

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



**CARACTERIZACION DE LA ATENCION EN EMBARAZADAS DE ALTO  
RIESGO OBSTETRICO, UNIDADES COMUNITARIAS DE SALUD FAMILIAR  
DE MUNICIPIOS DE “EL CARPINTERO”- LA UNIÓN, “SAN NICOLAS”-  
CUSCATLAN, Y “SANTA LUCÍA”- ILOPANGO; JULIO, 2017.**

**Presentado por:**

Lesby Alejandra Martínez López.

Margarita Alejandra Muñoz Granados.

Katy Cecibel Márquez Cañas.

**Para optar al título de:**

**DOCTOR EN MEDICINA**

**Asesora:**

Dra. Ana Concepción Polanco

SAN SALVADOR, OCTUBRE DE 2017.

## ÍNDICE

I.	Resumen	3
II.	Introducción	4
III.	Objetivos	8
IV.	Marco teórico	9
V.	Hipótesis	32
VI.	Diseño metodológico	33
VII.	Resultados	40
VIII.	Discusión	53
IX.	Conclusiones	58
X.	Recomendaciones	60
XI.	Bibliografía	62
XII.	Anexos	63

## I. RESUMEN

El presente estudio refleja el manejo que se dio en el primer nivel de atención y el apego considerado para seguir los lineamientos que se utilizaron para atender a las embarazadas de alto riesgo inscritas en las Unidades Comunitarias de Salud Familiar El Carpintero, San Nicolás y Santa Lucía, de los Municipios Póloros, Monte San Juan e Ilopango, respectivamente.

Se realizó a través de un estudio de tipo cuantitativo, descriptivo y transversal, desarrollándose en el periodo de julio de 2017.

La muestra se obtuvo a través de un método no probabilístico por serie de casos consecutivos de consulta, contabilizando 50 embarazadas que cumplían uno o más de los criterios de inclusión.

La fuente de información estaba constituida por los datos brindados por la paciente embarazada y los obtenidos a través de la revisión de expedientes, usando las técnicas de encuesta y recopilación de documentos apoyándose en un instrumento constituido por 20 preguntas de opción múltiple a ser respondidas por las pacientes de la muestra y complementadas con la revisión de expedientes.

Los resultados obtenidos fueron los siguientes:

Los trastornos hipertensivos del embarazo fueron los factores de riesgo más frecuentemente encontrados, seguido de la hipertensión arterial crónica.

El factor de riesgo obstétrico más observado fue la multiparidad. De estas pacientes multíparas, al 78% se les indicó un control especializado y el 68% recibieron control preconcepcional, siendo referidas a la Clínica de Alto Riesgo Obstétrico (CARR), exceptuando una. El manejo de las pacientes se efectuó siguiendo los lineamientos establecidos, por lo que se comprueba la hipótesis de la investigación.

## II. INTRODUCCIÓN

El siguiente documento presenta una investigación de tipo cuantitativo, descriptivo y transversal, dirigida al manejo de atención del embarazo de alto riesgo obstétrico que se realizó en las Unidades Comunitarias de Salud Familiar Básico (UCSF-B) Carpintero (Polorós), San Nicolás (Monte San Juan), y Santa Lucia (Ilopango).

El estudio se realizó en julio 2017, en donde se identificaron a las embarazadas de alto riesgo obstétrico, revisando expedientes clínicos; y al obtener la información se estableció el manejo, utilizando como base los Lineamientos Técnicos para la Atención Integral de las Mujeres con Alto Riesgo Reproductivo, desde el momento preconcepcional hasta la culminación de la gestación: el parto.

La investigación determinó la atención y seguimiento que se efectúa en el primer nivel en el área rural-urbano, por el personal de salud, y cómo esta se relacionan los factores sociales así como la caracterización a la embarazada de alto riesgo obstétrico en las áreas investigadas.

El manejo de los embarazos de alto riesgo obstétrico, desde la etapa preconcepcional hasta el puerperio es una de las estrategias novedosas y de impacto para la salud pública, ya que estos son un problema de salud complejo que aumenta la morbilidad y mortalidad materna cuando este no es manejado correctamente.

Desde los años cuarenta las defunciones maternas se han vuelto cada vez más raras en los países desarrollados. Sin embargo, no cabe decir lo mismo de las zonas en desarrollo, en las que la persistencia de altos niveles de mortalidad materna es un síntoma de una falta de cumplimiento generalizada de los derechos humanos más fundamentales de las mujeres. En 1987 se celebró en

Nairobi<sup>1</sup> la primera Conferencia Internacional sobre la Maternidad sin Riesgo y se formuló el objetivo de una reducción del 50% en los niveles de la mortalidad materna para el año 2000. Los problemas que se asocian a morbilidad materna son la hemorragia obstétrica, las infecciones, los trastornos hipertensivos del embarazo y las enfermedades maternas pre - gestacionales. Cada día mueren aproximadamente casi 830 mujeres por causas prevenibles relacionadas con el embarazo y el parto.

Así mismo la atención de la salud reproductiva se define como el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y al bienestar reproductivo al evitar y resolver los problemas relacionados con la salud reproductiva. En comparación con otras mujeres, las jóvenes adolescentes corren mayor riesgo de complicaciones y muerte a consecuencia del embarazo. La maternidad prematura sigue siendo un obstáculo para el progreso educacional, económico y social de la mujer en todo el mundo. La atención especializada antes, durante y después del parto puede salvarles la vida a las embarazadas y a los recién nacidos. La mortalidad materna mundial se ha reducido en alrededor del 44% entre 1990 y 2015.<sup>2</sup>

En El Salvador el concepto inicia como parte de cumplimiento de los indicadores de los Objetivos del Milenio. Durante el año 2014 el Ministerio de Salud de El Salvador (MINSAL) reportó 82,793 partos verificados en veintiocho maternidades, de los cuales 17,620 fueron en pacientes menores de 19 años y 5,550 en mujeres con más de 35 años, lo cual representa un 28% de mujeres que verificaron parto en edades no seguras, así mismo datos publicados en el informe de labores 2014 -2015, reportan que durante ese año hubo 60 muertes maternas que corresponden a una razón de 52.6 por cada 100 mil nacidos

---

<sup>1</sup> Capital de Kenia, África.

<sup>2</sup> La Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer realizada en Beijing en 1995.

vivos, de estas muertes reportadas el 43% se deben a muertes por causas indirectas.<sup>3</sup>

El MINSAL como rector del Sistema Nacional de Salud (SNS), y en cumplimiento de la Política Nacional de Salud (2015-2019) en lo relativo al Eje fortalecimiento de las redes integrales e integradas de salud (RIIS) específicamente en su línea de acción que establece garantizar los derechos a la salud sexual y reproductiva, basados en los criterios de libre voluntad, accesibilidad cultural y económica, define la consulta de alto riesgo reproductivo, con el propósito de proporcionar a las mujeres con patologías o condiciones de base, la consejería y anticoncepción más adecuada para lograr un embarazo (libremente deseado) en las mejores condiciones de salud posibles, reduciendo el riesgo de complicaciones o muertes tanto maternas como perinatales.<sup>4</sup>

Para tal fin, se crearon los Lineamientos Técnicos para la Atención Integral de las Mujeres con Alto Riesgo Reproductivo, vigentes a partir de noviembre de 2016. El objetivo general de estos es definir las intervenciones necesarias para la identificación del riesgo, clasificación, manejo y seguimiento de las mujeres con alto riesgo reproductivo con un enfoque de género y derechos.

Por lo que la pregunta de investigación consistió en: ¿Cuál es la atención que se les brindó a las embarazadas de alto riesgo obstétrico en el primer nivel de atención? De esta manera se caracterizó la atención brindada, y se concluyó si esta seguía los lineamientos establecidos por las autoridades de salud.

---

<sup>3</sup> El Salvador. Ministerio de Salud. Viceministerio de Salud de Políticas de Salud. Dirección de Regulación y Legislación en Salud. Viceministerio de Servicios de Salud. Unidad de Atención Integral en Salud a la Mujer y la Niñez (2016) *“Lineamientos técnicos para la atención integral de las mujeres con alto riesgo reproductivo”*.

<sup>4</sup> Ídem.

Por lo tanto, este trabajo se justifica en la importancia de la investigación, como aporte a la formación de Médicos en Servicio Social de las UCSF pertenecientes al estudio, mostrar manejos en servicios de salud del primer nivel que participó, así como incrementar la promoción de los servicios de salud para evitar que las embarazadas presenten complicaciones en esta etapa en las zonas geográficas a la que pertenecen, permitiendo mejorar el manejo brindado a la población en cada uno de sus municipios participantes.

El trabajo será socializado con los Directores de cada una de UCSF investigadas, así como el personal de salud contribuyendo a la promoción de salud del cumplimiento de las normas de este programa. Así mismo pretende que se realicen gestiones con directores de UCSF para programar visitas de gineco-obstetras para la realización de controles prenatales especializados en este grupo poblacional.

### **III. OBJETIVOS**

#### **OBJETIVO GENERAL**

Determinar el cumplimiento de los lineamientos en la atención brindada a las embarazadas de alto riesgo obstétrico en las Unidades Comunitarias de Salud Familiar Carpintero, San Nicolás y Santa Lucía en julio de 2017.

#### **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

1. Identificar a las pacientes con embarazo de alto riesgo obstétrico que asisten a la consulta prenatal en las Unidades Comunitarias de Salud Familiar Carpintero, San Nicolás y Santa Lucía que tuvieron controles prenatales en julio de 2017.
2. Establecer las características sociodemográficas y educativas que influyen en los embarazos de alto riesgo obstétrico en las Unidades Comunitarias de Salud Familiar Carpintero, San Nicolás y Santa Lucía.
3. Identificar el manejo y atención recibido por las embarazadas de alto riesgo obstétrico de las Unidades Comunitarias de Salud Familiar Carpintero, San Nicolás y Santa Lucía a través de la revisión de expedientes clínicos, verificando si se siguieron los lineamientos esperados del primer nivel hacia los otros niveles de atención y el retorno.
4. Cuantificar las usuarias embarazadas de alto riesgo obstétrico que recibieron control preconcepcional en las Unidades Comunitarias de Salud Familiar Carpintero, San Nicolás y Santa Lucía.

## IV. MARCO TEORICO

### 1. Embarazo.

Se define embarazo como “el período de tiempo que transcurre desde la implantación del ovulo fecundado en el endometrio, hasta el momento del parto”.<sup>5</sup>

En promedio, transcurren casi 280 días o 40 semanas entre el primer día del último período menstrual y el nacimiento del feto, lo que corresponde a 9.33 meses del calendario. El período de gestación también puede dividirse en tres unidades de tres meses cada uno (13 semanas) o tres trimestres:

- **Primer trimestre:** comprendido desde la semana 1 hasta la semana 14 de gestación.
- **Segundo trimestre:** hasta la semana 28 de gestación.
- **Tercer trimestre:** es comprendido desde la semana 29 de gestación hasta la semana 40.

El período perinatal es el lapso posterior al nacimiento de un feto después de 20 semanas de gestación y que concluye a los 28 días de edad postnatal. Cuando las tasas perinatales se basan en el peso al nacer más que la edad gestacional, se recomienda definir al período perinatal como de inicio a los 500 g.<sup>6</sup>

### 2. Control prenatal.

El control prenatal según el Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP) se define como: “la serie de entrevistas o visitas programadas de la embarazada

---

<sup>5</sup> Benson P. Manual de Obstetricia y Ginecología. 9ª ed. McGraw-Hill Interamericana. México, 1994

<sup>6</sup> Cunningham. Williams Obstetricia 23° ed. McGraw-Hill, Interamericana, México, 2011.

con los integrantes del equipo de salud, con el objetivo de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y la crianza”.<sup>7</sup>

Es la atención integral, periódica y sistemática de la embarazada por Equipo Comunitario de Salud Familiar y Especializado (ECOS-F y ECOS-E), con el fin de: “vigilar la evolución del proceso de gestación; identificar factores de riesgo; detectar y tratar oportunamente las complicaciones; referir al nivel de mayor complejidad cuando sea necesario; brindar educación y consejería de acuerdo a las necesidades de la mujer; lograr un parto en las mejores condiciones de salud para la madre y su hijo.”<sup>8</sup>

Se distinguen dos tipos de control prenatal según la evaluación de la paciente:

- **Control prenatal básico:** en la cual se ven involucradas pacientes sin aparente factores de riesgo o complicaciones y será dado por médico general, médico de familia, licenciada en salud materno-infantil, enfermera capacitada o médico especialista.
- **Control prenatal especializado:** para pacientes en los que se detecte morbilidad previa o complicaciones durante el embarazo y será proporcionado por médico gineco-obstetra.

## 2.1 Hoja Filtro de control prenatal.

A toda mujer embarazada sin excepción se le pasara a su llegada, la Hoja Filtro de control prenatal (ver Anexo 4) para definir si es candidata para control prenatal básico o especializado. Si al llenar la Hoja Filtro de control prenatal se detecta la presencia de una o más de las condiciones que evalúa o si durante el transcurso del control prenatal básico se detecta factores de riesgo o

---

<sup>7</sup> Centro Latinoamericano de Perinatología / Salud de la mujer y reproductiva. (CLAP /SMR). “Guías para el Continuo de Atención de la Mujer y el Recién Nacido Focalizadas en APS”. 2009.

<sup>8</sup> Ministerio de Salud de El Salvador: “Lineamientos técnicos para la atención integral de las mujeres con alto riesgo reproductivo”. 2011

complicaciones, la usuaria deberá ser referida al control prenatal especializado al nivel correspondiente, según la condición de la paciente.

La sección antecedente de esta hoja será llenada por la enfermera o el recurso designado para tal fin en cada institución, previo a la consulta de inscripción. Las secciones historia clínica general y embarazo actual de la Hoja Filtro serán llenadas durante la inscripción y en los controles subsecuentes, por el recurso que da el control prenatal.

Si la condición de referencia desaparece o puede tener un seguimiento básico, se hará el retorno al establecimiento que la refirió. En este caso, continuara con el control prenatal básico, brindándole las intervenciones que corresponden a la semana de gestación en la que se encuentra.

### **2.1. Control Prenatal básico.**

En este grupo se incluyen aquellas pacientes que no presentan ningún factor de riesgo obstétrico, que no hayan presentado complicaciones durante el embarazo actual, o que hayan presentado complicaciones pero que estas se hayan resuelto, y el gineco-obstetra considera aptas para que continúen con el control básico. Dentro del control prenatal básico se abordan tres componentes: educativo, evaluación clínica y tratamiento.

- **Componente educativo:** en el cual se busca que la embarazada y su familia adquieran conocimientos y desarrollen prácticas para el autocuidado y el desarrollo de la gestación, se puedan reconocer signos y síntomas de alarma y dónde acudir en caso de emergencia, utilizando componentes tales como: involucramiento de la pareja, higiene personal, nutrición, salud mental, prevención de la violencia, promoción del plan de parto, promoción de las casas de espera materna, promoción del parto institucional y cuidados del recién nacido, entre otros.

- **Componente evaluación clínica:** en el cual se evalúa a la paciente y se verifica la evolución de la gestación a fin de detectar factores de riesgo o complicaciones y referir oportunamente. Dentro de los componentes utilizados para dicho componente se encuentran: llenado de la hoja filtro, examen físico completo incluida la toma de Papanicolau si no estuviera vigente, evaluación nutricional a través del Índice de Masa Corporal (IMC), toma de pruebas de laboratorio y de gabinete.
- **Componente preventivo y tratamiento:** en el que se busca brindar medidas preventivas que beneficien a la mujer y a su hijo y proporcionar tratamiento oportuno de las complicaciones que podrían llegarse a presentar. Se incluyen en las intervenciones a realizar: administración de micronutrientes, atención odontológica, atención nutricional, aplicación de vacunas, tratamiento de infecciones, detección de embarazadas con VIH, diagnóstico y manejo de enfermedades crónicas.

Un control prenatal eficiente debe cumplir con cuatro requisitos básicos:

- **Precoz:** debe iniciarse lo más temprano posible, preferentemente antes de las 12 semanas.
- **Periódico:** a toda mujer embarazada se le deberá brindar como mínimo cinco controles prenatales: uno de inscripción y cuatro de seguimiento. (ver tabla 1).
- **Completo:** se debe garantizar el cumplimiento de las acciones de información, educación, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.
- **De amplia cobertura:** debe abarcar al cien por ciento de mujeres embarazadas.
- **Con calidez:** la atención se brindará tomando en consideración los aspectos socioculturales y con un enfoque basado en derechos.

**Tabla 1:** Periodicidad del Control Prenatal.

<b>Controles prenatales</b>	<b>Semanas de embarazo</b>
<b>1° Control (Inscripción)</b>	En las primeras 12 semanas
<b>2° Control</b>	Entre las 16-18 semanas
<b>3° Control</b>	Entre las 26-28 semanas
<b>4° Control</b>	Entre las 32-34 semanas
<b>5° Control</b>	A las 38 semanas

*Fuente: Ministerio de Salud. "Lineamientos técnicos para la atención de la mujer en el período preconcepcional, parto, puerperio y al recién nacido". 2011.*

## **2.2. Control prenatal especializado.**

Este tipo de control se brinda a las pacientes que cumplen alguno de los siguientes criterios que se encuentran en la Hoja Filtro (ver Anexo 4), y que deben ser evaluadas por un gineco-obstetra.

### **a. Antecedentes obstétricos:**

- Muerte Fetal o muerte neonatal previa.
- Antecedentes de 2 ó más abortos espontáneos previos.
- Peso al nacer del último bebé < 2,500 gr (<5.4 lb).
- Peso al nacer del último bebé > 4,000 gr (>8.62 lb).
- Hipertensión o pre eclampsia/eclampsia en embarazo anterior.
- Cirugías previas del tracto reproductivo: miomectomía, resección del tabique, conización, cesárea previa, cerclaje cervical.
- Antecedentes de parto prematuro o inmaduro.
- Antecedente de parto difícil (presentación anormal, duración mayor a 24 horas, desgarros grado III-IV).
- Antecedente de hemorragia postparto en embarazos previos.
- Madre Rh (-) con antecedente de isoinmunización Rh.
- Malformaciones congénitas previas.

### **b. Historia Médica General:**

- Diabetes ( tipo I ,II o Gestacional)
- Trastornos neurológicos (Epilepsia, paraplejia, ACV previo, anomalías de columna, entre otros)
- Trombosis venosa profunda (actual o previa).
- Cardiopatía (Congénita o adquirida)
- Consumo de drogas o alcohol.
- Trastornos depresivos.
- Trastornos de ansiedad.
- Cualquier otra enfermedad o afección médica severa.

### **c. Embarazo actual:**

- Embarazada < 15 años ó >35 años de edad.
- Estado nutricional (IMC< 18.5 Kg/m<sup>2</sup> o > 40 Kg/m<sup>2</sup>).
- Presión arterial ≥ 140/90 mm de Hg.
- Violencia basada en género (Intrafamiliar / Sexual).
- Embarazo no deseado.
- Diagnóstico o sospecha de embarazo múltiple.
- Discordancia entre edad gestacional y altura uterina o sospecha de Restricción de Crecimiento intrauterino (RCIU).
- Diagnóstico o sospecha de parto prematuro o inmaduro.
- Hemorragia vaginal.
- Infecciones de transmisión sexual (VIH/SIDA, sífilis).
- Existencia de otros signos/síntomas de toxemia.
- Masa pélvica.<sup>9</sup>

---

<sup>9</sup> Ministerio de Salud. "Lineamientos técnicos para la atención de la mujer en el período preconcepcional, parto, puerperio y al recién nacido" 2011.

Los sistemas de información deben estar orientados a facilitar el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, además de garantizar la calidad de las prestaciones que se brindan. Esta calidad de la atención se sustenta en la organización de los servicios y en un sistema de información adecuado que debe contar con una historia clínica apropiada y un flujo de la información que garantice a quien atienda el caso en el lugar y momento en que lo haga, que todos los datos necesarios para el correcto manejo estén en su poder.<sup>10</sup> Asimismo, la Historia Clínica Perinatal del CLAP, se utiliza en cada control prenatal, con el fin de utilizarse como un instrumento en donde se verifique desde la inscripción, patologías previas familiares y personales, en cada cita, factores de riesgo que puedan influir o que se pueda convertir en un embarazo de alto riesgo.

### **3. Consulta preconcepcional.**

Es una consulta brindada, por médico(a), enfermera(o) y licenciada(o) materno-infantil; a una mujer y su pareja, o a una mujer previo a su embarazo, con el objetivo de identificar, corregir, eliminar o disminuir factores o conductas de riesgo reproductivo y tratar enfermedades que puedan alterar la evolución normal de un futuro embarazo.

Durante esta consulta se debe explorar a través de la Hoja Filtro de control preconcepcional (Ver Anexo 3), si la mujer presenta condiciones biológicas o sociales que incrementan su riesgo reproductivo.

---

<sup>10</sup> Centro Latinoamericano de Perinatología / Salud de la mujer y reproductiva. (CLAP /SMR). Sistema Informático Perinatal. Historia Clínica Perinatal. 2011.

### **3.1 Actividades a realizar durante la consulta preconcepcional.**

En la consulta preconcepcional en todos los niveles de atención, deben cumplirse las actividades que se detallan a continuación:

- Llenar Hoja Filtro de la consulta preconcepcional.
- Realizar historia clínica completa.
- Investigar enfermedades crónicas concomitantes.
- Medir talla y peso corporal.
- Evaluar el estado nutricional con el IMC.
- Determinar tensión arterial.
- Efectué examen físico completo.
- Realizar inspección cervical y toma de citología cervical.
- Verificar vigencia de esquema de vacunación antitetánica y antirubeola.
- Realizar evaluación odontológica.
- Prescribir micronutrientes para disminuir defectos del tubo neural.
- Solicitar tipeo-Rh.
- Prevención de la transmisión vertical de VIH.
- Eliminación de sífilis congénita.<sup>11</sup>

### **4. Definición de riesgo.**

El riesgo se define como la posibilidad de un daño, perjuicio o inconveniente.<sup>12</sup>

#### **4.1 Riesgo reproductivo.**

La aplicación del enfoque de riesgo en el campo de la reproducción humana, generó el concepto de riesgo reproductivo. Este se define como la probabilidad

---

<sup>11</sup> “Lineamientos técnicos para la atención integral de las mujeres con alto riesgo reproductivo”. MINSAL, 2016.

<sup>12</sup> Diccionario de la Lengua Española.

de sufrir un daño durante el proceso de reproducción, el mismo que afectará principalmente a la madre, al feto o al recién nacido pero también al padre y la familia en general.

El riesgo reproductivo es un indicador de necesidad que nos permite identificar a aquellas mujeres, familias o poblaciones más vulnerables, es decir, a aquellas con mayor probabilidad de sufrir un daño durante el proceso de reproducción.

La vulnerabilidad al daño reproductivo se debe a la presencia de ciertas características biológicas, psíquicas, genéticas, ambientales, sociales, culturales, económicas o políticas que interactúan entre sí. Estas características son conocidas como factores de riesgo reproductivo.

Los factores de riesgo reproductivo, por consiguiente, pueden ser causas o señales, pero lo importante es que son observables o identificables antes de producirse el acontecimiento que predicen.

Acorde con el concepto de Salud Reproductiva, la aplicación del enfoque de riesgo reproductivo debe empezar antes de la concepción. Por lo que se dividen en tres tipos de riesgo:

- **Riesgo preconcepcional:** es la aplicación del enfoque de riesgo reproductivo antes de la concepción.
- **Riesgo obstétrico:** enfoque de riesgo durante la gestación y el parto.
- **Riesgo perinatal:** enfoque de riesgo desde la vigésima octava semana de gestación hasta la primera semana de vida del neonato.

El enfoque de riesgo reproductivo unifica estos tres conceptos ofreciendo un panorama más coherente e integrador:

**Riesgo reproductivo = riesgo preconcepcional + riesgo obstétrico + riesgo perinatal.<sup>13</sup>**

#### **4.2 Identificación de pacientes con alto riesgo reproductivo.**

El personal de salud durante la atención integral de toda mujer en edad reproductiva debe:

- Identificar enfermedades / condiciones de alto riesgo reproductivo.
- Atender a la paciente de forma oportuna en la consulta de alto riesgo reproductivo, ante la presencia de una o más de estas enfermedades / condiciones (ver tabla 2).
- Referir a la consulta de alto riesgo reproductivo al nivel correspondiente, al identificarse mujeres en edad reproductiva sin método de planificación con enfermedad de base, según los lineamientos técnicos para la referencia, retorno e interconsulta.<sup>14</sup>

---

<sup>13</sup> Salud Reproductiva: concepto e importancia. OPS, Perú, 1996.

<sup>14</sup> “Lineamientos técnicos para la atención integral de las mujeres con alto riesgo reproductivo”. MINSAL, 2016.

**Tabla 2:** Riesgos reproductivos.

<p><b>Tercer nivel de atención.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cardiopatías de alto riesgo (New York Heart Association) clase II, III y IV.</li> <li>• Hipertensión pulmonar, síndrome de Eisenmenger, síndrome de Marfan con dilatación de la raíz aortica, estenosis aortica o mitral severa, antecedentes de infarto agudo de miocardio, disfunción ventricular severa, prótesis valvulares, cardiopatías congénitas cianóticas, cardiopatía Chagásica.</li> <li>• Colagenopatías.</li> <li>• Insuficiencia renal crónica.</li> <li>• Diabetes con daño a órgano blanco.</li> <li>• Enfermedad tromboembólica.</li> <li>• Cáncer actual o como antecedente.</li> <li>• Enfermedades hematológicas: talasemias, anemia falciforme, hemofilia, púrpuras.</li> <li>• Edad: adolescente, mujer mayor de 35 años.</li> </ul>
<p><b>Primer y segundo nivel de atención.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cardiopatías (New York Heart Association) clase I.</li> <li>• Hipertensión arterial crónica.</li> <li>• Neumopatía.</li> <li>• Diabetes.</li> <li>• Tiroideopatías.</li> <li>• Enfermedades hematológicas: anemias.</li> <li>• Abortos recurrentes.</li> <li>• Obesidad IMC arriba de 40.</li> <li>• Gran múltipara (4 o más).</li> <li>• Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH).</li> <li>• Toxoplasmosis, Sífilis. Citomegalovirus.</li> <li>• Antecedente de enfermedad de Chagas.</li> <li>• Trastornos mentales graves.</li> <li>• Hepatopatías.</li> <li>• Enfermedades del sistema nervioso central.</li> <li>• Hijo previo con malformaciones congénitas mayores.</li> <li>• Malformaciones músculo esqueléticas limitantes de la mujer.</li> <li>• Malformaciones del sistema reproductor de la mujer.</li> <li>• Enfermedad gestacional del trofoblasto previa.</li> <li>• Isoinmunización Rh.</li> <li>• Alcoholismo.</li> <li>• Adicciones.</li> <li>• Edad: adolescente, mujer mayor de 35 años.</li> </ul>

*Fuente: Equipo técnico de elaboración Lineamientos técnicos de atención a mujeres con riesgo reproductivo, MINSAL, junio de 2015.*

### 4.3 Riesgo preconcepcional.

El concepto de riesgo reproductivo preconcepcional se aplica a las mujeres en edad reproductiva en los periodos no gestacionales.

El objetivo del concepto es clasificar a la mujer en edad fértil no gestante de acuerdo al riesgo que un futuro embarazo produciría en la salud de ella, el feto o el recién nacido. Se sabe que las mujeres que tienen alto riesgo preconcepcional posiblemente presentarán un alto riesgo obstétrico, en el caso de gestar; y son estas últimas las que tienen mayor probabilidad de sufrir un daño en el proceso de reproducción. Por esta razón, es imperativo actuar en el periodo preconcepcional con la finalidad de identificar a aquellas mujeres con alto riesgo para brindarles una atención de mayor complejidad, de acuerdo a las normas y procedimientos establecidos.

Los factores de riesgo reproductivo preconcepcional son muchos: analfabetismo, pobreza, malnutrición, vivir en zonas urbano-marginales o rurales con servicios de salud insuficientes, etc. Estos factores varían entre los países y entre las distintas regiones de los mismos. Sin embargo, existen algunos factores que son universales, es decir, que persisten independientemente de la condición social o del área geográfica en que habitan las mujeres. Entre estos, cuatro son los más reconocidos:

- **Edad:** una gestación tiene mayor riesgo cuando la mujer es menor de 18 años o mayor de 35 años.
- **Paridad:** el riesgo es mayor en la primera gestación o después de la quinta.
- **Intervalo intergenésico:** el riesgo es mayor cuando el intervalo entre las gestaciones es menor de dos años.

- **Antecedente de mala historia obstétrica:** el riesgo es mayor cuando la mujer ha tenido previamente abortos, hijos nacidos muertos, hijos muertos menores de un mes, dos o más cesáreas, toxemia, etc.

Existen otros factores de riesgo preconcepcional que catalogan a la mujer como alto riesgo preconcepcional con su sola presencia, como insuficiencia cardiaca, hipertensión arterial crónica, psicosis, enfermedad neurológica incapacitante, insuficiencia renal, insuficiencia hepática, insuficiencia pulmonar (tuberculosis avanzada), cáncer, diabetes, enfermedades congénitas (Down y otras), baja estatura de la mujer (menor de 145 cm.), dos o más cesáreas, 4 o más embarazos y otras.

La aplicación del concepto de riesgo reproductivo preconcepcional es importante porque significa realizar prevención primaria, la cual potencialmente evita la morbilidad materno infantil al prevenir un embarazo de alto riesgo; sin embargo, este concepto es poco conocido y por lo tanto su uso es limitado, de allí la importancia de difundirlo y fomentar su aplicación.<sup>15</sup>

#### **4.4 Riesgo obstétrico.**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el factor de riesgo obstétrico como una característica o circunstancia identificable en una o más gestaciones (embarazo, parto, feto y/o neonato) que se asocia con un riesgo anormal de poseer, desarrollar o ser especialmente afectado de forma desfavorable por una enfermedad.<sup>16</sup>

---

<sup>15</sup> Idem.

<sup>16</sup> World Health Organization. The prevention of perinatal morbidity and mortality, 1972 (Cabero. Tratado de Ginecología y Obstetricia, tomo 2, España, 2013. Editorial Panamericana.)

El concepto de riesgo obstétrico se aplica durante el embarazo, tanto en el periodo prenatal como en el parto.

Los factores de riesgo en esta etapa son prácticamente los mismos que fueron descritos en la etapa preconcepcional, con la diferencia que si no se intervino en esa etapa, aquí el riesgo aumenta por la misma gestación. Por este motivo, es conveniente actuar no sólo en el prenatal y el parto, sino también en la etapa preconcepcional.

#### **4.5 Riesgo perinatal.**

El periodo perinatal abarca desde la vigésima semana de gestación hasta la primera semana de vida del recién nacido, comprendiendo el periodo fetal tardío y el periodo neonatal precoz. En esta etapa del proceso reproductivo se usa el concepto de riesgo perinatal, que es un concepto más evolucionado que el de riesgo obstétrico pues es un instrumento de predicción que, además de considerar los riesgos maternos, incluye los riesgos para el feto o recién nacido. Los factores de riesgo en esta etapa son los siguientes:

- **Factores de riesgo durante el embarazo:** anemia, diabetes, infecciones, insuficiente aumento de peso, excesivo aumento de peso, enfermedades de transmisión sexual incluyendo el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), enfermedad hipertensiva del embarazo (toxemia), embarazo múltiple, hemorragias del tercer trimestre (placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta y rotura uterina), exposición a radiaciones, riesgos ocupacionales y abuso de alcohol, drogas o tabaco.

- **Factores de riesgo durante el parto:** durante el parto los principales factores de riesgo son: hemorragias por desprendimiento prematuro de placenta, placenta previa, rotura uterina o laceraciones del canal del parto, infecciones por higiene inadecuada del tracto genital o por uso de instrumentos no esterilizados. La ruptura prematura de membranas y la retención de fragmentos de placenta predisponen a las infecciones. Parto obstruido por alteraciones en la presentación fetal, desproporción céfalo-pélvica o alteraciones en la dinámica uterina; y pre-eclampsia que puede desencadenar una eclampsia (convulsiones).
- **Factores de riesgo durante el puerperio:** hemorragias por atonía uterina; e infecciones.
- **Factores de riesgo para el recién nacido:** como consecuencia de la mejora de los aspectos sociales, económicos y el desarrollo de la infraestructura asistencial, la mortalidad infantil tiene tendencia a disminuir rápidamente en la mayoría de los países. En cambio, la mortalidad perinatal disminuye con lentitud, pues se ve menos afectada por el proceso general de transformación social y más por la labor de promoción, prevención y tratamiento en las etapas preconcepcional, prenatal y durante el parto. En la mayoría de los países, la mitad de las defunciones perinatales ocurren antes del parto (periodo fetal tardío) y la otra mitad en la primera semana que sigue al nacimiento (periodo neonatal precoz).<sup>17</sup>

---

<sup>17</sup> Salud Reproductiva: concepto e importancia. OPS, Perú, 1996.

## 5. Referencia, retorno, interconsulta y seguimiento.

### 5.1 Proceso de referencia, retorno e interconsulta (PRRI).

El PRRI, se define como el conjunto de procesos, procedimientos, actividades técnicas y administrativas que permiten el continuo de la atención para la prestación de servicios de salud, garantizando la calidad, accesibilidad, oportunidad, continuidad e integralidad de los servicios de salud, en el ámbito de la Redes Integradas e Integrales de Salud (RIIS).<sup>18</sup>

### 5.2 Conceptos básicos.

- **Referencia:** es el conjunto ordenado de procesos asistenciales y administrativos, que tienen como objetivo contribuir a la atención de salud, con oportunidad, eficacia y eficiencia, enviándolos desde la comunidad o establecimiento de salud de menor al de mayor complejidad, o según la capacidad resolutive.

La referencia se clasifica en:

- **Referencia oportuna:** es la referencia que se realiza en el momento adecuado aplicando los instrumentos técnico-jurídicos institucionales.
- **Referencia pertinente:** es la referencia que ha sido realizada y enviada al establecimiento de salud que corresponde según su patología o condición clínica de acuerdo a los instrumentos técnico-jurídicos.
- **Retorno:** persona enviada por un establecimiento de salud a otro al que fue referida. Que consiste en la elaboración de un informe escrito de la valoración, el tratamiento realizado, así como los resultados, indicaciones

---

<sup>18</sup> “Lineamientos técnicos para la referencia, retorno e interconsulta en las Redes Integrales e Integradas de Salud”, MINSAL, 2017.

y recomendaciones, que realiza el médico tratante del establecimiento de salud donde recibió la atención y posteriormente será enviado al médico que le corresponda con el objetivo de asegurar el continuo de la atención.

- **Interconsulta:** es el intercambio de información entre dos profesionales de la salud, sobre el plan de diagnóstico o tratamiento de un paciente. El médico responsable busca la opinión clínica respecto a un problema concreto de un paciente, por complejidad, severidad, especialización, confirmación diagnóstica e implementación de medidas terapéuticas; el cual puede ser dentro del mismo establecimiento o a otro establecimiento de la RIIS.

### **5.3 Seguimiento a pacientes embarazadas de alto riesgo obstétrico.**

El seguimiento médico es un proceso de atención sanitario que continua a otra intervención diagnóstica o terapéutica, con el objetivo de finalizar el episodio de atención iniciado para conseguir su completa recuperación, o de mantener un estado de salud satisfactorio.

Toda usuaria que fue referida a un establecimiento de mayor complejidad y al darle el alta deberá llevar su hoja de retorno a un establecimiento de salud de menor complejidad para sus controles de seguimiento. Se le debe explicar la importancia del seguimiento con la finalidad de intervenir en el manejo médico.<sup>19</sup>

---

<sup>19</sup> Ministerio de Salud. “Lineamientos técnicos para la atención de la mujer en el período preconcepcional, parto, puerperio y al recién nacido” 2011.

## **6. Consulta de alto riesgo obstétrico.**

El personal de la consulta externa del establecimiento de salud debe:

- Recibir la referencia de las mujeres en edad fértil con enfermedades y/o condiciones de alto riesgo reproductivo y establecer una cita (no mayor de 15 días).
- La consulta debe ser proporcionada por profesional médico ginecólogo, quien debe realizar las siguientes actividades: anamnesis y examen físico completo; interconsulta con las diferentes disciplinas o especialidades, según cada caso en particular, para la confirmación y seguimiento integral de la patología-condición de alto riesgo reproductivo; detección de otros posibles factores de riesgo; realización de pruebas complementarias de laboratorio o de gabinete para identificar el estado actual de la paciente; definición junto a la usuaria, de la conducta a seguir, de acuerdo a su libre deseo reproductivo y del estado actual de su enfermedad y/o condición de alto riesgo; proporcionar consejería integral con énfasis en la enfermedad de la usuaria y las recomendaciones médicas para postergar, retrasar e incluso contraindicar un embarazo, hasta la estabilización de la enfermedad y/o condición de alto riesgo identificado; dar consejería y primera provisión de métodos de anticoncepción, utilizando los criterios médicos de elegibilidad actuales de la Organización Mundial de la Salud (OMS), según los lineamientos técnicos para la provisión de servicios de anticoncepción; retroalimentar apropiadamente al primer nivel de atención sobre los diagnósticos y el manejo que se está dando a la paciente por medio del llenado completo y correcto de la hoja de retorno y respuesta a la interconsulta.

## **6.1 Proceso de atención a usuarias con alto riesgo reproductivo.**

- Toda mujer en edad fértil con enfermedad o condición de base, que no esté con método anticonceptivo debe ser identificada por los prestadores de salud y ser referida a la consulta de alto riesgo reproductivo.
- En esa consulta, debe evaluarse la condición de cada usuaria y la necesidad de atención interdisciplinaria, además mantener comunicación con el médico que atiende la condición de base en todo momento.
- Si la usuaria no desea embarazo puede optar por un método anticonceptivo según criterios de elegibilidad, si se decidiera un método definitivo como la esterilización quirúrgica y es factible de realizar, una vez hecha se dará de alta a la usuaria de la consulta de alto riesgo reproductivo con un resumen clínico de las atenciones brindadas hacia el primer nivel de atención.
- Si la usuaria desea un embarazo, pero no cumple con una condición óptima en ese momento, se elegirá con ella un método anticonceptivo según los criterios de elegibilidad, dando cumplimiento a los Lineamientos técnicos para la provisión de servicios de anticoncepción, hasta controlar su condición de base, si aún desea embarazarse y su condición lo permite, se debe inscribir en atención preconcepcional, posteriormente se brinda inscripción prenatal temprana y control prenatal en el nivel que corresponda según enfermedad de base, dando cumplimiento a los Lineamientos técnicos para la Atención de la Mujer en el período preconcepcional, prenatal, parto y puerperio y del recién nacido.

La consulta de alto riesgo reproductivo comprende:

**a) Evaluación de alto riesgo reproductivo:** con anamnesis encaminada a la valoración del riesgo según enfermedad y/o condición:

- Datos personales.
- Hábitos; alcoholismo, tabaquismo o drogadicción.
- Antecedentes familiares.
- Antecedentes médicos y personales.
- Antecedentes médicos y familiares de pareja.
- Antecedentes ginecológicos – obstétricos.

**b) Examen clínico:** exploración física completa incluyendo: talla, peso, IMC, tensión arterial, exploración ginecológica y mamaria, con toma de muestra para citología en caso de no estar vigente.

**c) Pruebas complementarias:** solicitar un resumen médico de la atención, manejo y exámenes relevantes si aplica.

**d) Consejería integral:**

- El profesional médico debe explicar clara y ampliamente a la usuaria y a su pareja, la enfermedad y/o condición de alto riesgo reproductivo de la usuaria y las recomendaciones médicas para postergar o contraindicar un embarazo, según sea su caso; solventando todas las dudas que existan.
- Debe evaluarse la necesidad de referir a consejería nutricional, psicológica u otras disciplinas de acuerdo al caso.
- Debe consensuarse con el médico especialista, de la rama que corresponda de acuerdo a cada caso en particular, el momento idóneo para embarazarse si ese es el deseo reproductivo de la mujer.

- Proporcionar consulta de atención preconcepcional a toda usuaria que desee embarazarse y cumpla las condiciones médicas idóneas para ello, de acuerdo a lo establecido en los “Lineamientos técnicos para la atención de la mujer en el período preconcepcional, parto, puerperio y al recién nacido”, esto incluye traslape/suspensión, cambio de medicamentos y uso de ácido fólico.
- Considerar para la consejería también el riesgo social, mujeres que tienen condiciones especiales como: que su pareja o ella pertenezcan a pandillas, régimen de protección de testigos, o mujeres privadas de libertad, a estos casos es preferible ofrecer métodos más duraderos.
- En aquellas usuarias que no deseen embarazo o que por su enfermedad de base no puedan optar a este, en el momento (de acuerdo a la evaluación del equipo), se debe ofrecer un método de anticoncepción, el cual depende de la clasificación de la enfermedad y/o condición de alto riesgo reproductivo, que presente la usuaria, de las posibles interacciones del método, de las 15 condiciones ginecológicas y preferencia de la misma, utilizando los criterios médicos de elegibilidad actuales de la OMS.
- La mayoría de las enfermedades, contraindican el uso de medicamentos con estrógenos, por lo que debe promoverse de acuerdo a cada caso, el uso del dispositivo intrauterino, implantes transdérmicos o de medicamentos a base de progestágenos como la medroxiprogesterona de depósito, enantato de norestisterona o progestágenos orales. El objetivo es ofrecer un método seguro y reversible para los casos en los que se considere necesario controlar la enfermedad de base.

- Se debe ofrecer esterilización quirúrgica masculina o femenina, en los casos que no sea posible modificar el riesgo, según lo establecido en los Lineamientos técnicos para la provisión de servicios de anticoncepción.

**e) Duración, periodicidad y seguimiento:**

- La primera consulta debe tener una duración de treinta minutos, procurando generar empatía con la usuaria, creando un ambiente propicio para promover la consejería integral y la educación en salud con enfoque de derechos.
- La consulta de seguimiento debe tener una duración de quince minutos, y puede ser programada de cuatro a seis semanas después de la consulta inicial, de acuerdo a la condición/enfermedad de la paciente y a su deseo reproductivo.
- Se debe valorar la frecuencia de controles, según el estado clínico de la paciente y la decisión de usar o no un método anticonceptivo.
- La usuaria que inició un método anticonceptivo, debe ser referida a planificación familiar del primer nivel u hospital, dependiendo de la condición de base, para la continuidad del método y debe ser retornada, según la enfermedad de base, al establecimiento que corresponda en caso de deseo de embarazo, para ser inscrita en la consulta preconcepcional.
- El seguimiento comunitario es realizado por el personal de salud del primer nivel de atención, el cual debe realizar el seguimiento oportuno a las pacientes que retornan de los hospitales, de acuerdo a las indicaciones claras y completas evidenciadas en la hoja de retorno y respuesta a la interconsulta, emitida por el especialista que atendió el caso;

debe dejarse evidencia de esta actividad en expediente clínico de usuaria, investigando sobre las medidas acordadas en la consulta de alto riesgo reproductivo, para su cumplimiento en las Unidades Comunitarias de Salud Familiar, este seguimiento debe realizarse considerando la clasificación dispensarial de cada paciente en particular.<sup>20</sup>

---

<sup>20</sup> “Lineamientos técnicos para la atención integral de las mujeres con alto riesgo reproductivo”. MINSAL, 2016.

## V. HIPOTESIS

### **Hipótesis principal:**

“La atención brindada a las embarazadas de alto riesgo obstétrico en las UCSF El Carpintero, San Nicolás y Santa Lucía fue manejada en base a los lineamientos proporcionados por las autoridades de salud pública del país.”

### **Hipótesis nula (H<sub>0</sub>):**

“La atención brindada a las embarazadas de alto riesgo obstétrico en las UCSF El Carpintero, San Nicolás y Santa Lucía no fue manejada en base a los lineamientos proporcionados por las autoridades de salud pública del país.”

## **VI. DISEÑO METODOLÓGICO.**

### **1. Tipo de Estudio:**

Cuantitativo, descriptivo y trasversal.

### **2. Área de investigación:**

El estudio se llevó a cabo en UCSF El Carpintero ubicado en el municipio de Polorós en La Unión; en UCSF San Nicolás ubicado en el municipio de Monte San Juan en Cuscatlán; y en UCSF Santa Lucía ubicado en el municipio de Ilopango en San Salvador.

### **3. Periodo de investigación:**

Se desarrolló en el período de julio de 2017.

### **4. Criterios de inclusión:**

Embarazada que cumplía con algún factor de riesgo según Hoja Filtro (ver Anexo 4), que haya recibido o no el control preconcepcional y que esté inscrita en el control prenatal de la UCSF que le corresponde.

La Hoja Filtro es un documento utilizado por el Ministerio de Salud de El Salvador para evaluar mediante 3 apartados los riesgos obstétricos y consiste en la búsqueda de patologías o condiciones que ponen en riesgo obstétrico a una embarazada, (esta definición está incluida en el marco teórico y la hoja está en el anexo).

### **5. Criterios de exclusión:**

Embarazadas que no cumplieran los acápites antes mencionados.

## **6. Diseño muestral:**

El tipo de muestreo que se utilizó fue serie de casos consecutivos de consulta.

### **6.1 Tamaño de la muestra:**

**Universo:** 7,686 mujeres en edad fértil según datos de Población Anual Operacional de cada sede de salud en donde se realizó el estudio; de las cuales se tomó el dato de embarazadas en el mes de julio del año 2017 que son 141 mujeres entre las cuales hubo embarazadas con riesgo y sin riesgo obstétrico.

**Muestra:** 50 embarazadas de riesgo obstétrico según Hoja Filtro. Estos datos se obtuvieron del Plan Operacional Anual (POA) y de libro de control prenatal, embarazo y puerperio de cada unidad de salud.

## **7. Variables:**

**7.1 Variable independiente:** Características de la atención del embarazo de alto riesgo obstétrico.

### **7.2 Variables dependientes:**

- Edad.
- Historial obstétrico.
- Enfermedades de alto riesgo obstétrico.
- Escolaridad.
- Ocupación.
- Área geográfica.
- Estado civil.

- Inscripción prenatal precoz.
- Asistencia a controles prenatales.
- Seguimiento por el médico de UCSF.
- Inscripción preconcepcional.
- Clínica de alto riesgo reproductivo.

#### **8. Fuente de información:**

La información se obtuvo directamente con la paciente embarazada de riesgo obstétrico y la recopilación de expedientes de las mismas que cumplían con los criterios de inclusión de la investigación.

#### **9. Técnicas de obtención de información:**

Para obtener la información, los investigadores desarrollaron las técnicas de encuesta y de recopilación de documentos.

#### **10. Herramientas de obtención de información:**

Para la realización de la encuesta, se utilizó un instrumento que consta de 20 preguntas de opción múltiple, además en la recopilación de documentos. La fuente primaria de donde se obtuvo la información fue la encuesta y posteriormente se revisaron los expedientes clínicos de cada embarazada de alto riesgo obstétrico para obtener datos previos de la etapa pregestacional y Hoja Filtro (Ver Anexo 4) incluyendo el control preconcepcional y referencias a la Clínica de Alto Riesgo Reproductivo (CAAR), si acudieron a estos servicios.

## **11. Mecanismo de confidencialidad y resguardo de datos:**

Se aseguró la confidencialidad de los datos obtenidos, previa obtención del consentimiento informado para la revisión de expedientes pertenecientes a las UCSF mencionadas. Este consentimiento fue firmado por las pacientes, en la consulta, antes de la encuesta y se les daba una explicación de qué se trataba el trabajo, y cómo se usaría dicha información.

## **12. Procesamiento de la información:**

Los programas que se utilizaron para procesar los datos fueron:

- Microsoft Office Excel 2013, un programa de fácil manejo, de gran utilidad para crear tablas, gráficos y cálculos matemáticos. Este programa se utilizó para realizar una base en donde se ingresaron los datos de cada cuestionario en donde posteriormente se creó tablas por pregunta que ayudo en la tabulación y el procesamiento de los datos.
- Microsoft Office Word 2013, con el cual se dará entrada a las interpretaciones realizadas a partir de los datos y tablas obtenidos por Microsoft Office Excel 2013. Además fue en este programa en donde se colocó la información obtenida en Microsoft Office Excel.

### 13. Operacionalización de Variables:

Objetivo	VARIABLES	Definición	Indicadores	Instrumento
<b>Identificar a las pacientes con embarazo de alto riesgo obstétrico que asisten a la consulta prenatal en las Unidades Comunitarias de Salud Familiar Carpintero, San Nicolás y Santa Lucía que tendrán controles prenatales en el período de mayo a julio de 2017.</b>	Edad de las pacientes	<p>Se considera como edad a las pacientes con embarazo de alto riesgo obstétrico en los siguientes rangos de edades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• &lt;15 años.</li> <li>• 15 a 35 años.</li> <li>• &gt;35 años</li> </ul>	Número de mujeres con alto riesgo obstétrico según rango de edad/número total de mujeres x 100	Cuestionario.
	Historial obstétrico.	<p>Describe el número de eventos obstétricos que incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Número de embarazos.</li> <li>• Número de partos a término.</li> <li>• Partos prematuros.</li> <li>• Abortos.</li> <li>• Número de hijos vivos.</li> <li>• Muerte fetal y neonatal previa.</li> <li>• Bajo peso al nacer.</li> </ul>	Mujeres con historial obstétrico de riesgo/número total de pacientes x 100	Cuestionario.
	Enfermedades de alto riesgo obstétrico.	<p>Alteración leve o grave del funcionamiento normal de un organismo de una mujer gestante que pone en riesgo su salud y la de su producto, las cuáles comprende:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hipertensión arterial sistémica.</li> <li>• Trastornos hipertensivos del embarazo.</li> <li>• IMC &lt;19 o &gt;30.</li> <li>• Diabetes pregestacional y gestacional.</li> <li>• Cardiopatías adquiridas y congénitas.</li> <li>• Cirugías del tracto reproductivo.</li> <li>• Síndrome convulsivo.</li> <li>• Trastornos psiquiátricos.</li> </ul>	Número de mujeres con riesgo obstétrico según categoría de enfermedad/número total de mujeres x 100.	Cuestionario.

Objetivo	Variables	Definición	Indicadores	Instrumento
<b>Establecer las características sociodemográficas y educativas que influyen en los embarazos de alto riesgo obstétrico en las unidades comunitarias de salud familiar Carpintero, San Nicolás y Santa Lucía.</b>	Escolaridad	Se considera como escolaridad los siguientes niveles: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ninguna.</li> <li>• Parvularia.</li> <li>• Primaria.</li> <li>• Secundaria.</li> <li>• Bachillerato.</li> <li>• Superior.</li> </ul>	Número de mujeres con alto riesgo obstétrico, según nivel educativo/número total de mujeres x 100.	Cuestionario.
	Ocupación	Se considerara como ocupación a la actividad a la que dedica el tiempo las embarazadas de alto riesgo obstétrico. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ama de casa.</li> <li>• Estudiante.</li> <li>• Comerciante.</li> <li>• Ganadería.</li> <li>• Agricultura.</li> </ul>	Número total de mujeres con alto riesgo obstétrico según ocupación/el número total de mujeres x 100.	Cuestionario.
	Área geográfica	Zonas territoriales que se delimitan a partir de determinadas características de la naturaleza, además de ser lugar social para habitar, los cuales son: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Urbano.</li> <li>• Rural</li> </ul>	Número de mujeres con alto riesgo obstétrico, según área geográfica/número total de mujeres x 100.	Cuestionario.
	Estado civil	Condición de soltería, matrimonio o unión libre de la usuaria, los cuales son: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Casada.</li> <li>• Soltera.</li> <li>• Acompañada.</li> <li>• Divorciada.</li> <li>• Viuda.</li> </ul>	Número de mujeres con alto riesgo obstétrico según estado civil/número total de mujeres x 100.	Cuestionario.

Objetivos	Variable	Definición	Indicador	Instrumento
Identificar el manejo y atención recibido por las embarazadas de alto riesgo obstétrico de las unidades comunitarias de salud familiar Carpintero, San Nicolás y Santa Lucía a través de la revisión de expedientes clínicos.	Inscripción prenatal precoz	Inscripción al control prenatal antes de las 12 semanas. Esta puede ser: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Temprana.</li> <li>• Tardía.</li> </ul>	Número de mujeres con alto riesgo obstétrico según inscripción prenatal precoz/número total de mujeres x 100.	Cuestionario.
	Controles prenatales por ginecólogo	Control prenatal especializado, para pacientes en los que se detecte morbilidad previa o complicaciones durante el embarazo y será proporcionado por médico gineco-obstetra.	Número de mujeres con alto riesgo obstétrico según el control prenatal por especialista/número total de mujeres x 100.	Cuestionario.
	Seguimiento por médico de las UCSF	Observación minuciosa de la evolución y desarrollo del control prenatal por médico en las UCSF, incluyendo a médico en servicio, este no cuenta como control prenatal pero si como evaluación de la gestación.	Número de mujeres con alto riesgo obstétrico según seguimiento por médicos de las UCSF/número total de mujeres x 100.	Cuestionario.

Objetivo	Variable	Definición	Indicador	Instrumentos
Cuantificar las usuarias embarazadas de alto riesgo obstétrico que recibieron control preconcepcional y fueron referidas a las Clínicas de Alto Riesgo Reproductivo en las unidades comunitarias de salud familiar Carpintero, San Nicolás y Santa Lucía.	Control preconcepcional	Consulta brindada por médico de las UCSF, incluyendo médico en servicio social, con el objetivo de identificar, corregir, eliminar o disminuir factores o conductas de riesgo reproductivo y tratar enfermedades que pueden alterar la evolución normal del embarazo.	Número de mujeres con alto riesgo obstétrico según control preconcepcional/número total de mujeres x 100.	Encuesta.
	Consulta Alto Riesgo Reproductivo	Conjunto de estrategias encabezadas por el ente rector de salud para la prevención, atención y manejo de las mujeres en edad fértil con padecimientos de alto riesgo reproductivo, en donde se identifica mediante la referencia.	Número de mujeres con alto riesgo obstétrico referidas/número total de mujeres x 100.	Cuestionario.

## IX. RESULTADOS

**TABLA 1: Distribución de pacientes embarazadas que consultaron para su control prenatal en UCSF Carpintero, San Nicolás y Santa Lucía, en julio 2017, según edad.**

Edad de las embarazadas de alto riesgo.	Frecuencia.	Porcentaje.
<15 años	4	8 %
15-20 años	6	12 %
21-25 años	10	20 %
25-30 años	13	26 %
31-35 años	9	18 %
>35 años	8	16 %
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100 %</b>

*Fuente: Cuestionario sobre la Caracterización de la atención de embarazadas de alto riesgo obstétrico que consultaron en UCSF Carpintero, San Nicolás y Santa Lucía en julio 2017.*

**TABLA 2: Distribución de pacientes embarazadas que consultaron para su control prenatal en UCSF Carpintero, San Nicolás y Santa Lucía en julio 2017, según historial de gravidez.**

Historial de gravidez de las embarazadas de alto riesgo obstétrico.	Frecuencia	Porcentaje
1	21	42 %
2	8	16 %
3	6	12 %
4 o más	15	30 %
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100 %</b>

*Fuente: Cuestionario sobre la Caracterización de la atención de embarazadas de alto riesgo obstétrico que consultaron en UCSF Carpintero, San Nicolás y Santa Lucía en julio 2017.*

**TABLA 3: Distribución de pacientes embarazadas que consultaron para su control prenatal en UCSF Carpintero, San Nicolás y Santa Lucía en julio 2017, según historial de abortos.**

Historial de abortos de las embarazadas de alto riesgo obstétrico.	Frecuencia	Porcentaje
0	43	86 %
1	3	6 %
2	2	4 %
3	1	2 %
4	1	2 %
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100%</b>

*Fuente: Cuestionario sobre la Caracterización de la atención de embarazadas de alto riesgo obstétrico que consultaron en UCSF Carpintero, San Nicolás y Santa Lucía en julio 2017.*

**TABLA 4: Distribución de pacientes embarazadas que consultaron para su control prenatal en las UCSF Carpintero, San Nicolás y Santa Lucía en julio, 2017, según historial de partos prematuros.**

Historial de partos prematuros de las embarazadas de alto riesgo obstétrico.	Frecuencia	Porcentaje
0	47	94 %
1	3	6 %
2	0	0 %
3	0	0 %
4	0	0 %
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100%</b>

*Fuente: Cuestionario sobre la Caracterización de la atención de embarazadas de alto riesgo obstétrico que consultaron en UCSF Carpintero, San Nicolás y Santa Lucía en julio 2017.*

**TABLA 5: Distribución de pacientes embarazadas que consultaron para su control prenatal en las UCSF Carpintero, San Nicolás y Santa Lucía en julio 2017, según historia de presentación de riesgos y complicaciones en sus gestaciones anteriores.**

<b>Antecedentes de alto riesgo obstétrico y complicaciones en gestaciones anteriores de las embarazadas de alto riesgo obstétricos.</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Si	24	48 %
No	26	52 %
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100 %</b>

*Fuente: Cuestionario sobre la Caracterización de la atención de embarazadas de alto riesgo obstétrico que consultaron en UCSF Carpintero, San Nicolás y Santa Lucía en julio 2017.*

**TABLA 6: Distribución de pacientes embarazadas que consultaron para su control prenatal en UCSF Carpintero, San Nicolás y Santa Lucía en julio 2017, según antecedentes médicos de alto riesgo obstétrico.**

<b>Antecedentes médicos que presentaron las embarazadas de alto riesgo obstétrico.</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Hipertensión arterial sistémica.	4	17 %
Cirugías del tracto reproductivo.	1	4 %
Trastornos hipertensivos del embarazo	5	21 %
Cáncer	1	2 %
IMC <19 o >30	7	29 %
Síndrome Convulsivo	2	8 %
Diabetes pregestacional y gestacional.	0	0 %
Trastornos psiquiátricos.	3	13 %
Cardiopatías congénitas y adquiridas.	1	4 %
<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>100%</b>

*Fuente: Cuestionario sobre la Caracterización de la atención de embarazadas de alto riesgo obstétrico que consultaron en UCSF Carpintero, San Nicolás y Santa Lucía en julio 2017.*

**TABLA 7: Distribución de pacientes embarazadas que consultaron para su control prenatal en UCSF Carpintero, San Nicolás y Santa Lucía en julio 2017, según nivel de escolaridad.**

Escolaridad de las embarazadas de alto riesgo obstétrico.	Frecuencia	Porcentaje
Ninguna	9	18 %
Parvularia	0	0 %
Primaria	8	16 %
Secundaria	16	32 %
Bachillerato	17	34 %
Superior	0	0 %
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100%</b>

*Fuente: Cuestionario sobre la Caracterización de la atención de embarazadas de alto riesgo obstétrico que consultaron en UCSF Carpintero, San Nicolás y Santa Lucía en julio 2017.*

**TABLA 8: Distribución de pacientes embarazadas que consultaron para su control prenatal en UCSF Carpintero, San Nicolás y Santa Lucía en julio 2017, según tipo de ocupación.**

Ocupación de las embarazadas de alto riesgo obstétrico.	Frecuencia	Porcentaje
Ama de casa	31	62%
Estudiante	8	16%
Comercio	5	10%
Agricultura	5	10%
Ganadería	1	2%
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100%</b>

*Fuente: Cuestionario sobre la Caracterización de la atención de embarazadas de alto riesgo obstétrico que consultaron en UCSF Carpintero, San Nicolás y Santa Lucía en julio 2017.*

**TABLA 9: Distribución de pacientes embarazadas que consultaron para su control prenatal en las UCSF Carpintero, San Nicolás y Santa Lucía en julio 2017, según zona geográfica de procedencia.**

Zona geográfica de procedencia de las embarazadas de alto riesgo obstétrico.	Frecuencia	Porcentaje
Rural	20	40%
Urbana	30	60%
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100%</b>

*Fuente: Cuestionario sobre la Caracterización de la atención de embarazadas de alto riesgo obstétrico que consultaron en UCSF Carpintero, San Nicolás y Santa Lucía en julio 2017.*

**TABLA 10: Distribución de pacientes embarazadas que consultaron para su control prenatal en las UCSF Carpintero, San Nicolás y Santa Lucía en julio 2017, según estado civil.**

Estado civil de las embarazadas de alto riesgo obstétrico.	Frecuencia	Porcentaje
Casada	8	16%
Acompañada	27	54%
Divorciada	1	2%
Soltera	11	22%
Viuda	3	6%
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100%</b>

*Fuente: Cuestionario sobre la Caracterización de la atención de embarazadas de alto riesgo obstétrico que consultaron en UCSF Carpintero, San Nicolás y Santa Lucía en julio 2017.*

**TABLA 11: Distribución de pacientes embarazadas que consultaron para su control prenatal en las UCSF Carpintero, San Nicolás y Santa Lucía en julio 2017, según inscripción temprana (precoz) al control prenatal.**

Inscripción prenatal.	Frecuencia	Porcentaje
Precoz	31	62%
Tardía	19	38%
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100%</b>

*Fuente: Cuestionario sobre la Caracterización de la atención de embarazadas de alto riesgo obstétrico que consultaron en UCSF Carpintero, San Nicolás y Santa Lucía en julio 2017.*

**TABLA 12: Distribución de pacientes embarazadas que consultaron para su control prenatal en las UCSF Carpintero, San Nicolás y Santa Lucía en julio 2017, según expediente con Hoja Filtro completada.**

Hoja Filtro del control prenatal de las embarazadas de alto riesgo obstétricos.	Frecuencia	Porcentaje
Si	50	100%
No	0	0%
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100%</b>

*Fuente: Cuestionario sobre la Caracterización de la atención de embarazadas de alto riesgo obstétrico que consultaron en UCSF Carpintero, San Nicolás y Santa Lucía en julio 2017.*

**TABLA 13: Distribución de pacientes embarazadas que consultaron para su control prenatal en las UCSF Carpintero, San Nicolás y Santa Lucía en julio 2017, según asignación de tipo de control prenatal.**

Control prenatal asignado durante inscripción prenatal de las embarazadas de alto riesgo obstétrico.	Frecuencia	Porcentaje
Básico	11	22 %
Especializado	39	78 %
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100%</b>

*Fuente: Cuestionario sobre la Caracterización de la atención de embarazadas de alto riesgo obstétrico que consultaron en UCSF Carpintero, San Nicolás y Santa Lucía en julio 2017.*

**TABLA 14: Distribución de pacientes embarazadas que consultaron para su control prenatal en las UCSF Carpintero, San Nicolás y Santa Lucía en julio 2017, según criterios de riesgo obstétrico presentados en la inscripción del control prenatal.**

Criterios de riesgo obstétrico de la Hoja Filtro de las embarazadas de alto riesgo obstétrico.	Frecuencia	Porcentaje
Madre Rh (-)	2	4.3 %
Multiparidad	29	63 %
Muerte fetal y neonatal previa	4	8.7 %
Parto prematuro	3	6.5 %
Bajo peso al nacer	1	2.2 %
Trastornos hipertensivos	7	15.3 %
<b>Total</b>	<b>46</b>	<b>100 %</b>

*Fuente: Cuestionario sobre la Caracterización de la atención de embarazadas de alto riesgo obstétrico que consultaron en UCSF Carpintero, San Nicolás y Santa Lucía en julio 2017.*

**TABLA 15: Distribución de pacientes embarazadas que consultaron para su control prenatal en las UCSF Carpintero, San Nicolás y Santa Lucía en julio 2017, según criterios de historia médica general de la Hoja Filtro.**

<b>Criterios de historia médica general de la Hoja Filtro de las embarazadas de alto riesgo obstétrico.</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Diabetes mellitus	0	0%
HTA	4	26%
Trastornos psiquiátricos	4	26%
Trastornos convulsivos	2	13%
Consumo de alcohol	4	26%
Cardiopatías	1	6%
<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>100%</b>

*Fuente: Cuestionario sobre la Caracterización de la atención de embarazadas de alto riesgo obstétrico que consultaron en UCSF Carpintero, San Nicolás y Santa Lucía en julio 2017.*

**TABLA 16: Distribución de pacientes embarazadas que consultaron para su control prenatal en las UCSF Carpintero, San Nicolás y Santa Lucía en julio 2017, según criterios de riesgo obstétrico de embarazo actual.**

<b>Criterios de riesgo para el embarazo actual de la Hoja Filtro de las embarazadas de alto riesgo obstétrico.</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Embarazada <15 o >35 años	12	24 %
Estado nutricional	7	14 %
Trastornos de la presión arterial	11	22 %
Embarazo no deseado	5	10 %
Violencia de genero	3	6 %
RCIU	6	12 %
Hemorragia vaginal	4	8 %
ITS	2	4 %
Masa pélvica	0	0 %
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100 %</b>

*Fuente: Cuestionario sobre la Caracterización de la atención de embarazadas de alto riesgo obstétrico que consultaron en UCSF Carpintero, San Nicolás y Santa Lucía en julio 2017.*

**TABLA 17: Distribución de pacientes embarazadas que consultaron para su control prenatal en las UCSF Carpintero, San Nicolás y Santa Lucía en julio 2017, según referencias al segundo nivel de atención por presencia de factores de riesgo en Hoja Filtro (ver Anexo 4).**

<b>Referencia al segundo nivel de atención en salud.</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Si	28	71.8 %
No	11	28.2 %
<b>Total</b>	<b>39</b>	<b>100%</b>

*Fuente: Cuestionario sobre la Caracterización de la atención de embarazadas de alto riesgo obstétrico que consultaron en UCSF Carpintero, San Nicolás y Santa Lucía en julio 2017.*

**TABLA 18: Distribución de pacientes embarazadas que consultaron para su control prenatal en las UCSF Carpintero, San Nicolás y Santa Lucía en julio 2017, según retorno de segundo nivel de atención para control prenatal especializado.**

Retorno del segundo nivel de atención.	Frecuencia	Porcentaje
Si	18	64.3 %
No	10	35.7 %
<b>Total</b>	28	100%

*Fuente: Cuestionario sobre la Caracterización de la atención de embarazadas de alto riesgo obstétrico que consultaron en UCSF Carpintero, San Nicolás y Santa Lucía en julio 2017.*

**TABLA 19: Distribución de pacientes embarazadas que consultaron para en las UCSF Carpintero, San Nicolás y Santa Lucía en julio 2017, según seguimiento realizado por médico.**

Seguimiento de embarazadas de alto riesgo obstétrico por médico.	Frecuencia	Porcentaje
Si	10	55.5 %
No	8	44.5 %
<b>Total</b>	18	100 %

*Fuente: Cuestionario sobre la Caracterización de la atención de embarazadas de alto riesgo obstétrico que consultaron en UCSF Carpintero, San Nicolás y Santa Lucía en julio 2017.*

**TABLA 20: Distribución de pacientes embarazadas que consultaron para su control prenatal en las UCSF Carpintero, San Nicolás y Santa Lucía en julio 2017, según conocimiento de concepto de “embarazo de alto riesgo”.**

<b>Embarazadas que conocen el concepto de embarazadas de alto riesgo.</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Si	15	30%
No	35	70%
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100%</b>

*Fuente: Cuestionario sobre la Caracterización de la atención de embarazadas de alto riesgo obstétrico que consultaron en UCSF Carpintero, San Nicolás y Santa Lucía en julio 2017.*

**TABLA 21: Distribución de pacientes embarazadas que consultaron para su control prenatal en las UCSF Carpintero, San Nicolás y Santa Lucía en julio 2017, según conocimiento de concepto de “atención preconcepcional”.**

<b>Embarazadas de alto riesgo obstétrico que conocen el concepto de atención preconcepcional.</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Si	13	26%
No	37	74%
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100%</b>

*Fuente: Cuestionario sobre la Caracterización de la atención de embarazadas de alto riesgo obstétrico que consultaron en UCSF Carpintero, San Nicolás y Santa Lucía en julio 2017.*

**TABLA 22: Distribución de pacientes embarazadas que consultaron para su control prenatal en las UCSF Carpintero, San Nicolás y Santa Lucía en julio 2017, según atención preconcepcional.**

<b>Embarazadas de alto riesgo obstétrico que recibieron atención preconcepcional.</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Si	16	32%
No	34	68%
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100%</b>

*Fuente: Cuestionario sobre la Caracterización de la atención de embarazadas de alto riesgo obstétrico que consultaron en UCSF Carpintero, San Nicolás y Santa Lucía en julio 2017.*

**TABLA 23: Distribución de pacientes embarazadas que consultaron para su control prenatal en las UCSF Carpintero, San Nicolás y Santa Lucía en julio 2017, según presentación de factores de riesgo durante su control preconcepcional.**

<b>Embarazadas de alto riesgo obstétrico que presentaron factores de riesgo en su control preconcepcional.</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Si	14	87.5%
No	2	12.5 %
<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>100%</b>

*Fuente: Cuestionario sobre la Caracterización de la atención de embarazadas de alto riesgo obstétrico que consultaron en UCSF Carpintero, San Nicolás y Santa Lucía en julio 2017.*

**TABLA 24: Distribución de pacientes embarazadas que consultaron para su control prenatal en las UCSF Carpintero, San Nicolás y Santa Lucía en julio 2017, según referencia a Clínica de Alto Riesgo Reproductivo (CARR).**

<b>Referencia a CARR de las embarazadas de alto riesgo obstétrico.</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Si	13	92.8 %
No	1	7.2 %
<b>Total</b>	<b>14</b>	<b>100%</b>

*Fuente: Cuestionario sobre la Caracterización de la atención de embarazadas de alto riesgo obstétrico que consultaron en UCSF Carpintero, San Nicolás y Santa Lucía en julio 2017.*

## X. DISCUSIÓN

Durante el mes de julio de 2017 se logró encuestar a 50 embarazadas de alto riesgo obstétrico que cumplieron los criterios de inclusión, sin importar edad gestacional. Estas pacientes embarazadas asistieron a la consulta externa de las UCSF Carpintero, San Nicolás y Santa Lucía. De este total 2 pacientes fueron observadas en los acercamientos realizados al Cerro Las Lajitas ubicado en el municipio de Polorós, La Unión; y 2 pacientes fueron encuestadas en las visitas de campo en Cantón San Nicolás, Monte San Juan.

El rango de edad más presentado fue 25-30 años con un porcentaje de 26 % siendo esta edad segura para la gestación, las embarazadas que comprendieron el rango de edad <15 años y >35 años representan el 8 % y el 16 % respectivamente, datos que concuerdan con la literatura consultada, en donde estas edades presentan mayor riesgo obstétrico.<sup>21</sup>

Al evaluar el historial obstétrico de las embarazadas, en la gravidez el 30 % de la muestra son pacientes con 4 o más embarazos en su vida, que predispone a la presentación de complicaciones durante el parto, seguido de 21 % de embarazadas en las cuales era su primera gestación que aparentemente no predisponen un riesgo materno fetal. Sin embargo la multiparidad definida por 2 o más embarazos representan el 58 %, dato esperado y congruente con la literatura consultada siendo uno de los factores de riesgo obstétrico más común en muchos países subdesarrollados. El 86 % de la muestra estudiada no ha presentado abortos, mientras que un 6 % ha presentado 1 aborto en su historial obstétrico, este componente predispone a un aumento del riesgo obstétrico durante la gestación. Además se evalúa el componente del parto prematuro en donde un 94 % de la muestra no ha verificado un parto prematuro frente a un 6

---

<sup>21</sup> El Salvador. Ministerio de Salud. Viceministerio de Salud de Políticas de Salud. Dirección de Regulación y Legislación en Salud. Viceministerio de Servicios de Salud. Unidad de Atención Integral en Salud a la Mujer y la Niñez (2016) *“Lineamientos técnicos para la atención integral de las mujeres con alto riesgo reproductivo”*.

% que sí; sin embargo ambos componentes no tienen mayor influencia en la identificación de factores de riesgo en la muestra estudiada.

El 48 % de la muestra presento riesgo obstétrico y complicaciones en sus embarazos anteriores, por lo que al estudiar los antecedentes médicos de las embarazadas se debe aclarar que de la muestra de 50 pacientes solo el 48 % presento antecedentes médicos que ponen en riesgo la vida de la madre y feto; un 29 % corresponde a la desnutrición y a la obesidad respectivamente; 21 % a trastornos hipertensivos relacionados con embarazos previos; 17 % con hipertensión arterial sistémica en los embarazos menores de 20 semanas que cumplieron criterios de inclusión; 13 % con trastornos psiquiátricos, 8 % con síndromes convulsivos, 4 % de la muestra presento cirugías previas del tracto genitourinario, incluyendo órganos femeninos pélvicos que estuvieron implicados en ruptura de embarazo ectópico; y 4 % con cardiopatía, en este caso adquirida: Cardiopatía Chagásica.

En la caracterización sociodemográfica de la muestra estudiada, el factor social del riesgo obstétrico, determinó que el 34 % de la población posee estudios de bachillerato, ninguna 18 %, haciéndose énfasis en que el analfabetismo aumenta el riesgo de las complicaciones durante el embarazo y parto, sin embargo datos no fueron los esperados pues la mayoría de la muestra es alfabeta y posee conocimientos básicos sobre su condición.

La ocupación más representativa en la muestra es ama de casa con un 62 % seguido de las estudiantes con 16 %, en donde estas se encontraban realizando estudios de secundaria y bachillerato respectivamente.

La mayoría de las embarazadas pertenece al área urbana correspondiente a Santa Lucía, mientras que la restante pertenece al área rural de Póloros y Monte San Juan, datos que concuerdan con la literatura, pues el área rural no posee servicios de salud accesibles así como el factor económico que juega un

papel importante ya que muchas de estas pacientes se les dificulta salir de sus hogares o mantener a sus hijos; además de exponer el poco empoderamiento de la mujer al tomar decisiones sobre su cuerpo.

El estado civil de las embarazadas, que es un componente que puede poner en riesgo a la paciente mostrado en la historia perinatal, un 54 % menciona que está acompañada y por lo tanto no vive sola; 22 % se encuentra soltera, en algunos casos viviendo con familia y en otros viviendo sola; 16 % casadas, 6 % viuda y 2 % divorciada; evidenciando que la mayoría de la población posee apoyo familiar frente a un embarazo de alto riesgo.<sup>22</sup>

Al estudiar la inscripción prenatal se encontró que el 62 % de la muestra fue inscrita precozmente al control prenatal frente al 38 % que fue inscrita con embarazos mayores de 12 semanas aumentando así el riesgo obstétrico, sin embargo fueron datos no esperados ya que no concuerdan con la literatura consultada. El 100 % de los expedientes al momento de su revisión presentaban Hoja Filtro de control prenatal (ver Anexo 4). Se evidencia que el uso de la Hoja Filtro reduce complicaciones en el embarazo de alto riesgo obstétrico pues fue una herramienta que reconoce factores de riesgo potenciales que pueden ser tratados por especialistas y llevar a la finalización de un embarazo con éxito.

Las embarazadas que cumplían criterios en base a revisión de Hoja Filtro (ver Anexo 4) en expedientes maternos fue 92 % de las cuales la multiparidad fue el factor de riesgo más representativo con 63%, los trastornos hipertensivos del embarazo con 15.3 %, muerte fetal y neonatal con 8.7 %, parto prematuro 6.5 %, madre con tipo Rh negativo 4.3 % y recién nacido con bajo peso al nacer (<2,500 gr) 2.2 %; datos que nuevamente concuerdan con la bibliografía pues la

---

<sup>22</sup> Dra. Carmen Aimee Gómez. Riesgo preconcepcional y métodos anticonceptivos. Revisión bibliográfica. Gaceta Médica 2007. 9 (1)  
[http://bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.9.\(1\)\\_18/p18.html](http://bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.9.(1)_18/p18.html).

multiparidad es el factor de riesgo obstétrico que más presentan las mujeres en Latinoamérica.

En base a esta hoja, al 22 % se le asignó el control prenatal básico y el 78 % especializado, aclarando que los datos son obtenidos del primer control prenatal definido por la inscripción prenatal.

Del grupo de embarazadas candidatas a control prenatal especializado que representa el 78 % de la muestra, un 71.8 % fue referida al segundo nivel de atención de salud; de las cuales un 64.3 % presentaron el retorno en donde el plan fue continuar control especializado en el segundo nivel de atención. De estas pacientes solo el 55.5 % se le fue dado seguimiento por médico de UCSF, teniendo en cuenta la visita domiciliar como el seguimiento en sede por parte de municipios con programas especiales, como es el caso del programa de “Iniciativa Mesoamérica”, implementado en municipios de extrema pobreza en el país, este programa del cual es participante Monte San Juan, evalúa el seguimiento a las embarazadas sin importar condición médica, pues es un indicador de mejora en los servicios de salud así como la prevención de la mortalidad materna.

Las embarazadas que conocían el concepto de embarazo de alto riesgo obstétrico representaron el 30 % de la muestra, por lo que se relaciona con el poco conocimiento acerca de la temática y los factores de riesgo, siendo el 26 % de la muestra que en embarazos anteriores presento factores de riesgo, lo cual refleja que la temática puede mejorar con educación y promoción en salud.

Al cuestionar directamente a las usuarias sobre su conocimiento del concepto de atención preconcepcional solo el 26 % dijo conocerlo. Por lo que se estudia el porcentaje de embarazadas que recibieron control preconcepcional, una consulta útil para la búsqueda del riesgo obstétrico; solo un 32 % de la muestra menciono haber recibido este tipo de atención, de estas embarazadas a 87.5 %

del total de embarazadas que recibieron control preconcepcional se les encontró un factor de riesgo mediante la revisión de la Hoja Filtro (ver Anexo 3) y de estas un 92.8 % fueron referidas a la Clínica de Alto Riesgo Reproductivo (CARR) para evaluación por ginecoobstetra. Datos alentadores, que reflejan que el uso de la clínica es un servicio utilizado correctamente por las embarazadas de alto riesgo obstétrico, la cual ayuda a la finalización exitosa de estos y disminuir complicaciones a pesar de los factores de riesgo presentados por estas pacientes.<sup>23</sup>

---

<sup>23</sup> Ministerio de Salud de El Salvador. MINSAL. “Lineamientos técnicos para la atención integral de las mujeres con alto riesgo reproductivo”. Primera Edición. El Salvador. 2016

## XI. CONCLUSIONES

La paciente embarazada de alto riesgo obstétrico típicamente observada en la investigación tenía las siguientes características:

1. El rango de edad en el que se presentan más embarazos de alto riesgo son entre 25-30 años, contrario a lo que se ha demostrado que los límites de edad fértil (<15 y >35 años) donde los factores de riesgo aumentan y están más propensas a presentar complicaciones.  
La multiparidad sigue siendo el factor de riesgo más presentado en esta población. El aborto previo y los partos prematuros sucedieron en una minoría de las embarazadas de alto riesgo obstétrico, por lo que se concluye que no son criterios determinantes para este.
2. La mayoría de embarazadas no presento factores de riesgo en gestaciones anteriores, si no que en su mayoría presentaron condiciones médicas en su embarazo actual que aumentaran el riesgo reproductivo en futuras gestaciones. Sin embargo el antecedente médico más representativo fue el índice de masa corporal que puede estar directamente relacionado con los factores económicos y los estilos de vida de las usuarias. No hay relación entre la escolaridad, el estado civil, la ocupación y el área geográfica de las embarazadas de alto riesgo obstétrico.
3. La inscripción prenatal de las embarazadas en su mayoría fue precoz, todos los expedientes presentaron la Hoja Filtro y en base a esta el tipo de control prenatal establecido fue el especializado mediante el llenado de los antecedentes médicos.

4. La mayoría de embarazadas de alto riesgo obstétrico fue referida, presentó retorno del segundo nivel de atención en salud y se les brindó seguimiento en las UCSF que participaron en la investigación, cumpliéndose correctamente el manejo.
5. La mayoría de embarazadas de alto riesgo obstétrico no conocen los conceptos de un embarazo de alto riesgo y la atención preconcepcional; lo cual nos muestra una relación indirecta con la escolaridad.
6. La mayoría de embarazadas no recibieron control preconcepcional, lo cual aumenta la tasa de embarazos de alto riesgo obstétrico, pues es este el primer peldaño donde se pueden identificar factores de riesgo que en un futuro pondrán en peligro a la mujer y el producto, mientras que las embarazadas que si recibieron control preconcepcional fueron referidas a la Clínica de Alto Riesgo Reproductivo (CARR), las cuales fueron oportunas y pertinentes, cumpliéndose correctamente el manejo; sin embargo estas pudieron lograr una gestación.
7. Se concluye que la hipótesis se cumple, pues la mayoría de embarazadas de alto riesgo obstétrico recibió el manejo adecuado por los médicos que se encuentran en servicio social de las UCSF que participaron en la investigación.

## **XI. RECOMENDACIONES**

### **Para los investigadores:**

- Presentar la investigación a los Directores, Equipo comunitario de salud Familiar (ECOSF) y mujeres en edad fértil para mostrar deficiencias en el manejo del embarazo de alto riesgo así como los logros obtenidos al dar un buen manejo de cada uno de ellos.
- Hacer buen uso de la promoción y educación en salud para el control preconcepcional.
- Continuar con el uso de la Hoja Filtro (ver Anexo 4) para poder dar un buen manejo clínico a los embarazos de alto riesgo obstétrico.

### **Para las Unidades Comunitarias de Salud Familiar (UCSF) Carpintero, San Nicolás y Santa Lucía:**

- Realizar una adecuada promoción del control preconcepcional en la población de mujeres en edad fértil de cada UCSF.
- Continuar e insistir educación en salud de la atención preconcepcional y el embarazo de alto riesgo en los Clubs de embarazadas y adolescentes que se realizan mensualmente en cada establecimiento de salud.
- Organizar un régimen de educación continua para apoyar al equipo de salud en embarazo de alto riesgo en las sesiones educativas mensuales.

### **Para Gineco-obstetras y Licenciadas en Salud Materno-Infantil de la UCSF Santa Lucía:**

- Programación de visitas mensuales por parte de gineco-obstetras pertenecientes a la micro red de cada establecimiento de salud para

evaluación de pacientes y realización de control prenatal especializado según normativa.

- Realizar coordinaciones con gineco-obstetras de las microrredes para apoyo en los talleres mensuales que se realizan con las pacientes embarazadas, brindando charlas y realizando recorridos participativos con la temática abordada, con la finalidad de aumentar la participación de los especialistas.

**A la Universidad de El Salvador:**

- Continuar impartiendo temas de salud sexual reproductiva en los estudios de pregrado utilizando los lineamientos técnicos vigentes del Ministerio de Salud de El Salvador para contribuir a la formación académica de los estudiantes de medicina de la Universidad de El Salvador.

## VII. BIBLIOGRAFIA

- Cabero Roura L. “Tratado de Ginecología y Obstetricia”. Volumen 2. España. Editorial Panamericana. 2ª. Edición. 2012.
- Cunningham F. Gary et al. “Obstetricia de Williams”. 23º Edición. México. McGraw-Hill. 2011.
- Fecisna RH, De Mucio B, Díaz Rosello JL, Martínez G, Serruya S, Duran P. Centro Latinoamericano de Perinatología / Salud de la mujer y reproductiva. (CLAP /SMR). “Guías para el Continuo de Atención de la Mujer y el Recién Nacido Focalizadas en APS”. Tercera Edición. Montevideo, Uruguay. Publicación científica CLAP/SMR N° 1577. 2009.
- Ministerio de Salud de El Salvador. MINSAL. “Lineamientos técnicos para la atención de la mujer en el período preconcepcional, parto, puerperio y al recién nacido”. Cuarta Edición. El Salvador. 2011.
- Ministerio de Salud de El Salvador. MINSAL. “Lineamientos técnicos para la atención integral de las mujeres con alto riesgo reproductivo”. Primera Edición. El Salvador. 2016.
- Ministerio de Salud de El Salvador. MINSAL. “Lineamientos técnicos para la referencia, retorno e interconsulta de las Redes Integradas e Integrales de Salud”. Primera Edición. El Salvador. 2017.
- Daniel Gutiérrez, MD. “Salud Reproductiva, concepto e importancia”. Serie PALTEX para Ejecutores de Programas de Salud, N° 39. Organización Panamericana de la Salud. Primera Edición. Washington, EE.UU. 1996.
- Dra. Carmen Aimeé Gómez. Riesgo preconcepcional y métodos anticonceptivos. Revisión bibliográfica. Gaceta Médica 2007. 9 (1) [http://bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.9.\(1\)\\_18/p18.html](http://bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.9.(1)_18/p18.html).

## VIII. ANEXOS



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

**“CARACTERIZACIÓN DE LA ATENCIÓN EN EMBARAZADAS DE ALTO RIESGO OBSTETRICO DE UCSF-B EL CARPINTERO, SAN NICOLÁS Y SANTA LUCÍA”**

### **OBJETIVO GENERAL**

Describir la atención brindada a las embarazadas de alto riesgo obstétrico en las Unidades Comunitarias de Salud Familiar San Nicolás, Carpintero y Santa Lucía en el período de mayo a julio de 2017.

### **INDICACIONES**

La encuesta está formada por preguntas que se realizaran tanto a la usuaria como la revisión de expedientes clínicos.

### **DATOS DE IDENTIFICACIÓN:**

**UCSF:** \_\_\_\_\_

**Edad:** \_\_\_\_\_  <15 ó > 35 años

**Fórmula obstétrica:** \_ \_ \_ \_ \_

- >2 embarazos.                       Prematuros.                       Abortos.
- Cirugías previas del aparato reproductor femenino.

**1. ¿Presento factores de riesgo y/o complicaciones en sus gestaciones anteriores?**

Sí                       No

**2. ¿Padece alguna de las siguientes enfermedades según la revisión del expediente clínico?**

- Hipertensión arterial sistémica.
- Cirugías del tracto reproductivo.
- Trastornos hipertensivos del embarazo.
- Cáncer.
- IMC <19 ó >30.
- Síndrome convulsivo.
- Diabetes pregestacional y gestacional.
- Trastornos psiquiátricos.
- Cardiopatías adquiridas y congénitas.

**3. ¿Cuál es su escolaridad?**

Ninguna     Parvularia     Primaria     Secundaria     Bachillerato  
 Superior

**4. ¿Cuál es su ocupación?**

Ama de casa     Estudiante     Comercio     Agricultura      
Ganadería

**5. ¿Cuál es su área de procedencia?**

Urbano               Rural

**6. ¿Cuál es su estado civil actual?**

Casada    Acompañada    Divorciada    Soltera    Viuda

**7. ¿A las cuantas semanas de amenorrea realizo su inscripción prenatal según revisión de expediente? \_\_\_\_\_**

Precoz    Tardía

**8. El expediente clínico, contenía la hoja filtro:**

Sí    No

**9. ¿Cuál fue el tipo de Control Prenatal que se le asignó durante su Inscripción según Hoja Filtro en la revisión del expediente clínico?**

Básico    Especializado

**10. ¿Cuáles son los antecedentes de riesgo obstétrico que se presentan en la Hoja Filtro según la revisión del expediente clínico?**

- Muerte fetal o neonatal previa.
- Antecedentes de 2 o más abortos.
- Peso al nacer del bebé <2,500 gr.
- Peso al nacer del bebé >4,000 gr.
- Hipertensión o Preeclampsia.
- Cirugías previas del tracto reproductivo.
- Parto prematuro.
- Parto difícil.
- Hemorragia posparto.
- Madre Rh (-)
- Malformaciones congénitas previas.

**11. ¿Cuáles son los antecedentes de riesgo obstétrico que se presentan en la Hoja Filtro según la revisión del expediente clínico?**

- Diabetes de cualquier tipo.
- Trastornos neurológicos.
- Trombosis venosa profunda.
- Cardiopatía.
- Consumo de drogas o alcohol.
- Trastorno depresivo.
- Trastornos de ansiedad.

**12. ¿Cuáles son los criterios de riesgo del embarazo actual que se presentan en la Hoja Filtro según la revisión del expediente clínico?**

- Edad
- Estado nutricional.
- Presión arterial >140/90 mmHg
- Violencia basada en género.
- Embarazo no deseado.
- Diagnostico o sospecha de embarazo múltiple.
- Sospecha de RCIU.
- Diagnostico o sospecha de parto prematuro.
- Hemorragia vaginal.
- ITS (VIH y Sífilis).
- Masa pélvica

**13. ¿Se refirió a la usuaria al segundo nivel de atención en base a Hoja Filtro en la revisión de expediente?**

- Sí                       No

**14. ¿Se presenta retorno en el expediente clínico?**

Sí                       No

**15. ¿Se realizó un seguimiento de su embarazo de riesgo por la UCSF-B?**

Sí                       No

**16. ¿Conoce usted el concepto de embarazo de alto riesgo obstétrico?**

Sí                       No

**17. ¿Conoce usted el concepto de atención preconcepcional?**

Sí                       No

**18. ¿Recibió atención preconcepcional previo a su embarazo actual de acuerdo a revisión de expedientes clínicos?**

Sí                       No

**19. ¿Se le encontró algún factor de riesgo para embarazarse?**

Sí                       No                      ¿Cuál? \_\_\_\_\_

**20. ¿Fue referida a Clínica de Alto Riesgo Reproductivo?**

Sí                       No

## ANEXO 2

### CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, \_\_\_\_\_ he leído y comprendido la temática de investigación denominada “Caracterización de la atención en embarazadas de alto riesgo obstétrico, unidades comunitarias de salud familiar-b municipios de “El Carpintero”-La Unión, “San Nicolás”-Cuscatlán, y “Santa Lucía” Ilopango; junio-julio, 2017”. La investigación será realizada por médicos en año social que se encuentran en las UCSF antes mencionadas, como requisito para optar al título universitario de Doctorado en Medicina de la Universidad de El Salvador.

Los beneficios de la presente investigación es contribuir con un aporte a la formación de médicos en servicio social de las UCSF pertenecientes al estudio, permitiendo mejorar el manejo brindado a la población en cada UCSF y con esto disminuir complicaciones. Además se considera que este trabajo puede ser socializado con los directores de cada una de UCSF investigadas.

Para obtener la información, se utilizara un cuestionario para evaluar a las pacientes y a los expedientes que cumplan los criterios de inclusión, evaluando el manejo recibido de cada embarazada en una ocasión. Por lo tanto, he sido informada y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines académicos y científicos, mis preguntas han sido respondidas satisfactoriamente. Se me ha explicado que los datos serán confidenciales en cuanto a información personal y que se respetarán bases legales. Doy autoridad en participar en este estudio de investigación.

\_\_\_\_\_

Firma del participante.

### ANEXO 3

#### CUIDADO PRECONCEPCIONAL. HOJA FILTRO.

Instrucciones: Marque con una X la casilla de la derecha correspondiente, si la usuaria contesta "Sí" a la condición o factor de riesgo explorado. Si la respuesta es afirmativa a uno o más factores de riesgos; la usuaria elegible para consulta preconcepcional especializado

FACTORES O CONDICIONES DE RIESGO			
BIOLOGICOS / OBSTÉTRICOS		SOCIALES	
Mujer > 35 años	4 ó más embarazos	❖ Unión inestable	
Adolescencia (< 19 años)	Dos o más abortos consecutivos o no consecutivos.	Alcoholismo	
Intervalo intergenésico < 24 meses	Muerte perinatal previa.	Adicciones	
Estado nutricional deficiente (IMC < 18.5 Kg / m <sup>2</sup> )	Recién nacido previo con defectos congénitos.	❖ Delincuencia	
Obesidad ( IMC > 30 Kg / m <sup>2</sup> )	Bajo peso al nacer (< 2,500 gr)	❖ Pobreza extrema	
Cardiopatías	Parto prematuro previo.	❖ Analfabetismo	
Asma bronquial	Hemorragia postparto previa.	❖ Baja escolaridad	
Diabetes Mellitus y gestacional	Infección puerperal previa.	Violencia sexual	
Hipertensión arterial	Embarazo múltiple previo .	Violencia intrafamiliar	
Trombosis venosa profunda actual o previa	Hipertensión inducida por el embarazo previa.	❖ Inaccesibilidad a los servicios de salud	
Endocrinopatías	Enfermedad. Gestacional del Trofoblasto previa.	Prácticas sexuales de riesgo	
Colagenopatías	Embarazo ectópico previo.	Carga laboral alta (>10 horas por día; >6 horas de pie al día)	
Síndrome convulsivo	Cesárea previa.	Exposición ocupacional a tóxicos, solventes, químicos, sustancias radioactivas o exposición a altas temperaturas.	
Trastornos de la salud mental	Cirugía pélvica previa.		
Anemia antes del embarazo	Anomalia pélvica.		
IVU crónica	Malformaciones uterinas.		
Mujer viviendo con VIH / SIDA	Consumo de medicamentos Anticonvulsivantes, cumarínicos, antihipertensivos, tretoina.		
Infecciones de Transmisión Sexual	Isolmunización Rh previa.		

❖ Estos los factores sociales señalados no ameritan consulta preconcepcional con especialista

## ANEXO 4

### 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>										
<b>I. ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS</b>	1°		2°		3°		4°		5°	
	<b>FECHA</b>									
	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 (>8.82 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	1°		2°		3°		4°		5°	
	NO	SI								
1. Diabetes ( tipo I ,II o Gestacional)										
2. Trastornos neurológicos (Epilepsia, paraplejia, 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 _____										
	1°		2°		3°		4°		5°	
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: _____										

## ANEXO 5

### ENFERMEDADES MÉDICAS NO TRANSMISIBLES COMO FACTOR DE RIESGO EN EMBARAZO

ENFERMEDADES MÉDICAS NO-TRANSMISIBLES		
Las mujeres que presentan enfermedades crónicas requieren un manejo interdisciplinario, por lo que se deben considerar las interconsultas necesarias ante el deseo de un embarazo.		
FACTOR DE RIESGO	COMPLICACIONES ASOCIADAS	ACCIONES
Diabetes	Aumenta riesgo de abortos, malformaciones fetales, fetopatías, prematuridad, muerte fetal y materna.	El objetivo primordial es la euglicemia periconcepcional Realice tamizaje preconcepcional a mujeres con diabetes gestacional previa o IMC $\geq 30$ kg/m <sup>2</sup> Logrado el embarazo, se requiere manejo por equipo especializado.
Enfermedades Tiroideas	RCIU, BPEG, prematuridad, Preeclampsia, insuficiencia cardíaca congestiva, desprendimiento de placenta, mortinato Además en hipertiroidismo, crisis tiroideas y en hipotiroidismo neonatal.	Debe lograr eutiroidismo previo al embarazo. Adverta sobre la importancia del tratamiento durante el embarazo Logrado el embarazo, manejo por equipo especializado.
Cardiopatías	Causa importante de mortalidad materno-perinatal.	Refiera a nivel especializado.
Hipertensión crónica	Mortalidad Materna, preeclampsia, eclampsia, RCIU, BPEG, prematuridad y mortalidad perinatal.	Realice buena evaluación clínica. Refiera con ginecólogo, quien evaluará el cambio de antihipertensivos y las interconsultas con las especialidades que corresponda.
Anemia	Se asocia con placenta previa, hipertrofia y desprendimiento placentario, preeclampsia y hemorragia postparto. Si es severa RCIU y mortalidad neonatal. Las mujeres con anemia corren con mayor riesgo de complicaciones hemorrágicas durante embarazo, parto o puerperio.	Si hemoglobina es $< 7$ gr/dl, refiera a medicina interna. Si hemoglobina $> 8$ gr/dl a $< 11$ gr/dl, solicite frotis de sangre periférica, de consejería nutricional y dieta adecuada, Trate con hierro elemental (60 mg v.o. c/ día) durante tres meses y solicite hemoglobina de control post-tratamiento. Dé educación nutricional.
Asma	Las pacientes con asma descompensada pueden presentar: preeclampsia, hipertensión, hiperémesis gravídica, aborto espontáneo, RCIU, parto prematuro y bajo peso al nacer.	Recomiende continuar tratamiento. Al momento de deseo de embarazo, consulte con médico tratante. Una vez logrado embarazo, refiera a control especializado.
Convulsiones	Aumento de defectos congénitos de 1/15 por uso de anticonvulsivantes. Convulsiones repetidas se asocian a abortos espontáneos, hipoxia fetal, bradicardia y muerte perinatal.	Recomiende continuar tratamiento. Al momento de deseo de embarazo, consulte con médico tratante para cambio de medicamento. Una vez logrado embarazo refiera a control especializado.

Fuente: CLAPI/ OPS. "Guías para el continuo de Atención de la Mujer y el Recién Nacido Focalizadas en APS". 2009.