

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



Informe final.

FACTORES DE ALTO RIESGO OBSTÉTRICO EN LAS PACIENTES QUE
CONSULTAN A LAS UNIDADES COMUNITARIAS DE SALUD FAMILIAR
INTERMEDIA "HÁBITAT CONFÍEN MILINGO" CIUDAD DELGADO Y
PANCHIMALCO, ENERO - MAYO 2018.

Presentado Por:

Carlos Alberto Granados Rodríguez.

Melvin Armando Oliva Pérez.

Cristabel Beatriz Vásquez Martínez.

Para optar al grado de:

Doctor en medicina.

Asesora:

Dra. Ana Concepción Polanco Anaya

San Salvador, septiembre de 2018

ÍNDICE

I. RESUMEN	3
II. INTRODUCCIÓN	4
III. OBJETIVOS.	7
IV. MARCO TEÓRICO.....	8
V. HIPÓTESIS	24
VI. DISEÑO METODOLÓGICO.....	25
VII. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.	27
VIII.RESULTADOS	32
IX. DISCUSIÓN.	41
X. CONCLUSIONES.....	46
XI. RECOMENDACIONES:	48
XII. BIBLIOGRAFÍA	50
XIII.ANEXOS	54

I. RESUMEN

El siguiente estudio presenta la frecuencia del riesgo obstétrico detectado en las embarazadas que consultaron en las Unidades Comunitarias de Salud Familiar Intermedia “Hábitat Confíen Milingo” y Panchimalco, durante los meses de enero a mayo del 2018. Para identificar a las pacientes se utilizó la hoja filtro de riesgo obstétrico proporcionada por el Ministerio de Salud de El Salvador, la cual es empleada en los controles prenatales, con la cual se detectaron 43 en Milingo y 47 pacientes en Panchimalco, haciendo un total de 90 pacientes que cumplieran los criterios de inclusión.

Se construyó una hoja de cotejo donde se consignaron los datos necesarios de cada expediente. A través de una metodología descriptiva y transversal, se caracterizó a las gestantes diagnosticadas con alto riesgo obstétrico en base a varios factores asociados, siendo éstos los resultados más sobresalientes: El rango de edad más afectado fue entre 21 a 30 años, predominando las amas de casa con estudios primarios, de estado civil acompañadas, y cuyo factor más representativo de riesgo fue el de cesárea anterior. Las enfermedades crónicas modificables y no modificables fueron factores con baja frecuencia, así como el tabaquismo, la drogadicción o el VIH. Por los hallazgos previamente descritos la hipótesis planteada fue comprobada.

II. INTRODUCCIÓN

El siguiente documento presenta una investigación de tipo observacional, descriptivo y transversal, que estableció la frecuencia de los diferentes factores de riesgo obstétrico, presentes en las pacientes que asisten a la consulta prenatal especializada del primer nivel de atención en las Unidades Comunitarias de Salud Familiar Intermedia “Hábitat Confíen Milingo” Ciudad Delgado y Panchimalco.

Existen diferentes maneras de abordar el problema en cuestión dada la complejidad de la temática a desarrollar, por tal motivo en esta investigación el abordaje del problema busca ser estudiado a través de aspectos más familiares, sociodemográficos y descriptivos para los investigadores, por lo que se planteó la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuáles son los factores de alto riesgo obstétrico más frecuentemente descritos en los expedientes clínicos de usuarias que asisten a la consulta prenatal especializada en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia “Hábitat Confíen Milingo” Ciudad Delgado y Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia Panchimalco, enero - mayo 2018?.

En septiembre de 2016, según la Organización Mundial de la Salud en la publicación de “Mortalidad Materna”, cada día mueren aproximadamente casi 830 mujeres por causas prevenibles relacionadas con el embarazo y el parto. En comparación con otras mujeres, las adolescentes corren mayor riesgo de complicaciones y muerte a consecuencia del embarazo.¹

En estudios efectuados en América Latina se definen las siguientes variables:

¹OMS: Organización Mundial de la Salud (Internet), (citado 16 de febrero de 2018). Mortalidad Materna (Aproximado 2 pantallas). Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>

En el 2016, en Ecuador, León Bardales en el estudio denominado, “Embarazo de alto riesgo” concluyó que aquellas pacientes con riesgo obstétrico en el prenatal, el 32% presentaban complicaciones médicas como varices, tuberculosis pulmonar, infecciones urinarias, factor Rh negativo, endocrinopatías y el 40% antecedentes obstétricos como cesárea anterior y multiparidad.²

En el año 2016, en Honduras, los autores Izaguirre González y Col., utilizando una metodología de casos y controles describieron en el trabajo titulado: “Incremento del riesgo obstétrico en embarazo adolescente”, que las adolescentes procedentes del área rural tienen dos veces más riesgo de presentar una complicación durante el embarazo que las del área urbana.³

En El Salvador, se encontraron pocas investigaciones referentes a riesgo obstétrico entre las cuales se describen:

En noviembre de 2010 González y Col., analizaron los factores sociales que se relacionan con el riesgo obstétrico de las adolescentes que verificaron parto de enero a junio, donde manifestaron que el embarazo en adolescentes reiteradamente se convierte en el riesgo obstétrico más frecuente, además expusieron que los factores sociales se relacionan en un alto porcentaje con el riesgo obstétrico de las adolescentes que verifican parto hospitalario⁴.

² Paulette Estefanía Reyes Arboleda. Tesis de grado: factores de riesgo obstétrico en embarazadas que acuden al hospital Delfina Torres de Esmeraldas. Esmeraldas, Ecuador, 2016. Págs. 2-3 disponible:

en: <https://repositorio.pucese.edu.ec/bitstream/123456789/890/1/REYES%20ARBOLEDA%20%20PAULETT.pdf>

³ Izaguirre González, Aguilar Reyes, Alejandro Ramírez Izco, Valladares Rivera, Rivera Mejía, Valladares Rivera, Raudales Martínez, Aguilar Reyes, Fernández Serrano. Incremento del riesgo obstétrico en Embarazo adolescente. Estudio de casos y controles. ISSN 1698-9465 2016 Vol. 12 paginas 5 No paginas 2-3.

[Http://www.archivosdemedicina.com/medicina-de-familia/incremento-del-riesgo-obsteacutetrico-en-embarazo-adolescente-estudio-de-casos-y-contrroles.pdf](http://www.archivosdemedicina.com/medicina-de-familia/incremento-del-riesgo-obsteacutetrico-en-embarazo-adolescente-estudio-de-casos-y-contrroles.pdf)

⁴ González Cañas, C: Molina Parada, L: Romero Gutiérrez: “Analizar los factores sociales que se relacionan con el Riesgo Obstétrico de las adolescentes que verificaron parto en el Hospital Nacional Dr. Héctor Hernández Flores, de la ciudad de Francisco Gotera, Departamento de Morazán, en el periodo de enero a junio 2008” [Tesis Maestría] San Salvador, Universidad de El Salvador, 2010. Páginas 53-55

Por lo tanto, el realizar la investigación, tal como está planteada, se justifica en su importancia como aporte a la formación de todos los médicos que trabajan en atención primaria, en especial aquellos que desarrollan el servicio social de las Unidades Comunitarias de Salud Familiar pertenecientes al estudio, ya que se les permitirá plantear de una manera aunque descriptiva los diferentes factores de riesgo obstétrico y su frecuencia en la población estudiada, constituyendo una fuente de información para futuros estudios relacionados.

III. OBJETIVOS.

Objetivo General:

Establecer los factores de alto riesgo obstétrico más frecuentemente detectados en las embarazadas diagnosticadas como tal y que consultaron en las Unidades Comunitarias de Salud Familiar Intermedias “Hábitat Confíen Milingo” Ciudad Delgado y Panchimalco, enero a mayo 2018.

Objetivos Específicos:

- Identificar las características sociodemográficas y educativas observadas en las pacientes embarazadas diagnosticadas como alto riesgo obstétrico.
- Detallar los antecedentes obstétricos de riesgo según la frecuencia observada en las pacientes gestantes diagnosticadas como tal.
- Establecer las condiciones modificables y no modificables de riesgo obstétrico más frecuentemente descritas en las pacientes diagnosticadas como tal.
- Describir las enfermedades transmisibles y no transmisibles de alto riesgo obstétrico detectadas con mayor frecuencia en las pacientes gestantes.

IV. MARCO TEÓRICO

La medicina preventiva en la atención prenatal cumple, la función de evitar que la gestante abandone los límites fisiológicos, detectar patologías en fases iniciales y ofrecer el tratamiento oportuno.

CONTROL PRENATAL (CPN): *“Es la atención integral, periódica y sistemática de la embarazada por Ecos Familiar y Especializado, 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(a)”*.⁵

Tipos de control prenatal: Se clasifica de acuerdo si tiene uno de los parámetros de la hoja filtro. Hay dos tipos: **(ANEXO 1)**

*“1. **Prenatal básico:** para usuarias sin factores de riesgo o complicaciones. Este será brindado por médico general, médico de familia, licenciada en salud materno infantil, enfermera capacitada o médico especialista, donde se cuente con este recurso.*

*2. **Prenatal especializado:** para usuarias en las que se detecte morbilidad previa o complicaciones durante el embarazo. Será proporcionada por Médico Ginecoobstetra”*⁵

*A toda mujer embarazada se le pasará a su llegada la **Hoja Filtro (ANEXO 2)** de control prenatal para definir si es candidata para control prenatal básico o especializado*⁵.

La Hoja filtro permite que se detecte factor de riesgo que amerite ser referida a CPN especializado dependiendo la complejidad del caso. Si dicho factor de riesgo desaparece se retorna a CPN básico.

Riesgo obstétrico

“Es la probabilidad que una mujer embarazada o su futuro hijo tienen de sufrir una enfermedad, injuria o muerte”. Toda gestante tiene riesgo por lo que el CPN debe ser precoz, inmediato, integral, oportuno. *“El enfoque de riesgo se basa en la medición de esa probabilidad.”*⁵

Diagnóstico.

El diagnóstico puede realizarse antes del embarazo, en el embarazo e incluye el parto y puerperio. Se clasifica en riesgo obstétrico bajo, riesgo obstétrico alto y riesgo inminente. *“Las consultas posteriores servirán, entre otros objetivos, para controlar la aparición de los factores de riesgo que no fueron evidentes en la primera consulta o que, por su carácter, son de aparición más tardía durante el embarazo.”*⁶

Clasificación.

“Bajo riesgo obstétrico o riesgo 1: condiciones socio-económicas desfavorables (pobreza extrema, desempleo, analfabetismo), control prenatal insuficiente de la gestación: <3 CPN, infección de vías urinarias, vaginosis

“Alto riesgo obstétrico o riesgo 2: anemia (Hb<10 g/dl o Hto<25%), embarazo múltiple, enfermedades crónicas no transmisibles, polihidramnios u oligohidramnios, epilepsia, antecedentes obstétricos desfavorables (abortos espontáneos, antecedentes de partos pretérmino, antecedentes de parto distócicos, antecedentes de RCIU, cirugías previas del tracto reproductivo, malformaciones congénitas previas, muerte fetal o neonatal previa); enfermedades neuropsiquiátricas, infección materna (VIH, hepatitis B o C, toxoplasmosis, pielonefritis, sífilis, citomegalovirus, herpes, presentación anómala constatada tras la semana 36 de gestación, estado nutricional (IMC <18.5 Kg/m² ó >30 Kg/m², asma, incompatibilidad Rh.”

“Riesgo inminente o riesgo 3: obesidad morbida, amenaza de parto pretérmino, cardiopatías, diabetes gestacional descompensado, hemorragia vaginal, rotura prematura de membranas de >12 horas, SIDA clínico, trastornos hipertensivos del embarazo (pre-eclampsia, eclampsia, pre-

eclampsia sobreagregada, hipomotilidad fetal, bradicardia o taquicardia fetal.”

Paridad

La paridad ha sido descrita como uno de los factores de riesgo para la mortalidad perinatal y morbi mortalidad materna. *La paridad elevada (cuatro o más embarazos) aumenta el doble de riesgo de muerte fetal intraparto.*⁷ Ya que este es un factor de riesgo no modificable se deberá advertir a las mujeres sobre este para ayudar a decidir si es conveniente o no una nueva gestación.

Características sociodemográficas.

Ocupación

Ciertas condiciones de trabajo han sido asociadas con un aumento en resultados perinatales adversos (aborto, muerte fetal, parto de pretérmino, bajo peso al nacer y algunos defectos congénitos). *Entre dichas condiciones se pueden citar: Trabajar mas de 10 horas por día, permanecer de pie por mas de 6 horas continua, exposición a tóxicos químicos (incluyendo agentes anestésicos, solventes y pesticidas).*⁷ Las mujeres que pueden tener una exposición laboral a estas sustancias, deberán ser aconsejadas para cambiar sus labores antes de embarazarse o apenas lo sepan.

Área de procedencia

*Según un estudio realizado por los autores Izaguirre González y Col., en el trabajo titulado: “Incremento del riesgo obstétrico en embarazo adolescente en el año 2016, concluyeron que las adolescentes gestantes procedentes del área rural tienen dos veces más riesgo de presentar una complicación durante el embarazo que las del área urbana*³. Múltiples estudios concuerdan en que la procedencia de área rural y lo estratos socioeconómicos bajos aumentan el riesgo de morbimortalidad en cualquier período del embarazo y el parto.

Estado civil.

El estado civil es una variable considerada como un marcador demográfico o poblacional que ha sido vinculado en el embarazo con los resultados perinatales. *Según un estudio realizado por Gonzalo A. Sotero Salgueiro y Col., en el estudio titulado “El estado civil materno y su asociación con los resultados perinatales en una población hospitalaria” en el Hospital de Clínicas y Centro Hospitalario Pereira Rossell, concluyeron que el grupo más grande dentro del estado civil de las pacientes fue el concubinato estable, representando 52,8% del total de la muestra, seguido del grupo de casadas (22,2%) y solteras (21,6%)⁸.* En la población estudiada las mujeres casadas tendieron a ser mayores, con mejor nivel educacional, en menor proporción fumadoras y mejor controladas durante el embarazo. Ser casada o vivir en concubinato estables son consideradas situaciones con bajo riesgo potencial debido a la presencia del apoyo de la pareja. El estado marital, y más específicamente el hecho de tener un sustento emocional-familiar (pareja) conlleva a una mejora de la salud de los componentes familiares (debido a cambios de hábitos, mejora económica, etcétera).

Nivel de escolaridad.

La escolaridad constituye un factor importante a analizar ya que tiene influencia indirecta en la comprensión y seguimiento de las indicaciones médicas. *Es un elemento que se encuentra altamente relacionado con la letalidad fetal.⁹*

Antecedentes obstétricos

La sección de antecedentes obstétricos se llenará sólo durante la inscripción, siendo ésta sección parte de la hoja filtro. Los siguientes antecedentes obstétricos son los que se evalúan.

Muerte fetal o neonatal previa: Puede ser un evento recurrente. *“Históricamente se consideraba que la ocurrencia aumentaba el riesgo en embarazos siguientes hasta en 10 veces. Por lo que en el siguiente embarazo es necesario las intervenciones para reducir la frecuencia de muerte fetal⁹. “Habrá ocasiones en las que se deberá recurrir a exámenes de laboratorio como pruebas de tolerancia a la glucosa, anticuerpos anticardiolipinas y estudios específicos de la coagulación, incorporar estudios ultrasonográficos morfológicos y funcionales, etcétera.”⁷*

Antecedentes de dos o más abortos espontáneos previos.

Posterior a un aborto, debe esperar un período intergésico mayor a 6 meses. *“La pérdida recurrente del embarazo, definida como la aparición de 3 abortos espontáneos consecutivos, deberá orientar al profesional en una búsqueda activa de malformaciones uterinas, defectos hormonales o incluso enfermedades infecciosas como sífilis, ya esta infección de transmisión sexual está en aumento y se caracteriza por generar una placentitis capaz de matar embriones y fetos.”⁷*

Peso al nacer del último bebé <2,000 gramos (<5.4 lb) o peso al nacer del último bebé >4,000 gramos (>8.62 lb).

Como personal de salud se debe tener presente que la posibilidad que nazca un recién nacido con bajo peso o macrosómico aumenta, por lo que se debe investigar mediante la consulta de alto riesgo reproductivo, entre ellas, descartar alteraciones del metabolismo hidrocarbonado.

Hipertensión o pre eclampsia/eclampsia en embarazos anteriores.

Los trastornos hipertensivos del embarazo se relacionan con morbilidad obstétrica extrema, mortalidad materna, retardo del crecimiento intrauterino (RCIU), prematuridad, mortalidad perinatal. Una embarazada con antecedente de hipertensión crónica el riesgo de padecer preeclampsia sobreagregada aumenta. *“Se ha demostrado que esta relación puede llegar a ser 1 caso de preeclampsia por cada 4 mujeres que padecen hipertensión crónica.”⁷*

Cirugías previas del tracto reproductivo. Miomectomías, resección del tabique, conización, cesárea previa, cerclaje cervical.

Las cesáreas previas son un factor de riesgo para el siguiente embarazo. *Las cesáreas repetitivas representan un mayor riesgo de ruptura uterina e inserciones placentarias anómalas, que conllevan a hemorragias obstétricas del tercer período. “En una mujer que se quiere embarazar es necesario conocer algunos aspectos de historia de la o las cesáreas previas, tales aspectos son: Tipo de incisión, antecedente de infección de herida quirúrgica, en especial de infecciones parietales profundas que podrían provocar una cicatrización anormal que conlleve a mayor riesgo de rotura uterina o hemorragias por placentación anormal; tiempo transcurrido, períodos interpartos menor a 18 meses tienen mayor riesgo materno; cantidad de cesáreas previas”.*⁷

Antecedentes de parto prematuro o inmaduro

El nacimiento de pretérmino es una de las principales causas de muerte neonatal. *“Las mujeres que han tenido un nacimiento de pretérmino, antes de las 35 semanas tienen un riesgo de 10 a 15 % de repetir otro nacimiento de pretérmino. Ese riesgo puede llegar a aumentar a un 40% después de 2 y a un 60% después de 3 nacimientos de pretérmino”.*⁷

Antecedente de parto difícil (presentación anormal, duración mayor a 24 horas, desgarros grado III-IV)

La detección oportuna de factores de riesgo ayuda establecer una estrategia dirigida a prevenir el parto distócico y evitar sus consecuencias. *“El perfil clínico de una paciente de padecer parto distócico es el siguiente: paciente con edad avanzada, nuliparidad, estatura media o alta”*¹⁰, ya que la estatura baja se da plan de cesárea electiva. La edad, paridad, y estatura son fáciles de detectar en la inscripción prenatal.

Antecedente de hemorragia post parto en embarazos previos.

La hemorragia post parto es una de las principales causas de mortalidad materna. La hemorragia post parto se define como la pérdida sanguínea de 500 mililitros o más en las primeras 24 horas post parto o después de las 24 horas hasta las 6 semanas post parto.

Madre Rh (-) con antecedente de isoimmunización Rh.

*“La isoimmunización es un proceso de producción de anticuerpos específicos contra el factor Rh (D) en una mujer Rh (-) que cursa con un embarazo de un feto Rh (+) como resultado de la transfusión feto-materna de elementos sanguíneos, con características antigénicas diferentes”.*¹¹ La paciente isoimmunizada se considera una gestante de muy alto riesgo y por tanto, debe tener un control prenatal especializado.

*“El riesgo de isoimmunización es aproximadamente el mismo en un segundo embarazo con recién nacido RhD positivo y ABO compatible y puede alcanzar hasta un 50% al quinto embarazo de las mismas características”*¹²

Malformaciones congénitas previas.

Los defectos congénitos incluyen las anomalías funcionales y/o estructurales del feto debido a factores presentes antes del nacimiento. *“La frecuencia de malformaciones en los recién nacidos está en torno del 3%”.*⁷

Además existen múltiples factores modificables y no modificables en el embarazo, para lo cual la Real Académica Española lo describe como: *“modificable a todo aquello que se puede cambiar, modificar, transformar o deformar”*¹³. Aplicado a la obstetricia, son todos los factores que influyen en el embarazo y por lo tanto pueden contribuir al aumento del riesgo obstétrico. Entre los factores modificables podemos mencionar el alcoholismo, tabaquismo, estado nutricional, violencia intrafamiliar. Y entre los factores no modificables podemos mencionar: edad materna (<15 años o >35 años de edad), embarazo múltiple, antecedente de 2 o más abortos espontáneos previos.

Tabaquismo:

Los efectos del tabaco durante el embarazo son diversos, los más importantes son el desprendimiento de placenta, placenta previa, embarazo ectópico, aborto espontáneo, parto prematuro y mortinato. Se estima que el tabaquismo sería el responsable de cerca del 18% de los casos de bajo peso al nacimiento, de un riesgo aumentado de muerte súbita del lactante y mortalidad perinatal. Además de alteraciones neurocognitivas, cáncer y malformaciones congénitas. El cigarrillo provoca transitoriamente descensos en el flujo sanguíneo uterino, reduciendo el aporte de oxígeno desde el útero a la placenta. Los elevados niveles de carboxihemoglobina que se encuentran en la sangre materna y fetal pueden llevar a hipoxia fetal crónica, evidenciada por aumento del hematocrito en el recién nacido.

Alcoholismo:

El alcohol en la sangre de la madre pasa al feto a través del cordón umbilical. El consumo de alcohol durante el embarazo puede causar aborto espontáneo, muerte fetal y una variedad de discapacidades físicas, intelectuales y del comportamiento para toda la vida. Estas discapacidades se conocen como trastornos del espectro alcohólico fetal (TEAF). *“Durante la gestación no existe ninguna cantidad segura de alcohol que se pueda ingerir”¹⁴*; de igual forma no se autoriza su consumo en ninguno de los tres trimestres de la gestación debido a que no se conoce con exactitud el porcentaje de daño que pueda incurrir en el feto. También se conoce que todos los diferentes tipos presentación comercial de alcohol generan el mismo efecto en el binomio madre-feto.

Estado Nutricional:

El índice de masa corporal (**IMC, ver ANEXO 3**) es un parámetro que se utiliza para el diagnóstico de sobrepeso y obesidad con validez en todo el mundo, siendo el más utilizado en los estudios epidemiológicos. La influencia del estado nutricional durante el embarazo es muy importante

en los resultados sanitarios del feto, el lactante y la madre. Por lo que se considera de riesgo aquellos Índices de Masa Corporal en los rangos extremos tales como, menor a 18.5 Kg/m² y mayor a 40 kg/m². Dicho IMC debe ser calculado en la inscripción materna, y en sus controles subsecuentes se hace énfasis en la ganancia de peso de la gestante **(VerANEXO 4)**. Un aumento insuficiente del peso de la madre durante el embarazo debido a una dieta inadecuada aumenta el riesgo de parto prematuro, bajo peso al nacer y defectos congénitos. La educación y el asesoramiento sobre nutrición deben tener por objeto mejorar las prácticas alimentarias antes del embarazo y durante este, a fin de mejorar la alimentación materna y reducir el riesgo de resultados sanitarios negativos para la madre y sus hijos. Para la evaluación de la ganancia de peso se utiliza la talla pre-concepcional y el peso medido en cada consulta. El peso pre-concepcional es generalmente desconocido en el 70% de los casos, por lo cual es aconsejable pesar a la embarazada tan temprano como sea posible, idealmente antes de las 12 semanas de gestación. *La obesidad en el embarazo es un conflicto para salud pública, pues incrementa riesgos obstétricos y neonatales: Diabetes gestacional, preeclampsia, enfermedades hepáticas no alcohólicas, tromboembolias y oligo/polihidramnios y en el feto los trastornos abarcan: Macrosomía fetal, síndrome de distres respiratorio y productos con bajo peso para la edad gestacional, prematuridad, malformaciones genéticas y aumento de riesgo de muerte fetal.*¹⁵

Edad:

*“El embarazo en edades tempranas (<15 años) se presenta cada vez con mayor frecuencia. Estas gestaciones se acompañan generalmente de grandes riesgos de complicaciones biológicas en la madre, tales como anemia grave, amenazas de aborto, parto prematuro o parto inmaduro, toxemia, hipertensión inducida por el propio embarazo, placenta previa, incompetencia cervical, e infecciones, entre otras”*¹². Existe una doble probabilidad de morir en relación con el parto en mujeres por debajo de 15 años de edad, que en mujeres de 20 años o más. Así también la edad

materna avanzada (mayor de 35 años) se asocia con mayor frecuencia a patología gestacional y mayor incidencia de inducciones médicas del parto y tasa de cesáreas, especialmente en nulíparas. Todo ello repercute en la morbimortalidad materna y fetal, siendo un grupo poblacional de riesgo obstétrico que requiere una atención prenatal adecuada y trasciende el ámbito de la planificación sanitaria, dado el porcentaje de gestantes de edad avanzada en nuestro medio.

Talla

Es aceptada como un indicador antropométrico de riesgo de complicaciones obstétricas, aquella talla menor a 1.50m¹⁶; la talla debe ser medida en la inscripción de la embarazada, para el cálculo del IMC, posterior a ello, no es necesaria su medición, debido a que en los controles subsecuentes únicamente se medirá la ganancia de peso materno. La talla baja puede llevar a múltiples complicaciones tales como desproporción cefalopélvica (DCP), trabajo de parto disfuncional y parto operatorio; la causa radicaría en la relación directa entre talla e índice pélvico. Paredes Lascano: “con 1.50m de talla tienen 4,9 veces más probabilidad de tener un parto por cesárea que las mujeres de mayor estatura.”¹⁶

ENFERMEDADES TRANSMISIBLES EN EL EMBARAZO:

La transmisión de la infección de la madre a su hijo puede ocurrir in útero (congénita), en el momento del parto (perinatal) o posteriormente (posnatal) como puede ocurrir en la transmisión de microorganismos mediante lactancia materna.

“Las infecciones maternas se transmiten al embrión y feto por: Infección ascendente de la vagina y por propagación hematológica como resultado de la viremia materna, la bacteriemia o la parasitemia.”¹⁷

Las enfermedades transmisibles son condiciones de alto riesgo obstétrico que de no ser manejadas correctamente pueden derivar en serias complicaciones para el desarrollo normal del embarazo, aunque los defectos congénitos son raros, las infecciones in-útero pueden provocar abortos o muertes fetales.

➤ **RUBÉOLA:**

*“La rubéola es una enfermedad infecto-contagiosa transmitida a través de las secreciones respiratorias de la nariz o garganta. El virus circula en la sangre materna 5-7 días después del contagio y puede transmitirse al feto por vía hematológica transplacentaria”.*¹⁷

Cuando la infección por el virus de la rubéola ocurre durante el embarazo, especialmente durante el primer trimestre, puede causar graves daños como aborto espontáneo, muerte fetal y una constelación de defectos congénitos severos en los recién nacidos conocido como Síndrome de Rubéola Congénita (SRC).

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS:

*“Los adultos pueden experimentar fiebre leve durante 1-5 días previos a la erupción, también pueden presentar malestar general, coriza leve y conjuntivitis. La erupción cutánea es maculopapular y comienza generalmente en la cara y luego difunde hacia el cuerpo durante 3 días y ocasionalmente es pruriginosa.”*¹⁷

➤ **VARICELA:**

La varicela es una enfermedad sumamente contagiosa de la niñez causada por el Virus de Varicela Zoster, pero eso no excluye a adultos de padecerla, se sabe que si una persona no sufrió de la enfermedad en la niñez, la puede adquirir en la vida adulta.

“Después de un período de incubación promedio de 14 a 16 días (varía entre 10-20 días), las lesiones se presentan en tres o más ondas sucesivas durante 3 a 7 días”.¹⁷

La varicela en el embarazo puede asociarse con enfermedad materna severa, muerte fetal y rara vez, (durante los dos primeros trimestres), con síndrome de varicela congénita . El riesgo a la madre puede ser mayor hacia el término (es decir, tercer trimestre).

“La infección con varicela en las 20 primeras semanas de gestación puede causar aborto (2,6%); y después de la semana 20 puede causar muerte fetal (0,7%)”.¹⁷

➤ **SÍFILIS MATERNA:**

La infección materna es igual que en cualquier mujer no embarazada y puede adquirirse en cualquier estadio de embarazo, es una enfermedad causada por la bacteria Treponema pallidum, que se transmite durante el sexo vaginal, anal u oral.

“Definición epidemiológica (OMS): *Toda mujer embarazada independientemente del tiempo de su gestación o que recientemente sufrió un aborto, y tiene evidencia clínica de sífilis (úlceras genitales o signos compatibles con sífilis secundaria) o que tiene un test treponémico reactivo (incluyendo los test rápidos) o un test no treponémico, y que no ha recibido tratamiento adecuado para sífilis durante el presente embarazo (realizado antes de la 20 semanas de embarazo y como mínimo 30 días antes del parto”.¹⁷*

➤ **VIH-SIDA:**

El aumento de la prevalencia de las embarazadas VIH reactivas, que exponen a sus hijos a esta infección se debe a dos factores: Aumento constante de la incidencia de infección por el VIH en las mujeres y mayor esperanza de vida de las mujeres infectadas, como resultado del tratamiento.

“El riesgo de transmisión del VIH perinatal puede reducirse: Cuando se realiza tamizaje prenatal universal de VIH, acceso a terapia antirretroviral,

*cesárea electiva a las 38 semanas de embarazo (cuando carga viral materna sea mayor de 1.000 copias por mililitro) y alimentación sin leche de su propia madre siempre y cuando esté disponible otro sustituto aceptable”.*¹⁷

LABORATORIO: Prueba de anticuerpos estándar contra el VIH es detectable en más del 95% de los pacientes, dentro de 3 meses después de contraer la infección.

*“Evaluación de una embarazada infectada: Si la madre está infectada con VIH, sus evaluaciones cada trimestre deben incluir: Una evaluación del estado de enfermedad por VIH, recuento de CD4+ (grado de inmunodeficiencia), nivel plasmático de ARN (riesgo de progresión de la enfermedad), y debe evaluarse tratamiento con antirretrovirales, régimen de quimioprofilaxis con zidovudina y si debe iniciarse profilaxis contra neumonía por Pneumocystis carinii. Un especialista en VIH debe participar en el seguimiento y decisiones de tratamiento.”*¹⁷

ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES EN EL EMBARAZO (ENT):

Las enfermedades no transmisibles (ENT) y la salud materna están estrechamente vinculadas. Las enfermedades no transmisibles como la diabetes, la obesidad y la hipertensión tienen un impacto negativo considerable en la salud materna y en el resultado del embarazo. El ciclo de la vulnerabilidad a las ENT, si se repite, aumenta aún más los riesgos en las generaciones posteriores.

➤ DIABETES MELLITUS:

*“Grupo heterogéneo de trastornos del metabolismo intermedio, que tienen en común la intolerancia a la glucosa debido a un déficit de insulina pancreática circulante, lo que produce hiperglicemia y aumento del catabolismo de las proteínas y las grasas.”*¹⁸

El embarazo temprano se caracteriza por una mayor secreción de insulina en respuesta a la glucosa, sensibilidad periférica a la insulina ligeramente

aumentada, tolerancia a la glucosa normal o algo aumentada y acúmulo de grasa materna. La fase tardía del embarazo se caracteriza por incremento brusco de varias hormonas diabetógenas, resistencia creciente a la acción de la insulina, disminuyendo hasta un 50 % la sensibilidad periférica a la misma. Por todos estos cambios que se dan en el embarazo aumenta la predisposición a padecer una Diabetes mellitus gestacional (DMG) en las gestantes con uno a más factores de riesgo. En cuanto la gestante que ya padece una diabetes mellitus manifiesta se aumenta el riesgo de sufrir serias complicaciones en el embarazo.

*“El enfoque diagnóstico propuesto por la **Asociación Americana de Diabetes (ADA)**: El riesgo de DMG debe ser definido en la primera consulta prenatal que se constituye por sobrepeso, historia personal de diabetes mellitus gestacional, historia familiar en primer grado de diabetes”.*¹⁹

Pruebas de laboratorio y manejo. (ver anexos 5 y 6):

*“**Complicaciones materno – fetales:** Malformaciones, muerte fetal intrauterina, macrosomía fetal, hipoglucemia neonatal temprana. En cuanto a complicaciones maternas el riesgo de desórdenes hipertensivos se incrementa en 10-25 % para algunos; para otros no existe variación con respecto a la población gestante sana o con diabetes gestacional adecuadamente tratada.”*¹⁹

➤ **HIPERTESIÓN ARTERIAL CRÓNICA:**

Una paciente puede presentarse a la consulta obstétrica con historia de hipertensión previa al embarazo, hipertensión antes de las 20 semanas de gestación e hipertensión después de los 42 días posterior al parto. En estas pacientes es fundamental la consulta preconcepcional para ajustar la medicación y adaptarla a la situación futura de embarazo para conseguir normotensión. En cuanto a la clasificación (**ver tabla N°3**). El manejo de la paciente con HTA se muestra en el (**anexo N°7**) *“Se debe investigar sobre patologías asociadas (cardíacas, renales, tiroideas, diabetes), antecedente de embarazos anteriores y el desarrollo de*

preeclampsia sobreagregada, de desprendimiento de placenta o de insuficiencia cardiaca".²⁰ *En cuanto al tratamiento farmacológico ver (anexo N°8).*

➤ **TRASTORNOS TIROIDEOS EN LA GESTACIÓN:**

La gestación implica cambios adaptativos en varios órganos y sistemas, incluyendo el tiroideo, favoreciendo el paso de las hormonas tiroideas en sentido materno-fetal; la gestación puede alterar el curso de las enfermedades tiroideas y, a su vez, las enfermedades tiroideas afectan el desenlace de la gestación, comprometiendo a la madre y al feto.

"Es imperativo el tamizaje si hay historia personal de enfermedad tiroidea incluyendo bocio, hipotiroidismo, tiroiditis subaguda y tiroiditis postparto".²¹

Hipotiroidismo: Tanto el hipotiroidismo clínico como el subclínico pueden tener efectos adversos en la gestación y en el desarrollo fetal; la enfermedad tiroidea autoinmune se asocia a abortos recurrentes. El hipotiroidismo debe ser corregido antes de la gestación, el 80% de las pacientes hipotiroideas gestantes requiere un incremento de la dosis de levotiroxina que varía entre 25 y 50%, durante el primer trimestre; el incremento es individual y el control se hace a los 30 o 40 días.

Hipertiroidismo: La principal causa de hipertiroidismo es la enfermedad de Graves, que tiende a mejorar durante la gestación. El tratamiento médico se realiza con la mínima dosis de antitiroideos, se recomienda mantener la T4 libre en el tercio superior del rango normal, recordando que las dosis adecuadas para la madre pueden ser excesivas para el feto.

➤ **ANEMIA EN EL EMBARAZO:**

Normalmente, durante el embarazo aparece una anemia hiperplásica eritroide, y la masa eritrocítica aumenta, la anemia aparece en hasta un tercio de las mujeres durante el tercer trimestre. Las causas más comunes son: deficiencia de hierro y deficiencia de ácido fólico. *"En general, los síntomas tempranos son leves o inespecíficos (p. ej., cansancio, debilidad,*

mareos, disnea leve durante el ejercicio). Otros signos y síntomas pueden incluir palidez y, si la anemia es grave, taquicardia e hipotensión.²²

Diagnóstico: Hemograma completo, seguido de pruebas basadas en el valor del volumen corpuscular medio (VCM).

V. HIPÓTESIS

Aunque los estudios descriptivos no necesitan de hipótesis, en esta investigación se planteó únicamente como un ejercicio académico.

“Los antecedentes obstétricos son el factor más frecuentemente detectado en las embarazadas diagnosticadas con alto riesgo obstétrico que consultaron en las Unidades Comunitarias de Salud Familiar Intermedias “Hábitat Confíen Milingo” Ciudad Delgado y Pachimalco, enero a mayo 2018.”

VI. DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo de estudio

Observacional, descriptivo, transversal.

Área de estudio.

El área geográfica de estudio territorial perteneciente a la UCSF-I Hábitat Confíen Milingo y el territorio perteneciente a la UCSF-I Panchimalco en San Salvador.

Período de investigación:

Para la recolección de datos, se revisó el libro de control materno de ambas Unidades de Salud, en dicho libro se registran todas las embarazadas que han sido inscritas en control prenatal, se detallan varios parámetros, uno de ellos es si tiene riesgo, qué tipo de riesgo y si fue referida con la ginecóloga. Se revisó de enero a mayo. Posteriormente se seleccionaron 90 expedientes clínicos, que según el libro de control materno eran gestantes que poseían un factor de riesgo obstétrico, se revisó la hoja filtro, las hojas de referencia, retorno e interconsulta de las pacientes que fueron referidas por una condición de alto riesgo obstétrico. Luego se verificó el cumplimiento de criterios de inclusión del estudio y finalmente se realizó el llenado de hoja de cotejo.

Criterios de inclusión.

- Pacientes inscritas en el control prenatal de riesgo de las UCSFI en estudio.
- Pacientes gestantes que fueron referidas a control prenatal especializado con algún riesgo desde otros establecimientos de salud y que pertenecían a esta área geográfica.
- Embarazas que llevaron control prenatal especializado en el período de enero a mayo de 2018.

Universo.

Según los datos de la población anual operacional obtenidos de UCSFI “Hábitat Confien Milingo” y UCSFI Panchimalco en donde se realizó el estudio, son 1,250 gestantes que se esperaba consultaran en la UCSFI “Habitat Confien Milingo y 1,000 gestantes esperadas de la UCSFI Panchimalco haciendo un total de 2,250 mujeres gestantes esperadas del mes de enero a mayo del 2018.

Muestra: La muestra es de tipo no probabilístico, fue obtenida luego de la revisión de expedientes clínicos de todas las mujeres gestantes de ese período, encontrando 47 pacientes de UCSFI Panchimalco y 43 de UCSFI Habitat Cofien Milingo haciendo un total de 90 que fueron derivadas o referidas durante los meses de enero a mayo 2018, se encontró un total de 90 pacientes que presentaron algún factor o condición de alto riesgo obstétrico identificado por medio de la hoja filtro y que no verificaron parto en los meses que se llevó a cabo el estudio.

Variables.**Variable independiente:**

1. Ocupación.
2. Área geográfica.
3. Estado civil.
4. Escolaridad.
5. antecedentes obstétricos de riesgo.
6. Factores modificables.
7. Factores no modificables.
8. Enfermedades no transmisibles de riesgo obstétrico alto.
9. Enfermedades transmisibles de riesgo obstétrico alto.

Variable dependiente:

- Riesgo obstétrico.

VII. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.

OBJETIVO	VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	VALOR
<p>➤ OBJETIVO UNO: Identificar las características sociodemográficas y educativas observadas en las pacientes embarazadas diagnosticadas como alto riesgo obstétrico.</p>	Riesgo obstétrico.	Probabilidad que una embarazada tiene de sufrir una injuria clasificada como alto riesgo obstétrico.	Número de embarazadas con alto riesgo obstétrico que consultan a las UCSF de enero a mayo 2018/número total de embarazadas X100	Numérico. Porcentaje.
	Ocupación	Actividades que realizan las embarazadas que pueden afectar la gestación.	Número de embarazadas con alto riesgo obstétrico que consultan a las UCSF de enero a mayo 2018 según las características sociodemograficas/el número total de gestantes x100	

	Área geográfica	Embarazadas con alto riesgo obstétrico que habitan un área geográfica de difícil acceso.		
	Estado civil.	La soltería es una condición de riesgo de la embarazada.		
	Escolaridad	La falta de educación en la embarazada como un factor de riesgo obstétrico.		

<p>➤ OBJETIVO DOS: Detallar los antecedentes obstétricos de riesgo según la frecuencia observada en las pacientes gestantes diagnosticadas como tal.</p>	<p>Antecedentes obstétricos de riesgo descritos en expedientes clínicos</p>	<p>Son todas aquellas condiciones previas de la mujer gestante que la clasifican como riesgo obstétrico alto.</p>	<p>Número de mujeres según tipo de antecedente obstétrico de riesgo/ número de mujeres embarazadas $\times 100$</p>	<p>Numérico. Porcentaje.</p>
<p>➤ OBJETIVO TRES: Establecer las condiciones modificables y no modificables de riesgo obstétrico más frecuentemente descritas en las pacientes diagnosticadas como tal.</p>	<p>Factores modificables Factores no modificables</p>	<p>Tabaquismo. Alcoholismo. Estado nutricional. Edad. Talla.</p>	<p>Número de mujeres embarazadas con una condición modificable que predisponen a alto riesgo obstétrico/ número de embarazadas $\times 100$ Número de mujeres embarazadas con una</p>	<p>Numérico. Porcentaje</p>

			condición no modificable que predisponen a alto riesgo obstétrico/ numero de embarazadas X100	
<p>➤ OBJETIVO CUATRO: Describir las enfermedades transmisibles y no transmisibles de alto riesgo obstétrico detectadas con mayor frecuencia en las pacientes gestantes.</p>	<p>Enfermedades transmisibles</p> <p>Enfermedades no transmisibles.</p>	<p>Rubéola. Sífilis. VIH. Varicela.</p> <p>Hipertensión arterial crónica. Trastornos tiroideos. Diabetes mellitus. Anemia. Otros.</p>	<p>Número de mujeres con alto riesgo obstétrico según enfermedades infectocontagiosas/ número total de mujeres gestantes. X100</p> <p>Número de mujeres con alto riesgo obstétrico según enfermedades no transmisibles/ número total de mujeres gestantes. X100</p>	<p>Numérico.</p> <p>Porcentaje.</p>

Fuentes de información.

La información se obtuvo directamente de la revisión de expedientes clínicos en la que se utilizó hoja de cotejo como instrumento para la recolección de los datos, constituido de 13 ítems, dichos expedientes clínicos revisados cumplieron con los criterios de inclusión de la investigación.

Técnicas de obtención de información

Para recopilar la información se diseñó un instrumento de hoja de cotejo de 13 ítems de opción múltiple, dicha información fue recopilada por los médicos de años social encargados de esta investigación.

Mecanismos de confidencialidad y resguardo de los datos.

Para recolectar los datos se solicitó autorización de los directores de UCSFI Hábitat Confíen Milingo y UCSFI Panchimalco y se declaró que no se usarán datos personales de los expedientes clínicos de las pacientes, sino aquello que sirve para análisis de los datos de la investigación. Además para asegurar la confidencialidad de los datos obtenidos, se aplicó los principios del código de Helsinki, como son el principio de autonomía, debido a que el ser humano es inviolable; el principio de justicia: todos los seres humanos tienen igual derecho; y el principio de beneficencia: en el cuál no hay daño a otro ser humano.

Procesamiento y análisis de la información.

Los programas que se utilizaron para procesar los datos son: Microsoft Office Excel 2007, un software de fácil manejo, de gran utilidad para representar en tablas, gráficos y cálculos aritméticos. Este software se utilizó para realizar una base en donde se ingresó la información de cada hoja de cotejo, donde posteriormente se crearon tablas por preguntas que ayudan a presentar la información obtenida en forma de tablas y gráficos.

VIII. RESULTADOS

Tabla 1: Distribución de pacientes embarazadas que fueron diagnosticadas como de alto riesgo obstétrico, que asistieron a control prenatal especializado en las Unidades Comunitarias de Salud Familiar Intermedias “Habitat Confien” en Ciudad Delgado y Panchimalco de enero a mayo 2018, según edad.

RANGO DE EDAD	UCSFI PANCHIMALCO		UCSFI HABITAT CONFIEN	
10 a 15	2	2%	3	3%
16 a 20	0	0%	9	10%
21 a 25	13	14%	13	14%
26 a 30	13	14%	10	11%
31 a 35	7	8%	5	6%
36 a 40	9	10%	3	3%
41 a 45	2	2%	0	0%
46 a 50	1	1%	0	0%

Fuente: Instrumento sobre factores de alto riesgo obstétrico en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia “Hábitat Confien” en Ciudad Delgado y Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia Panchimalco, enero - mayo 2018.

Tabla 2. Distribución de pacientes embarazadas que fueron diagnosticadas como de alto riesgo obstétrico, que asistieron a control prenatal especializado en las Unidades Comunitarias de Salud Familiar Intermedias “Habitat Confien” en Ciudad Delgado y Panchimalco de enero a mayo 2018, según fórmula obstétrica.

FÓRMULA OBSTÉTRICA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Mayor a 2 embarazos	41	46%
Prematurez	8	9%
Abortos	12	13%

Fuente: Instrumento sobre factores de alto riesgo obstétrico en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia “Hábitat Confien” en Ciudad Delgado y Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia Panchimalco, enero - mayo 2018.

Tabla 3. Distribución de pacientes embarazadas que fueron diagnosticadas como de alto riesgo obstétrico, que asistieron a control prenatal especializado en las Unidades Comunitarias de Salud Familiar Intermedias “Habitat Confien” en Ciudad Delgado y Panchimalco de enero a mayo 2018, según riesgo obstétrico con historial de multiparidad

CENTRO DE SALUD	GRAN MULTIPARA	
	Frecuencia	Porcentaje
UCSFI PANCHIMALCO	16	18%
UCSFI HABITAT CONFIEN	4	4%

Fuente: Instrumento sobre factores de alto riesgo obstétrico en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia “Hábitat Confien” en Ciudad Delgado y Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia Panchimalco, enero - mayo 2018.

Tabla 4. Distribución de pacientes embarazadas que fueron diagnosticadas como de alto riesgo obstétrico, que asistieron a control prenatal especializado en las Unidades Comunitarias de Salud Familiar Intermedias “Habitat Confien” en Ciudad Delgado y Panchimalco de enero a mayo 2018, según uno o mas factores de riesgo identificados.

CENTRO DE SALUD	UN FACTOR DE RIESGO		DOS O MAS FACTORES DE RIESGO	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
UCSFI PANCHIMALCO	29	32%	17	19%
UCSFI HABITAT CONFIEN	29	32%	15	17%

Fuente: Instrumento sobre factores de alto riesgo obstétrico en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia “Hábitat Confien” en Ciudad Delgado y Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia Panchimalco, enero - mayo 2018.

Tabla 5: Distribución de pacientes embarazadas que fueron diagnosticadas como de alto riesgo obstétrico, que asistieron a control prenatal especializado en las Unidades Comunitarias de Salud Familiar Intermedias “Habitat Confien” en Ciudad Delgado y Panchimalco de enero a mayo 2018, según el tipo de riesgo obstétrico identificado

TIPO DE RIESGO OBSTETRICO	UCSFI PANCHIMALCO		UCSFI HABITAT CONFIEN	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Inminente	3	3%	0	0%
Alto	44	49%	43	48%

Fuente: Instrumento sobre factores de alto riesgo obstétrico en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia “Hábitat Confien” en Ciudad Delgado y Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia Panchimalco, enero - mayo 2018.

Tabla 6. Distribución de pacientes embarazadas que fueron diagnosticadas como de alto riesgo obstétrico, que asistieron a control prenatal especializado en las Unidades Comunitarias de Salud Familiar Intermedias “Habitat Confien” en Ciudad Delgado y Panchimalco de enero a mayo 2018, según ocupación.

OCUPACIÓN	UCSFI PANCHIMALCO		UCSFI HABITAT CONFIEN	
	Frecuencia	Porcentajes	Frecuencia	Porcentaje
Ama de casa	49	54%	21	23%
Estudiante	0	0%	7	8%
Comerciante	0	0%	13	14%
Agricultura	0	0%	0	0%

Fuente: Instrumento sobre factores de alto riesgo obstétrico en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia “Hábitat Confien” en Ciudad Delgado y Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia Panchimalco, enero - mayo 2018.

Tabla 7. Distribución de pacientes embarazadas que fueron diagnosticadas como de alto riesgo obstétrico, que asistieron a control prenatal especializado en las Unidades Comunitarias de Salud Familiar Intermedias “Habitat Confien” en Ciudad Delgado y Panchimalco de enero a mayo 2018, según área geográfica de procedencia

PROCEDENCIA	UCSF PANCHIMALCO		UCSFI HABITAT CONFIEN	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
RURAL	44	49%	0	0%
URBANO	3	3%	43	48%

Fuente: Instrumento sobre factores de alto riesgo obstétrico en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia “Hábitat Confien” en Ciudad Delgado y Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia Panchimalco, enero - mayo 2018.

Tabla 8. Distribución de pacientes embarazadas que fueron diagnosticadas como de alto riesgo obstétrico, que asistieron a control prenatal especializado en las Unidades Comunitarias de Salud Familiar Intermedias “Habitat Confien” en Ciudad Delgado y Panchimalco de enero a mayo 2018, según estado civil.

ESTADO CIVIL	UCSFI PANCHIMALCO		UCSFI HABITAT CONFIEN	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Casada	10	11%	5	6%
Acompañada	33	37%	26	29%
Divorciada	0	0%	0	0%
Soltera	4	4%	12	13%
Viuda	0	0%	0	0%

Fuente: Instrumento sobre factores de alto riesgo obstétrico en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia “Hábitat Confien” en Ciudad Delgado y Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia Panchimalco, enero - mayo 2018.

Tabla 9. Distribución de pacientes embarazadas que fueron diagnosticadas como de alto riesgo obstétrico, que asistieron a control prenatal especializado en las Unidades Comunitarias de Salud Familiar Intermedias “Habitat Confien” en Ciudad Delgado y Panchimalco de enero a mayo 2018, según nivel de escolaridad.

NIVEL ESCOLARIDAD	UCSFI PANCHIMALCO		UCSFI HABITAT CONFIEN	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Primaria	25	28%	29	32%
Secundaria	11	12%	8	9%
Universidad	2	2%	2	2%
Ninguna	9	10%	4	4%

Fuente: Instrumento sobre factores de alto riesgo obstétrico en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia “Hábitat Confien” en Ciudad Delgado y Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia Panchimalco, enero - mayo 2018.

Tabla 10. Distribución de pacientes embarazadas que fueron diagnosticadas como de alto riesgo obstétrico, que asistieron a control prenatal especializado en las Unidades Comunitarias de Salud Familiar Intermedias “Habitat Confíen” en Ciudad Delgado y Panchimalco de enero a mayo 2018, según antecedentes de riesgo obstétrico.

ANTECEDENTE DE RIESGO OBSTÉTRICO	UCSFI PANCHIMALCO		UCSFI HABITAT CONFÍEN	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Muerte fetal o neonatal previa	0	0%	4	4%
Antecedentes de 2 o mas abortos	0	0%	9	10%
Peso al nacer del producto <2,50gr	0	0%	0	0%
Peso al nacer del proucto >4,000gr	0	0%	0	0%
Hipertension o Pre-eclampsia	0	0%	1	1%
Cesarea	15	17%	9	10%
Parto prematuro	4	4%	2	2%
Parto Dificil	1	1%	3	3%
Hemorragia post parto	0	0%	0	0%
Madre Rh (-)	0	0%	0	0%
Malformaciones congenitas previas	0	0%	0	0%

Fuente: Instrumento sobre factores de alto riesgo obstétrico en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia “Hábitat Confíen” en Ciudad Delgado y Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia Panchimalco, enero - mayo 2018.

Tabla 11. Distribución de pacientes embarazadas que fueron diagnosticadas como de alto riesgo obstétrico, que asistieron a control prenatal especializado en las Unidades comunitarias de salud Familiar Intermedias “Habitat Confíen” en Ciudad Delgado y Panchimalco de enero a mayo 2018, según factores modificables y no modificables.

PROCEDENCIA	TALLA		EDAD			
	<1.50 mts		<15 AÑOS		>35 AÑOS	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Precuencia	porcentaje
UCSFI PANCHIMALCO	16	18%	2	2%	11	12%
UCSFI HABITAT CONFIEN	10	11%	3	3%	3	3%

Fuente: Instrumento sobre factores de alto riesgo obstétrico en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia “Hábitat Confíen” en Ciudad Delgado y Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia Panchimalco, enero - mayo 2018.

Entre los factores modificables se identificó solo a una gestantes que mantenían el hábito de tabaquismo perteneciente al grupo de gestantes que asisten a la Unidad Comunitaria de salud Familiar Intermedia Panchimalco, y otra el hábito de alcoholismo que pertenecía al grupo de gestantes que asisten a la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia Hábitat Confíen.

Tabla 12. Distribución de pacientes embarazadas que fueron diagnosticadas como de alto riesgo obstétrico, que asistieron a control prenatal especializado en las Unidades Comunitarias de Salud Familiar Intermedias “Habitat Confien” en Ciudad Delgado y Panchimalco de enero a mayo 2018, según estado nutricional.

ESTADO NUTRICIONAL	UCSFI PANCHIMALCO		UCSFI HABITAT CONFIEN	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Desnutrición severa	0	0%	0	0%
Desnutrición	0	0%	2	2%
Normal	32	36%	18	20%
Sobrepeso	11	12%	3	3%
Obesidad Grado I	1	1%	3	3%
Obesidad Grado II	1	1%	9	10%
Obesidad Morbida	3	3%	7	8%

Fuente: Instrumento sobre factores de alto riesgo obstétrico en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia “Hábitat Confien” en Ciudad Delgado y Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia Panchimalco, enero - mayo 2018.

Tabla 13. Distribución de pacientes embarazadas que fueron diagnosticadas como de alto riesgo obstétrico, que asistieron a control prenatal especializado en las Unidades Comunitarias de Salud Familiar Intermedias “Habitat Confien” en Ciudad Delgado y Panchimalco de enero a mayo 2018, según enfermedades transmisibles y no transmisibles.

TIPO DE ENFERMEDAD	UCSFI HABITAT CONFIEN		UCSFI PANCHIMALCO	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
ENF. TRANSMISIBLES				
SIFILIS	0	0%	1	1%
VIH	1	1%	1	1%
ENF. NO TRANSMISIBLES				
DIABETES MELLITUS TIPO 2	1	1%	2	2%
DIABETES GESTACIONAL	0	0%	2	2%
ANEMIA	0	0%	2	2%
HIPERTENSION ARTERIAL	1	1%	0	0%
OTROS	0	0%	5	6%

Fuente: Instrumento sobre factores de alto riesgo obstétrico en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia “Hábitat Confien” en Ciudad Delgado y Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia Panchimalco, enero - mayo 2018.

IX. DISCUSIÓN.

Durante el mes de Mayo 2018 se realizó la revisión de expedientes clínicos mediante hoja de cotejo, donde se logró recolectar información de 90 expedientes de mujeres gestantes que asistieron a la consulta prenatal especializada en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia “Hábitat Confíen Milingo” Ciudad Delgado y Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia Panchimalco.

Se evidenció que la mayoría de mujeres embarazadas con riesgo obstétrico estudiadas se encuentran dentro del rango de edad entre 21 a 35 años, con un 68%, estando en una edad segura para la gestación. Seguido por el rango entre los 36 a 50 años con un 17%, y por último el rango entre los 10 a 20 años con un 15%, datos que concuerdan con la literatura consultada, en donde el rango de edad de 21 a 35 años representa mayor cantidad de gestaciones de un establecimiento y por ende es donde mas se evidencia el riesgo obstétrico.⁷

Dentro de la historia obstétrica se evidenció en cuanto a la gravidez, el 46% presentó dos o más gestaciones previas, de estas el 22% se clasificó como gran multiparidad cuatro o más gestaciones que predispone a presentar complicaciones en el parto, el 13% del total de la muestra presentó antecedentes de aborto y el 9% antecedente de prematurez.

Según los factores de riesgo por los cuales fueron referidas las gestantes a la atención prenatal especializada del primer nivel, se encontró que el 64% de las gestantes con alto riesgo obstétrico se refirieron por un único factor de riesgo, un 36% de las referencias presentaban dos o más factores de riesgo obstétrico, en este tipo de población aumentan las probabilidades de afectación del desarrollo de un embarazo por la asociación de múltiples factores de riesgo.

En relación a la clasificación del riesgo obstétrico el 97% de las embarazadas se refirió como riesgo obstétrico alto, mientras que sólo el 3% de las gestantes fueron referidas por riesgo inminente, estos casos fueron relacionados con un Índice de Masa Corporal clasificado como obesidad mórbida.

Respecto a la ocupación de la gestante con alto riesgo obstétrico la de mayor representatividad fue ama de casa con un 78%, seguido por la ocupación de comerciante con un 14%, y el 8% eran estudiantes. En la literatura consultada se evidenció que la cantidad de tiempo invertido que superan las 10 horas diarias laborales conllevaba a complicaciones en el embarazo, esto coincide con el mismo tiempo utilizado por las amas de casa⁷. Cabe recalcar que ninguna de las gestante con alto riesgo obstétrico en esta investigación ejerce actividades agrícolas, aunque no se descarta el uso o contacto con agroquímicos en las gestantes, que pueda complicar el embarazo.

Según el área de procedencia de las mujeres con alto riesgo obstétrico, se encontró que 51 % pertenece al área urbana, y el 49% proviene del área rural, según la literatura el riesgo obstétrico aumenta en gestantes del área rural debido a que deben recorrer mayor distancia para tener acceso a servicios de salud.³

En cuanto al estado civil de las pacientes que se encontraban en control prenatal especializado, se evidenció que el 66% mantienen una unión libre denominada con estatus de "acompañada"; y un 17% corresponde a un estatus "casada" mientras otro 17% en un estado civil de "soltera", estas pacientes convivían con sus familias respectivamente, según la literatura consultada, el estado civil es un marcador demográfico y poblacional vinculado con los resultados perinatales, ser casada o vivir en el concubinato estable “

acompañada” son situaciones con bajo riesgo obstétrico debido al apoyo de la pareja⁸.

La escolaridad es un elemento que se encuentra altamente relacionado en la comprensión y seguimiento de las indicaciones médicas de la paciente embarazada⁹, se evidenció que el 61% únicamente había cursado nivel primario de educación, un 21% nivel secundario, 14% ninguna escolaridad y sólo el 4% cuenta con estudios universitarios, se evidenció que el mayor porcentaje de embarazadas con alto riesgo obstétrico cuenta con estudios básicos, disminuyendo conductas de desentendimiento por parte de las pacientes. No obstante el 14% de las embarazadas con alto riesgo obstétrico no poseen ningún tipo de estudio, por lo tanto el analfabetismo sigue constituyendo una condición de riesgo obstétrico en las pacientes gestantes.

Se evidenció en general que el 53% de las mujeres gestantes tienen un antecedente obstétrico de riesgo, del cual el 50% de las pacientes tenían una o más cesáreas como antecedente obstétrico de riesgo, continuando con el antecedente de dos o más abortos con un 19%; parto prematuro con un 13%, con un 8% el antecedente de muerte fetal, otro 8% con parto difícil y el 2% restante corresponde a los trastornos hipertensivos del embarazo, con esto el antecedente obstétrico más frecuente identificado en las gestantes en estudio fue la cesárea previa, según la literatura consultada, menciona que las cesáreas previas son un factor de riesgo para el siguiente embarazo, porque representan un mayor riesgo de ruptura uterina e inserciones placentarias anómalas⁸. En segundo lugar los abortos, este antecedente se relaciona con el aumento de riesgo de muerte materna y neonatal. En tercer lugar se encuentra el parto prematuro, mujeres que han presentado un parto antes de las 35 semanas tienen un riesgo de 10 a 15 % de repetir otro nacimiento de pre término⁸. El parto difícil, muerte fetal y el antecedente de trastornos hipertensivos del

embarazo, conforman una baja frecuencia de antecedentes de alto riesgo obstétrico en las poblaciones estudiadas.

Al evaluar el tabaquismo y alcoholismo como factores modificables de riesgo en las pacientes gestantes, se evidenció a dos pacientes, una con hábito alcohólico y otra paciente que fumaba tabaco, estos factores obtuvieron una baja frecuencia en este trabajo.

Con respecto al estado nutricional como factor modificable el 56% de las gestantes se encontraban en un estado nutricional normal; pero un 24% de las pacientes se encontraban en un nivel alto de índice de masa corporal tanto como sobrepeso y los distintos grados de obesidad. El 11% se encontraron con obesidad mórbida por lo que el riesgo obstétrico fue clasificado como inminente y referidas al tercer nivel de atención. Únicamente un 2% de las pacientes se catalogó con desnutrición. Con respecto a la literatura todo IMC mayor a 40 kg/mt² eleva en gran proporción los riesgos como el desarrollo de diabetes mellitus tipo 2 o diabetes gestacional y consecuentemente un producto macrosómico. También un IMC menor a 18.5 kg/mt² eleva la probabilidad a desarrollar un Retardo del Crecimiento Intrauterino.

Con respecto a los factores no modificables, se midieron las siguientes variables: Gestantes que poseían una talla menor de 1.50 metros, gestantes menores de 15 años o con edad mayor a 35 años. Se obtuvo que un 29 % de las pacientes gestantes tenía una talla menor de 1.50 metros, este porcentaje de pacientes tienen 4,9 veces más probabilidad de tener un parto por cesárea que las mujeres de mayor estatura.¹⁷ Se evidenció que 5 embarazadas de este estudio presentaban una edad menor de 15 años, según la literatura consultada el embarazo en edades tempranas (<15 años) es muy frecuente en la actualidad, datos que no coinciden con los resultados obtenidos ya que la

frecuencia encontrada fue baja en cuanto a gestantes menores de 15 años. Además se evidenció a 14 embarazadas que presentaban edad mayor a 35 años, esta condición se asocia a patología gestacional y mayor incidencia de inducciones médicas del parto.

Las enfermedades transmisibles como condición de alto riesgo obstétrico, se evidenciaron a dos pacientes gestantes VIH positivo, mientras que una paciente presentaba sífilis, condiciones con muy poca relevancia en la población estudiada, cabe mencionar como dato interesante que estas pacientes en su historial obstétrico presentan un antecedente de aborto, correlacionando con la literatura consultada que estas enfermedades se relacionan con abortos y otras complicaciones en el embarazo.

En cuanto a las enfermedades no transmisibles se evidenciaron dos pacientes con diabetes gestacional; anemia, dos pacientes; hipertensión arterial crónica, dos pacientes; diabetes mellitus tipo 2 a tres pacientes. Además se evidenció a cinco gestantes dentro de la categoría de otros trastornos, donde se incluyó, epilepsia una paciente; trastorno depresivo leve, una paciente; taquicardia sinusal, una paciente; preeclampsia grave, dos pacientes, en cuanto a estas dos últimas patologías fueron referidas a un nivel de mayor complejidad. Según la literatura consultada las enfermedades no transmisibles se relacionan con antecedentes obstétricos de riesgo como abortos o partos prematuros o con un aumento en la probabilidad de sufrir complicaciones en la gestación actual.

X. CONCLUSIONES

Los estudios descriptivos no necesitan comprobación de hipótesis, pero en esta investigación se planteó sólo para el ejercicio académico. Se comprueba la hipótesis, ya que los antecedentes obstétricos son el factor más frecuente, de estos la cesárea anterior obtuvo la mayor frecuencia.

El perfil de las embarazadas que consultaron en las Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia Hábitat Confíen y Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia Panchimalco es el siguiente:

1. El rango de edad más frecuente fue el de 21 a 35 años de edad, de ocupación: amas de casa, estado civil: acompañadas o casadas, con un nivel educativo básico en ambas Unidades de Salud, en cuanto al área de procedencia: la urbana obtuvo mayor frecuencia en la UCSF-I Hábitat Confíen y la procedencia rural obtuvo mayor frecuencia en la UCSF-I Panchimalco.
2. Dentro de los antecedentes obstétricos de riesgo, la cesárea previa obtuvo la mayor frecuencia, seguido de antecedente de dos más abortos. El antecedente de parto prematuro y de muerte fetal obtuvieron poca frecuencia.
3. Entre las condiciones modificables no fue significativo en las gestantes estudiadas, ya que sólo se evidenció un caso de entre las pacientes que admitieron alcoholismo y uno de tabaquismo que estuvo presente en la gestación actual. En cuanto al estado nutricional, la mayoría se encontró

en un peso normal; sin embargo, hubo casos de desnutrición, y obesidad mórbida que fueron referidas al tercer nivel de atención.

4. Con respecto a los factores no modificables como edad y talla. La mayoría se encontró dentro de los rangos normales de edad. La talla como factor de alto riesgo obstétrico estuvo presente en la mayoría de las mujeres gestantes que consultaron
5. Las enfermedades transmisibles como factor de alto riesgo obstétrico encontradas fueron casos esporádicos. De igual manera hubo casos escasos de enfermedades no transmisibles como diabetes mellitus tipo 2 y gestacional, seguido de trastornos hipertensivos del embarazo y anemia.
6. En las gestantes estudiadas, la mayoría sólo presentó un factor de alto riesgo obstétrico, siendo el más frecuente la cesárea previa. Y una minoría presentó múltiples factores de riesgo en una misma paciente que van desde gran multiparidad, cesáreas previas, partos prematuros, mortinatos, diabetes gestacional, todo lo anterior triplica la probabilidad que en la gestación actual presente complicaciones.

XI. RECOMENDACIONES:

Para los investigadores:

Continuar con el ejercicio de la investigación como parte de formación académica de los estudiantes de medicina y médicos graduados, ya que día a día aparece información nueva de enfermedades y es necesario realizar actividades de promoción y prevención mediante una base científica.

Luego de las correcciones de los jurados, los resultados de estos hallazgos deben de ser divulgados por los investigadores a los Directores de las UCSF-I y el resto del personal de salud, para que conozcan la información y puedan actualizarse con respecto a la temática en cuestión.

Para las Unidades Comunitarias de Salud Familiar Intermedia Hábitat Confíen Milingo y Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia Panchimalco.

Continuar con actividades de promoción de la atención pre concepcional y de las posibles complicaciones que podrían darse sino se tiene dicha atención.

Continuar con el uso de la Hoja Filtro del Ministerio de Salud de El Salvador (ver Anexo 4) para poder dar un buen manejo clínico a los embarazos y así identificar el alto riesgo obstétrico.

Continuar con programaciones mensuales de charlas, consejerías, sesiones educativas de embarazos de alto riesgo obstétrico.

Continuar en la detección oportuna de mujeres en edad fértil con alguna condición o enfermedad de alto riesgo reproductivo por parte de promotores de salud, personal de enfermería y médicos con la finalidad de evitar embarazos de alto riesgo obstétrico.

Fortalecer seguimiento a pacientes referidas a la consulta de alto riesgo obstétrico.

Para Gineco-obstétricas de la UCSF-I Habitat Confien Milingo y UCSF-I Panchimalco.

Continuar participando en el comité materno infantil con la finalidad de exponer problemática de las pacientes gestantes que consultan mensualmente para discutir que factores de alto riesgo obstétrico estuvieron presentes con mayor frecuencia y crear planes de apoyo para el manejo de las pacientes.

A la Universidad de El Salvador:

Reforzar en los estudios de pre grado materia de investigación para mejorar formación académica de los estudiantes de medicina de la Universidad de El Salvador.

Continuar impartiendo temas de alto riesgo obstétrico en la programación de ginecología y obstetricia para fortalecer al médico general para detectar casos de alto riesgo obstétrico y darle un adecuado seguimiento a estos casos.

XII. BIBLIOGRAFÍA

1. OMS: Organización Mundial de la Salud (Internet), (citado 16 de febrero de 2018). Mortalidad Materna (Aproximado 2 pantallas). Disponible en: <Http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>
2. Paulette Estefanía Reyes Arboleda. Tesis de grado: factores de riesgo obstétrico en embarazadas que acuden al hospital Delfina Torres de Esmeraldas. Esmeraldas, Ecuador, 2016. Págs. 2-3 disponible: en: <https://repositorio.pucese.edu.ec/bitstream/123456789/890/1/REYES%20ARBOLEDA%20%20PAULETT.pdf>
3. Izaguirre González, Aguilar Reyes, Alejandro Ramírez Izco, Valladares Rivera, Rivera Mejía, Valladares Rivera, Raudales Martínez, Aguilar Reyes, Fernández Serrano. Incremento del riesgo obstétrico en Embarazo adolescente. Estudio de casos y controles. ISSN 1698-9465 2016 Vol. 12 paginas 5 No paginas 2-3. <Http://www.archivosdemedicina.com/medicina-de-familia/incremento-del-riesgo-obsteacutetrico-en-embarazo-adolescente-estudio-de-casos-y-controles.pdf>
4. González Cañas, C: Molina Parada, L: Romero Gutiérrez: “Analizar los factores sociales que se relacionan con el Riesgo Obstétrico de las adolescentes que verificaron parto en el Hospital Nacional Dr. Héctor Hernández Flores, de la ciudad de Francisco Gotera, Departamento de Morazán, en el periodo de enero a junio 2008” [Tesis Maestría] San Salvador, Universidad de El Salvador, 2010. Páginas 53-55
5. Ministerio de Salud. Lineamientos Técnicos para la atención de la mujer en el período pre concepcional, parto, puerperio y al recién nacido. San Salvador, El Salvador: Ministerio de Salud, Viceministerio de Salud, Viceministerio de Servicios de Salud, Dirección del apoyo a la Gestión y

- Programación Sanitaria. San Salvador, El Salvador, 2011. Págs.: 7; 16-17; 65. Disponible en: <http://asp.salud.gob.sv/regulacion/default.asp>
6. EcuRed.cu: conocimiento con todos y para todos [Internet]. Riesgo Obstétrico y riesgo perinatal. (Citado 3 de abril de 2018). Disponible en: https://www.ecured.cu/Riesgo_obst%C3%A9trico_y_perinatal#Fuente
 7. Ricardo Fescina, B. D. Salud Sexual y reproductiva: guías para el continuo de atención de la mujer y el recién nacido focalizadas en APS. Montevideo-Uruguay, 2011. Publicación científica CLAP/SMR 1577. Tercera Edición. Págs.: 23; 24; 26-27; 62. Disponible en: <http://new.paho.org/clap>.
 8. Dres. Gonzalo A. Sotero Salgueiro, Claudio G. Sosa Fuertes, Álvaro Domínguez Rama, Justo Alonso Telechea, Raúl Medina Milanesi. “El estado civil materno y su asociación con los resultados perinatales en una población hospitalaria” en el Hospital de Clínicas y Centro Hospitalario Pereira Rossell. Facultad de Medicina, Clínicas Ginecológicas B y C. Universidad de la República, Uruguay, 2006. páginas: 60-62-63. Disponible en: www.rmu.org.uy
 9. GeisyAlmarales Sarmiento, Dulce Isabel Tamayo Peña, Henry Pupo Damas. Factores de riesgos reproductivos pre-concepcionales en pacientes del Centro de Salud Soibada en Timor Leste.2008. pág.: 6. Disponible en: www.cocmed.sld.cu
 10. Gustavo Romero Gutiérrez, Juan Carlos Ríos López, Patricia Cortez Salim, Ana Lilia Ponce de León, Factores de riesgo asociados con el parto distócico, Ginecología y obstetricia de México, pág. 538. Disponible en: <http://medigraphic.com>
 11. Ministerio de Salud. Guías Clínicas de Ginecología y Obstetricia. Viceministerio de Políticas de Salud, San Salvador, El Salvador, 2012. Págs.: 80- 82, 120 a 121 y 231, Disponible en:<http://www.salud.gob.sv>.
 12. Álvaro Insunza F., Ernesto Behnke G., Jorge Carrillo T. Enfermedad hemolítica perinatal: manejo de la embarazada RhD negativo Hospital

Padre Hurtado, Escuela de Medicina, Clínica Alemana-Universidad del Desarrollo, Chile. 2011. Págs.: 192.

13. RAE: Real Academia Española (Internet), (citado 20 marzo de 2018). Modificable (aproximadamente una pantalla). Disponible en: www.rae.es
14. Centro para el control y la prevención de enfermedades (CDC), Centro Nacional de Defectos Congénitos y Discapacidades del Desarrollo (NCBDDD). 2017. <https://www.cdc.gov/ncbddd/spanish/fasd/alcohol-us.html>
15. MINSAL. Guías clínicas de ginecología y obstetricia, El salvador año 2012. N° páginas: 80-82, 120 -121
16. Pérez Lascano. Cómo influyen la talla materna y diversos factores en el peso del recién nacido. Asturias 2011.
17. Centro Latinoamericano de Perinatología / Salud de la Mujer y Reproductiva - CLAP/SMR Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud - OPS/OMS Infecciones Perinatales Transmitidas por la madre a su hijo. CLAP/SMR 1567 diciembre 2008. Uruguay N° páginas: 21-22; 34-35; 44-47; 11-20. Disponible en: http://www.paho.org/clap/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=salud-de-mujer-reproductiva-materna-y-perinatal&alias=48-infecciones-perinatales&Itemid=219&lang=es
18. MINSAL. Guías clínicas de ginecología y obstetricia, El salvador año 2012. N° páginas: 80-82, 120 -121
19. Campo Campo, María Nazareth; Posada Estrada Guadalupe, factores de riesgo para diabetes gestacional en población obstétrica ces medicina, vol. 22, núm. 1, Colombia, 2008, pp. 59-69. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/2611/261121009007.pdf>
20. Prof. Dra. Liliana S. Voto, hipertensión en el embarazo. Imprenta, Rosario, Editorial. 2008. 1 online. Argentina N° páginas: 1-8. Disponible

en:http://www.fac.org.ar/1/publicaciones/libros/tratfac/hta_01/hta_embarazo.pdf

21. Dr. Gabriel Tovar Rojas Médico Ginecólogo, Trastornos tiroideos en la gestación, endocrino.2015; paginas183 N° paginas 28-35. Disponible en:[http://www.endocrino.org.co/wp-](http://www.endocrino.org.co/wp-content/uploads/2015/12/Trastornos_Tiroideos_en_la_Gestacion.pdf)

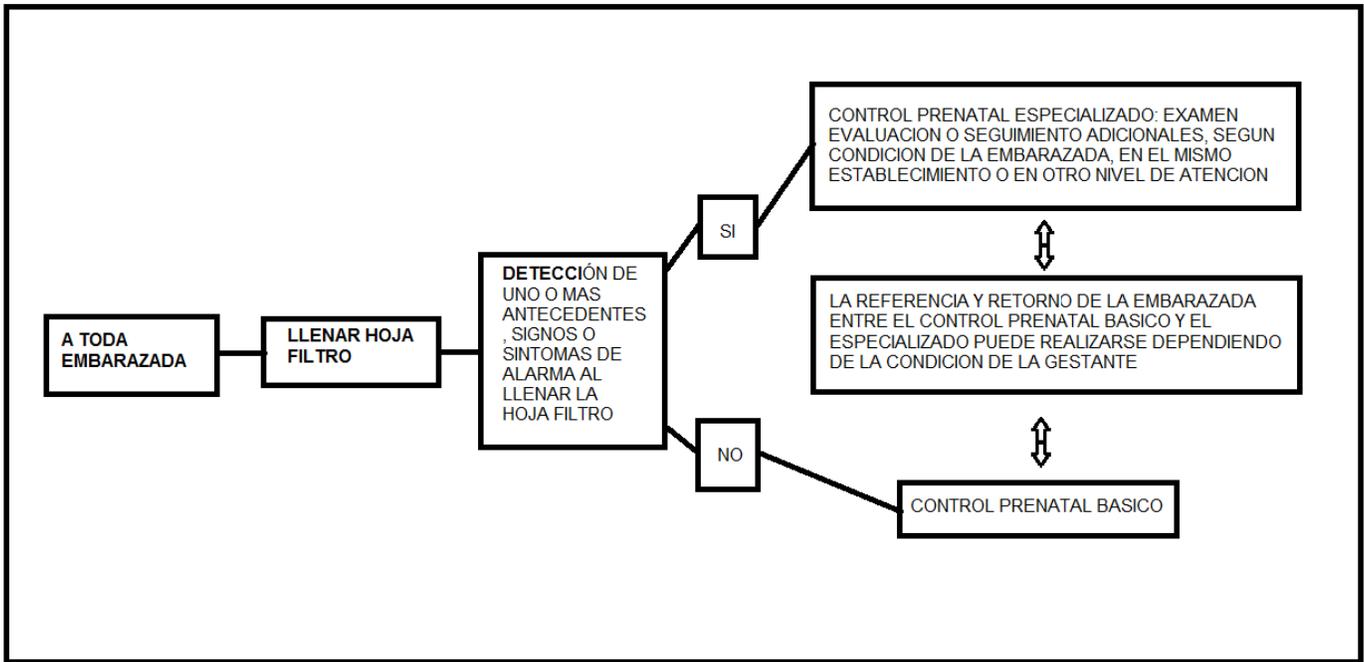
[content/uploads/2015/12/Trastornos_Tiroideos_en_la_Gestacion.pdf](http://www.endocrino.org.co/wp-content/uploads/2015/12/Trastornos_Tiroideos_en_la_Gestacion.pdf)

22. Lara A. Friel, MD. Anemia and pregnant, complications obstetrician, Houston, actualized 28 mar 2018 00:05:11 gtm citadel 1 Abril 2018 despoiled end:

[https://www.msmanuals.com/es/professional/ginecolog%
c3%ada-y-obstetricia/complicaciones-no-obst%c3%a9tricas-durante-el-embarazo/anemia-en-el-embarazo.](https://www.msmanuals.com/es/professional/ginecolog%c3%ada-y-obstetricia/complicaciones-no-obst%c3%a9tricas-durante-el-embarazo/anemia-en-el-embarazo)

XIII. ANEXOS

ANEXO 1: Tipos de control prenatal.



Fuente: MINSAL, Lineamientos técnicos para la atención de la mujer en el período pre concepcional, parto, puerperio y al recién nacido. Pág. 17.

Anexo 2: Hoja filtro



ANEXO N° 3

CONTROL PRENATAL. HOJA FILTRO



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

II. HISTORIA MÉDICA GENERAL	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. Disocordancia 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: _____										

Fuente: MINSAL, Lineamientos técnicos para la atención de la mujer en el período preconcepcional, parto, puerperio y al recién nacido

Anexo 3. Clasificación Índice de masa corporal.

CLASIFICACIÓN	Índice de Masa Corporal.
Infrapeso	<18.50
Delgadez aceptable	17.00-18.49
Delgadez moderada	16.00-16.99
Delgadez severa	<16.00
Normal	18.50- 24.99
Sobrepeso	>25.00
Preobeso	25.00-25.99
Obeso	>30.00
Obesidad tipo I	30.00-34.99
Obesidad tipo II	35.00-39.99
Obesidad tipo III	>40.00

Fuente: Obesidad y Sobrepeso, Octubre 2017. Organización mundial de la Salud (OMS).<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es>.

Anexo 4: Ganancia de peso durante la gestación

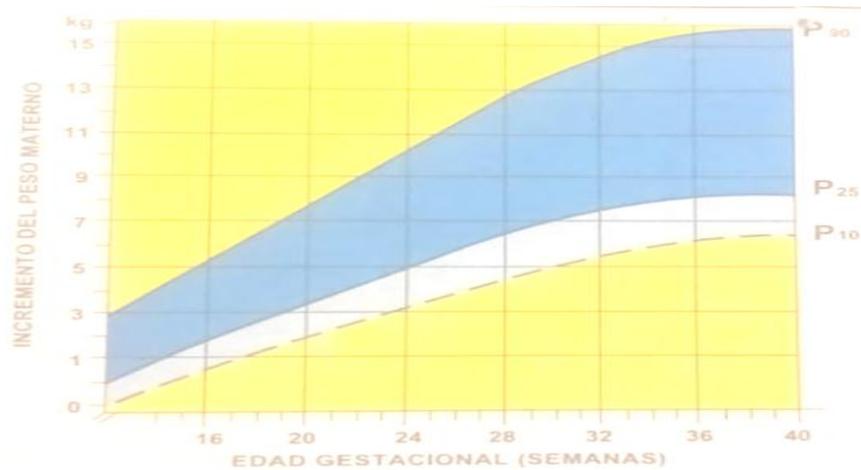


Tabla 1: Situaciones de tratamiento en el primer contacto con la embarazada o su recién nacido de acuerdo al tratamiento antiretroviral previo:

SITUACIONES DE TRATAMIENTO EN EL PRIMER CONTACTO CON LA EMBARAZADA O SU RECIEN NACIDO DE ACUERDO AL TRATAMIENTO ANTIRETROVIRAL PREVIO			
Tratamiento antiretroviral previo		Tratamiento recomendado	
Madre	Al principio la visita prenatal	Sin tratamiento previo	<ul style="list-style-type: none"> ○ Considere la posibilidad de retrasar la iniciación hasta después de las 10-12 semanas ○ Iniciar quimioprofilaxis con ZDV después del primer trimestre ○ Agregar otro antiretroviricos si el ARN de VIH es 1.000 copias/mL
		En Tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> ○ Seguir terapia ○ Si fuera posible, ZDV debe ser un componente después del primer trimestre.
	En trabajo de parto	Sin Tratamiento previo	<ul style="list-style-type: none"> ○ ZDV intravenoso intraparto seguido de seis semanas de ZDV para el recién nacido ○ Evaluación de posparto materno con recuento de CD4+ y número copias de ARN de VIH y tratamiento apropiada
Recién nacido	Al nacer	Sin tratamiento prenatal o intraparto	<ul style="list-style-type: none"> ○ Iniciar ZDV en las primeras 6-12 horas de nacimiento y continuar durante seis semanas ○ Evaluación materna posparto con recuento de CD4+ y número de copias de ARN de VIH y tratamiento apropiado

Fuente: Centro Latinoamericano de Perinatología / Salud de la Mujer y Reproductiva CLAP/SMR Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud - OPS/OMS INFECCIONES PERINATALES Transmitidas por la madre a su hijo.

Tabla 2: Situaciones obstétricas perinatales a término en mujeres infectadas por el VIH.

SITUACIONES OBSTETRICAS PERINATALES A TERMINO EN MUJERES INFECTADAS POR EL VIH	
Condicionantes del cuidado perinatal.	Tratamientos recomendados
<ul style="list-style-type: none"> • Diagnosticado a las 36 semanas de gestación • Sin tratamiento antiretroviral previo 	<p>Madre:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inicie tratamiento antiretroviral • Programe Cesárea a las 38 semanas de gestación • Inicie ZDV intravenoso tres horas antes de la cirugía <p>Recién nacido:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento con ZDV durante seis semanas
<ul style="list-style-type: none"> • En tratamiento antiretroviral combinado muy activo, • Niveles de ARN de VIH altos (más de 1.000 copias/mL a las 36 semanas). 	<p>Madre:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Continúe régimen antirretroviral actual. (Efavirenz está contraindicado) • Cesárea programada a las 38 semanas • Inicie ZDV intravenoso tres horas antes de la cirugía <p>Recién nacido:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Seis semanas de terapia de ZDV después del nacimiento.
<ul style="list-style-type: none"> • En tratamiento antiretroviral combinado muy activo, • Nivel de ARN de VIH indetectable a las 36 semanas 	<p>Madre:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Continúe régimen antirretroviral actual. (Efavirenz está contraindicado) • Informar a la madre que su riesgo de transmisión perinatal es bajo, probablemente 2% o menos, aun con parto vaginal. <p>Recién nacido:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento con ZDV durante seis semanas.
<ul style="list-style-type: none"> • Cesárea electiva programada • Ingresar en inicio de trabajo de parto o poco después de rotura de membranas 	<p>Madre:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Iniciar ZDV intravenoso de inmediato. • El parto vaginal es una opción si no se retrasa. <p>Recién nacido:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento con ZDV durante seis semanas.

Fuente: Centro Latinoamericano de Perinatología / Salud de la Mujer y Reproductiva CLAP/SMR Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud - OPS/OMS INFECCIONES PERINATALES Transmitidas por la madre a su hijo.

Tabla 3: Clasificación de la Hipertensión gestacional.

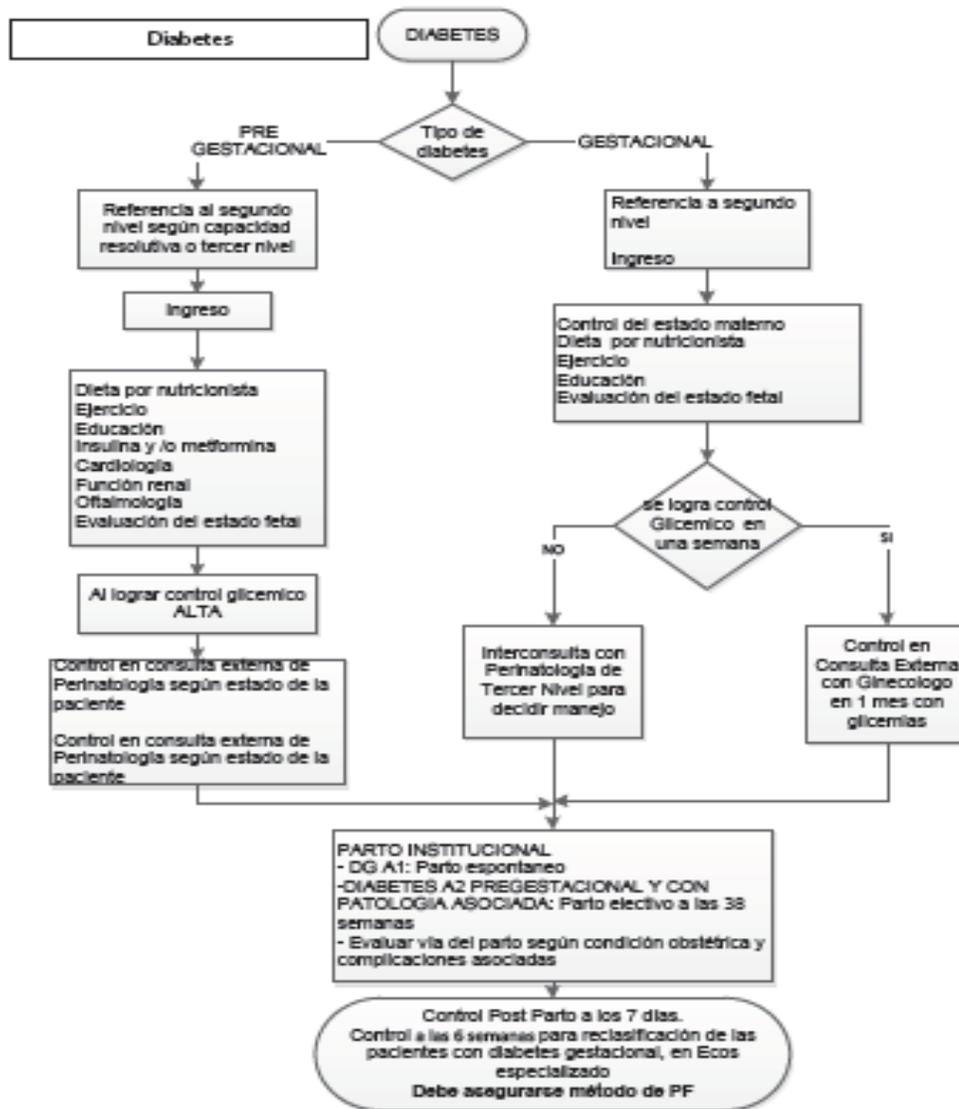
GRUPO A	A1	Hipertensión gestacional
	A2	Proteinuria gestacional
	A3	Hipertensión con proteinuria gestacional o preeclampsia
GRUPO B	B1	Hipertensión crónica
	B2	Enfermedad renal crónica
	B3	Hipertensión crónica con preeclampsia sobre impuesta
GRUPO C	C	Hipertensión y/o proteinuria inclasificables
GRUPO D	D1	Emergencia hipertensiva
	D2	Eclampsia

Fuente: Prof. Dra. Liliana S. Voto, hipertensión en el embarazo. Imprenta, Rosario, Editorial. 2008.

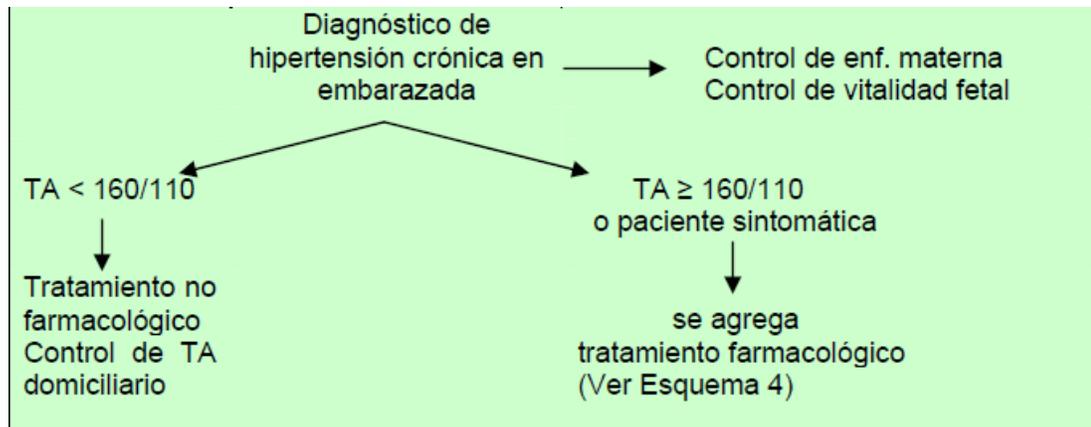
Anexo 5: Pruebas de laboratorio en diabetes durante el embarazo:

Tira reactiva	<ul style="list-style-type: none"> Si ≥ 105 mg/dl indicar glicemia central en ayunas para descartar Diabetes pregestacional.
Glicemia	<ul style="list-style-type: none"> Glicemias en ayunas ≥ 126 mg/dl diagnostica diabetes pregestacional #2. Si se presenta, refiera a II nivel.
Prueba de O'Sullivan	<ul style="list-style-type: none"> Es una prueba de tamizaje de diabetes con carga oral de 50 gramos de glucosa. No requiere ayuno. Puede tomarse en cualquier momento del día. Indicarla a la embarazada si: <ul style="list-style-type: none"> Edad mayor de 30 años; IMC >27 Kg/m² u obesidad abdominal; Tiene familiar diabético en primer grado de consanguinidad; Presenta antecedente obstétrico de diabetes gestacional o hijos macrosómicos (peso al nacer $\geq 4,000$ gr); Tiene antecedente de síndrome metabólico. Debe tomarse a toda embarazada entre las 24 y 28 semanas de gestación. Si glicemia 1 hora post-carga ≥ 140 mg/dl, indicar curva de tolerancia a la glucosa y referir al
	<ul style="list-style-type: none"> siguiente nivel de atención. Si valor ≥ 100 mg/dl catalogarla como diabética y referirla.
Curva de Tolerancia a la Glucosa	<ul style="list-style-type: none"> Es una prueba confirmatoria de diabetes con carga oral de 100 gramos de glucosa. Requiere ayuno. Debe hacerse siempre que la prueba de O'Sullivan resulte con un valor ≥ 140 mg/dl y menor de 100 mg/dl. Realizarla por la mañana, tras ayuno nocturno de 8-14 horas. Después de 3 días de dieta no restringida de carbohidratos (≥ 150 gr / día) y estando la paciente activa. Se toma glicemia en ayunas y glicemia post-carga cada hora #3. Dos o más valores iguales o mayores a los límites establecidos, diagnostican diabetes gestacional. Valores diagnósticos: (Carpenter y Coustan (1982) 4º Taller expertos OMS.1997) <ul style="list-style-type: none"> En ayunas: ≥ 95 mg/dl (En plasma o suero) 1 hora post-carga: ≥ 180 mg/dl 2 horas post-carga: ≥ 155 mg/dl 3 horas post-carga: ≥ 140 mg/dl
Hemoglobina Glicosilada (Hb A _{1c})	<ul style="list-style-type: none"> Informa sobre la calidad del control metabólico en las últimas 8-12 semanas. (Hb A_{1c} menor de 6% indica que ha habido buen control metabólico) Debe indicarse a toda mujer diabética en el período preconcepcional y si es menor de 6%, se puede avalar que intente embarazarse. Debe cuantificarse al inicio del embarazo, ya que tiene valor pronóstico en lo relativo a la posibilidad de malformaciones fetales mayores: <ul style="list-style-type: none"> Hb A_{1c} menor del 6%: Buen pronóstico (Incidencia de malformaciones fetales similar a la población general) Hb A_{1c} = 6-10%: Pronóstico intermedio (Incidencia de malformaciones fetales mayores: 8-8%) Hb A_{1c} = $>10\%$: Mal pronóstico (Incidencia de malformaciones fetales mayores: 30%.
Examen General Orina	<ul style="list-style-type: none"> Permite detectar: Proteinuria, acetonuria, infección de vías urinarias.
Pruebas de Función Renal	<ul style="list-style-type: none"> Creatinina, proteínas en orina de 24 horas, depuración de creatinina en orina de 24 horas.

Anexo 6: Manejo y seguimientos de paciente diabética en el control prenatal.



Anexo 7: Seguimiento de la paciente con hipertensión crónica.



Anexo 8: Tratamiento de la paciente con hipertensión crónica.

- 1.- NO FARMACOLÓGICO
 - Reposo en cama
 - Dieta hiposódica
 - Suprimir el hábito de fumar
- 2.- FARMACOLÓGICO
 - Si TA aumenta en forma paulatina
 - Vía Oral: Betabloqueantes
 - Amlodipina
 - Alfametildopa
 - Si TA aumenta en forma brusca
 - Vía Parenteral: Labetalol
 - Hidralazina
 - Clonidina
 - Si hay síntomas (independientemente de la TA)
 - Sulfato de Magnesio preventivo de la aparición de eclampsia (ver Esquema 6)

Anexo N°8: Instrumento.

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

FACULTAD DE MEDICINA

ESCUELA DE MEDICINA



**FACTORES DE ALTO RIESGO OBSTÉTRICO EN LA UNIDAD
COMUNITARIA DE SALUD FAMILIAR INTERMEDIA “HÁBITAT
CONFÍEN” MILINGO Y UNIDAD COMUNITARIA DE SALUD FAMILIAR
INTERMEDIA PACHIMALCO, ENERO - MAYO 2018.**

OBJETIVO GENERAL.

Establecer los factores de alto riesgo obstétricos más frecuentemente detectados en las embarazadas diagnosticadas como tal y que consultaron en las Unidades Comunitarias de Salud Familiar Intermedias “Hábitat Confíen Milingo” Ciudad Delgado y Panchimalco, enero a mayo 2018.

DATOS DE IDENTIFICACIÓN:

UCSF: _____

1) Fórmula obstétrica: G__ P__ P__A __V __

2) Ocupación de la paciente:

- Ama de casa.
- Estudiante.
- Comerciante.
- Agricultura.

3. Área de procedencia:

- Urbano.
- Rural.

4. Estado civil:

- Casada.
- Acompañada.
- Divorciada.
- Soltera.
- Viuda.

5. Nivel de escolaridad:

- Primaria.
- Secundaria.
- Universidad.
- Ninguna.

6. Antecedentes de riesgo obstétrico según hoja filtro del expediente.

- 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 Pre-eclampsia.
- Cirugías previas del tracto reproductivo.
- Parto prematuro.
- Parto difícil.
- Hemorragia posparto.
- Madre Rh (-)
- Malformaciones congénitas previas.

7. Factores modificables descritos en expediente.

Tabaquismo:

Si no

Alcoholismo:

Si no

8. Estado nutricional de la usuaria en la inscripción prenatal

-Desnutrición severa

-Desnutrición.

-Normal

-Sobrepeso

-Obesidad

9. Factores no modificables descritos en expediente

-Edad:

<15 años

>35 años

-Talla <1.50 cm

Si

No

10. Enfermedades transmisibles descritas en los expedientes.

-Rubéola

-Varicela

-Sífilis

-VIH

Otra: _____

11. Enfermedades no transmisibles que tuvo durante el embarazo:

- Diabetes mellitus
- Hipertensión arterial crónica
- Trastornos tiroideos
- Anemia en el embarazo

Otra: _____

12. Pacientes referidas por uno o más factores de riesgo obstétrico:

- 1 factor de riesgo obstétrico.
- 2 o más factores de riesgo obstétrico.

13. Riesgo obstétrico

- Alto.
- Inminente