

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
UNIDAD CENTRAL
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE MEDICINA**



TITULO:

**RIESGO OBSTETRICO INICIAL EN LAS GESTANTES DE LAS UCSF
SAN NICOLÁS, EL OCOTAL Y AMATEPES, ENERO-JUNIO DE 2016.**

Informe Final Presentado Por:

José Alexander Lemus López.

María de los Ángeles Lemus Menjívar.

Brajan Alexander León Argueta.

Para Optar al Título de:

DOCTOR EN MEDICINA.

Asesor:

Dr. Efraín Mauricio Lima Calderón.

San Salvador, Octubre de 2016.

INDICE

Contenido

INTRODUCCION.....	i
OBJETIVOS.....	1
RESUMEN.....	2
MARCO TEORICO	3
ANTECEDENTES OBSTETRICOS.....	4
ANTECEDENTES MÉDICOS.....	10
EMBARAZO ACTUAL.....	13
ANTECEDENTES SOCIALES.....	27
DISEÑO METODOLOGICO	28
Operacionalización de variables.....	30
Presentación y resultado de datos.....	35
Conclusiones.....	48
Recomendaciones.....	49
Anexos.....	50
Bibliografía.....	58

INTRODUCCION.

La mortalidad materna ha sido uno de las condiciones más grandes que el Sistema Nacional de Salud enfrenta actualmente. A lo largo del tiempo esta problemática ha presentado un aumento exponencial, poniendo en riesgo el binomio madre – feto, la magnitud del problema es tal que representa uno de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM5) establecidos por la Organización de las Naciones Unidas, y que consiste en reducir las tasas de mortalidad materna en tres cuartas partes.

La mortalidad materna hace referencia a aquellas muertes de mujeres que se producen entorno al embarazo y el posparto. Las complicaciones relacionadas con el embarazo y el parto figuran entre las principales causas de mortalidad de las mujeres en edad de procrear. A nivel mundial, se estima que alrededor de medio millón de mujeres fallece cada año por causas relacionadas con el embarazo, encontrándose en su mayoría en la población que habita los países en desarrollo. En gran parte muchos de estas condiciones son prevenibles y ponen de manifiesto la injusticia social, la inequidad en el acceso a los servicios de salud, así como la detección tardía de los factores en cuestión. Se estima que el 15% de las embarazadas en América Latina presentan complicaciones mortales durante el embarazo, el parto y el puerperio.

Datos recolectados por el Ministerio de Salud de El Salvador en el año 2014, reflejó un incremento de la mortalidad materna de un 28.5% en comparación con el año 2013. Con la finalidad de dar cumplimiento al 5to Objetivo de Desarrollo del Milenio en el año 2003 la OMS presentó el nuevo modelo de control prenatal, en el que divide a las mujeres embarazadas en dos grupos: aquellas elegibles para recibir el control prenatal de rutina (llamado componente básico) y aquellas que necesitan cuidados especiales, determinados por sus condiciones particulares de salud o factores de riesgo, además implementó el “formulario de clasificación”, conocido hoy en día como “hoja filtro”; con la idea de utilizar el modelo en la primera visita prenatal a la clínica, así como en evaluaciones subsiguientes; para decidir que mujeres seguirán el componente básico del nuevo modelo y cuales requerirían cuidados especiales, convirtiendo a este proceso en una clasificación dinámica.

En evidencia del gran impacto que genera la mortalidad materna en la sociedad, así como la falta de estudios que hay en torno a este tema, se vuelve de suma importancia investigar cuales son las condiciones de riesgo presentes en las embarazadas para contribuir al desarrollo de políticas encaminadas a reducir los índices de morbilidad materna; por lo que en el presente trabajo centraremos la atención en los factores de riesgo inicial en las gestantes inscritas en las UCSF San Nicolás, El Ocotil y Amatepes en el período de Enero a Junio de 2016.

OBJETIVOS.

Objetivo General.

- Establecer el riesgo obstétrico presente en las gestantes al inicio del embarazo, en las UCSF San Nicolás, El Ocotol y Amatepes de Enero a Junio de 2016.

Objetivos Especificos.

- Identificar los factores de riesgo obstétrico más frecuentes, presentes en las gestantes de las UCSF San Nicolás, El Ocotol y Amatepes.
- Clasificar el riesgo obstétrico de las gestantes, en alto y bajo riesgo, de las UCSF San Nicolás, El Ocotol y Amatepes.

RESUMEN.

La presente investigación se titula: “Riesgo obstétrico inicial en las gestantes de las UCSF San Nicolás, El Ocotil y Amatepes, de enero –junio de 2016”, tiene como objetivo clasificar el riesgo de las embarazadas y conocer los principales factores de riesgo de las mujeres que asisten a su primer control prenatal en las áreas antes mencionadas.

Durante el período de estudio, se evaluaron a 61 mujeres a través de la inscripción prenatal y el llenado de la hoja filtro del MINSAL más otros factores sociodemográficos que conforman el instrumento de investigación.

Los resultados obtenidos: un 56% de mujeres del estudio presentaron factores de alto riesgo por lo que ameritan llevar controles especializados, mientras que el 44% presentaron factores de bajo riesgo.

De los antecedentes obstétricos el más frecuente fue la muerte neonatal previa con un 7%. De los antecedentes médicos el más frecuente fue la diabetes mellitus 2 con un 3%. Mientras que de los factores del embarazo actual fueron con un 20% gestantes menores de 15 años y con un 26% gestantes mayores de 35 años, además un 16% en mujeres del estudio presentaron desnutrición y el 10% presentaron obesidad.

En base a los resultados obtenidos se concluyó que los principales factores de riesgo encontrados son los extremos de la vida reproductiva, así como las alteraciones en el estado nutricional, tanto desnutrición como obesidad mórbida, lo que está relacionado al apareamiento de otras complicaciones asociadas.

MARCO TEORICO

Cada minuto a nivel mundial, una mujer muere a causa de su embarazo, sobre todo en los países en vías de desarrollo, lo que implica la pérdida de más de 10 millones de vidas en una generación.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda en el quinto Objetivo de Desarrollo del Milenio “mejorar la salud de las madres y reducir en tres cuartas partes la tasa de mortalidad materna”; es por ello que en El Salvador se han implementado diversos programas y lineamientos con la finalidad de reducir estas cifras. Es por esto que se incorporó la hoja filtro de control prenatal como una de las alternativas para la reducción de la mortalidad materna. La hoja filtro de control prenatal permite seleccionar el tipo de gestantes que están aptas para recibir un control prenatal rutinario o básico, de las gestantes que presentan algún tipo de condición que las hace ser candidatas a recibir un control prenatal especializado. Los puntos que se consideran para hacer dicha selección se encuentran agrupados en tres acápite que son los siguientes (anexo 1):

- Antecedentes Obstétricos.
- Historia médica general.
- Embarazo actual.

Dentro de cada enunciado se desglosan diversos tipos de factores de riesgo que comprometen de una u otra forma la evolución del embarazo, así como su finalización; por lo que es importante detallar cada uno de esos factores.

Definición de Riesgo obstétrico: es la probabilidad de una mujer embarazada o su futuro hijo de sufrir una enfermedad, injuria o muerte. Se considera que toda mujer embarazada tiene riesgo obstétrico, por lo que al consultar en cualquier establecimiento del sistema nacional de salud, deberá recibir atención en forma inmediata, prioritaria, integral y con un abordaje preventivo. Esto implica que la atención deberá ser brindada con calidez, en el momento oportuno, con las tecnologías apropiadas al nivel de atención, y de acuerdo al riesgo que presente la mujer, a fin de asegurarle servicios de calidad.

Los servicios preventivos para los adolescentes deben basarse en el conocimiento de la conducta y las condiciones médicas que pondrán en riesgo su futura salud, incluyendo el uso y abuso de drogas, las conductas

sexuales que incrementan el riesgo de embarazos no planeados, las enfermedades de transmisión sexual y el deterioro en la salud mental.

La obesidad, el tabaquismo y el alcoholismo son problemas prevenibles que tienen un gran impacto en la salud a largo plazo; la evaluación, el asesoramiento y la derivación a otros profesionales de salud es un componente de la atención primaria y de la valoración periódica de la salud.

La atención primaria destaca la importancia de mantener la salud, los servicios preventivos, la detección temprana de las enfermedades, y la disponibilidad y la continuidad de la atención.

Enfoque de la atención preventiva: en la atención sanitaria, el enfoque es pasar de la enfermedad a la prevención. Se están haciendo esfuerzos para promover medidas de detección efectivas que puedan tener un efecto beneficioso en la salud pública e individual.

Durante las evaluaciones periódicas, las pacientes deben ser asesoradas respecto a la prevención, basándose en su edad y factores de riesgo. La obesidad, el tabaquismo y el abuso del alcohol están asociados a problemas prevenibles, que pueden tener importantes repercusiones, a largo plazo para la salud. Por tanto, debe aconsejarse a los pacientes que dejen de fumar y que moderen su consumo de alcohol, y utilizar los recursos comunitarios apropiados conforme sea necesario. Deben reforzarse las conductas positivas para la salud, como una dieta saludable y hacer ejercicio con regularidad. Los ajustes pueden ser necesarios, dependiendo de la presencia de factores de riesgo, el estilo de vida y el estado socioeconómico actual de la mujer. Los refuerzos deben enfocarse en el control del peso, el ejercicio cardiovascular y la reducción de factores de riesgo asociados a la enfermedad cardiovascular y la diabetes.

ANTECEDENTES OBSTETRICOS.

Este apartado encierra todas las circunstancias relacionadas a embarazos previos, y permite conocer el entorno en el que estos se desarrollaron, así como el éxito en su finalización; también es posible tener una visión de los retos a los que se puede enfrentar la gestante en el embarazo actual. Entre los datos que se indagan en esta parte se incluyen muerte fetal o neonatal previa, antecedentes de 2 o más abortos, peso al nacer del último bebé; entre otros, que serán detallados más adelante. Acerca de esta última complicación, la mayor parte de los estudios hasta ahora no ha descubierto beneficios significativos de los regímenes profilácticos propuestos, como el tratamiento de vaginosis bacteriana u otros regímenes antimicrobianos, para

prevenir el parto prematuro espontáneo. El antecedente de un óbito es muy importante.

Cuando se identifican, las complicaciones específicas pueden tratarse como se describe en los análisis de estos temas, que se encuentran en capítulos siguientes de este libro.

- **Muerte fetal o neonatal previa:**

La muerte fetal es uno de los accidentes obstétricos más difíciles de enfrentar. Tanto la mujer embarazada como el feto, a pesar de cumplir con un proceso de carácter netamente fisiológico como es el embarazo, están expuestos a una serie de riesgos que amenaza su salud y vidas. Entre las probables complicaciones se encuentra la muerte fetal intrauterina. Se define muerte fetal intrauterina como “la muerte acaecida antes de la expulsión o extracción completa de la madre, del producto de la concepción, cualquiera haya sido la duración de la gestación”. Aunque algunos autores la definen como “el cese de la vida fetal a partir de las 20 semanas de gestación y con un peso mayor a 500 gramos”. Este problema alcanza frecuencias comprendidas entre el 7 a 10 por 1000 nacidos vivos en la mayoría de los países americanos. En cuanto a la etiología es muy diversa, y ellas pueden deberse a alteraciones fetales, maternas, placentarias, ambientales o ser de origen idiopática. Los factores de riesgo básicamente se basan en tres grandes categorías:

- a) **Macroambiente:** señala la situación económica y cultural de la embarazada.
- b) **Matroambiente:** engloba todas las otras características de la madre, no incluidas en el macroambiente.
- c) **Microambiente:** factores asociados al feto, placenta, cordón y líquido amniótico.

Una incapacidad para detectar los latidos cardíofetales durante el examen físico sugiere muerte fetal. Sin embargo esto no es concluyente y el óbito se debe confirmar mediante un estudio ecográfico. Sin embargo, es de vital importancia que se realice la investigación pertinente destinada a dilucidar la causa (o las causas) del óbito, y/o sus factores contribuyentes. Es importante preguntar a la embarazada sobre este factor de riesgo puesto que existen diversas situaciones que rodean una muerte fetal o neonatal.

- **Antecedentes de 2 o más abortos espontáneos previos:**

La palabra aborto proviene del latín aboriri —abortar. De acuerdo con el New Shorter Oxford Dictionary, el aborto es el nacimiento prematuro antes de que sea posible vivir. También significa la terminación inducida del embarazo para destruir al feto. Si bien el término se utiliza de manera indistinta en un contexto médico, el uso popular de la palabra aborto se refiere a la interrupción intencional del embarazo. Es por esta razón que muchos prefieren utilizar el término aborto espontáneo para referirse a la muerte del feto antes de su viabilidad. Para sumarse aún más a la confusión, el uso tan extendido de la ecografía y la gonadotropina coriónica humana sérica permiten identificar embarazos muy incipientes y se han creado términos para describirlos. Algunos ejemplos son la pérdida temprana del embarazo o el fracaso temprano del embarazo. A lo largo de esta obra se utilizarán todos estos términos en uno u otro momento.

La duración del embarazo también se emplea para definir y clasificar el aborto con fines estadísticos y legales. Por ejemplo, el National Center for Health Statistics, los Centers for Disease Control and Prevention y la Organización Mundial de la Salud definen el aborto como la terminación del embarazo antes de las 20 semanas de gestación o con un feto que pesa menos de 500 g.

- **Peso al nacer del último bebé <2500 gr. o >4000 gr.:**

Es importante tener conocimiento del peso del último bebé pues esto nos orienta a diversas patologías subyacentes a dicha situación, por ejemplo en relación a niños con bajo peso al nacer eso puede estar relacionado a estados de desnutrición de la madre, a partos prematuros, estados de restricción del crecimiento intrauterino, o a la edad de la madre (madre adolescente). Por otra parte los bebés nacidos con peso arriba de 4000 gr. pueden ser producto de madres diabéticas u obesas, y puede tener diversas complicaciones para la madre, como por ejemplo conllevar a ruptura uterina, atonía uterina, desgarros vaginales, hemorragias postparto, etc.

- **Hipertensión y/o preeclampsia/eclampsia en embarazos anteriores:**

La preeclampsia es una enfermedad de origen desconocido y multifactorial cuyo tratamiento definitivo es el parto, además de ser causal de repercusiones sobre la madre y el recién nacido, es motivo de hospitalizaciones prolongadas y repercusiones económicas para la familia, los establecimientos de salud y el sistema de salud del país. Este

trastorno hipertensivo multisistémico exclusivo del ser humano complica aproximadamente el 10% de todos los embarazos con una incidencia ligeramente mayor en los países en desarrollo, constituye una de las principales causas de muerte materna de causa obstétrica y es responsable de una alta morbi- mortalidad fetal. La eclampsia es la presencia de convulsiones tónico-clónicas focales o generalizadas, que ocurren la mayoría de las veces durante el trabajo de parto o el puerperio inmediato y complican uno de cada 2000 a 3000 embarazos teniendo una alta tasa de mortalidad. Aunque existen tantas teorías para explicar su origen, como investigadores se han abocado al tema, no está claro todavía cuál es su causa etiológica y quizás por ello no es posible todavía prevenirla eficazmente.

- **Isoinmunización Rh (-).**

Hay en la actualidad 29 grupos sanguíneos y más de 600 antígenos eritrocíticos que son reconocidos por la *International Society of Blood Transfusion*. Aunque algunos de ellos tienen importancia inmunológica y genética, muchos son tan excepcionales que resultan de escasa relevancia clínica. Toda persona que carece de un antígeno eritrocítico específico puede producir un anticuerpo cuando se expone a este antígeno. Tales anticuerpos pueden ser dañinos para la mujer si recibe transfusión sanguínea, o pueden ser nocivos para el feto durante ese embarazo. Por consiguiente, los bancos de sangre realizan en forma sistemática la detección de antígenos eritrocíticos.

La mayoría de las personas son portadoras de por lo menos un antígeno eritrocítico heredado de su padre pero que falta en su madre. Por lo consiguiente, la madre podría sensibilizarse si una cantidad suficiente de eritrocitos fetales llegará a su circulación y desencadenará una respuesta inmunitaria. Aun así, la isoinmunización es en realidad infrecuente por los siguientes motivos: (1) baja prevalencia de antígenos eritrocíticos incompatibles; (2) paso transplacentario insuficiente de antígenos fetales o anticuerpos maternos; (3) incompatibilidad ABO maternofetal, que desencadena una depuración rápida de las células fetales antes que produzcan una respuesta inmunitaria; (4) antigenicidad variable; y (5) una respuesta inmunitaria materna variable al antígeno, en el que algunos antígenos desencadena solo una respuesta mínima. Si se tiene en cuenta todos estos factores, no es de sorprender que para todas las embarazadas haya solo una posibilidad de 1% de D-isoinmunización hacia los seis meses después del parto y que la isoinmunización no siempre desencadene eritroblastosis fetal.

Se ha estudiado en forma muy amplia en las mujeres D-negativas la frecuencia de sensibilización a los antígenos eritrocíticos en cada etapa del embarazo. Una mujer D-negativa que da a luz un lactante D-positivo con ABO compatible tiene una posibilidad de isoimmunización de 16%. Cerca del 2% estará inmunizado para el momento del parto, 7% tendrá anticuerpo anti-D hacia los seis meses después del parto y el 7% restante estará "sensibilizado". En las mujeres sensibilizadas, se producen anticuerpos anti-D en concentraciones tan bajas que no se detectan durante o después del embarazo índice. En cambio, se identifican en una etapa temprana de un embarazo posterior cuando reaparece un estímulo por otro feto D positivo.

Sistema de Grupo Sanguíneo ABO.

Aunque la incompatibilidad para los antígenos del grupo sanguíneo principal A y B es la causa más frecuente de enfermedad hemolítica en el recién nacido, la anemia resultante suele ser leve. Alrededor del 20% de todos los lactantes tiene una incompatibilidad de grupo sanguíneo materno ABO, pero solo 5% tiene afectación clínica. La incompatibilidad de ABO es diferente de la incompatibilidad de CDE por diversas razones:

- La enfermedad ABO a menudo se presenta en lactantes primogénitos. Esto se debe a que la mayoría de las mujeres con grupo O tiene Isoaglutininas anti-A y anti-B antes del embarazo. Estas se atribuyen a la exposición a bacterias que despliegan antígenos similares.
- Casi todas las especies de anticuerpos anti-A y anti-B son inmunoglobulina M (IgM), que no pueden cruzar la placenta y, por lo tanto no pueden llegar a los eritrocitos fetales. Además, los eritrocitos fetales tienen menos sitios antigénicos A y B que las células de adulto y, por lo tanto, son menos inmunógenos. Por consiguiente, no es necesario vigilar la posible aparición de una hemólisis fetal y no está justificado un parto en etapa temprana.
- La enfermedad es siempre más leve que la isoimmunización D y pocas veces produce anemia importante. Es característico que los lactantes afectados no presenten eritroblastosis fetal, sino más bien anemia neonatal e ictericia, que se pueden tratar con fototerapia.

- o La isoimmunización ABO puede afectar a embarazos futuros, pero a diferencia de la enfermedad por CDE, pocas veces se vuelve progresivamente más grave.

Por estas razones, la isoimmunización ABO es una enfermedad de interés pediátrico más que obstétrico. Aunque no es necesaria la vigilancia prenatal, es esencial la observación neonatal cuidadosa ya que la hiperbilirrubinemia puede necesitar tratamiento. Éste suele consistir en fototerapia o exanguinotransfusión o transfusiones simples con sangre O- negativa.

Sistema de Grupo Sanguíneo CDE (Rhesus).

Este sistema comprende cinco proteínas o antígenos eritrocíticos: C, c, D, E y e. No se ha identificado ningún antígeno "d" y la negatividad para Rh o D se define como la abolición del antígeno D. Sin embargo, hay variantes del antígeno D que producen hemólisis. Algunas de estas comprenden D débil, D" y D parcial.

Los antígenos del sistema CDE tienen considerable importancia clínica porque muchas personas D-negativas se isoimmunización después de una sola exposición. Los dos genes causantes (D y CE) están ubicados en el brazo corto del cromosoma 1 y se heredan en forma conjunta, independientemente de otros genes de grupo sanguíneo. Al igual que muchos genes, su frecuencia varía según el origen racial. Los indios estadounidenses, los inuit y los chinos, así como otros pueblos asiáticos tienen 99% de positividad para D. Cerca del 93% de los estadounidenses de raza negra son D- positivos, pero sólo 87% de los caucásicos lo son. De todos los grupos raciales y étnicos estudiados hasta ahora, los vascos muestran la frecuencia más alta de negatividad para D.

Los antígenos C, c, E y e tienen menos inmunogenicidad que el antígeno D, pero también pueden causar eritroblastosis fetal. En todas las embarazadas se deben realizar análisis sistemáticos para detectar eritrocitos con antígenos D y anticuerpos irregulares en su suero y es necesario hacer esto solo una vez durante cada embarazo en las mujeres D-positivas.

Las muertes perinatales por enfermedad hemolítica causadas por inmunización D han disminuido de manera sorprendente desde que se adoptó la política de administrar de manera habitual y en forma preventiva inmunoglobulina D a todas las mujeres D- negativas

durante o inmediatamente después del embarazo. También se ha incrementado la supervivencia gracias a las transfusiones prenatales o el parto prematuro de los fetos afectados cuando es necesario. El advenimiento del tratamiento de transfusión fetal ha producido tasas de supervivencia superiores al 90% en la anemia grave sola y 70% cuando ha ocurrido hidropesía.

ANTECEDENTES MÉDICOS.

La asesoría previa a la concepción aborda todos los factores de riesgo pertinentes para la madre y el feto. Los aspectos generales incluyen cómo el embarazo afectará la salud materna y cómo un trastorno de alto riesgo podría afectar al feto. Por último, se brinda asesoría para mejorar el resultado. Casi cualquier trastorno médico, obstétrico o genético amerita cierta consideración antes del embarazo. Éstos se analizan en términos de riesgos maternos y fetales generales, y se ofrecen sugerencias para la valoración previa al embarazo.

□ Diabetes mellitus.

Como es bien conocida la patología materna y fetal asociada a la hiperglucemia, la diabetes es el prototipo de enfermedad para la cual es valiosa la asesoría previa a la concepción por los riesgos relacionados con la diabetes, tanto para la madre como para el feto. Lo más importante es que muchas de estas complicaciones pueden evitarse si se optimiza el control de la glucemia antes de la concepción.

La diabetes gestacional es la alteración en el metabolismo de los hidratos de carbono que se detecta por primera vez durante el embarazo, esta traduce una insuficiente adaptación a la insulino resistencia que se produce en la gestante.

Es la complicación más frecuente del embarazo y su frecuencia es variable según los distintos estudios, poblaciones y criterios diagnósticos utilizados.

Su importancia radica en que aumenta el riesgo de diversas complicaciones obstétricas como son el sufrimiento fetal, macrosomía y problemas neonatales, entre otros.

Entre los factores de riesgo para la DM tenemos:

1. Edad mayor de 45 años.
2. Adiposidad u obesidad.
3. Antecedentes familiares de diabetes.

4. Raza/etnia
5. Hipertensión (presión sanguínea de 140/90 mmHg o mayor)
6. Colesterol HDL \leq 35 mg/dL y/o triglicéridos \geq 250 mg/dL.
7. Antecedentes de diabetes gestacional o de parto de un hijo de más de 4 kg.

□ **Epilepsia:**

Epilepsia describe un trastorno en el que una persona tiene convulsiones recurrentes debido a un proceso crónico subyacente. Aproximadamente 1 de cada 200 mujeres grávidas presenta epilepsia. (0.5%). La misma conlleva algún riesgo importante para el embarazo. El control de las convulsiones en mujeres embarazadas con epilepsia es vital, pues las convulsiones maternas pueden tener consecuencias deletéreas. Los ataques se asocian a daños en el feto y en la madre. El tratamiento con drogas antiepilépticas es la principal modalidad terapéutica de esta enfermedad. Aunque la exposición a drogas antiepilépticas en el útero se ha asociado a un riesgo creciente de malformaciones fetales importantes, la mayoría de las mujeres con epilepsia requieren de medicación durante el embarazo, puesto que las convulsiones pueden ser por sí mismas potencialmente más dañinas que las malformaciones producidas por los antiepilépticos. Los efectos nocivos potenciales de la exposición de la droga antiepiléptica en embarazo se han reconocido bien pero los riesgos relativos de las exposiciones a las drogas antiepilépticas específicas siguen siendo mal entendidos. El ácido valproico, la carbamazepina, la fenitoína y el fenobarbital causan numerosas malformaciones congénitas como, defectos en el tubo neural, malformaciones genitourinarias, cardiovasculares, motoras entre otras. Debido a esto es necesario y de acuerdo con la mejor evidencia disponible actual sería recomendable que las mujeres continúen la medicación durante el embarazo usando monoterapia en la dosis más baja requerida para alcanzar control de las crisis. La politerapia debería ser evitada siempre y cuando haya control de las crisis. Por lo general, la asesoría previa a la concepción incluye esfuerzos para lograr el control con un solo fármaco y con los que se consideran menos teratógenos. Además de los antiepilépticos es indispensable que la gestante sea tratada con suplementos vitamínicos como el ácido fólico de manera profiláctica en dosis de 4 mg día, para evitar defectos del tubo neural durante toda su gestación y con vitamina K a dosis de 20 mg día durante el último mes de gestación para evitar hemorragias maternas como también se administrará inmediatamente al recién nacido 1mg IM. Tomando todo los recaudos necesarios para un buen control

prenatal para este tipo de pacientes, las posibilidades de llevar un embarazo a término sin complicaciones y obtener un recién nacido sano, serán reales.

Regímenes terapéuticos antiepilépticos y su relación con malformaciones congénitas mayores	
Régimen	Intervalo de malformaciones congénitas mayores (%)
Cualquier fármaco antiepiléptico	7.9
Lamotrigina sola	2.1-2.9
Carbamazepina sola	2.0-5.2
Fenobarbital solo	4.7-6.5
Fenitoína sola	3.4-10.5
Ácido valproico solo	8.6-16.7
Sin tratamiento	0.8-5.0
Población general	1.6-2.2

Jeha LE y Morris HH. Optimizing outcomes in pregnant women with epilepsy. Cleve Clin J Med 2005; 72:938-945. Reimpreso con autorización. Copyright © 2005 Cleveland Clinic. Todos los derechos reservados.

La American Academy of Neurology recomienda pensar en la suspensión de medicamentos anticonvulsivos en algunas mujeres, que incluyen:

1. Las que no han tenido convulsiones en dos a cinco años.
2. Las que tienen un solo tipo de convulsión.
3. Las que tienen resultados normales en el examen neurológico e inteligencia normal.
4. Las que tienen un electroencefalograma que se normalizó con el tratamiento.

También se recomienda a las mujeres epilépticas que tomen ácido fólico complementario.

En fecha reciente, publicaron resultados del Australian Register of Antiepileptic Drugs in Pregnancy. Observaron que el riesgo de convulsiones durante el embarazo era 50 a 70% menor si el año anterior a la concepción la paciente no había tenido convulsiones. Una vez que pasa un año sin convulsiones, parece que hay una ventaja adicional relativamente pequeña en posponer el embarazo para evitar convulsiones durante el mismo.

- **Trombosis venosa profunda:**

Las trombosis venosas tienen tasas de morbilidad y mortalidad más bajas que las arteriales. Estas últimas se relacionan con restricción del crecimiento fetal y pérdida del producto.

Sin embargo, en los últimos años ha disminuido la frecuencia de trombosis venosa profunda y embolias pulmonares como complicación del embarazo y el puerperio (cap. 47, pág. 1019). Quizá 50% de las tromboembolias vinculadas con el embarazo aparecen durante el puerperio. En fecha reciente, Jacobsen et al. (2008) comunicaron que la embolia pulmonar es más frecuente en las primeras seis semanas posparto. La deambulación temprana reduce la frecuencia de trombosis venosa puerperal y las embolias pulmonares.

- **Cardiopatía congénita:**

La incidencia de cardiopatía congénita en Estados Unidos es de casi ocho por 1 000 nacidos vivos. Casi 33% de ellos presenta enfermedad crítica que requiere cateterismo cardíaco o intervención quirúrgica durante el primer año de vida. Otros necesitan intervención quirúrgica en la infancia y hoy en día se calcula que hay casi 1 millón de adultos con cardiopatía congénita en Estados Unidos. Con la declinación en la cardiopatía reumática, las lesiones congénitas son en el presente la causa de casi todas las cardiopatías durante el embarazo. La morbilidad depende mucho de la lesión individual. Khairy et al. Informaron de 90 embarazos complicados por cardiopatía congénita materna. Casi 20% de las madres y 30% de los recién nacidos experimentaron complicaciones.

Ford et al comunicaron datos similares en 74 embarazos de 69 mujeres con lesión cardíaca congénita. Casi la mitad sufrió al menos un episodio obstétrico adverso. Aquellas con derivaciones anormales tuvieron complicaciones más graves.

EMBARAZO ACTUAL.

El embarazo – los nueve meses durante los cuales el feto se desarrolla en el útero de la mujer – es para la mayoría de las mujeres un período de gran felicidad. Sin embargo, durante el embarazo, tanto la mujer como su futuro hijo se enfrentan a diversos riesgos sanitarios. Por este motivo, es importante que el seguimiento del embarazo sea realizado por personal sanitario cualificado. Por tanto durante los controles prenatales se debe recolectar información sobre las siguientes condiciones.

- **Embarazada < 15 años o >35 años de edad**

Edad materna: la mujer en ambos extremos de la vida tiene resultados singulares que deben tenerse en cuenta.

Embarazo en menores de 15 años: las adolescentes tiene mayor probabilidad de padecer anemia y más riesgo de tener lactantes con peso bajo, trabajo de parto prematuro y una tasa más alta de mortalidad infantil.

Como la mayor parte de estos embarazos no es planeado las adolescentes rara vez buscan asesoría antes de la concepción. Estas jóvenes todavía están en proceso de crecimiento y desarrollo por lo que requieren mayores requerimientos calóricos de las mujeres de mayor edad. Debe recomendarse a la adolescente normal o con peso bajo que aumente el consumo calórico en 400 kcal al día.

Embarazo después de 35 años de edad: la mujer mayor que tiene una enfermedad crónica o que está en malas condiciones físicas, casi siempre tiene riesgos evidentes, la tasa de mortalidad materna, es más alta en mujeres de 35 años de edad y más. En comparación con las mujeres en la tercera década, las de 35 a 39 años tienen una probabilidad 2.5 veces mayor de mortalidad relacionada con el embarazo; en las mujeres de 40 o más el riesgo es 5.3 veces más alto¹

Los riesgos fetales asociados a la edad materna provienen sobre todo de, parto prematuro indicado por complicaciones maternas como hipertensión y diabetes; parto prematuro espontáneo; trastornos del crecimiento fetal asociados a enfermedad materna crónica o embarazo múltiple; aneuploidía fetal, y embarazos producidos mediante tecnología de reproducción asistida. En un estudio de 577 000 nacimientos en Columbia Británica² y en otro de 574 000 nacimientos vivos en Suecia³ no se observó una relación entre los defectos estructurales sin aneuploidía y la edad materna. Una excepción fue el estudio de Hollier et al. (2000) en casi 103 000 embarazos que incluyeron 3 885 lactantes con malformaciones congénitas nacidos en el Parkland Hospital.

□ Estado nutricional (IMC < 18.5 Kg/m² o > 40 Kg/m²)

La desnutrición: se define como la falta de nutrientes suficientes, que son esenciales para el funcionamiento normal del cuerpo. Se calcula por debajo

¹ Geller et al. 2006

² Baird et al. 1991

³ Pradat 1992

de un IMC de 18.5 kg/m². Con el tiempo, afecta a los órganos del cuerpo y los resultados son de leves a graves problemas de la salud.

Desde el momento en que una mujer concibe, ella tiene la responsabilidad de seguir una dieta saludable en grandes cantidades para apoyar el crecimiento de toda una vida dentro de su vientre. Una mujer embarazada debe entender que su alimentación diaria, no sólo es importante para su salud, sino que es crucial para mantener la buena salud de su bebé durante toda la vida intrauterina. Teniendo esto en cuenta, la desnutrición durante el embarazo es la principal causa de las consecuencias del embarazo en poblaciones de personas con pobreza.

Efectos de la desnutrición durante la gestación.

Si una mujer embarazada está desnutrida, es comprensible que el feto en el vientre de la madre no reciba los nutrientes suficientes. En otras palabras, los nutrientes y los minerales esenciales para el desarrollo de una vida entera no se proporcionan en las cantidades suficientes. Como consecuencia, el bebé exhibirá bajo peso. Los efectos generales de la desnutrición en el cuerpo son la debilidad del sistema inmunológico, un mayor riesgo de las enfermedades y menor altura.

Algunos de los efectos de la malnutrición durante el embarazo se realizan en el niño a través de su vida entera. Un bebé desnutrido es propenso a las infecciones, no sólo en las primeras etapas del crecimiento, sino también en las fases de la vida adulta. Además, se afirma que el deterioro cognitivo y un bajo coeficiente intelectual están directamente vinculados a los síntomas de la desnutrición, especialmente durante el embarazo y el período de la infancia.

Las mujeres embarazadas que han pasado por la desnutrición, darán a luz a los bebés con un bajo peso al nacer. Estos niños son propensos a los retrasos en el crecimiento, a una menor coordinación, una mala visión, la dificultad para aprender y muchas otras enfermedades. La anemia es una de las enfermedades de la desnutrición que afecta a varias mujeres embarazadas en todo el mundo. Aumenta el riesgo de la mortalidad de la madre y el bebé durante el parto. Otros efectos graves de la desnutrición son el parto prematuro, el parto obstruido, la hemorragia posparto y los defectos de nacimiento.

Con el fin de minimizar los efectos de la malnutrición durante el embarazo, una mujer debe desarrollar buenos hábitos de la alimentación y los cambios en la dieta. Mantenerse en forma antes del embarazo también es imprescindible, porque el desarrollo del feto depende de los nutrientes

almacenados en la madre para un rápido crecimiento durante los primeros meses.

Obesidad:

La obesidad se acompaña de esterilidad parcial debido al incremento de la resistencia a la insulina. En su reseña, Neill y Nelson-Piercy correlacionaron las alteraciones de la fecundidad en las mujeres con un BMI superior a 30 kg/m². En 6500 ciclos de inyección de semen intracitoplásmico para fecundación in vitro, se observó que la implantación, el embarazo y las tasas de nacimientos vivos se reducían en forma progresiva y significativa con cada unidad de BMI de la madre. En un estudio de casos y testigos, observaron que la obesidad se acompañaba de un incremento del riesgo de abortos durante el primer trimestre y recurrentes. En las innumerables mujeres preobesas y obesas⁴ que logran el embarazo hay una serie de resultados perinatales adversos crecientes e interrelacionados. La obesidad intensa es inequívocamente riesgosa para la mujer embarazada y su feto.

Morbilidad perinatal (por obesidad):

Las complicaciones fetales y neonatales son más frecuentes en las mujeres obesas. Estudios previos realizados por Shaw et al. (1996, 2000) notificaron que las mujeres con un BMI. 30 kg/m² tenían un incremento de dos tantos en la incidencia de defectos del tubo neural en comparación con las de las pacientes testigos. En su metaanálisis reciente, Rasmussen et al. (2008) observaron un aumento de 1.2, 1.7 y 3.1 tantos en los riesgos de las mujeres preobesas, obesas y con obesidad grave en comparación con testigos de peso normal (cap. 13, pág. 287). Además del incremento de los defectos del tubo neural, en un estudio de casos y testigos del Atlantic Birth Defects Risk Factor Surveillance Study, Watkins et al. (2003) comunicaron un aumento de 3.5 tantos en las tasas de defectos del tubo neural en personas obesas. Asimismo, observaron un incremento de dos a tres tantos en la frecuencia de onfalocele, malformaciones cardíacas y múltiples anomalías en las pacientes obesas. Las últimas dos también fueron dos veces más frecuentes en las mujeres preobesas cuyo BMI era de 25 a 29.9 kg/m².

□ **Presión arterial \geq 140/90 mm de Hg.**

Hipertensión Arterial:

Es bien conocida la relación entre la hipertensión y la enfermedad cardiovascular, como infartos, arteriopatías coronarias, insuficiencia cardíaca

⁴ la *preobesidad* representa un BMI de 25 a 29.9 kg/m²; y la *obesidad* es un BMI de 30 kg/m² o más.

congestiva y nefropatía. Más de 50 millones de personas en estados unidos tienen hipertensión. Se encuentra que en el 15% de la población de 18 a 74 años. La incidencia aumenta con la edad y varía según la raza. Se pensaba que la contribución de la hipertensión sobre la morbimortalidad cardiovascular en las mujeres era menos importante que en el hombre, pero esto puede reflejar la falta de investigación en la mujer. Des pues de los 50 años, las mujeres tiene una mayor incidencia de hipertensión que los hombres, lo que puede representar una variable confusa relacionada con la mortalidad global de los hombres en edades más tempranas. Más del 60% de los sujetos mayores de 60 años pueden clasificarse como hipertensos. El diagnóstico y el tratamiento de la hipertensión pueden disminuir el riesgo de desarrollar nefropatía y cardiopatía.

La clasificación del Working Group de los trastornos hipertensivos que complican el embarazo, describe cuatro tipos de enfermedad hipertensiva:

1. Hipertensión gestacional: antes se llamaba hipertensión inducida por el embarazo. Si el síndrome de preeclampsia no se desarrolla y la hipertensión se resuelve a las 12 semanas después del parto, se adopta el nombre de hipertensión transitoria.
2. Síndrome de preeclampsia y eclampsia.
3. Síndrome de preeclampsia superpuesto a hipertensión crónica.
4. Hipertensión crónica.

Diagnóstico de trastornos hipertensivos que complican el embarazo

Hipertensión gestacional:

- PA sistólica \geq 140 o PA diastólica \geq 90 mmHg por primera vez durante el embarazo
- Sin proteinuria
- La PA regresa a la normalidad antes de 12 semanas después del parto
- Diagnóstico final sólo hasta después del parto
- Puede haber otros signos o síntomas de preeclampsia, como molestia epigástrica o Trombocitopenia

Preeclampsia:

Criterios mínimos:

- PA \geq 140/90 mmHg después de 20 semanas de gestación
- Proteinuria \geq 300 mg/24 h o \geq 1+ con tira reactiva

Mayor certeza de preeclampsia:

- PA \geq 160/110 mmHg
- Proteinuria de 2.0 g/24 h o \geq 2+ con tira reactiva
- Creatinina sérica > 1.2 mg/dl, a menos que se sepa que estaba elevada antes
- Plaquetas <100 000/ml
- Hemólisis microangiopática, aumento de DHL
- Aumento de transaminasa sérica: AST o ALT
- Cefalea persistente u otro trastorno cerebral o visual
- Dolor epigástrico persistente

Eclampsia: • Convulsiones que no pueden atribuirse a otras causas en una mujer con preeclampsia

Preeclampsia superpuesta a hipertensión crónica:

- Proteinuria de inicio reciente \geq 300 mg/24 h en mujeres hipertensas, pero sin proteinuria antes de las 20 semanas de gestación
- Aumento súbito de proteinuria o presión arterial, o recuento plaquetario <100 000/ml en mujeres con hipertensión y proteinuria antes de las 20 semanas de gestación

Hipertensión crónica:

- PA \geq 140/90 mmHg antes del embarazo o diagnosticada antes de las 20 semanas de gestación, no atribuible a enfermedad trofoblástica gestacional o
- Hipertensión diagnosticada después de las 20 semanas de gestación y persistente 12 semanas después del parto. **Preeclampsia / eclampsia en el embarazo anterior.**

La pre eclampsia/eclampsia es una enfermedad de etiología desconocida en la que aparece un sustrato fisiopatológico de hipoxia tisular generalizada, particularmente en la microcirculación, con repercusión multisistémica que afectará, especialmente, al riñón, el hígado, los vasos sanguíneos y el sistema nervioso central. La hipoxia, por otras razones (hipóxica, anémica), agravará más la situación de la paciente al incrementar el insulto a la microcirculación.

El embarazo puede inducir una hipertensión arterial (HTA) en mujeres sanas o bien agravar una hipertensión preexistente; en general, los trastornos

hipertensivos que complican el embarazo son frecuentes y, junto a la hemorragia y la infección, constituyen las tres primeras causas de muertes maternas directas, por lo que es uno de los grandes problemas de la Obstetricia.

A pesar de múltiples esfuerzos por dilucidar la etiología de la pre eclampsia, aún se estima que la importancia capital radica en el diagnóstico precoz de los factores de riesgo de la misma para poder minimizar las complicaciones maternas y perinatales. Existen muchos factores de riesgo, que no son excluyentes y esto agrava su repercusión.

Factores que incrementan el riesgo de desarrollar pre eclampsia en una gestante:

1. Edades en los extremos de la vida reproductiva
2. Factores ambientales
3. Paridad (nulíparas)
4. Predisposición genética
5. Raza (mayor predisposición en la raza negra)
6. Sobredistensión uterina
7. Malnutrición
8. Presencia de anticuerpos antifosfolípidos.
9. Antecedentes de diabetes, hipertensión arterial crónica y enfermedad renal.

El antecedente de pre eclampsia o hipertensión en embarazos anteriores se convierte en un elemento importante en la historia obstétrica de las pacientes. La pre eclampsia tiene un 20 % de recurrencia. Al tener en cuenta este antecedente de hipertensión en embarazos anteriores.

- **Violencia basada en género (Intrafamiliar / Sexual)**

Maltrato intrafamiliar: El embarazo puede exacerbar los problemas interpersonales y es un periodo de mayor riesgo ante una pareja maltratadora. De 1 a 20% de las mujeres es víctima de maltrato durante el embarazo⁵ observaron que las mujeres que refieren violencia por parte de su

⁵ Silverman et al. (2006)

pareja durante el año previo al embarazo tenían un mayor riesgo de sufrir varias complicaciones. Éstas incluyen hipertensión, hemorragia vaginal, hiperémesis, parto prematuro y lactantes con peso bajo al nacer. De igual manera, encontraron en una encuesta de más de 2600 mujeres consecutivas posparto que 24% de las madres de lactantes prematuros habían sufrido maltrato físico durante el embarazo, en comparación con 8% entre las madres de lactantes de término.

El entrevistador debe preguntar sobre factores de riesgo de violencia intrafamiliar y debe ofrecer intervención, según sea el caso.

El maltrato es más probable en mujeres cuyas parejas padecen alcoholismo o drogadicción, que recién perdieron el empleo, con poca educación e ingresos bajos, o que tienen antecedentes de arresto.

- **Embarazo no deseado**

El embarazo no intencionado (tanto el no planificado como el no deseado) es un problema de salud pública común en todo el mundo. Los embarazos repetidos en este grupo también ocurren con frecuencia y están relacionados con mayores riesgos de resultados adversos para madres adolescentes y sus bebés. Las muertes relativas al embarazo y al parto representan la causa número uno de muerte en mujeres de 15 a 19 años de edad en todo el mundo, con casi 70 000 muertes anuales. Al menos 2 millones más de mujeres jóvenes, como consecuencia del embarazo y el parto, desarrollan una enfermedad crónica o una discapacidad, que puede hacerles padecer sufrimiento de por vida, vergüenza o abandono. Las mujeres primerizas más jóvenes, físicamente inmaduras y, a menudo, con pocos recursos, tienen el mayor riesgo. Además, cada año, 2,2 a 4 millones de adolescentes recurren a un aborto no seguro. El noventa por ciento de las muertes maternas ocurre en lugares en vías de desarrollo, y la mayoría (un abrumador 74 %) se puede prevenir.

- **Diagnóstico o sospecha de embarazo múltiple**

Un antecedente personal o familiar de gemelos de la madre, edad materna avanzada, paridad elevada y una constitución materna grande son factores que débilmente se relacionan con embarazos múltiples. La administración reciente de citrato de clomifeno o de gonadotropinas, o el embarazo que se logra mediante ART son factores relacionados mucho más potentes. La exploración clínica con la determinación exacta de la altura del fondo uterino. En el caso de los fetos múltiples, el tamaño del útero suele ser más grande durante el segundo trimestre que el esperado. Rouse et al. (1993)

informaron sobre las alturas de los fondos uterinos en 336 embarazos gemelares con cálculo adecuado de las fechas. Entre las 20 y las 30 semanas, las alturas de los fondos tenían un promedio de aproximadamente 5 cm mayores que las esperadas para los fetos únicos de la misma edad fetal.

En las mujeres con un útero que parece grande para la edad gestacional, se toman en cuenta las siguientes posibilidades:

1. Fetos múltiples.
2. Elevación del útero por una vejiga distendida.
3. Antecedentes menstruales inexactos.
4. Hidramnios.
5. Mola hidatiforme.
6. Leiomiomas uterinos.
7. Una masa muy adherida en los anexos.
8. Macrosomía fetal (en las etapas tardías del embarazo).

En general, es difícil diagnosticar gemelos mediante la palpación de las partes fetales antes del tercer trimestre. Aun en las etapas avanzadas del embarazo, tal vez sea difícil identificar a los gemelos mediante la palpación abdominal, sobre todo si uno de ellos está superpuesto al otro, si la mujer es obesa o si hay hidramnios. Cuando la palpación uterina permite establecer el diagnóstico de gemelos, muy a menudo es porque se han detectado dos cabezas fetales, muchas veces en diferentes cuadrantes uterinos.

En las últimas etapas del primer trimestre, es posible detectar la acción cardíaca fetal con equipo ecográfico Doppler. A partir de entonces, resulta posible identificar dos latidos cardíacos fetales si sus frecuencias cardíacas son claramente distintivas entre sí y de aquellas de la madre. La exploración cuidadosa con un estetoscopio fetal caudal permite identificar los ruidos cardíacos fetales en los gemelos ya desde las 18 a las 20 semanas.

Parto prematuro

Es el que ocurre antes de las 37 semanas de gestación, si bien la Academia Americana de pediatría ha utilizado 38 semanas como límite diagnóstico superior. El límite inferior de edad gestacional que establece el límite entre parto prematuro y aborto es, de acuerdo a la OMS, 22 semanas de gestación o 500 gramos de peso o 25 cm. De corona a rabadilla.

El parto prematuro es la causa única más importante de morbilidad y mortalidad perinatal. Su incidencia es aproximadamente 8 a 10% del total de partos.

La morbilidad neonatal de los prematuros es de magnitud variable, dependiendo principalmente del peso de nacimiento y de la EG al nacer, así como de las intervenciones terapéuticas realizadas. Las complicaciones más frecuentes son: depresión al nacer, síndrome de dificultad respiratoria, hemorragia intracraneana, sepsis, trastornos metabólicos, enterocolitis necrotizante, ductus arterioso persistente, displasia broncopulmonar y apneas. Adicionalmente, pueden presentar morbilidad neurológica a largo plazo, tales como anomalías de las funciones cognitivas y parálisis cerebral.

Parto prematuro es el resultado de tres entidades clínicas que se distribuyen aproximadamente en tercios cualquiera sea el centro perinatal en que él se evalué.

1. Parto prematuro idiopático
2. Parto prematuro resultante de rotura de membranas en embarazos de pretérmino.
3. Parto prematuro "iatrogenia", o que resulta de la interrupción médica prematura del embarazo por causa materna y/o fetal.

Desde un punto de vista fisiopatológico, la ocurrencia del trabajo de parto de pretérmino es el resultado de una serie de fenómenos fisiopatológico diferentes que tienen como el efecto final el desencadenamiento de contracciones uterinas de pretérmino y eventualmente el parto.

Los factores de riesgo, asociados a un aumento al doble o más del riesgo relativo de presentar parto prematuro son:

Riesgo relativo entre 6.4 y 4.0

- Embarazo múltiple
- Dilatación cervical a las 32 semanas
- Cirugía abdominal
- Parto prematuro previo
- Borramiento cervical a las 32 semanas □ Anomalía morfológica uterina.

Riesgo relativo entre 3.7 y 2.0

- Irritabilidad uterina

- Polihidroamnios
- Trabajo de parto prematuro previo
- Cono cervical
- Metrorragia después de las 12 semanas.

Riesgo relativo entre 1.8 y 1.5

- Aborto de segundo trimestre
- Más de 10 cigarros/día
- Más de dos abortos de primer trimestre
- Pielonefritis.

La ausencia de estos factores no significa que no exista riesgo real de prematurez.

El diagnóstico de trabajo de parto prematuro se basa en la presencia de dinámica uterina y de modificaciones cervicales. El diagnóstico de trabajo de parto prematuro es fundamental y es el factor que más dificulta la evaluación de resultados con diferentes protocolos terapéuticos. Esto es, porque no existe, en primer lugar, consenso en la definición. En segundo lugar, tampoco existe acuerdo en las diferentes publicaciones en relación con lo que debe llamarse exitoso terapéutico. Finalmente, la mayor parte de los estudios muestra que el embarazo se mantiene más allá del periodo de observación, o se frena espontáneamente, en el 50% de los casos tratados solo con placebo lo que hace muy difícil demostrar beneficios con cualquier terapia.

Tratamiento:

Medidas generales, la observación hospitalizada de la paciente, el reposo en cama y la hidratación parenteral con soluciones cristaloides son medidas generales de fundamental importancia, porque permite establecer con seguridad el diagnóstico de trabajo de parto prematuro. Esto evita la administración de medidas y drogas no exentas de efectos adversos en condiciones que no se asociaran a mejoría del pronóstico perinatal. Inhibidores de la contractibilidad uterina, cuando los tocolíticos fueron introducidos por primera vez en la práctica clínica, se generó gran esperanza de que ellos podrían prolongar el embarazo por tiempo suficientemente largo, y que tendrían un importante impacto en reducir la incidencia del parto prematuro. Revisiones sistemáticas y meta-análisis han comparado tocolíticos versus placebo, o versus pacientes sin tratamiento, los resultados demuestran que los tocolíticos están asociados con una prolongación significativa del embarazo. Específicamente estos efectos fueron

demostrados para betamiméticos, inhibidores de las síntesis de prostaglandinas y atosibas, pero no para el sulfato de magnesio.

Inducción de madurez pulmonar, desde el informe original de Liggins y Howie en 1972, existe suficiente evidencia que apoya la administración de corticoides a la madre para reducir la incidencia de SDR neonatal. El síndrome de dificultad respiratoria es la complicación más frecuente del recién nacido de madre con RPM de pretermo. Por ella, el principio general que rige el manejo de las pacientes con RPM de pretérmino es la prolongación del embarazo hasta las 34-35 semanas. Se sugiere no practicar estudios de madurez pulmonar antes de las 31-32 semanas, ya que aun en presencia de madurez pulmonar es preferible manejar expectantemente el embarazo hasta al menos las 32 semanas o peso fetal superior a los 2000 gramos, en ausencia de otras complicaciones.

- Betametasona 12 mg IM. Cada 24 horas 2 dosis.
- Dexametasona 6 mg IM. Cada 12 horas por 4 dosis.

Hemorragia Vaginal

La hemorragia vaginal leve es frecuente durante el trabajo de parto activo. Esta “expulsión del tapón mucoso” es la consecuencia de la borradura y dilatación del cuello uterino, con desgarramiento de venas de pequeño calibre. Sin embargo, la hemorragia uterina procedente de un sitio por arriba del cuello uterino es motivo de preocupación.

Puede seguir a cierto grado de separación de una placenta implantada en la vecindad inmediata del conducto cervicouterino: *placenta previa*. Puede provenir de la separación de una placenta localizada en otro lugar de la cavidad uterina: *desprendimiento prematuro de placenta*. Rara vez, hay una inserción velamentosa del cordón umbilical y los vasos placentarios afectados pueden estar sobre el cuello uterino: *vasos previos*. En tales casos, la hemorragia es consecuencia de la laceración de los vasos al momento que se rompen las membranas.

No siempre se identifica la fuente de la hemorragia uterina. En esas circunstancias, la hemorragia preparto suele empezar con pocos síntomas, o ninguno, y después cesa. En el momento del parto no se identifica una causa anatómica. En muchos de estos casos, es probable que la hemorragia sea consecuencia de una ligera separación placentaria marginal. El riesgo de un desenlace sombrío en un embarazo en el cual ocurre este tipo de hemorragia sigue siendo alto, aun cuando la hemorragia cese pronto y parezca haberse excluido placenta previa mediante ecografía.

Se ha encontrado que la hemorragia preparto inexplicable antes de las 34 semanas se asociaba a un riesgo de parto de 62% en el transcurso de una semana cuando había contracciones uterinas, y a un riesgo de 13% incluso sin contracciones. En embarazos con hemorragia después de las 26 semanas no examinadas por desprendimiento prematuro de placenta ni por placenta previa, en estudios realizados dieron resultados adversos en una tercera parte. Por esta razón, debe considerarse el parto en cualquier mujer a término que presente hemorragia vaginal inexplicable.

Infecciones de Transmisión Sexual (Sífilis, VIH/SIDA).

- Sífilis: Pese a que hace más de 60 años que se dispone del tratamiento adecuado, la sífilis sigue siendo un problema importante tanto para la madre, como para el feto. El microorganismo causal de la sífilis es *Treponema pallidum*. Las abrasiones diminutas en la mucosa vaginal constituyen una vía de entrada para la espiroqueta. La eversión del cuello uterino, la hiperemia y la friabilidad incrementan el riesgo de transmisión. El feto adquiere la sífilis por varias vías. Las espiroquetas cruzan con facilidad la placenta y producen infección congénita. Debido a la buena respuesta fetal antes de las 18 semanas aproximadamente, el feto en general no manifiesta respuesta inflamatoria inmunitaria que es característica de la enfermedad clínica antes de este tiempo. La sífilis prenatal puede causar parto prematuro, óbito e infección neonatal. La sífilis materna en cualquier etapa puede producir infección fetal, pero el riesgo guarda una relación directa con la densidad de espiroquetas en la madre. La sífilis materna se clasifica en etapas según las manifestaciones clínicas y la duración de la enfermedad.
- VIH/SIDA: El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida) fue descrito por primera vez en 1981 cuando se observó que un grupo de pacientes tenía una inmunidad celular deficiente y neumonía por *Pneumocystis jiroveci*. En todo el mundo se estima que en 2007 había 33 millones de personas infectadas con VIH/SIDA, 2.7 millones de casos nuevos de afección por VIH y 2 millones de muertes relacionadas con el VIH. En Estados Unidos, hasta 2006, los Centers for Disease Control and Prevention estiman que había 1.1 millones de personas infectadas y casi medio millón de defunciones. En 2006, las mujeres componían 26% de todos los casos de infección por

VIH/SIDA en adultos y adolescentes, la gran mayoría resultado del contacto heterosexual. los virus causantes del sida son los retrovirus de RNA denominados virus de inmunodeficiencia humana VIH-1 y VIH-2.

- **Cirugías previas de tracto reproductor.**

Pocos aspectos de la obstetricia moderna han sido tan controvertidos como el tratamiento de la mujer que ha tenido antes una cesárea. Por muchas décadas, casi todos consideraron que un útero cicatrizado era una contraindicación para el parto por temor al desgarro uterino. En 1916 Cragin hizo su famoso pronunciamiento, citado muy a menudo, y que ahora parece exagerado: “Una vez cesárea, siempre cesárea”.

Cabe recordar que cuando se hizo esta declaración casi siempre se utilizaba la incisión uterina vertical característica. Aun así, algunos de sus contemporáneos no estuvieron por completo de acuerdo con su afirmación. Por ejemplo, J. Whitridge Williams (1917) señaló en la cuarta edición de Williams Obstetrics que la declaración “era una exageración”.

A partir de 1989, al tiempo que aumentaba el número de mujeres que intentaban el parto vaginal, hubo un número cada vez mayor de informes que señalaban un incremento de las tasas de desgarro uterino y morbilidad y mortalidad perinatales que llevaron a algunos autores a señalar que el VBAC (vaginal birth after cesarean) podría ser más riesgoso de lo previsto. Después, un menor número de mujeres intentó el VBAC y se observó un incremento correspondiente de la tasa global de cesáreas. En 2007, las tasas de VBAC en Estados Unidos disminuyeron a una cifra de 8.5%.

Complicaciones en mujeres con cesárea previa que se incorporaron a la <i>Maternal-Fetal Medicine</i> Units Network del NICHD				
Complicación	Grupo con prueba de trabajo de parto n = 17 898 (%)	Grupo con cesárea repetida programada n = 15 801 (%)	Oportunidades relativas (intervalo de confianza de 95%)	Valor de la p
Desgarro uterino	124 (0.7)	0	N/A	<0.001
Dehiscencia uterina	119 (0.7)	76 (0.5)	1.38 (1.04–1.85)	0.03
Histerectomía	41 (0.2)	47 (0.3)	0.77 (0.51–1.17)	0.22
Enfermedad tromboembólica	7 (0.04)	10 (0.1)	0.62 (0.24–1.62)	0.32
Transfusión	304 (1.7)	158 (1.0)	1.71 (1.41–2.08)	<0.001
Infección uterina	517 (2.9)	285 (1.8)	1.62 (1.40–1.87)	<0.001
Muerte materna	3 (0.02)	7 (0.04)	0.38 (0.10–1.46)	0.21
Óbito prenatal ^a				
37-38 semanas	18 (0.4)	8 (0.1)	2.93 (1.27–6.75)	0.008
39 semanas o más	16 (0.2)	5 (0.1)	2.70 (0.99–7.38)	0.07
Óbito durante el parto ^a				
37-38 semanas	1	0	N/A	0.43
39 semanas o más	1	0	N/A	1.00
HIE a término ^a	12 (0.08)	0	N/A	<0.001
Muerte neonatal a término ^a	13 (0.08)	7 (0.05)	1.82 (0.73–4.57)	0.19

^aEl denominador es 15 338 para el grupo con prueba de trabajo de parto y 15 014 para el grupo con nueva cesárea en forma programada. HIE = encefalopatía isquémica hipóxica; N/A = no aplicable; NICHD = National Institute of Child Health and Human Development. Adaptado de Landon MB, Hauth JC, Leveno KJ, et al.: Maternal and perinatal outcomes associated with a trial of labor after prior cesarean delivery. *N Engl J Med* 351:2581, con autorización. Copyright © 2004 Massachusetts Medical Society. Todos los derechos reservados.

ANTECEDENTES SOCIALES.

Tabaquismo: El tabaquismo afecta el crecimiento fetal en forma dependiente de la dosis. Aumenta el riesgo de rotura prematura de membranas, placenta previa, restricciones del crecimiento fetal y peso bajo al nacer⁶. Incluso la exposición pasiva al humo ambiental de tabaco parece tener un efecto negativo en el peso al nacer.

El tabaquismo también se relaciona con síndrome de muerte súbita infantil. Por último, el tabaquismo aumenta el riesgo de complicaciones del embarazo asociadas a daño vascular, como insuficiencia uteroplacentaria y desprendimiento placentario.

Antecedentes familiares: El estado de salud y reproducción de cada “familiar sanguíneo” debe revisarse en forma individual en busca de enfermedades médicas, retraso mental, defectos congénitos, infertilidad y pérdida de embarazo. Ciertos antecedentes raciales, étnicos o religiosos podrían indicar aumento del riesgo de trastornos recesivos específicos. Aunque la mayoría de las mujeres puede proporcionar cierta información sobre sus antecedentes, es posible que su conocimiento sea limitado. Por ejemplo, varios estudios mostraron que las embarazadas a menudo no refieren un defecto congénito en la familia o lo informan en forma incorrecta. Por lo tanto, es importante verificar el tipo de defecto o enfermedad genética informados mediante la revisión de los expedientes médicos pertinentes o mediante la comunicación con los familiares afectados para obtener más información.

⁶ American College of Obstetricians and Gynecologists, 2005e

DISEÑO METODOLOGICO

Tipo de investigación

La investigación realizada fue de tipo descriptivo – transversal.

Periodo de investigación

La investigación se desarrolló durante el periodo de tiempo de enero a Junio de 2016.

Metodología de la investigación

La investigación se realizó tomando en cuenta las pacientes gestantes que han tenido un primer contacto con las UCSF en estudio durante el período de enero a Junio de 2016.

Universo

Las gestantes de las UCSF San Nicolás, El Ocotál y Amatepes.

Muestra

Todas las gestantes que consultaron durante la inscripción prenatal en las UCSF San Nicolás, El Ocotál y Amatepes, en el periodo de enero a junio 2016, las cuales fueron 61.

Criterios de inclusión.

- Mujeres gestantes que consultaron por inscripción prenatal, independientemente la inscripción se realizara de manera temprana o tardía; en las UCSF San Nicolás, El Ocotál y Amatepes; en el período de enero a junio de 2016.

Criterios de exclusión

- Mujeres gestantes que se presentaron a controles subsecuentes en las UCSF de San Nicolás, El Ocotil y Amatepes.

Variables

Variables.

- ANTECEDENTES OBSTETRICOS.
- ANTECEDENTES MEDICOS.
- CONDICION DEL EMBARAZO ACTUAL.
- ALTO RIESGO OBSTETRICO.
- BAJO RIESGO.

Operacionalización de variables

VARIABLES	DEFINICION	INDICADOR	VALOR
Antecedentes obstétricos.	Evento obstétrico previo que representa un riesgo para el embarazo actual.	Riesgo obstétrico previo.	<p>Muerte fetal o muerte neonatal previa.</p> <p>Antecedentes de 2 o más abortos espontáneos previos</p> <p>Peso al nacer del último bebé <2,500 gr</p> <p>Peso al nacer del último bebé >4000 gr</p> <p>Hipertensión o preeclampsia / eclampsia en embarazo anteriores.</p> <p>Cirugías previas del tracto reproductivo.</p> <p>Antecedentes de parto prematuro o inmaduro</p> <p>Madre Rh (-) con antecedente de isoinmunización Rh.</p> <p>Antecedente de parto difícil.</p> <p>Malformaciones congénitas.</p>

			Antecedente de hemorragia postparto en embarazos previos.
Antecedentes médicos.	Enfermedades previas al embarazo que comprometen al binomio madre-feto.	Comorbilidades	Diabetes (tipo I, II o Gestacional) Trastornos neurológicos. Trombosis venosa profunda Cardiopatías Consumo de drogas o alcohol Trastornos depresivos Trastornos de ansiedad
Condición del embarazo actual.	Condiciones sociales y enfermedades actuales que representen Un riesgo durante el embarazo.	Enfermedades presentes durante el embarazo.	Embarazo <15 años o >35 años. Estado nutricional <18.5 kg/mt ² o >40 kg/mt ² . Presión arterial > 140/90 mmHg Violencia basada en género Embarazo no deseado.

			<p>Diagnóstico de embarazo múltiple</p> <p>Sospecha de parto prematuro</p> <p>Hemorragia vaginal</p> <p>Infecciones de transmisión sexual</p> <p>Sospecha de restricción de crecimiento intrauterino.</p> <p>Masa pélvica.</p> <p>Baja escolaridad.</p> <p>Área rural.</p> <p>Bajo nivel socioeconómico</p>
Alto riesgo obstétrico.	Presencia de uno o más factores de riesgo que pongan en peligro el embarazo.	Paciente con factores de riesgo.	<p>Antecedentes obstétricos previos.</p> <p>Enfermedades crónicas.</p> <p>Alteraciones en el embarazo actual.</p>

Bajo riesgo obstétrico.	Presencia de uno o más factores de riesgo que no ponen en peligro por sí solos el	Paciente sano con factores de riesgo se incluirá pacientes sanas con baja escolaridad.	Baja escolaridad. Área rural. Bajo nivel socioeconómico
	embarazo.		

Fuente de Información

La fuente de información fue de tipo primaria, se realizó una entrevista a la gestante al momento de la inscripción prenatal, y también de tipo secundaria, mediante los expedientes clínicos de las mujeres gestantes que consultan por primera vez en las UCSF San Nicolás, El Ocotál y Amatepes en enero a junio de 2016.

Técnica de recolección de la información

Se realizó entrevista a las gestantes durante la inscripción prenatal, así como la revisión de los expedientes de las embarazadas que han consultado por primera vez en las UCSF San Nicolás, El Ocotál y Amatepes durante el primer semestre del año 2016

La recolección de dicha información estuvo a cargo de los Médicos en año social que pertenecen a la investigación.

Herramientas para obtención de información

- Guía de entrevista.
- Hojas Filtro utilizadas durante la inscripción prenatal y los controles prenatales.
- Expedientes clínicos.

Mecanismos de confidencialidad y resguardo de los datos

Los nombres y datos personales de que participen en la investigación no se han dado a conocer, solamente se tomó el consolidado de factores de riesgo presentes en la población en estudio.

Procesamiento y análisis de información

Durante el desarrollo de la investigación se procedió a la revisión de los expedientes clínicos de las embarazadas, que han consultado por primera vez en las UCSF en estudio en los meses de enero a junio 2016, apoyándose en la hoja filtro para poder determinar los riesgos presentes en dicha población. Se hizo uso de una hoja de recolección de datos para un mejor orden y control de la información. Posteriormente se procedió a tabular dichos datos y a graficarlos haciendo uso del programa Microsoft Excel 2016.

Presentación y resultado de datos.

Objetivo 1

Identificar los factores de riesgo obstétrico más frecuentes, presentes en las gestantes de las UCSF San Nicolás, El Ocotál y Amatepes.

Tabla N. 1

ANTECEDENTES OBSTETRICOS	
Peso <2500 g	2
Peso >4000 g	0
Cirugías previas del tracto reproductivo	2
Antecedentes de parto prematuro o inmaduro	3
Madre Rh -	3
Madre Rh +	58

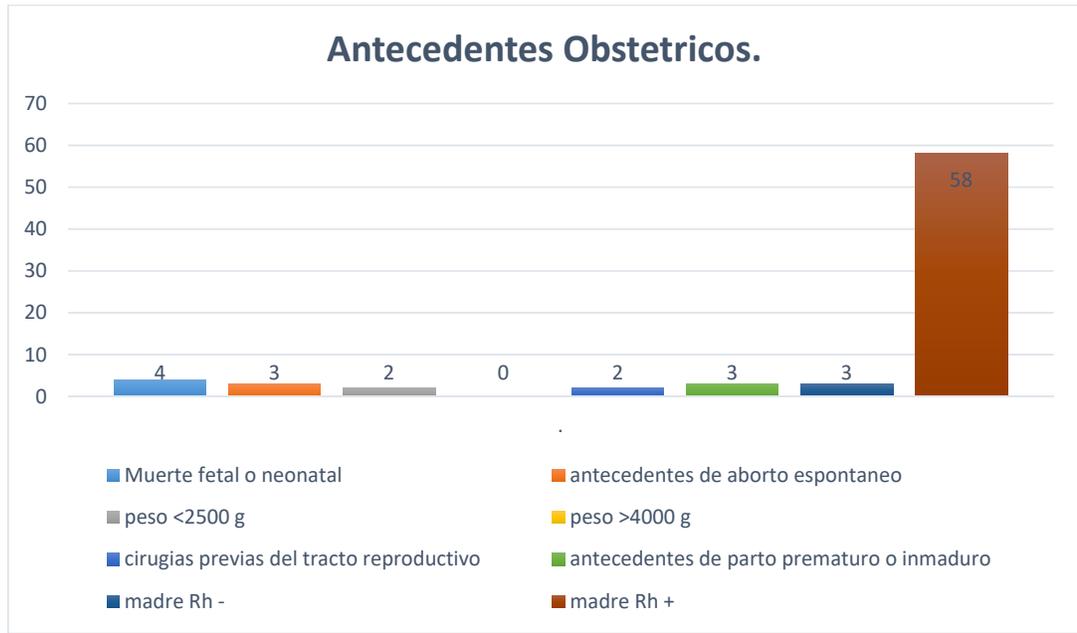
Fuente: Instrumento sobre Factores de riesgo en las gestantes de las UCSF San Nicolás, El Ocotál y Amatepes, enero – junio de 2016.

Antecedentes obstétricos contemplados en el instrumento, no encontrado en las pacientes en estudio:

- Antecedentes de parto difícil.
- Antecedentes de hemorragia posparto en embarazos previos.
- Malformaciones congénitas previas.
- Peso al nacer del último bebé >4000 g.
- Hipertensión o preeclampsia/eclampsia en embarazos anteriores.

Gráfica 1. Antecedentes obstétricos.

n = 61



Fuente: Instrumento sobre Factores de riesgo en las gestantes de las UCSF San Nicolás, El Ocotil y Amatepes, enero – junio de 2016.

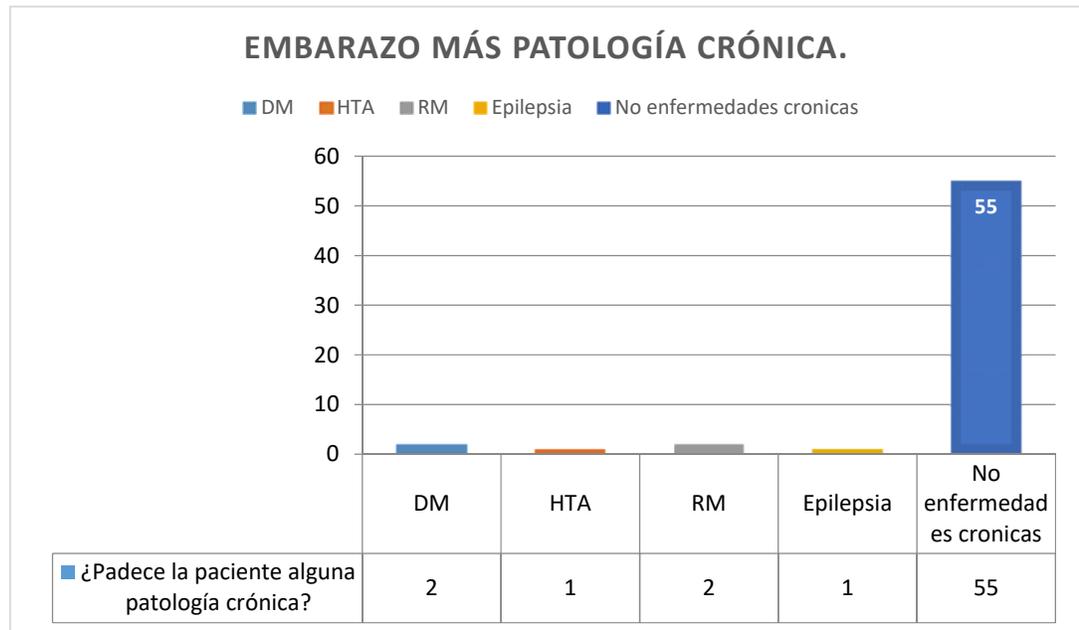
Se encontró que los antecedentes de muertes fetales o neonatales fueron 4 entre las tres UCSF en estudio, 3 pacientes presentaron antecedentes de aborto espontaneo, 2 RN pesaron menos de 2500 g. al nacer, 0 pesaron más de 4000 g. 2 pacientes presentaron antecedentes de cirugía del tracto reproductor, 3 fueron partos prematuros y 3 madres Rh -, siendo en su mayoría con 58 pacientes Rh +.

Por lo que se encuentra un bajo número de pacientes con antecedentes obstétricos al momento de la inscripción al control prenatal.

Antecedentes médicos.

Gráfica 2. Enfermedades crónicas.

n = 61



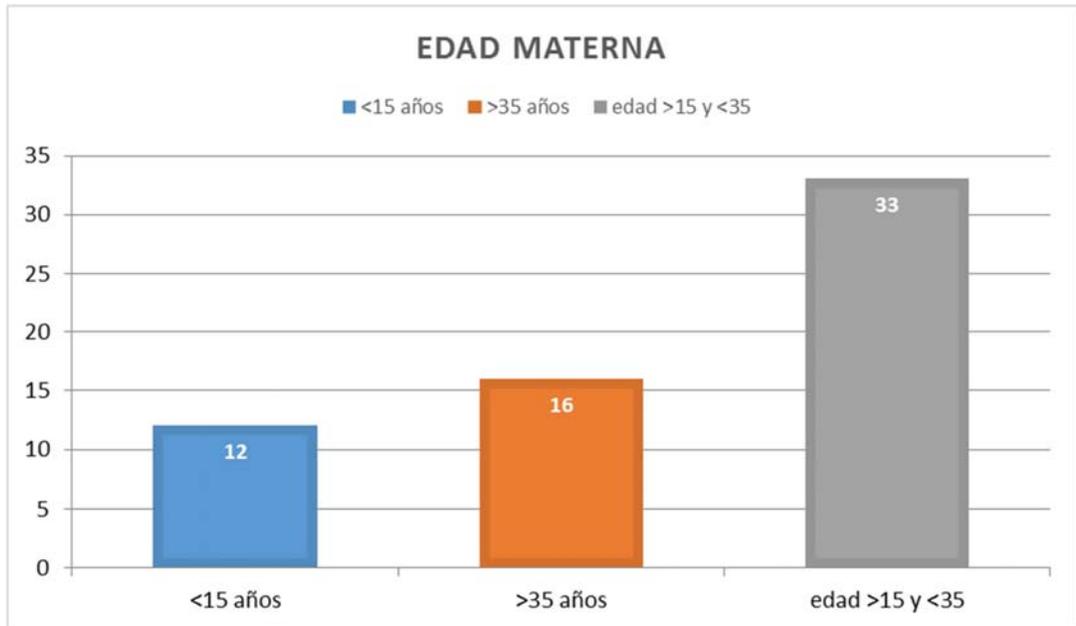
Fuente: Instrumento sobre Factores de riesgo en las gestantes de las UCSF San Nicolás, El Ocotil y Amatepes, enero – junio de 2016.

De las 61 personas del estudio, un total de 6 personas (10%) presentaron enfermedades de base (crónicas) una paciente presentó HTA-C así como también otra persona refirió ser epiléptica, ambas con un porcentaje de 2% cada una. Por otra parte 2 personas manifestaron ser diabéticas y otras 2 gestantes tenían diagnóstico de retraso mental, cubriendo un porcentaje de 3% cada una de esas categorías.

Condición del embarazo actual.

Gráfica 3. Edad materna.

n = 61



Fuente: Instrumento sobre Factores de riesgo en las gestantes de las UCSF San Nicolás, El Ocotil y Amatepes, enero – junio de 2016.

Según los datos recolectados, de 61 mujeres embarazadas 12 personas eran adolescentes con edades < 15 años, representando un 20% de la población en estudio, y 16 mujeres embarazadas tenían edad > 35 años, representando un 26% de la población en estudio. Mientras que el 55% restante se encontraba entre edades de >15 años a < 35 años.

Gráfica 4. Estado nutricional.

n = 61



Fuente: Instrumento sobre Factores de riesgo en las gestantes de las UCSF San Nicolás, El Ocotal y Amatepes, enero – junio de 2016.

Según datos recolectados, de 61 mujeres embarazadas 6 mujeres tenían obesidad mórbida ya que presentaron un IMC >40 kg/mt2 representando un 10% de la población general de estudio, mientras que 10 mujeres presentaron desnutrición con un IMC <18.5 kg/mt2 representando un 16%. Un 74% restante presentaron un IMC en valores normales.

Gráfica 5. Violencia basada en género.

n = 61



Fuente: Instrumento sobre Factores de riesgo en las gestantes de las UCSF San Nicolás, El Ocotal y Amatepes, enero – junio de 2016.

De 61 mujeres del estudio, 3 personas refirieron presentar violencia basada en género representando solo un 5% sin embargo muy significativo por la violación de los derechos sexuales y reproductivos de la mujer.

Gráfica 6. Embarazo múltiple.

n = 61

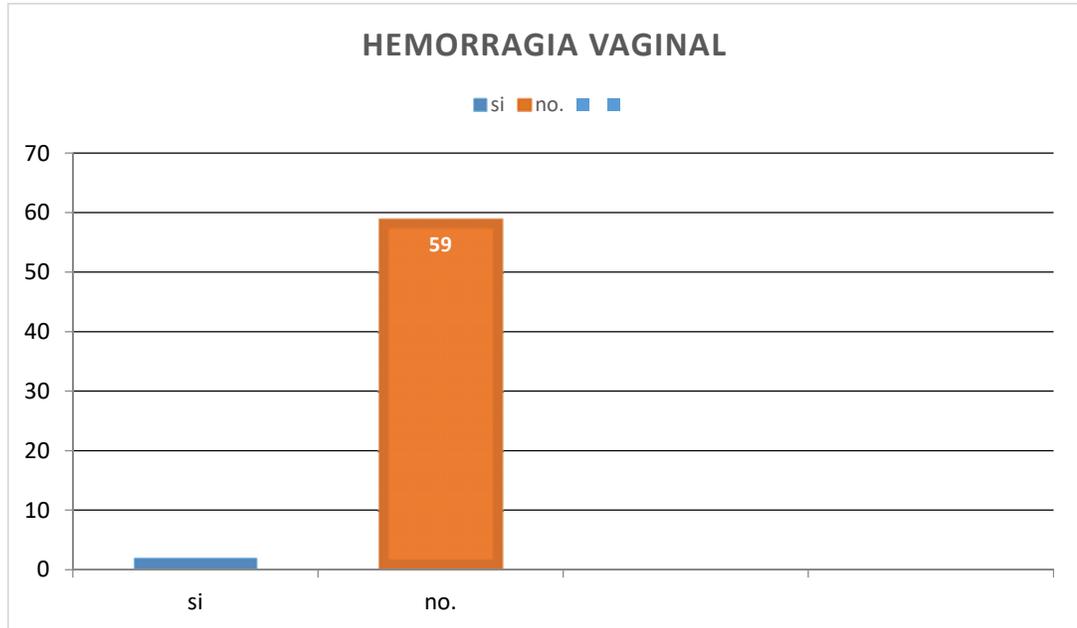


Fuente: Instrumento sobre Factores de riesgo en las gestantes de las UCSF San Nicolás, El Ocotal y Amatepes, enero – junio de 2016.

Según los datos recolectados solamente una mujer embarazada de 61 años presentó embarazo gemelar representando un 2% de la población en estudio.

Gráfica 7. Hemorragia vaginal.

n = 61



Fuente: Instrumento sobre Factores de riesgo en las gestantes de las UCSF San Nicolás, El Ocotil y Amatepes, enero – junio de 2016.

De 61 mujeres embarazadas 2 gestantes presentaron hemorragia vaginal anormal representando un 3%.

Factores de riesgos en el embarazo actual, contemplados en el instrumento, no encontrados en pacientes en estudio:

- Presión arterial mayor o igual a 140/90 mmHg.
- Embarazo no deseado.
- Discordancia entre edad gestacional y altura uterina
- Diagnostico o sospecha de parto prematuro o inmaduro
- Existencias de otros signos o síntomas de alarma.
- Masa pélvica.

Otros factores sociodemográficos.

Gráfica 8. Baja escolaridad.

n = 61

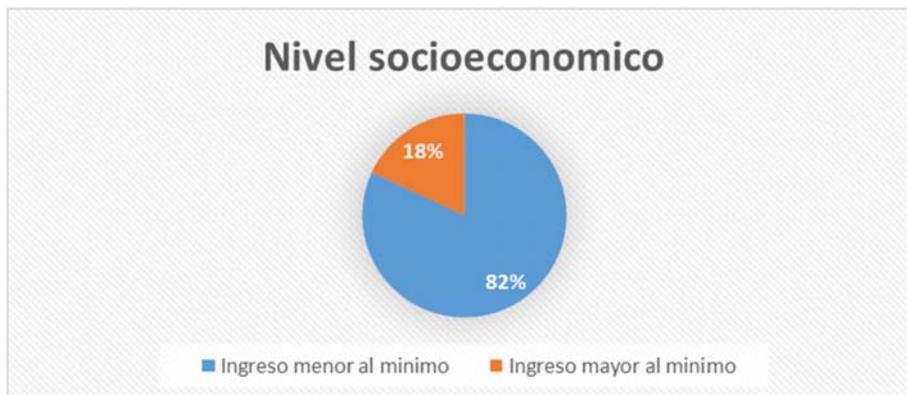


Fuente: Instrumento sobre Factores de riesgo en las gestantes de las UCSF San Nicolás, El Ocotil y Amatepes, enero – junio de 2016.

De 61 mujeres en estudio, se encontraron a 45 de ellas con baja escolaridad es decir un 73%, (que solo hayan cursado primaria). Un valor muy preocupante ya que $\frac{3}{4}$ partes presentaron este factor de riesgo.

Gráfica 9. Nivel socioeconómico bajo.

n = 61



Fuente: Instrumento sobre Factores de riesgo en las gestantes de las UCSF San Nicolás, El Ocotil y Amatepes, enero – junio de 2016.

Según los datos recolectados, se encontró que de 61 mujeres 50 de ellas cuentan con ingresos por debajo de un salario mínimo, por lo que se cataloga con un nivel socioeconómico bajo, que equivale a un 81% de todas las mujeres en estudio.

Área de vivienda.

Según los datos recolectados, se encontró que las 61 mujeres en estudio residen en áreas rurales, que equivale al 100% de las mujeres en estudio.

Fuente: Instrumento sobre Factores de riesgo en las gestantes de las UCSF San Nicolás, El Ocotal y Amatepes, enero – junio de 2016.

Discusión.

Objetivo 1.

“Identificar los factores de riesgo obstétrico más frecuentes, presentes en las gestantes de las UCSF San Nicolás, El Ocotil y Amatepes.”

A lo largo de la historia sea descrito en múltiples ocasiones la importancia de detectar tempranamente el riesgo que está presente en las mujeres embarazadas para incidir de forma favorable en el proceso del embarazo y en su terminación; en vista de tal situación cobra gran importancia la identificación de estos factores. Para facilitar la detección el riesgo se ha subdividido en antecedentes obstétricos, historia médica general y en embarazo actual. Mediante el cohorte realizado durante la investigación se ha evidenciado que la condición que se presentó con mayor frecuencia entre las mujeres embarazadas estudiadas es el acápite de los extremos de las edades tanto las mayores de 35 años (26%), como las menores de 15 años (20%), lo que a su vez se relaciona con un aumento en otras situaciones de riesgo, pues muchas veces las adolescentes por su inmadurez psicológica son incapaces de buscar oportunamente atención médica o de poder identificar síntomas de alguna complicación obstétrica, lo que se traduce en inscripciones prenatales tardías, y aumento en morbilidad materna que puede finalizar en casos de aborto o de partos pretérmino, mientras que en el caso de los embarazos de las mujeres mayores de 35 años pueden estar más relacionados a la presencia de malformaciones congénitas, así como a pérdidas tempranas del embarazo.

Por otro lado otra condición evidenciada con bastante frecuencia en la investigación incluye alteraciones en el IMC principalmente los casos de desnutrición (16%), el cual a su vez se relaciona con un mayor número de casos de restricción del crecimiento intrauterino (RCIU), productos con bajo peso al nacer y de partos prematuros; de igual forma la presencia obesidad mórbida (10%) está estrechamente ligada al apareamiento de complicaciones durante el embarazo como diabetes gestacional y también con trastornos hipertensivos del embarazo.

En un porcentaje del 10% se encuentran los antecedentes médicos, entre ellos enfermedades como hipertensión arterial, Diabetes Mellitus II, epilepsia y retraso mental, por lo que se vuelve de sumo interés el brindar una adecuada atención preconcepcional a toda mujer en edad fértil con el fin de buscar que las pacientes que presenten dichas condiciones médicas tengan un adecuado control de su morbilidad a la hora de buscar un embarazo.

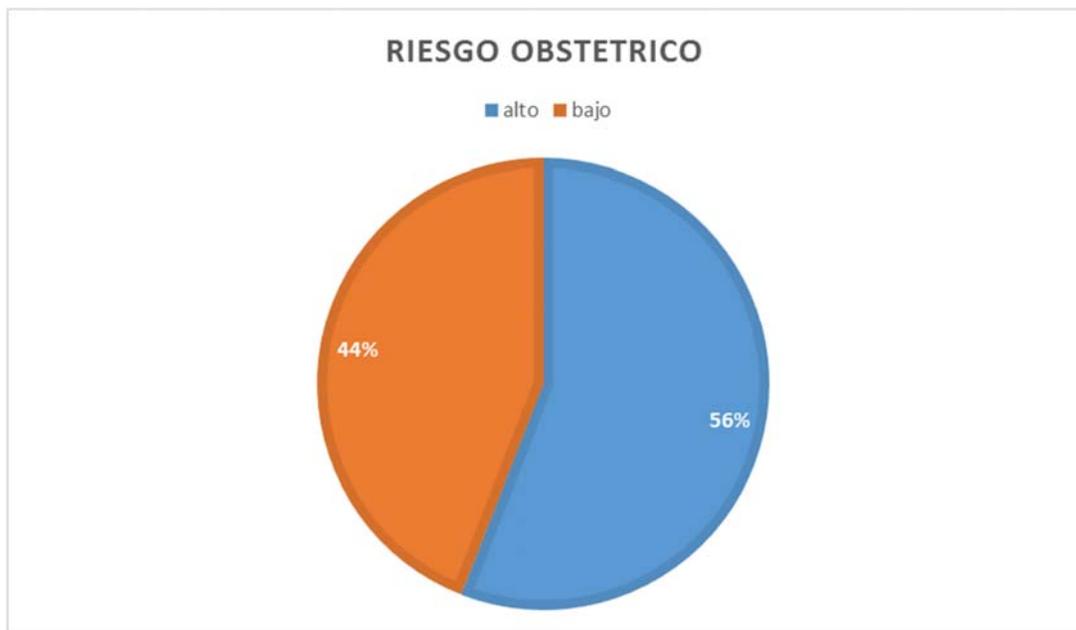
Otras condiciones detectadas en menor porcentaje y que se mencionan en forma descendente incluye casos de antecedentes de partos prematuros (5%), antecedentes de isoimmunización Rh (-) (5%), antecedentes de 2 o más abortos espontáneos previos (5%) y violencia basada en género.

Objetivo 2

- Clasificar el riesgo obstétrico de las gestantes, en alto y bajo riesgo, de las UCSF San Nicolás, El Ocotál y Amatepes.

Gráfica 10.

n = 61



Fuente: Instrumento sobre Factores de riesgo en las gestantes de las UCSF San Nicolás, El Ocotál y Amatepes, enero – junio de 2016.

Según los datos recolectados, un total de 35 mujeres presentan factores de alto riesgo, (56% de las mujeres en estudio) que ameritan llevar controles prenatales especializados.

Además se encontró que 10 mujeres de las 35 presentaron más de 1 factor de alto riesgo.

Discusión.

Objetivo 2

“Clasificar el riesgo obstétrico de las gestantes, en alto y bajo riesgo, de las UCSF San Nicolás, El Ocotil y Amatepes”

Los principales factores de alto riesgo son la desnutrición, obesidad mórbida, embarazos en adolescentes, embarazos en edades avanzadas, y muerte neonatal como antecedente obstétrico. Un total de 35 mujeres presentan factores de alto riesgo, (56% de las mujeres en estudio) de las cuales 10 mujeres cursan con más de 1 factor de riesgo.

Si comparamos están íntimamente relacionados con los factores de bajo riesgo, por lo que se debe de educar a la población y hacerles ver que uno de estos factores contribuye a que el embarazo curse con una mayor probabilidad de complicaciones.

Dentro de otros factores sociodemográficos (bajo riesgo), encontramos la baja escolaridad y un nivel socioeconómico bajo, de los cuales 45 pacientes presentaron baja escolaridad representado por un 73% y 50 pacientes presentaron baja escolaridad representado por un 81% del total en estudio.

Si bien estos factores no afectan directamente la vida de las pacientes, son condiciones que afectan o influyen de manera negativa en los estilos de vida de cada una de ellas, al no contar con los conocimientos o educación suficientes, con un bajo nivel socioeconómico, muchas veces son pacientes multíparas, adolescentes, mujeres en edades avanzadas, que cursan con desnutrición por no contar en muchas ocasiones ni con un salario mínimo y en otras ocasiones con obesidad mórbida por contar con malos hábitos alimenticios.

Conclusiones.

- Los principales factores de riesgo encontrados en las mujeres embarazadas estudiadas son los extremos de la vida reproductiva, que incluyen menores de 15 años y mujeres mayores de 35 años lo que se ve mayormente relacionado al aparecimiento de otras complicaciones asociadas. Del mismo modo se presentó con gran frecuencia las alteraciones nutricionales como obesidad y desnutrición, lo que de igual forma condicionan el aparecimiento de otras morbilidades asociadas.
- Con los datos recolectados se puede concluir que los factores de riesgo más frecuentes son los que se presentan en el embarazo actual, por encima de los factores de riesgo obstétricos previos y que las enfermedades crónicas, sino los factores de riesgo que están más relacionados con los estilos de vida.
- Según los datos recolectados, se puede concluir que un 56% de las gestantes en estudio presentan por lo menos un factor de alto riesgo, que significa que ameritan llevar controles prenatales especializados

Recomendaciones

- Capacitar al personal de salud sobre la clasificación de riesgo en el embarazo, para una oportuna detección precoz y manejo adecuado.
- Reforzar los programas de adolescentes en torno a la educación sexual en las Unidades comunitarias de salud familiar de El Ocotal, Amatepes y San Nicolás, con el fin de orientar a los jóvenes sobre las complicaciones sociales, económicas y de salud que implica un embarazo precoz, para concientizar y disminuir la tasa de embarazos a tan temprana edad.
- Promover los programas de planificación familiar así como también la esterilización, sobre todo a aquellas mujeres multíparas en edades avanzadas mayores de 35 años, tanto en las diferentes unidades comunitarias de salud familiar como en las visitas domiciliarias.
- Promover en cada consulta, estilos de vida saludables a toda mujer en edad fértil, calcular IMC y corregir tanto la desnutrición como la obesidad.

Anexos

Universidad de El Salvador.

Facultad de medicina.

Escuela de Medicina.



Instrumento sobre:

“Factores de riesgo en las gestantes de las UCSF San Nicolás, El Ocotal y Amatepes, enero – junio de 2016”.

Dirigido a:

Gestantes que asistan a las UCSF San Nicolás, El Ocotal y Amatepes,
enero – junio de 2016

Objetivo: “Establecer el riesgo obstétrico presente en las gestantes al inicio del embarazo, en las UCSF San Nicolás, El Ocotal y Amatepes de Enero a Junio de 2016”.

La información aquí recolectada es confidencial y se utilizara únicamente para fines educativos.

Expediente clínico: _____

UCSF: _____

Factores de riesgo		
Edad de la paciente.		
IMC.		
	SI	NO
¿La paciente presente baja escolaridad? (se tomará con baja escolaridad a pacientes que solo hayan cursado primaria).		
¿Mayor grado alcanzado?		
¿De qué área procede la paciente? (rural o urbana)		
¿Tiene un nivel socioeconómico bajo? (Si presenta ingresos menor de un salario mínimo)		
Antecedentes obstétricos.		
Formula Obstétrica.		
Antecedente de parto prematuro		
Antecedente de muerte fetal o neonatal previa.		
Antecedentes de cirugías previas del tracto reproductivo.		
Si la respuesta anterior fue afirmativa, señale tipo de cirugía:		
Peso al nacer del último bebé <2,500 gr		
Peso al nacer del último bebé >4000 gr		
Hipertensión o preeclampsia /eclampsia en embarazo anteriores.		
Madre Rh (-) con antecedente de isoimmunización Rh.		
Malformaciones congénitas.		
Antecedente de parto difícil.		
Antecedente de hemorragia postparto en emb. Previos.		
Condiciones Médicas.		
¿Padece la paciente alguna patología crónica?		
De ser afirmativo indique cuál		
¿Presenta la paciente antecedentes médicos familiares?		
¿De ser positivo, indique cual/cuáles?		
Embarazo Actual.		
Violencia basada en género.		
La presión arterial es mayor o igual que 140/90 mmHg?		
Embarazo no deseado.		
¿La paciente cuenta con diagnostico o sospecha de embarazo múltiple?		
¿Existe sospecha de restricción del crecimiento intrauterino?		
¿Diagnostico o sospecha de parto prematuro o inmaduro?		
Presencia de hemorragia vaginal.		
Presencia de infecciones de transmisión sexual (VIH/SIDA, sífilis).		
Presencia de IVU y/o Vaginosis durante el embarazo.		

Anexo 2. Recolección de datos.

Tabla de recolección de datos.	
muertes fetales	
Muerte fetal o neonatal	4
no antecedentes	57
Antecedentes de 2 o más abortos espontáneos previos.	
antecedentes de abortos espontaneos	3
no antecedentes	58
Peso al nacer del último bebé <2,500 gr	
Peso de RN anterior <2500 gr.	2
RN con peso Adecuado	59
Peso al nacer del último bebé >4,000 gr	
Peso de RN anterior >4,000 gr	0
RN con peso adecuado	59
Cirugías previas del tracto reproductivo.	
cirugias previas	2
no antecedentes quirurgicos pélvicos	59
Antecedentes de parto prematuro o inmaduro	
Prematuros	3
no prematuros	58
Madre Rh (-) con antecedente de isoimmunización Rh.	
Madre Rh -	3
Madre Rh +	58

¿Padece la paciente alguna patología crónica?	
DM	2
HTA	1
RM	2
Epilepsia	1
No enfermedades crónicas	55
edad materna	
<15 años	12
>35 años	16
edad >15 y <35	33
Estado nutricional materno	
<18,5 Kg/m ²	10
>40 Kg/ m ²	6
adecuado peso	45
Violencia basada en género	
con violencia	3
sin violencia	58
Diagnóstico de embarazo múltiple	
embarazo multiple	1
Embarazo único	60
Hemorragia vaginal	
Si	2
no.	59
Baja escolaridad materna	

madre con baja escolaridad	45
madre con escolaridad adecuada	16
Nivel socio economico	
ingreso menor al minimo	50
ingreso mayor al minimo	11
Area de vivienda	
Rural	61
Urbano	0

Anexo 3. Hoja filtro.



ANEXO N° 3



CONTROL PRENATAL. HOJA FILTRO

Nombre de la Paciente: _____		No. de Expediente: _____									
Dirección: _____		Tel. _____									
<p>Instrucciones: La sección "Antecedentes Obstétricos" la llenará sólo durante la inscripción. Las 2 secciones restantes serán llenadas durante la inscripción y los controles prenatales subsecuentes. Marque con una cruz la casilla correspondiente según responda la embarazada.</p> <p>La respuesta afirmativa de 1 ó más criterios significa que la mujer No es elegible para recibir Control Prenatal Básico (En el Primer Nivel). Refiérala al Control Prenatal Especializado (Utilizando la hoja de referencia y retorno) con ECO-E, Unidad de salud con ginecólogo, hospital de Segundo o Unidad periférica del ISSS. Si el ginecólogo considera que debe continuar en control prenatal especializado deberá llenar una nueva hoja filtro y actualizarla según corresponda.</p> <p>Para el ISSS, Se referirá para el Tercer Nivel de Atención las que presenten los numerales 2,6,10,12,13,14,15,16,19,22,29,30 y 31 positivos, excepto cesárea anterior</p>											
I. ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS		FECHA									
		1º		2º		3º		4º		5º	
		NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI
1. Muerte Fetal o muerte neonatal previa.											
2. Antecedentes de 2 ó más abortos espontáneos previos.											
3. Peso al nacer del último bebé < 2,500 gr (<5.4 lb)											
4. Peso al nacer del último bebé > 4,000 gr (>8.62 lb)											
5. Hipertensión o preeclampsia/eclampsia en embarazo(s) anterior(es)											
6. Cirugías previas del tracto reproductivo: miomectomía, resección del tabique, conización, cesárea previa, cerclaje cervical.											
7. Antecedentes de parto prematuro o inmaduro.											
8. Antecedente de parto difícil (Presentación anormal, duración mayor a 24 horas, desgarros grado III-IV)											
9. Antecedente de hemorragia postparto en embarazos previos.											
10. Madre Rh (-) con antecedente de Isoinmunización Rh											
11. Malformaciones congénitas previas.											

II. HISTORIA MÉDICA GENERAL	1º		2º		3º		4º		5º	
	NO	SI								
1. Diabetes (tipo I ,II o Gestacional)										
2. Trastornos neurológicos (Epilepsia, paropleja, ACV previo, anomalías de columna, entre otros)										
3. Trombosis venosa profunda (actual o previa).										
4. Cardiopatía (Congénita o adquirida)										
5. Consumo de drogas o alcohol.										
6. Trastornos depresivos.										
7. Trastornos de ansiedad.										
8. Cualquier otra enfermedad o afección médica severa Por favor especifique _____										
III. EMBARAZO ACTUAL	NO	SI								
9. Embarazada < 15 años ó >35 años de edad										
10. Estado nutricional (IMC< 18.5 Kg/m2 ó > 40 Kg/m2)										
11. Presión arterial ≥ 140/90 mm de Hg.										
12. Violencia basada en género (Intrafamiliar / Sexual)										
13. Embarazo no deseado										
14. Diagnóstico o sospecha de embarazo múltiple										
15. Discordancia entre edad gestacional y altura uterina o sospecha de Restricción de Crecimiento intrauterino										
16. Diagnóstico o sospecha de parto prematuro o inmaduro										
17. Hemorragia Vaginal.										
18. Infecciones de transmisión sexual (VIH/SIDA, sífilis)										
19. Existencia de otros signos/síntomas de alarma: dolor de cabeza; dolor en epigastrio o hipocondrio derecho; problemas visuales: visión doble, visión borrosa, escotomas, fosfenos y amaurosis.										
20. Masa Pélvica										
¿ES ELEGIBLE PARA CONTROL PRENATAL BASICO?										
Si la respuesta a la pregunta anterior es NO, será referida al establecimiento: _____										

Bibliografía.

- Berek JS. Ginecología de Novak. 14ª edición. Barcelona: Lippincott; 2008.
- Bloom, S., Cunningham, F., Hauth, J., Leveno, K., Rouse, D., Spong, C., et al. Williams obstetricia. 23a edición. México: McGraw-Hill, 2011.
- Ministerio de Salud. Lineamientos técnicos para la atención de la mujer en el período preconcepcional, prenatal, parto, puerperio y al recién nacido. 2a edición. El Salvador: Ministerio de salud; 2012.
- Ministerio de Salud. Guía técnica para el sistema de vigilancia de la salud materna perinatal. El Salvador: Ministerio de Salud; 2009.

Disponible en:

http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/guia/guia_sistema_vig_materno_perinatal.pdf

- Ministerio de Salud. Programa Nacional sobre Maternidad Segura. El Salvador: Ministerio de Salud; 2009.

Disponible en:

http://www.paho.org/els/index2.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=1029&Itemid=99999999

Organización Mundial de la Salud. Objetivos de Desarrollo del Milenio. Suiza: Organización Mundial de la Salud; 2015.

Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs290/es/>

- Villar, J., Bergsjö, P. Grupo de Investigación del Estudio de Control Prenatal de la OMS. Suiza: Organización mundial de la salud; 2003.

Disponible en:

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42692/1/WHO_RHR_01.30_spa.pdf