

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR  
FACULTAD DE MEDICINA  
DOCTORADO EN MEDICINA



"RESULTADO PERINATAL EN EMBARAZADAS INSCRITAS EN LA CLÍNICA DE ALTO RIESGO REPRODUCTIVO EN UCSF-I SUCHITOTO EN EL PERIODO MARZO 2017- MARZO 2018"

Informe Final Presentado Por:

Wendy Patricia Rodríguez Ortiz

Jennifer Stephanie Rodríguez Ochoa

Karen Ivette Recinos Baños

Para optar al Título de:

DOCTORADO EN MEDICINA



Asesora:

Dra. Mirna Elizabeth Roldán de Rivas

San Salvador, 19 de septiembre de 2018

## INDICE

RESUMEN.....	i
INTRODUCCION.....	ii
OBJETIVOS .....	1
Objetivo General.....	1
Objetivos Específicos .....	1
MARCO TEORICO .....	2
Diabetes Mellitus .....	3
Diabetes Gestacional.....	6
Hipertensión Arterial .....	8
Hipertensión gestacional.....	12
Función respiratoria en el embarazo.....	13
Asma bronquial.....	13
Gestación en Adolescentes .....	14
Complicaciones .....	15
Consecuencias económicas y sociales .....	15
La respuesta de la OMS.....	16
Embarazo en adolescentes en El Salvador .....	16
Obesidad.....	17
HIPÓTESIS .....	19
DISEÑO METODOLÓGICO .....	20
RESULTADOS.....	23
DISCUSIÓN .....	32
CONCLUSIONES.....	34
RECOMENDACIONES .....	35
BIBLIOGRAFÍA.....	36
ANEXOS.....	38
Anexo 1 Instrumento.....	39

## RESUMEN

Problema que se investigó: ¿Cuál es el resultado perinatal en embarazadas inscritas en la clínica de alto riesgo reproductivo en UCSF-I Suchitoto en el periodo marzo 2017- marzo 2018? Objetivo: Obtener el resultado perinatal de las pacientes embarazadas inscritas en la clínica de alto riesgo reproductivo. Método: Se realizará un estudio tipo descriptivo retrospectivo, en el que se estudiara un total de 80 embarazadas con alto riesgo reproductivo entre las edades de 15 a 45 años, explorando el resultado perinatal entre marzo 2017-marzo 2018, utilizando los siguientes criterios de inclusión: Gestantes entre las edades de 15 a 45 años, presencia de antecedente de enfermedad crónica no transmisible, endocrinológicas y colagenopatías, pacientes con IMC menor de 18 o mayor a 30 al inicio del embarazo, antecedentes de abortos, complicaciones obstétricas y perinatales en gestaciones previas. Resultados: Durante el período del estudio se registraron 224 embarazos, de los cuales, solamente 80 pacientes cumplían con los criterios de inclusión estipulados para la investigación. Del total de la población de estudio el 62% se encontraban en edades de riesgo para la gestación, además el 56% de los pacientes se encontraban en condiciones nutricionales desfavorables destacando 15 pacientes en obesidad mórbida que representan el 19% de la población estudiada. Conclusión: Los factores de riesgos predominantes en la población de estudio son la obesidad, edad materna avanzada y la hipertensión arterial.

## **INTRODUCCION**

Una mujer en edad fértil tiene un Alto Riesgo Reproductivo cuando presente una condición médica que aumente la probabilidad de sufrir morbilidad y/o mortalidad materna perinatal superior a la de la población general en caso de embarazarse.

La incidencia de embarazos de alto riesgo varía según los criterios utilizados para definirla. Hay muchos factores involucrados y los efectos de cualquier factor varían de paciente a paciente; si una mujer desea un embarazo, pero no cumple condición óptima en ese momento se elegirá un método anticonceptivo según los criterios de elegibilidad hasta controlar su condición base; de no realizarse el manejo adecuado podrían obtenerse complicaciones en la salud materna, anomalías obstétricas y enfermedad fetal.

Es así que se promueve la consulta de alto riesgo reproductivo, con el fin de clasificar, dar manejo y seguimiento de mujeres con alto riesgo reproductivo y con ello disminuir la incidencia de complicaciones perinatales.

Por ello la investigación se realizará, analizando los resultados perinatales en pacientes embarazadas en el periodo de marzo 2017-marzo 2018 inscritas en clínica de alto riesgo reproductivo, ya que durante el año 2014 el Ministerio de Salud 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.

Por ello es relevante abordar aquellas mujeres en edad reproductiva, sexualmente activas y sin métodos de planificación familiar que poseen factores de riesgo, las cuales deberían tener una asesoría apropiada e integral, así mismo si su libre deseo fuere un embarazo, debería recibir la atención

preconcepcional oportuna y completa, para lograrlo en la forma planificada y en las condiciones idóneas de salud integral por lo cual es necesario que toda mujer con riesgo acuda a clínica de alto riesgo reproductivo brindar las atenciones adecuadas e Interdisciplinarias y así lograr una preconcepción adecuada.

Se realizará un estudio tipo descriptivo retrospectivo, en el que se estudiara un total de 80 embarazadas con alto riesgo reproductivo entre las edades de 15 a 45 años, explorando el resultado perinatal entre marzo 2017- marzo 2018, utilizando los siguientes criterios de inclusión: Gestantes entre las edades de 15 a 45 años, presencia de antecedente de enfermedad crónica no transmisible, endocrinológicas y colagenopatías, pacientes con IMC menor de 18 o mayor a 30 al inicio del embarazo, antecedentes de abortos, complicaciones obstétricas y perinatales en gestaciones previas.

Se espera obtener relación entre patología y la influencia en el resultado perinatal; además identificar cual es la patología que más presentó complicaciones perinatales y describir que acciones implementó la clínica de alto riesgo reproductivo para favorecer a las pacientes para un próximo embarazo.

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo General**

Obtener el resultado perinatal de las pacientes embarazadas inscritas en la clínica de alto riesgo reproductivo en UCSF-I Suchitoto en el periodo marzo 2017-marzo 2018.

### **Objetivos Específicos**

- Identificar las patologías más frecuentes en las pacientes embarazadas inscritas en la clínica de alto riesgo reproductivo UCSF-I Suchitoto en el período marzo 2017-marzo 2018.
- Destacar cual fue el resultado perinatal de las pacientes embarazadas inscritas en clínica de alto riesgo reproductivo UCSF-I Suchitoto en el período marzo 2017-marzo 2018.
- Especificar cuáles son las acciones implementadas en pacientes de clínica de alto riesgo reproductivo para un futuro embarazo en UCSF-I Suchitoto

## MARCO TEORICO

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define salud reproductiva, como una condición de bienestar físico, mental y social en los aspectos relativos al sistema reproductivo en todas las etapas de la vida<sup>1</sup>.

La salud reproductiva implica que las personas puedan tener una vida sexual satisfactoria y segura, la capacidad de tener hijos y la libertad de decidir si quieren tenerlos, cuándo y con qué frecuencia. En esta última condición está implícito el derecho de hombres y mujeres de estar informados y tener acceso a métodos de regulación de la fertilidad de su preferencia, que sean seguros, eficaces, asequibles y aceptables, y el derecho a acceder a servicios de salud adecuados que permitan a la mujer llevar a término su embarazo y dar a luz de forma segura.

El término “riesgo” implica que la presencia de una característica o factor (o de varios) aumenta la probabilidad de consecuencias adversas. Un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión<sup>2</sup>.

La incidencia de embarazos de alto riesgo varía según los criterios utilizados para definirla. Hay muchos factores involucrados y los efectos de cualquier factor varían de paciente a paciente. Los resultados pueden incluir la mortalidad de la madre y / o el feto / neonato. Las principales causas de muerte materna incluyen enfermedad tromboembólica, enfermedad hipertensiva, hemorragia, infección y embarazo ectópico. Las principales causas de mortalidad infantil (muerte desde el nacimiento hasta 1 año de edad) son malformaciones congénitas y condiciones relacionadas con la prematuridad. Aunque existe una variación en la definición según el recurso, una muerte perinatal es aquella que

---

<sup>1</sup> [www.who.int/topics/sexual\\_health/es/](http://www.who.int/topics/sexual_health/es/)

<sup>2</sup> [https://www.who.int/topics/risk\\_factors/es/](https://www.who.int/topics/risk_factors/es/)

ocurre en cualquier momento después de las 28 semanas de gestación hasta los primeros 7 días después del parto. La tasa de mortalidad perinatal es el número de muertes perinatales por cada 1000 nacidos vivos<sup>3</sup>.

La evaluación previa a la concepción y el asesoramiento de las mujeres en edad reproductiva ha ganado cada vez más aceptación como un componente importante de la salud de la mujer. La atención brindada en los centros de planificación familiar y ginecología ofrece una oportunidad potencial para maximizar los beneficios de salud materna y fetal antes de la concepción<sup>4</sup>.

Dentro de los factores de riesgo más comunes detectados en la población de estudio tenemos:

- ✓ Diabetes Mellitus
- ✓ Hipertensión Arterial
- ✓ Asma
- ✓ Adolescentes
- ✓ Obesidad

### **Diabetes Mellitus**

La DM y embarazo representan un gran desafío médico-obstétrico por sus múltiples complicaciones, aún presentes, a pesar del avance médico y tecnológico.

A) La asociación de DM y Embarazo se clasifica en dos categorías:

- 1) Pre-gestacional: incluye la DM tipo1, tipo 2, intolerancia a la glucosa (considerada como Pre-DM).

---

<sup>3</sup> <https://accessmedicine.mhmedical.com/content.aspx?bookid=498&sectionid=41008602>

<sup>4</sup> Dra Mirian Gonzalez Lineamientos técnicos para la atención integral de las mujeres con alto riesgo reproductivo, San Salvador, noviembre 2016, introducción, pág. 6



2) Diabetes Gestacional (DG): definida como intolerancia a la glucosa de cualquier severidad, que comienza o es reconocida por primera vez, durante el embarazo.

B) Prevalencia: La Diabetes Gestacional ocurre en aproximadamente en un 7% de todos los embarazos (rangos entre 1-14%, según población estudiada y test diagnósticos empleados)

#### MODIFICACIONES METABÓLICAS DURANTE EL EMBARAZO NORMAL

Durante el embarazo se producen cambios metabólicos maternos para permitir la adaptación entre la modalidad de alimentación intermitente de la madre y la continua fetal, a través de la placenta:

1) La glucosa: principal fuente energética fetal es transportada por mecanismo de difusión facilitada; los niveles glicémicos del feto varían en función directa a los niveles glicémicos materno. Desde de la concepción, se inicia el aumento de la utilización de glucosa, por parte del feto, alcanzando a 6 mg/kg/min al final de la gestación.

2) Los aminoácidos: son transportados activamente, para permitir la síntesis proteica adecuada, esencial para crecimiento fetal. Durante 2° trimestre aumentan un 15%, llegando al 3er trimestre a un 25%.

3) Los lípidos: pasan a la placenta, como ácidos grasos libres (AGL) y cuerpos cetónicos de acuerdo a niveles plasmáticos maternos. Durante el 1er trimestre del embarazo, hay aumento de AGL, y sobre todo de cuerpos cetónicos (ayuno); en el 2do y 3er trimestre, el aumento de AGL está relacionado con la insulinoresistencia.

4) Durante los períodos de ayuno o interprandiales, hay tendencia a la cetosis acelerada, después de 2 ½ a 3 horas de ayuna, según consumo de alimentos; mezclas realizadas por:

A) Consumo fetal 2 a 3 veces mayor que en mujeres no embarazadas; lo que condiciona glicemia de ayuno maternos 10 a 20 mg/dl de bajo lo normal.

B) Aumento significativo y precoz de la movilización de lípidos, aumentando los AGL, cetonemia, cetonuria, activando neoglucogénesis hepática, que se hace menos eficiente, por disminución de la alanina; también aunque de menos importancia se activa la amnogénesis renal. Durante el 1er trimestre del embarazo el aumento precoz de cetonas post-prandial, puede producir efectos teratogénicos fetales<sup>5</sup>.

#### EFEECTO DE LA DIABETES SOBRE LA UNIDAD FETO-PLACENTARIA

- 1) ANOMALIAS CONGÉNITAS: La prevalencia de anomalías congénitas entre hijos de mujeres con DM pre- existente, tanto 1 como 2, es de 4-10 veces mayor que entre los hijos de madres no diabéticas; esto se previene con el manejo pre-concepcional; Hb glicosilada menor 7% y estricto control glicémico en primeras semanas embarazo (embriogénesis). Las más frecuentes son las cardíacas cinco veces mayor que en la población general; miocardiopatía hipertrófica, casi patognomónica del hijo de madre diabética (46), de sistema nervioso central (anencefalia), esqueléticas (regresión caudal propia de hijo madre diabética), alteraciones genitourinaria.
- 2) MACROSOMÍA FETAL: asociada a hiperglicemia materna, ya sea por mal control metabólico; o por marcado aumento de insulinoresistencia, desde inicio embarazo, en aquellas mujeres con sobrepeso u obesidad pre-embarazo, lo cual facilita el aumento de peso y con ello el aumento de insulinoresistencia, aumentando las posibilidades de D.G. o de agravación metabólica de DM pre-existente; complicando su manejo metabólico y obstétrico. Estudio con ultrasonido fetal, entre las 20-24

---

<sup>5</sup> Departamento Medicina Interna Unidad de Diabetes. Clínica Las Condes, 2009. r\_arayaf2009@hotmail.com

semanas de gestación, encontraron que la circunferencia abdominal está aumentada; esta característica es un predictor temprano para macrosomía fetal. Por otro lado la circunferencia abdominal aumentada y la longitud del fémur son predictores, de fetos grandes para la edad gestacional<sup>6</sup>.

### **Diabetes Gestacional**

Definido como cualquier grado de intolerancia a la glucosa, que se detecta por primera vez durante el embarazo. Incluida en la clasificación de Diabetes por el aumento de morbimortalidad perinatal y de riesgo obstétrico materno (pre-eclampsia, obesidad) riesgo de DM tipo 2 para la madre en el futuro (29% D.G. a los 8 años y 60% de intolerancia a la glucosa o diabetes a los 16 años post D.G.) Prevalencia de D.G. es 7%<sup>7</sup>.

Posibles consecuencias a largo plazo del hijo madre con DG (> obesidad, resistencia a la insulina y diabetes; especialmente si fueron macrosómicos). Riesgo de D.G. debe ser diagnosticado en primera visita pre-natal<sup>8</sup>.

#### **MUJERES CON CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE ALTO RIESGO D.G.**

- Obesidad o sobrepeso pre-embarazo
- EDAD > 36 años
- Antecedentes de D.G. en parto anterior. (Clase A de White)
- Antecedentes familiares de diabetes en 1er Grado.
- Multiparidad

---

<sup>6</sup> Buchman T. Therapy for Diabetes Mellitus and Related Disorders. American Diabetes Association, 2008; Therapy for Diabetes Mellitus cap. 10:pag.26.

<sup>7</sup> American Diabetes Association: Pre-conception care page 36 Diabetes Care 31, sup. 1, año 2008.

<sup>8</sup> Allan H. DeChemey, Lauren Nathan Neri Laufer, Ashley S. Roman; CURREN diagnosis & treatment: obstetrics & gynecology, 11ed, Sección III cap. 12

- Macrosomía y/o polihidramnios
- Anomalías congénitas
- Diagnóstico de ovario poliquístico.

EDAD, sobrepeso u obesidad son los factores más asociados a D.G. (18) - ADA y OMS aplican distintos criterios diagnósticos.

ADA utiliza los de O'Sullivan

- 1) 1 Glicemia 1 hora post-prandial 50 g. glucosa; si es mayor o igual 140mg/dl
- 2) Se efectúa CTG con 100 g. de glucosa y muestran a 0, 1, 2,3 horas. El diagnóstico se confirma dos o más valores son iguales o superiores a:

0 105 mg/dl

1 h 190 mg/dl

2 h 165 mg/dl

3 h 145 mg/dl

El 29% de las mujeres diagnosticadas con este criterio eran diabéticas a los 7 años. No hay consenso con estos valores, considerados muy altos. La mayoría países europeos, asiáticos son de acuerdo con la OMS; de acuerdo a consenso en ALAD "Asociación Latinoamericana de Diabetes: Adoptaron recomendaciones OMS a partir de 1997. y agregó como diagnóstico una glicemia repetida mayor o igual a 105 mg/dl. Ministerio de Salud Pública de Chile, aprobó y publicó esta recomendación en 1998 en Normas Técnicas de Diabetes y Embarazo; y son las usadas actualmente por todos los especialistas en Diabetes en Chile.

## CUIDADOS PRE-CONCEPCIONALES EN LA DIABETES MELLITUS CONOCIDA:

Son indispensables para evitar complicaciones durante embarazo inicial: embriogénesis, como también las complicaciones 2do y 3er trimestre embarazo, parto y neonatales:

- 1) Hb A1c lo más cercano a lo normal < 7.0 antes de la concepción.
- 2) Planificación familiar: mujeres diabéticas en edad de embarazo, deben ser educadas, para cuando decidan tener un hijo. Tres meses antes de la concepción deben tener control metabólico óptimo.
- 3) Evaluación y Chequeo antes del embarazo: fondo de ojo, Función Renal, Microalbuminuria, enfermedad cardiovascular, chequear si tiene neuropatía periférica o autonómica (gastroparecia, Hipotensión), si la tiene que esté bien compensada al igual que su dislipidemia. Evaluar si presenta cuadro depresivo o enfermedad tiroidea.
- 4) Evaluar medicación usada pre-embarazo; ya que hay medicamentos comúnmente usados en complicaciones de DM o en enfermedades asociadas que están contraindicados: estatina, inhibidores de convertidores de enzima angiotensina (ACE), los bloqueadores de receptores de angiotensina (ARBS) y la mayoría de las terapias no insulínicas (hipoglicemiantes orales), entre otros.
- 5) Uso de Ac Fólico de 5 mg/día, preconcepción y durante embarazo, para prevenir las malformaciones congénitas neurológicas<sup>9</sup>.

### **Hipertensión Arterial**

La hipertensión arterial en el embarazo se define como la existencia de una presión arterial sistólica >140 mmHg y/o una presión arterial diastólica > 90 mm

---

<sup>9</sup> González-Merlo J.M. Laílla Vicens E. Fabre González E. González Bosquet Obstetricia 6ta edición, sección V cap. 27 Estados hipertensivos del embarazo, pag. 370-374

Hg, en dos lecturas separadas por un intervalo de 4 a 6 horas, pero no de más de 7 días. El diagnóstico de la hipertensión arterial durante el embarazo basado en un criterio de aumento relativo de 30 mmHg en la presión sistólica o de 15 mmHg en la presión diastólica desde los valores previos a la gestación ha sido abandonado, ya que aumentos similares son frecuentes en embarazos que cursan sin complicaciones<sup>10</sup>.

La presión arterial se debe tomar con una técnica adecuada y estandarizada: La gestante debe permanecer sentada o reclinada en un ángulo de 45° y el brazo descansando a nivel del corazón, y debe haber permanecido en esta posición al menos 5 minutos antes de la medida; se debe medir la presión arterial siempre en la misma posición y en el mismo brazo.

La terminología recomendada por el National High Blood Pressure Education Program Working Group es sencilla, concisa y práctica, y es la utilizada por la mayoría de las guías clínicas y protocolos asistenciales, que establecen cuatro categorías:

1. Hipertensión crónica.
2. Preeclampsia-eclampsia.
3. Preeclampsia sobreañadida a una hipertensión crónica.
4. Hipertensión gestacional

---

<sup>10</sup> González-Merlo J.M. Laílla Vicens E. Fabre González E. González Bosquet Obstetricia 6ta edición, sección V cap. 27 Estados hipertensivos del embarazo, pag. 370-374

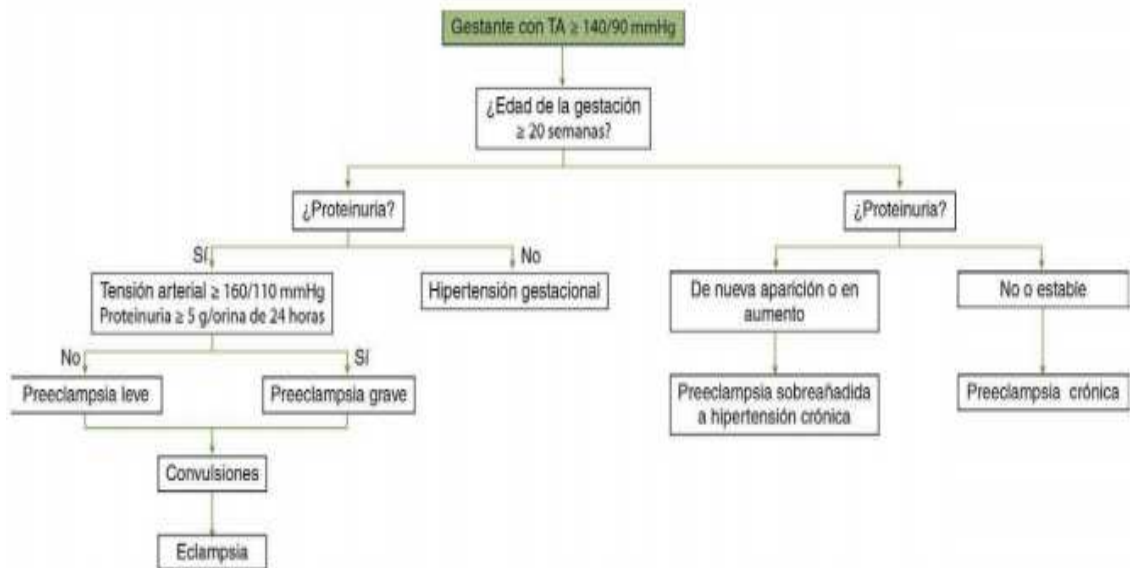


Figura 27-1 Clasificación de los estados hipertensivos del embarazo. Modificado del Report of the National High Blood Pressure Education Program Working Group on High Blood Pressure in Pregnancy. Am J Obstet Gynecol. 2000;183:51-22.

### Cuadro 27-1 Clasificación de los estados hipertensivos en el embarazo

#### Preeclampsia

- Presión arterial sistólica  $\geq 140$  mmHg o diastólica  $\geq 90$  mmHg que ocurre después de la semana 20 de gestación, en mujeres con presión arterial normal antes del embarazo, con proteinuria definida por la excreción  $\geq 300$  mg (0,3 g) de proteínas en orina de 24 horas
- Preeclampsia grave (uno o más de los criterios siguientes):
  - Comienzo precoz ( $< 34$  semanas)
  - Presión arterial sistólica  $\geq 160$  mmHg o diastólica  $\geq 110$  mmHg
  - Proteinuria  $\geq 2$  g en orina de 24 horas o  $\geq 3+$  en dos muestras de orina separadas por un intervalo de 4 horas
  - Oliguria  $< 500$  ml en 24 horas
  - Síntomas visuales o cerebrales persistentes (cefalea frontal pulsátil, escotomas, visión borrosa, amaurosis, hiperreflexia)
  - Dolor en el epigastrio o en el hipocondrio derecho
  - Anomalías de la función hepática ALT y AST  $\geq 70$  U/l
  - Hemólisis (esquistocitos, bilirrubina total  $> 1,2$  mg/dl, LDH  $> 600$  U/l)
  - Trombocitopenia ( $< 100.000$  mm<sup>3</sup>)
  - Crecimiento intrauterino restringido

#### Eclampsia

- Aparición de convulsiones tónico-clónicas en una gestante con preeclampsia, en ausencia de otras condiciones clínicas que las justifiquen

#### Hipertensión arterial crónica

- Hipertensión que precede al embarazo o se presenta antes de la semana 20 de gestación
- Hipertensión que se diagnostica por primera vez durante el embarazo y que no desaparece tras el parto

#### Preeclampsia sobreañadida a una hipertensión arterial crónica

- Aparición por primera vez de proteinuria en una mujer con hipertensión arterial antes de la semana 20 de gestación
- Si la hipertensión y la proteinuria están presentes antes de la semana 20:
  - Aumento brusco de la proteinuria
  - Aumento brusco de la presión arterial cuando previamente estaba bien controlada
  - Trombocitopenia ( $< 100.000$  mm<sup>3</sup>)
  - Aumento de la ALT y/o AST
  - La mujer con hipertensión arterial crónica con cefalea persistente, escotoma o dolor epigástrico también puede tener una preeclampsia sobreañadida

#### Hipertensión gestacional

- Presión arterial sistólica  $\geq 140$  mmHg o diastólica  $\geq 90$  mmHg que ocurre después de la semana 20 de gestación en mujeres con presión arterial previa normal sin proteinuria que desaparece a las 12 semanas del parto

ALT, alanina-aminotransferasa; AST, aspartato-aminotransferasa; LDH, lactato dehidrogenasa.

**Tabla 27-5 Fármacos utilizados en el tratamiento de la crisis hipertensiva en el embarazo**

Fármaco	Dosis	Comentarios
Labetalol (C)	20 mg por vía intravenosa, que se repite cada 10 minutos duplicando la dosis (40, 80, 80) hasta una dosis máxima de 220 mg o perfusión de 1-2 mg/min	La experiencia durante el embarazo con el labetalol es menor que con la hidralazina; probablemente menor riesgo de taquicardia y arritmias que con otros vasodilatadores
Hidralazina (C)	5 mg por vía intravenosa, después 5-10 mg a los 10 minutos o perfusión de 3 a 10 mg/h	Fármaco de elección para el NHBEP. Amplia experiencia. Seguro y eficaz
Nifedipino (C)	10 mg por vía oral; repetir en 30 minutos si se considera necesario. Después 10-20 mg/6-8 h	Posible interferencia con el parto
Nitroprusiato (D)	0,5 a 10 g/kg/min en perfusión continua	Fármaco de último recurso cuando otros fármacos no son eficaces

\*Categoría D durante el segundo y el tercer trimestres. NHBEP, National High Blood Pressure Education Program.

### Finalización de la gestación

En las embarazadas con hipertensión crónica leve sin complicaciones y que no requieren tratamiento farmacológico, el parto debe ser al término del embarazo (semanas 38-39). El parto por cesárea se debe reservar para indicaciones obstétricas. El parto de las mujeres con hipertensión tratada con fármacos se debe producir entre las semanas 37 y 39, y en las mujeres con hipertensión grave que es difícil de controlar entre las semanas 36 y 37 de gestación. En las gestantes con hipertensión arterial crónica con preeclampsia sobreañadida se debe finalizar la gestación de acuerdo con los criterios ya expuestos en relación con la preeclampsia<sup>11</sup>.

### Puerperio

En el puerperio, normalmente está indicado continuar con el tratamiento antihipertensivo. No existen datos de efectos adversos en los lactantes de madres en tratamiento con alfametildopa, hidralazina, beta-bloqueantes o antagonistas del calcio. Durante el primer mes de lactancia no se aconseja el uso de IECA. Los ARA-II están contraindicados durante la lactancia.

<sup>11</sup> González-Merlo J.M. Laílla Vicens E. Fabre González E. González Bosquet Obstetricia 6ta edición, sección V cap. 27 Estados hipertensivos del embarazo, pag. 370-374



## **Hipertensión gestacional**

La hipertensión gestacional se refiere a la hipertensión que aparece después de la semana 20 de gestación, sin proteinuria ni otras características de la preeclampsia, que se normaliza después del parto. La hipertensión gestacional se considera grave si existen cifras de presión arterial sistólica > 160 mmHg y/o diastólica > 110 mmHg persistente. La hipertensión gestacional es la causa más frecuente de hipertensión durante el embarazo y es un diagnóstico temporal que se realiza cuando una mujer con hipertensión no cumple los criterios de preeclampsia (hipertensión y proteinuria) o hipertensión crónica<sup>12</sup>.

El diagnóstico se modifica a:

1. Preeclampsia, si aparece proteinuria.
2. Hipertensión crónica, si la hipertensión persiste 12 semanas después del parto. De las mujeres con hipertensión gestacional, alrededor de un tercio desarrollarán una preeclampsia al evolucionar el embarazo. Si la hipertensión gestacional aparece antes de la semana 30, alrededor del 50% desarrollarán una preeclampsia. Estas gestantes deben ser vigiladas cuidadosamente para conocer si ocurre la progresión de la enfermedad. La mayoría de los casos de hipertensión gestacional leve se desarrollan a partir de la semana 37 de embarazo, y su pronóstico es similar al de los embarazos normotensos. Sin embargo, la mujer con hipertensión gestacional tiene una tasa de inducción de parto y de cesárea más alta que las normotensas.

La conducta es similar a la descrita en la preeclampsia leve. En las mujeres con hipertensión gestacional grave aumenta la morbilidad materna y perinatal. Las tasas de abrupcio placentar, parto pretérmino y de nacidos pequeños para la edad gestacional son similares a las que existen en las mujeres con

---

<sup>12</sup> González-Merlo J.M. Laílla Vicens E. Fabre González E. González Bosquet Obstetricia 6ta edición, sección V cap. 27 Estados hipertensivos del embarazo, pag. 370-374

preeclampsia grave. En consecuencia, la conducta debe ser similar a la que se realiza en las mujeres con preeclampsia grave.

### **Función respiratoria en el embarazo**

Al igual que el aparato circulatorio, el pulmón se ve sometido a una sobrecarga gravídica. Para subvenir a la oxigenación de una sangre, cuya volemia y volumen minuto están aumentados y a un metabolismo con unas combustiones elevadas (consumo de oxígeno más alto en el embarazo), el pulmón tiene que hacer un mayor esfuerzo. Así pues, el volumen minuto respiratorio está aumentado. Pero como al mismo tiempo la elevación del diafragma en la segunda mitad del embarazo limita las inspiraciones pulmonares, para mantener una capacidad inspiratoria aumentada, se echa mano de una aceleración de las respiraciones y, al mismo tiempo, de inspiraciones más profundas que disminuye el volumen de reserva. Hay así una taquipnea y batipnea<sup>13</sup>.

### **Asma bronquial**

Es una enfermedad crónica, inflamatoria, que se caracteriza por hiperreactividad bronquial de origen multifactorial, que ocasiona tos y disnea de grado variable y de carácter reversible. Como resultado final hay reducción de la luz bronquial como consecuencia de un espasmo de la musculatura, edema y secreción de moco. Según la frecuencia en que se presentan las crisis asmáticas se clasifica de la siguiente manera:

1. Asma ligera (Grado I): menos de 6 crisis al año.
2. Asma moderada (Grado II): de 6 a 10 crisis al año.
3. Asma severa (Grado III): más de 10 crisis al año o\_status\_asmático.

---

<sup>13</sup> Edición José Botella Llusía José A. Clavero Núñez TRATADO DE GINECOLOGÍA Fisiología Capítulo 24 Enfermedades del aparato circulatorio y respiratorio durante el embarazo, pag. 297-300

El asma bronquial presenta una incidencia mayor en la infancia y oscila entre un 2-20 %; afecta más al sexo masculino, pero a medida que la edad aumenta, sobre todo a partir de los 15 años su prevalencia disminuye y más aún después de los 30 años, donde afecta más al sexo femenino.

Existe una gran controversia acerca de si el embarazo influye negativamente o no sobre el asma alérgico. Las opiniones están divididas. Hay autores que creen que el aumento de productos histamínicos a nivel de la placenta determina una mayor sensibilidad de la embarazada<sup>14</sup>.

Otros creen que, por el contrario, la producción de una diaminooxidasa (histaminasa) en la placenta es un elemento de defensa importante y que las asmáticas embarazadas mejoran. Otros autores finalmente no observan ni una mejoría ni un empeoramiento de la evolución.

Se plantea que el asma bronquial puede complicar el embarazo en un 4 % y ocasiona trastornos en la oxigenación materno-fetal cuando no se controla adecuadamente. Se ha demostrado en estudios que la enfermedad empeora en el 37 % de las embarazadas, mejora en un 29 % y sigue igual en un 37 %, y es más frecuente en el segundo trimestre e inicio del tercero y casi no se produce en las últimas cuatro semanas del embarazo y trabajo de parto<sup>15</sup>.

### **Gestación en Adolescentes**

Los cambios corporales que anuncian la llegada de la pubertad, como inusitada estación del cuerpo, y que marcan el inicio de la adolescencia, provocan cierto desconcierto en los púberes y adultos cercanos. Comienza una nueva etapa de aprendizaje y cambios. Consideramos a la adolescencia como una etapa de la vida en sí misma, como la niñez o la edad adulta, y no como un período de

---

<sup>14</sup> Edición José Botella Llusá José A. Clavero Núñez TRATADO DE GINECOLOGÍA Fisiología Capítulo 24 Enfermedades del aparato circulatorio y respiratorio durante el embarazo, pag. 297-300

<sup>15</sup> [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-600X2006000200002](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2006000200002) Rev Cubana Obstet Ginecol v.32 n.2 Ciudad de la Habana Mayo-ago. 2006

transición de un estado a otro, por lo tanto y siguiendo los criterios de la OMS, la consideramos como la etapa que transcurre desde la pubertad hasta los 19 años. La adolescencia es un concepto que además de comprender lo biológico, lo rebasa, y muchas de sus características dependen de factores socio-culturales. (Instituto de Ciencias Médicas. Apuntes de psicología médica. Ciudad de La Habana, 1987).

El reconocimiento del riesgo que representa el embarazo para la adolescente ha dirigido la atención de obstetras, y sicólogos hacia ese sector de la sociedad.

### **Complicaciones**

El mayor peligro de parto pretérmino y de muertes neonatales en los hijos de madres adolescentes ha sido descrito por varios autores, que identifican además la toxemia, partos prolongados y aumento de la incidencia de cesáreas en este grupo de riesgo; publicaciones especializadas coinciden en resaltar el incremento de la frecuencia de anemia, toxemia y complicaciones puerperales en estas pacientes<sup>16</sup>.

### **Consecuencias económicas y sociales**

El embarazo en la adolescencia puede también tener repercusiones sociales y económicas negativas para las muchachas, sus familias y sus comunidades. Muchas adolescentes que se quedan embarazadas se ven obligadas a dejar la escuela. Una adolescente con escasa o ninguna educación tienen menos aptitudes y oportunidades para encontrar un trabajo. Esto puede también tener un costo económico para el país, puesto que se pierden los ingresos anuales que una mujer joven hubiera ganado a lo largo de su vida de no haber tenido un embarazo precoz<sup>17</sup>.

---

<sup>16</sup> <http://www.salud.gob.sv/08-07-2016-unfpa-y-minsal-presentan-estudio-de-embarazos-en-ninas-y-adolescentes/>

<sup>17</sup> <http://www.salud.gob.sv/08-07-2016-unfpa-y-minsal-presentan-estudio-de-embarazos-en-ninas-y-adolescentes/>

## **La respuesta de la OMS**

En 2011 la OMS publicó junto con el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) unas directrices sobre la prevención de los embarazos precoces y la reducción de los resultados negativos para la reproducción. Las directrices contienen recomendaciones sobre las medidas que los países podrían adoptar, con seis objetivos principales:

- reducir el número de matrimonios antes de los 18 años;
- fomentar la comprensión y el apoyo a fin de reducir el número de embarazos antes de los 20 años;
- aumentar el uso de anticonceptivos por parte de las adolescentes a fin de evitar el riesgo de embarazo involuntario;
- reducir las relaciones sexuales forzadas entre las adolescentes;
- reducir los abortos peligrosos entre las adolescentes;
- incrementar el uso de servicios especializados de atención prenatal, en el parto y posnatal por parte de las adolescentes<sup>18</sup>.

## **Embarazo en adolescentes en El Salvador**

El estudio “Mapa de Embarazos en Niñas y Adolescentes en El Salvador 2015” revela que cada 21 minutos una niña o adolescente resultó embarazada en 2015, una situación “preocupante” afirmó la ministra de salud Violeta Menjivar.

La ministra insistió en que hay problemas en la aplicabilidad de la ley, que se viola cuando un adulto tiene relaciones sexuales con una menor de edad de acuerdo al artículo 163 del Código Penal que dice: “El que tuviere acceso carnal por vía vaginal o anal mediante engaño, con persona mayor de quince años y menor de dieciocho años de edad, será sancionado con prisión de cuatro a diez años. Por su parte el Dr. Julio Robles Ticas, dijo que los datos, son alarmantes

---

<sup>18</sup> <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0009741116300858> Volume 85, Issue 4, July–August 2017, Pages 292-298

pero importantes ya que un embarazo entre esas edades es un riesgo para la vida de las niñas y que el estudio revela que en el año 2015 se registró que de las 83,478 embarazadas, 25,132 eran adolescentes entre 10 y 19 años, lo que representa un 30 %.

Al realizar un análisis general sobre la distribución de los embarazos, de acuerdo a edad en los catorce departamentos del país, resulta que La Paz es el departamento donde los embarazos adolescentes tienen mayor peso porcentual con respecto al total de embarazos, ya que representan el 33%.

### **Obesidad**

La prevalencia de sobrepeso y obesidad a nivel mundial ha alcanzado proporciones epidémicas e involucradas también a las mujeres en edad reproductiva, que corresponde a un grupo vulnerable en quienes el fenómeno se ha vuelto más frecuente

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, el porcentaje de población con obesidad se duplica desde 1980. En el 2008, más de 1,400 millones de adultos mayores de 20 años tuvieron sobrepeso u obesidad, lo que representa el 35% de la población mundial con sobrepeso y el 11% con obesidad; de estos, más de 300 millones son mujeres en edad fértil<sup>19</sup>.

En la actualidad, el 65% de la población mundial tiene sobrepeso y la presencia de sobrepeso u obesidad se encuentra relacionado con un mayor número de muertes que el bajo peso; 42 millones de niños menores de 5 años son obesos. La obesidad es un factor de riesgo potencialmente previsible.

El sobrepeso y la obesidad maternos se asocian a diferentes complicaciones obstétricas y perinatales, como diabetes gestacional, preeclampsia, Macrosomía fetal y un mayor riesgo de parto quirúrgico a través de cesárea.

---

<sup>19</sup> <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0009741116300858> Volume 85, Issue 4, July–August 2017, Pages 292-298

Al tiempo que se observa este fenómeno en la obesidad pregestacional, también se puede observar que la ganancia de peso excesiva para el embarazo puede conferir un perfil de riesgo similar asociado a un mayor riesgo de los resultados adversos maternos y fetales, así como el nacimiento de fetos grandes para la edad gestacional<sup>20</sup>.

El sobrepeso y la obesidad en el período pregestacional aumentan las probabilidades de ganancia excesiva de peso durante el embarazo y esto se asocia a complicaciones perinatales en el binomio materno-fetal, como la hemorragia obstétrica, la Macrosomía y la hipoglucemia en el recién nacido, entre otras, y con complicaciones médicas y metabólicas para la mujer gestante y en el período del puerperio, cuentas como: diabetes gestacional, hipertensión, preeclampsia-eclampsia, sobrepeso u obesidad posparto.

---

<sup>20</sup> <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0009741116300858> Volume 85, Issue 4, July–August 2017, Pages 292-298

## **HIPÓTESIS**

Existe una relación directamente proporcional entre las patologías identificadas en las pacientes embarazadas inscritas en la clínica de alto riesgo reproductivo y resultados perinatales desfavorables.

Respuesta:

Al tener el estudio se demuestra la afirmación de la hipótesis

60% de las pacientes presentaron un resultado perinatal desfavorable entre ellas amenazas de aborto, aborto, parto pretérmino, preeclampsia, eclampsia y alta frecuencia de partos abdominales.



## DISEÑO METODOLÓGICO

- Tipo de investigación:

Se realizará un estudio tipo descriptivo retrospectivo, en el que se estudiara un total de 80 embarazadas con alto riesgo reproductivo entre las edades de 15 a 45 años, explorando el resultado perinatal

- Periodo de investigación: Marzo 2017- marzo 2018

- Universo: 224 embarazadas

- Muestra: 80 mujeres embarazadas con alto riesgo reproductivo

- Selección y tamaño de la muestra.

En el periodo marzo 2017-marzo 2018 fueron un total de 224 inscripciones prenatales de las cuales 80 pertenecen a la clínica de alto riesgo reproductivo.

Unidad de análisis: La unidad de análisis fueron los expedientes clínicos de las pacientes en estudio de la UCSF-I Suchitoto y se utilizara como instrumento un formulario de recolección de datos.

- Criterios de inclusión y exclusión:

Criterios de inclusión:

1. Gestantes entre las edades de 15 a 45 años.
2. Presencia de antecedente de enfermedad crónica no transmisible, endocrinológicas y colagenopatías.
3. Pacientes con IMC menor de 18 o mayor a 30 al inicio del embarazo.

4. Antecedentes de abortos, complicaciones obstétricas y perinatales en gestaciones previas

- Criterios de exclusión:

Criterios de exclusión:

1. Todas las pacientes que no cumplan los criterios de inclusión.
2. Pacientes con índice de masa corporal entre 19 a 30

- Variables:

- Alto riesgo reproductivo: variable cualitativa tipo independiente
- Resultado perinatal: variable cualitativa tipo dependiente

- Fuentes de información:

Fuente primaria: será el registro del libro materno UCSF-I Suchitoto, expedientes clínicos.

Fuente secundaria: libros obstétricos, lineamientos de clínica de alto riesgo reproductivo MINSAL, SIMOW, revistas, sitios web.

- Técnica de obtención de información:

Registro de expedientes clínicos por medio de instrumento metodológico.

- Mecanismos de confidencialidad y resguardo de los datos:

El expediente clínico; al ser un documento legal presenta la mayoría de los datos personales de las pacientes, de los cuales solo se tomará la edad por ser un factor importante en nuestro estudio, se omitirá nombre, direcciones, familiograma y No de expediente clínico así tendremos en anonimato su

identidad de igual manera el profesional de salud quien ha dado los manejos clínicos.

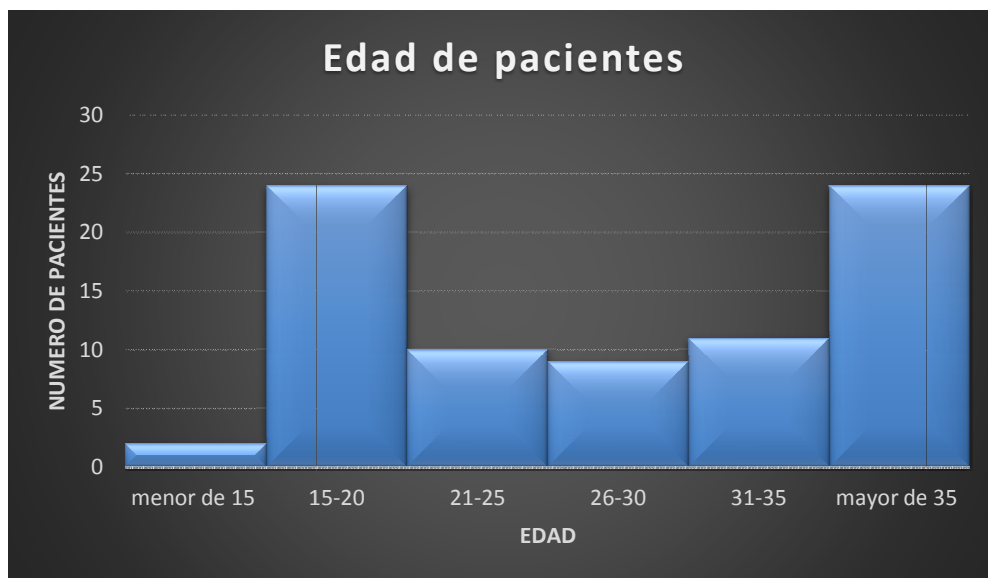
- Procesamiento y análisis de información:

Tablas de frecuencias.

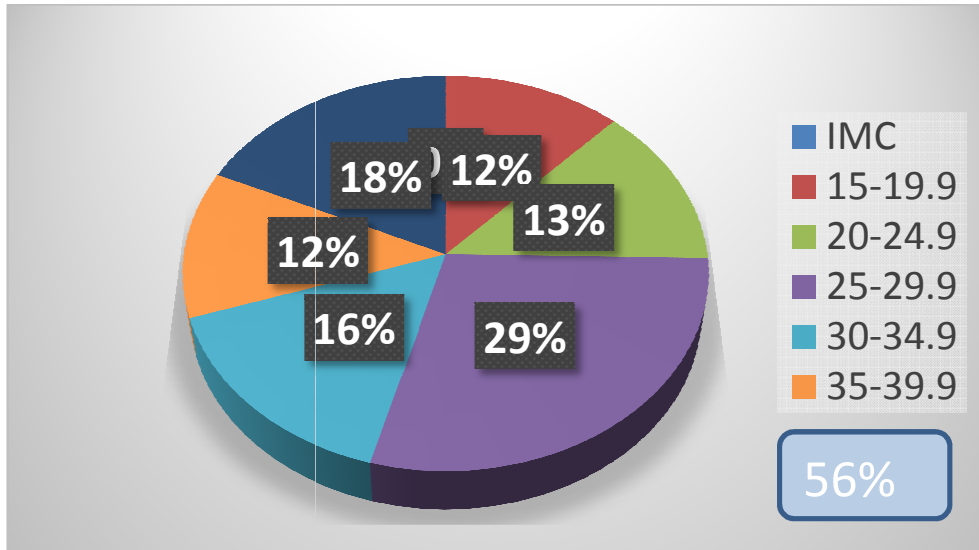
## RESULTADOS

**Objetivo 1:** Identificar las patologías más frecuentes en las pacientes embarazadas inscritas en la clínica de alto riesgo reproductivo UCSF-I Suchitoto en el período marzo 2017-marzo 2018.

Durante el período del estudio se registraron 224 embarazos, de los cuales, solamente 80 pacientes cumplían con los criterios de inclusión estipulados para la investigación. Las características epidemiológicas, los factores de riesgo y el resultado obstétrico y perinatal se describen con detalle en las siguientes tablas.



Del total de la población de estudio el 62% se encontraban en edades de riesgo para la gestación, además el 56% de los pacientes se encontraban en condiciones nutricionales desfavorables destacando 15 pacientes en obesidad mórbida que representan el 19% de la población estudiada.



Por otro lado el 47.5% de la población, que equivale a 38 embarazadas, ya contaban con diagnóstico establecido de enfermedad crónica no transmisible previo a la gestación siendo la patología predominante la Hipertensión Arterial crónica, seguida por la Diabetes Mellitus y Asma, además pueden mencionarse otros diagnósticos como insuficiencia venosa profunda, colagenopatías, cardiopatías e Hipotiroidismo

<b>PATOLOGIAS PREVIAS</b>	
<b>HIPERTENSION ARTERIAL</b>	16
<b>DIABETES MELLITUS</b>	6
<b>ASMA</b>	8
<b>OTRAS</b>	8

Además es importante destacar que algunas pacientes poseen más de un factor de riesgo, 10% con 3 factores de riesgo y 1.25% con 4 cuatro, es por ello que se puede resumir las carteristas de la población de la siguiente manera.

Consolidado de pacientes					
FACTOR 1		FACTOR 2		FACTOR 3	
ADOLESCENTES	15	DESNUTRICION	5		
		HTA	1		
		ASMA	1		
		TIROIDES	1		
EDAD AVANZADA	4	OBESIDAD	7	DM	1
				HTA	4
				ASMA	3
		DM	5		
		HTA	3		
		ASMA	1		
OTRA	1				
DESNUTRICION	3				
OBESIDAD	12	HTA	1		
		ASMA	1		
HTA	2				
DM	1				
ASMA	3				
OTRAS	4				
<b>4 FACTORES DE RIESGO</b>	1				
SUB TOTAL	45		27		8
TOTAL PACIENTES	80				

**Objetivo 2:** Destacar cual fue el resultado perinatal de las pacientes embarazadas inscritas en clínica de alto riesgo reproductivo UCSF-I Suchitoto en el período marzo 2017-marzo 2018.

A pesar de los factores de riesgo detectados 35 de las pacientes lograron culminar su gestación sin ninguna complicación, sin embargo se presentaron 15 casos de amenazas de aborto, de los cuales 10 pacientes logran culminar su embarazo.

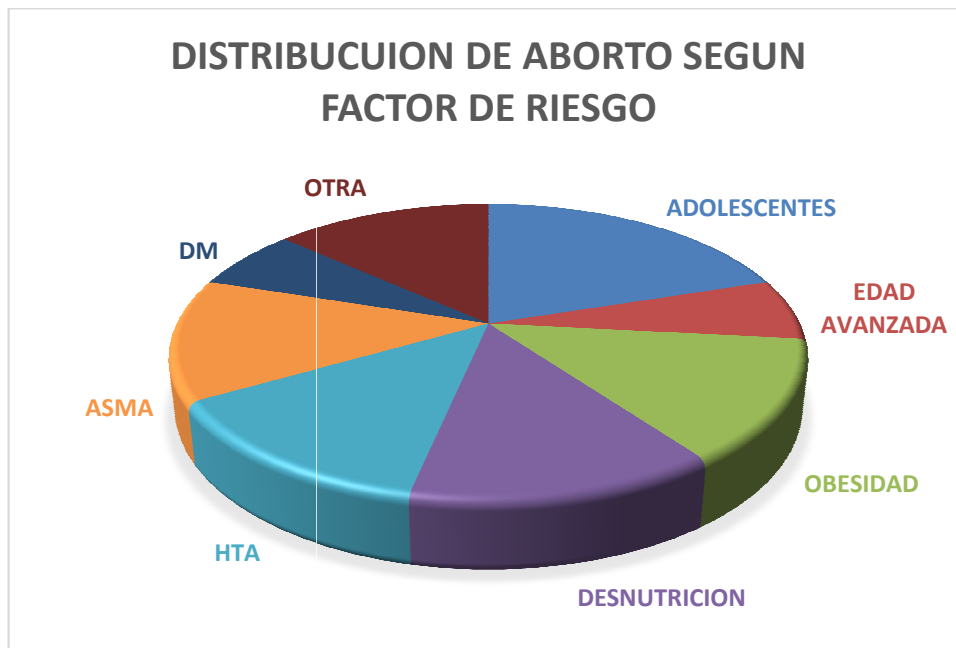
Además 16 pacientes presentan aborto, siendo la primera causa de un resultado perinatal desfavorable. Además debe destacarse 8 partos prematuros, 6 malformaciones congénitas, 8 macrosomias y 3 óbitos fetales por lo que el 57% de las pacientes presentaron un resultado perinatal desfavorable.



Del total de abortos la mayor frecuencia se presenta en las pacientes con enfermedades crónico degenerativas obteniendo el 46% de los casos siendo la Hipertensión Arterial Crónica la enfermedad destacada.

Factores nutricionales: obesidad (2 casos) como desnutrición (2 casos) representando el 27% del total.

Finalmente los extremos de la vida representan 27% con mayor ponderación las madres adolescentes (3 casos) y únicamente una madre mayor de 35 años.



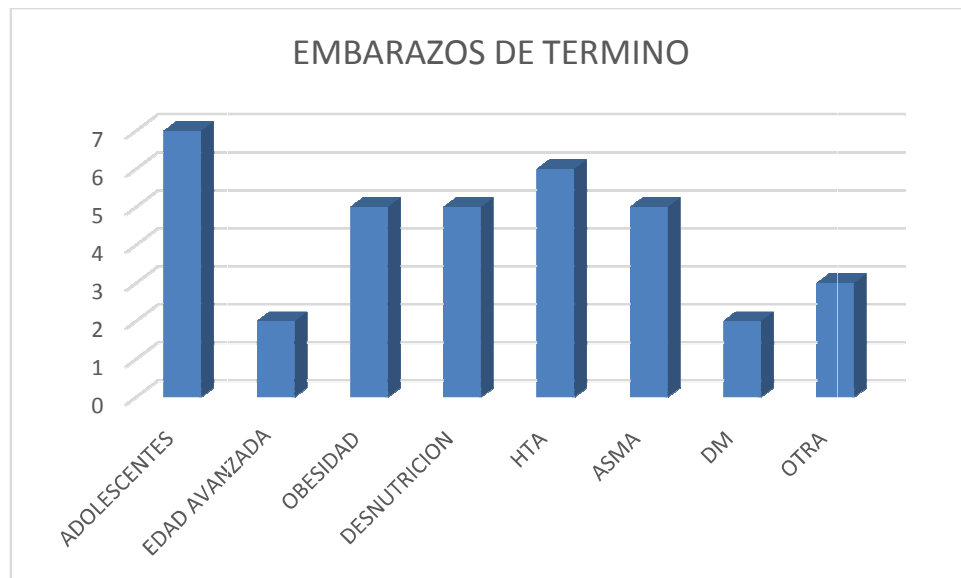
Las pacientes cuyo factor de riesgo es el estado nutricional 27% representando igualdad entre la obesidad y la desnutrición.

Extremos etarios con el 27% con el mayor porcentaje para las madres adolescentes. Ahora bien si analizamos estos datos sin agruparlos por los categorías de factores de riesgo que ya se han mencionado, y por el contrario



se visualizan de manera individual, las madres adolescentes son las que encabezan el listado de frecuencia.

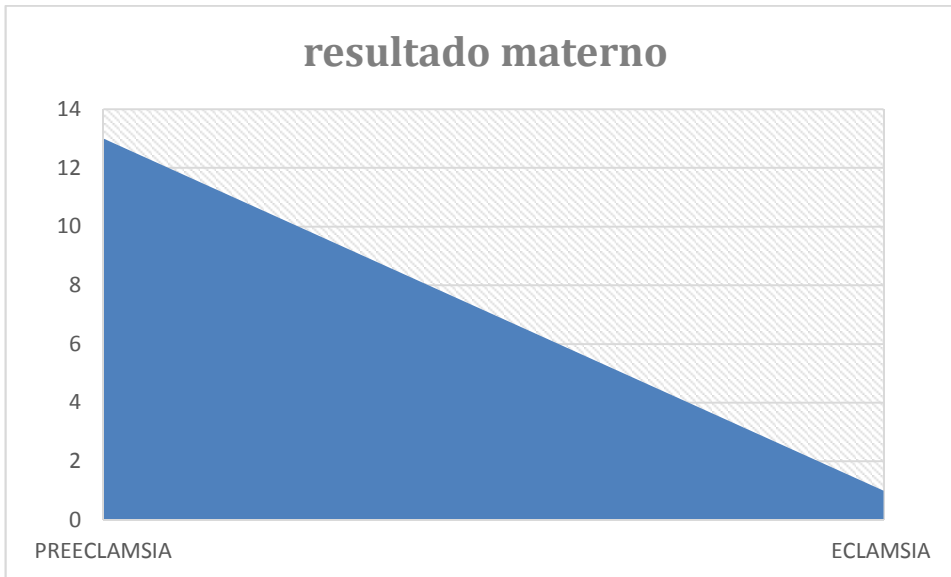
Cabe mencionar que a pesar de los múltiples factores de riesgo que presenta la población en estudio el 43% finalizó el embarazo sin complicaciones; de estos 35 casos las enfermedades crónicas representan del 45% por lo que presentan 6 casos con Hipertensión Arterial Crónica, Asma 5 pacientes diabetes Mellitus 2 pacientes



En cuanto a la vía de evacuación de los 49 partos registrados, un alarmante 55% de los partos fueron mediante cesáreas y 45% vaginal. En total fueron 49 partos.



Además se presentaron 14 casos de trastornos hipertensivos del embarazo de los cual únicamente 5 paciente cuentan con el antecedente de Hipertensión Arterial Crónica y del estos mismos 9 pacientes verificaron parto abdominal.



**Objetivo 3:** Especificar cuáles son las acciones implementadas en pacientes de clínica de alto riesgo reproductivo para un futuro embarazo en UCSF-I Suchitoto.

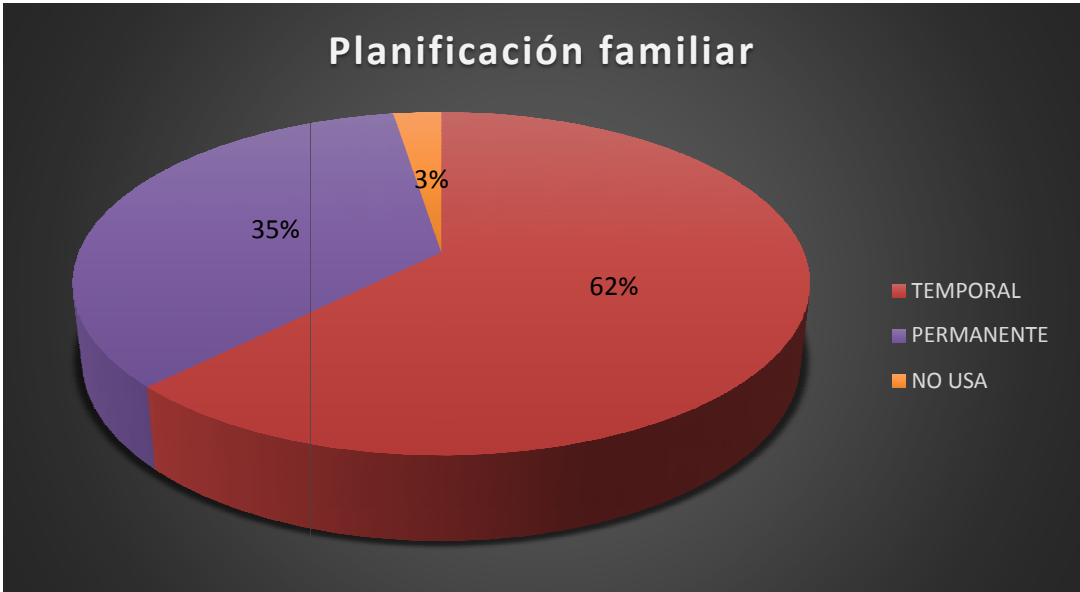
De las 38 pacientes que ya contaban con un diagnóstico de enfermedades crónicas no transmisibles, 30 de ellas se les brindaba tratamiento farmacológico y fue necesario realizar modificaciones al tratamiento farmacológico preexiste únicamente a 20.

tratamiento previo		
patología previa	tratamiento farmacológico	modificación de tx
33	30	20

La necesidad de interconsultas médicas fue muy amplia y variada pero las más frecuentes fueron hacia la especialidad de medicina interna y nutrición

INTERCONSULTAS									
Medicina interna	Nutrición	Cardiología	Cirugía	Endocrinología	Reumatología	Neumología	Perinatología	Neonatología	Psicología
11	11	2	2	3	1	4	2	1	3

Como último punto debemos abordar la planificación familiar en donde al finalizar el embarazo 62% de la pacientes opto por un método temporal que incluye el dispositivo intrauterino, el implante intradérmico y anticonceptivo hormonal de 3 meses; 35% eligió la esterilización quirúrgica y un lamentable 3% no eligió ningún método de planificación.



## DISCUSIÓN

Hay muchos factores involucrados en la clínica de alto riesgo reproductivo y los efectos de cualquier factor varían de paciente a paciente. Los resultados pueden incluir la mortalidad de la madre y / o el feto / neonato.

El mayor peligro de parto pretérmino y de muertes neonatales en los hijos de madres adolescentes ha sido descrito por varios autores, que identifican además la toxemia, partos prolongados y aumento de la incidencia de cesáreas.

En los resultados obtenidos 15 pacientes están en obesidad mórbida lo que se asocian a diferentes complicaciones obstétricas y perinatales, como diabetes gestacional, preeclampsia, Macrosomía fetal. Por lo que se esperaría que estas 15 pacientes contaran con evaluación nutricional sin embargo las interconsultas hacia nutrición fueron 11.

El 41. 25% de la población ya contaban con diagnostico establecido de enfermedad crónica no transmisible previo a la gestación por lo que 37.5% tenía tratamiento previo que luego de su interconsulta; un 17.6% cambia dicho tratamiento. A la cabeza las pacientes con hipertensión arterial crónica.

El 60% de las pacientes presentaron un resultado perinatal desfavorable entre ellas amenazas de aborto, aborto, parto pretérmino, preeclamsia, eclampsia y alta frecuencia de partos abdominales en un 55%.

El 97% de la población eligió un método de planificación, 62% métodos temporales y 35% métodos permanentes

Al finalizar su 2do control puerperal, 62% de la pacientes opto por un método temporal que incluye anticonceptivo hormonal depoprovera, el dispositivo intrauterino, el implante intradérmico este dato a predomino de pacientes

adolescentes; 35% eligió la esterilización quirúrgica y un lamentable 3% no eligió ningún método de planificación lo que es un dato preocupante pues siguen siendo pacientes con alto riesgo reproductivo.

## CONCLUSIONES

- Con un embarazo de alto riesgo se realizan muchas intervenciones, interconsultas, visitas, tratamientos y tiempo por parte del personal de salud, por ello es importante reconocer a las pacientes de la clínica de alto riesgo reproductivo.
- El embarazo adolescente es descuidado por la misma inexperiencia de la joven gestante, aumentando las complicaciones perinatales.
- El 60% de las pacientes presentaron un resultado perinatal desfavorable.
- Las pacientes a pesar de ser detectadas con alto riesgo reproductivo no se les brindo una atención integral limitando las interconsultas y referencias realizadas
- Es importante la adecuada educación sobre método de planificación familiar y que tengamos una cobertura de 100% de estas pacientes para que se logre una estabilidad de su patología/condición y luego tener un éxito en la gestación.
- Los factores de riesgos predominantes en la población de estudio son la obesidad, edad materna avanzada y la hipertensión arterial.
- Las pacientes con antecedente de enfermedades crónicas no transmisibles, deben contar con un método de planificación familiar, ya que un 46% no logran finalizar el embarazo.

## **RECOMENDACIONES**

- La asesoría preconcepcional debe ser mandatorio en todas las pacientes que deseen embarazo siendo mayormente dirigida a todas aquellas pacientes mayores de 35 años.
- Debe intensificarse la búsqueda activa de pacientes que cumplan con los criterios de alto riesgo reproductivo para dar la asesoría oportuna previo a gestaciones riesgosas
- Se debe brindar la asesoría oportuna acerca de los métodos de planificación familiar haciendo énfasis en los métodos permanentes o métodos temporales de larga duración
- Brindar atención integral y multidisciplinaria a las pacientes identificadas con alto riesgo reproductivo



## **BIBLIOGRAFÍA**

### **Libros y artículos.**

- Dra Mirian Gonzalez Lineamientos técnicos para la atención integral de las mujeres con alto riesgo reproductivo, San Salvador, noviembre 2016, introducción, pág. 6
- Edición José Botella Llusía José A. Clavero Núñez TRATADO DE GINECOLOGÍA Fisiología Capítulo 24 Enfermedades del aparato circulatorio y respiratorio durante el embarazo, pag. 297-300
- Allan H. DeChemey, Lauren Nathan Neri Laufer, Ashley S. Roman; CURREN diagnosis & treatment: obstetrics & gynecology, 11ed, Sección III cap. 12
- Departamento Medicina Interna Unidad de Diabetes. Clínica Las Condes, 2009.
- American Diabetes Association: Pre-conception care page 36 Diabetes Care 31, sup. 1, año 2008.
- Buchman T. Therapy for Diabetes Mellitus and Related Disorders. American Diabetes Association, 2008; Therapy for Diabetes Mellitus cap. 10; pag.26.
- González-Merlo J.M. Laílla Vicens E. Fabre González E. González Bosquet Obstetricia 6ta edición, sección V cap. 27 Estados hipertensivos del embarazo, pag. 370-374

## **Páginas web.**

- [www.who.int/topics/sexual\\_health/es/](http://www.who.int/topics/sexual_health/es/)
- <https://accessmedicine.mhmedical.com/content.aspx?bookid=498&sectionid=41008602>
- [https://www.who.int/topics/risk\\_factors/es/](https://www.who.int/topics/risk_factors/es/)
- <https://accessmedicine.mhmedical.com/content.aspx?bookid=498&sectionid=41008602>
- [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-600X2006000200002](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2006000200002) Rev Cubana Obstet Ginecol v.32 n.2 Ciudad de la Habana Mayo-ago. 2006
- <http://www.salud.gob.sv/08-07-2016-unfpa-y-minsal-presentan-estudio-de-embarazos-en-ninas-y-adolescentes/>
- <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0009741116300858>  
Volume 85, Issue 4, July–August 2017, Pages 292-298

# **ANEXOS**

## Anexo 1 Instrumento

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR  
FACULTAD DE MEDICINA  
DOCTORADO EN MEDICINA



“Resultado perinatal en embarazadas inscritas en la clínica de alto riesgo reproductivo en UCSF-I Suchitoto en el periodo marzo 2017- marzo 2018”

### Registro de expediente clínico

**Objetivo 1:** Identificar las patologías más frecuentes en las pacientes embarazadas inscritas en la clínica de alto riesgo reproductivo UCSF-I Suchitoto en el periodo marzo 2017-marzo 2018.

Instrucción: Complete la siguiente información según corresponda.

No. paciente					
Factores de riesgo					
Edad					
Peso					
IMC					
Hipertensión Arterial					
Diabetes Mellitus					
Asma					
Otras Enfermedades					

**Objetivo 2:** Destacar cual es el resultado perinatal de las pacientes embarazadas inscritas en clínica de alto riesgo reproductivo en UCSF-I Suchitoto en el periodo marzo 2017-marzo 2018.

Instrucción: Colocar una "X" según el resultado perinatal de la paciente.

No. Paciente					
Resultado perinatal					
Amenaza de aborto					
Aborto					
Óbito					
Prematurez					
Malformaciones congénitas					
Macrosomia fetal					
Preeclampsia					
Eclampsia					
Embarazo a término sin complicaciones					
Vía del parto					

**Objetivo 3:** Especificar cuáles son las acciones implementadas en pacientes de clínica de alto riesgo reproductivo para un futuro embarazo en UCSF-I Suchitoto en el periodo marzo 2017-marzo 2018.

Instrucción: Complemente la información según corresponda

No. paciente					
Patologías previas					
Tratamiento farmacológico presente previo al embarazo					
Modificaciones realizadas al tratamiento farmacológico durante el embarazo					
Necesidad de interconsulta con otras especialidades					
Especialidad a la que se refiere a la paciente					
Posterior al embarazo la anticoncepción es temporal					
Posterior al embarazo la anticoncepción es permanente					