIAS EN EL EMBARAZO	5
286	285	Mujer	5/7/2002	18	Embarazadas	LOJA	Z713	CONSULTA PARA INSTRUCCION Y VIGILANCIA DE LA DIETA	4
287	286	Mujer	2/11/1988	32	Embarazadas	LOJA	Z359	SUPERVISION DE EMBARAZO DE ALTO RIESGO, SIN OTRA ESPECIFICACION	2
288	287	Mujer	10/5/1994	26	Embarazadas	LOJA	O235	INFECCION GENITAL EN EL EMBARAZO	4
289	288	Mujer	19/3/1995	25	Embarazadas	LOJA	O235	INFECCION GENITAL EN EL EMBARAZO	4
290	289	Mujer	2/4/1993	27	Embarazadas	LOJA	Z359	SUPERVISION DE EMBARAZO DE ALTO RIESGO, SIN OTRA ESPECIFICACION	5
291	290	Mujer	5/6/2000	20	Embarazadas	LOJA	Z359	SUPERVISION DE EMBARAZO DE ALTO RIESGO, SIN OTRA ESPECIFICACION	3
292	291	Mujer	29/7/2003	17	Embarazadas	LOJA	Z723	PROBLEMAS RELACIONADOS CON FALTA DE EJERCICIO FISICO	4
293	292	Mujer	26/9/1981	39	Embarazadas	LOJA	I10X	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	5
294	293	Mujer	27/11/1991	29	Embarazadas	LOJA	Z348	SUPERVISION DE OTROS EMBARAZOS NORMALES	5
295	294	Mujer	14/10/1993	27	Embarazadas	LOJA	N760	VAGINITIS AGUDA	4
296	295	Mujer	4/10/1995	25	Embarazadas	LOJA	Z713	CONSULTA PARA INSTRUCCION Y VIGILANCIA DE LA DIETA	4
297	296	Mujer	19/5/1981	39	Embarazadas	LOJA	Z359	SUPERVISION DE EMBARAZO DE ALTO RIESGO, SIN OTRA ESPECIFICACION	3
298	297	Mujer	28/4/2005	15	Embarazadas	LOJA	Z717	CONSULTA PARA ASESORIA SOBRE EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA [VIH]	5
299	298	Mujer	17/10/2000	20	Embarazadas	LOJA	Z349	SUPERVISION DE EMBARAZO NORMAL NO ESPECIFICADO	5
300	299	Mujer	3/2/2005	16	Embarazadas	LOJA	Z349	SUPERVISION DE EMBARAZO NORMAL NO ESPECIFICADO	5
301	300	Mujer	2/10/1994	26	Embarazadas	LOJA	Z349	SUPERVISION DE EMBARAZO NORMAL NO ESPECIFICADO	5
302	301	Mujer	1/2/1985	36	Embarazadas	LOJA	Z713	CONSULTA PARA INSTRUCCION Y VIGILANCIA DE LA DIETA	5
303	302	Mujer	24/8/1999	21	Embarazadas	LOJA	O235	INFECCION GENITAL EN EL EMBARAZO	3
304	303	Mujer	19/3/1988	33	Embarazadas	LOJA	Z359	SUPERVISION DE EMBARAZO DE ALTO RIESGO, SIN OTRA ESPECIFICACION	4
305	304	Mujer	20/12/1992	28	Embarazadas	LOJA	Z717	CONSULTA PARA ASESORIA SOBRE EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA [VIH]	2
306	305	Mujer	24/1/1994	27	Embarazadas	LOJA	Z349	SUPERVISION DE EMBARAZO NORMAL NO ESPECIFICADO	5
307	306	Mujer	18/4/2002	19	Embarazadas	LOJA	N760	VAGINITIS AGUDA	4
308	307	Mujer	28/4/1986	35	Embarazadas	LOJA	Z723	PROBLEMAS RELACIONADOS CON FALTA DE EJERCICIO FISICO	4
309	308	Mujer	29/12/2000	20	Embarazadas	LOJA	Z713	CONSULTA PARA INSTRUCCION Y VIGILANCIA DE LA DIETA	5
310	309	Mujer	10/4/1994	27	Embarazadas	LOJA	Z717	CONSULTA PARA ASESORIA SOBRE EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA [VIH]	5
311	310	Mujer	5/2/1995	26	Embarazadas	LOJA	Z359	SUPERVISION DE EMBARAZO DE ALTO RIESGO, SIN OTRA ESPECIFICACION	4
312	311	Mujer	5/1/1983	38	Embarazadas	LOJA	Z359	SUPERVISION DE EMBARAZO DE ALTO RIESGO, SIN OTRA ESPECIFICACION	3
313	312	Mujer	24/10/2003	17	Embarazadas	LOJA	Z723	PROBLEMAS RELACIONADOS CON FALTA DE EJERCICIO FISICO	4
314	313	Mujer	20/11/1987	33	Embarazadas	LOJA	Z251	NECESIDAD DE INMUNIZACION CONTRA LA INFLUENZA [GRIPE]	5
315	314	Mujer	10/12/1992	28	Embarazadas	LOJA	Z235	NECESIDAD DE INMUNIZACION SOLO CONTRA EL TETANOS	1
316	315	Mujer	12/12/1981	39	Embarazadas	LOJA	Z359	SUPERVISION DE EMBARAZO DE ALTO RIESGO, SIN OTRA ESPECIFICACION	4
317	316	Mujer	22/11/1981	39	Embarazadas	LOJA	R739	HIPERGLICEMIA, NO ESPECIFICADA	5
318	317	Mujer	3/3/2002	19	Embarazadas	LOJA	Z359	SUPERVISION DE EMBARAZO DE ALTO RIESGO, SIN OTRA ESPECIFICACION	5
319	318	Mujer	21/5/2004	17	Embarazadas	LOJA	Z349	SUPERVISION DE EMBARAZO NORMAL NO ESPECIFICADO	3

Activar Windows

Anexo 7: Certificación de tribunal de grado

Loja, 21 de noviembre del 2022

CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL DE GRADO

En calidad del tribunal calificador del trabajo de titulación titulado **"Control prenatal y sus complicaciones en gestantes atendidas en el Centro de Salud Universitario de Motupe - Loja.**" de la autoría del Sr. **Rafhael Alejandro Valarezo Muñoz**, portador de cédula de ciudadanía Nro. **1106089889** previo a la obtención del título de Médico General, certificamos que se ha incorporado las observaciones realizadas por los miembros del tribunal, por tal motivo se procede a la aprobación y calificación del trabajo de titulación de grado y la continuación de los trámites pertinentes para su publicación y sustentación pública.

APROBADO

Firmado electrónicamente por:
CELSA BEATRIZ
CARRION BERRU

…….
Dra. Celsa Beatriz Carrión Berrú.
PRESIDENTE DEL TRIBUNAL

Firmado electrónicamente por:
CESAR EDINSON
PALACIOS SOTO

……..
Dr. Cesar Edinson Palacios Soto.
MIEMBRO DEL TRIBUNAL

Firmado electrónicamente por:
PATRICIO RAFAEL
ESPINOSA
JARAMILLO

……
Dr. Patricio Rafael Espinosa Jaramillo.
MIEMBRO DEL TRIBUNAL