



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
SISTEMA DE POSGRADO  
ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

TEMA:

Comportamiento de algunas variables epidemiológicas en embarazadas de muy alto y alto riesgo en seis consultorios del Centro de Salud Pascuales.  
Año 2021.

AUTORA:

Sánchez Yépez, Gisela Narcisa

Trabajo de investigación previo a la obtención del título de:  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

DIRECTOR:

Batista Pereda, Yubel

GUAYAQUIL – ECUADOR

2021



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
SISTEMA DE POSGRADO  
ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Certificamos que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por *la Dra. Gisela Narcisa Sánchez Yépez*, como requerimiento parcial para la obtención del Título de Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.

Guayaquil, a los 20 días del mes de noviembre del año 2021

DIRECTOR DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN:

---

Dr. Yubel Batista Pereda MSc

DIRECTOR DEL PROGRAMA:

---

Dr. Xavier Francisco Landívar Varas



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
SISTEMA DE POSGRADO  
ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD:

Yo, Gisela Narcisa Sánchez Yépez

Declaro que:

El Trabajo de investigación: *Comportamiento de algunas variables epidemiológicas en embarazadas de muy alto y alto riesgo en seis consultorios del Centro de Salud Pascuales. Año 2021*, previo a la obtención del Título de Especialista, ha sido desarrollado en base a una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros, conforme a las citas que constan en el texto del trabajo, y cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría. En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance científico del Trabajo de Tesis mencionado.

Guayaquil, a los 20 días del mes de noviembre del año 2021

La autora:

---

Dra. Gisela Narcisa Sánchez Yépez



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
SISTEMA DE POSGRADO  
ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

AUTORIZACIÓN:

Yo, Gisela Narcisa Sánchez Yépez

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la publicación en la biblioteca de la institución del trabajo de investigación de Especialización titulado: *Comportamiento de algunas variables epidemiológicas en embarazadas de muy alto y alto riesgo en seis consultorios del Centro de Salud Pascuales. Año 2021*, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 20 días del mes de noviembre del año 2021

LA AUTORA:

---

Dra. Gisela Narcisa Sánchez Yépez

## **Document Information**

**Analyzed document**Gisela Sánchez Yépez (2).pdf (D126464828)

**Submitted**2022-01-28T22:16:00.0000000

**Submitted by**

**Submitter email**[gisela.sanchez@cu.ucsg.edu.ec](mailto:gisela.sanchez@cu.ucsg.edu.ec)

**Similarity**0%

**Analysis address**[xavier.landivar.ucsg@analysis.arkund.com](mailto:xavier.landivar.ucsg@analysis.arkund.com)

**Sources included in the report**

## AGRADECIMIENTO

A dios por darme fuerzas, salud y vida.

A mis padres que a lo largo de toda mi vida con esfuerzo, dedicación y cariño han motivado toda mi formación academica con profesional dándome su apoyo incondicional siempre.

A mi esposo e hijos por su comprensión y apoyo. Uds son la razón de vivir.

A mis docentes de Posgrado a quienes con sus enseñanzas que con sus enseñanzas les debos los conocimientos adquiridos en la prestigiosa Universidad Catolica Santiago de Guayaquil, la cual nos abrió las puertas para un futuro competitivo y formandonos como personas de bien.

De manera especial mi eterno agradecimiento al Dr. Yubel Batista Pereda, director de tesis, quien, con su experiencia, dedicación y profesionalismo guió y asesoró correctamente los lineamientos de mi tema de investigación.

## DEDICATORIA

Esta tesis de posgrado esta dedicada a mis padres, Guillermo y Laura, pilares fundamentales, quienes a lo largo de mi vida han velado por mi bienestar y educacion siendo mi apoyo en todo momento, sin ellos jamás hubiese podido ser lo que ahora soy. Tambien dedico este proyecto a mi esposo Francis, compañero de vida, inseparable en cada jornada. El represento gran esfuerzo y firmeza en momentos de decline y cansancio. A mis hijos Francis y Jeanpierre, mi razón de vivir, este logro es para ustedes. Dios los bendiga siempre y mucha vida para poder retribuirles un poco de lo que me han dado.



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
SISTEMA DE POSGRADO  
ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

## TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

---

Landívar Varas, Xavier Francisco  
Director Del Posgrado

---

Aranda Canosa, Sanny  
Coordinadora Docente

---

Batista Pereda, Yubel  
Oponente



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA  
III COHORTE  
ACTA DE CALIFICACIÓN



Tema: Comportamiento de algunas variables epidemiológicas en embarazadas de muy alto y alto riesgo en seis consultorios del Centro de Salud Pascuales. Año 2021.  
Posgradista: Dra. Gisela Narcisa Sánchez Yépez  
Fecha:

No.	Miembros Del Tribunal	Función	Calificación Trabajo Escrito /60	Calificación Sustentación /40	Calificación Total /100	Firma
1	Dr. Xavier Landívar Varas	Director Del Posgrado Mfc				
2	Dra. Sanny Aranda Canosa	Coordinadora Docente				
3	Dr. Yubel Batista Pereda	Oponente				
Nota Final Promediada Del Trabajo De Titulación						

Observaciones: \_\_\_\_\_

Lo certifico

\_\_\_\_\_  
Dr. Xavier Landívar Varas  
Director Del Posgrado  
Tribunal De Sustentación

\_\_\_\_\_  
Dr. Yubel Batista Pereda  
Oponente  
Tribunal De Sustentación

\_\_\_\_\_  
Dra. Sanny Aranda Canosa  
Coordinadora Docente  
Tribunal De Sustentación

## ÍNDICE GENERAL

RESUMEN .....	XV
ABSTRACT .....	XVI
1. INTRODUCCIÓN.....	2
2. EL PROBLEMA.....	3
2.1 IDENTIFICACIÓN, VALORACIÓN Y PLANTEAMIENTO .....	3
2.2 FORMULACIÓN .....	5
3. OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS.....	6
3.1 OBJETIVO GENERAL .....	6
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	6
4. MARCO TEÓRICO .....	7
4.1. FACTORES DE RIESGO OBSTÉTRICO.....	7
4.2. EVALUACIÓN Y CLASIFICACIÓN DE RIESGO OBSTÉTRICO.....	8
4.3. DEFINICIONES, CLASIFICACIÓN Y EPIDEMIOLOGÍA DE ALGUNAS ENFERMEDADES GESTACIONALES. ....	10
4.2 ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS.....	20
4.2.1 Riesgo obstétrico: Contexto latinoamericano y ecuatoriano. ..	20
5. MÉTODOS.....	25
5.1. NIVEL DE LA INVESTIGACIÓN.....	25
5.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	25
5.3. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN. ....	25
5.4. JUSTIFICACIÓN DE LA ELECCIÓN DEL MÉTODO. ....	25
5.5. POBLACIÓN DE ESTUDIO. ....	25
5.5.1. Criterios y procedimientos de selección de la muestra o participantes del estudio. ....	25
5.6. Procedimiento de recolección de la información .....	26
5.7. Técnicas de recolección de información.....	27
5.8. Técnicas de análisis estadístico .....	28
5.9. VARIABLES .....	29
5.9.1. Operacionalización de variables .....	29
6. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS Y DISCUSIÓN .....	34
7. CONCLUSIONES .....	47

8.	VALORACIÓN CRÍTICA DE LA INVESTIGACIÓN.....	49
9.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	50
10.	ANEXOS.....	54

## ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1: DISTRIBUCIÓN DE GESTANTES SEGÚN EDAD. CENTRO DE SALUD PASCUALES. AÑO 2021.....	34
TABLA 2: DISTRIBUCIÓN DE GESTANTES SEGÚN ESCOLARIDAD. CENTRO DE SALUD PASCUALES. AÑO 2021.....	36
TABLA 3: DISTRIBUCIÓN DE GESTANTES SEGÚN ESTADO CIVIL. CENTRO DE SALUD PASCUALES. AÑO 2021.....	37
TABLA 4: DISTRIBUCIÓN DE GESTANTES SEGÚN OCUPACIÓN. CENTRO DE SALUD PASCUALES. AÑO 2021.....	39
TABLA 5: DISTRIBUCIÓN DE GESTANTES SEGÚN EDAD GESTACIONAL. CENTRO DE SALUD PASCUALES. AÑO 2021.....	40
TABLA 6: DISTRIBUCIÓN DE GESTANTES SEGÚN NÚMEROS DE CONTROLES PRENATALES. CENTRO DE SALUD PASCUALES. AÑO 2021.....	42
TABLA 7: DISTRIBUCIÓN DE GESTANTES SEGÚN MUY ALTO RIESGO OBSTÉTRICO. CENTRO DE SALUD PASCUALES. AÑO 2021.....	44
TABLA 8: DISTRIBUCIÓN DE GESTANTES SEGÚN ALTO RIESGO OBSTÉTRICO. CENTRO DE SALUD PASCUALES. AÑO 2021.....	45

## ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1 CLASIFICACIÓN DE RIESGO OBSTÉTRICO.....	7
--	---

## ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO 1: HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	54
--	----

## RESUMEN

**Antecedentes:** Este estudio tiene como objetivo identificar las complicaciones obstétricas de muy alto y alto riesgo en gestantes que acuden a seis consultorios del Centro de Salud Pascuales durante el primer semestre del 2021. **Métodos:** Estudio descriptivo, observacional, retrospectivo y de corte transversal. Se utilizaron dos fuentes de recolección de datos: cuestionario e historia clínica de la paciente, para identificar variables sociodemográficas y antecedentes obstétricos, respectivamente. La población de estudio estuvo constituida por 74 gestantes. **Resultados:** Predominan las gestantes con edades entre 20 a 24 años, con bachillerato incompleto, en su mayoría solteras, que se ocupan en las labores de casa. En cuanto a las variables obstétricas, la mayoría de las gestantes acuden al Centro de Salud durante el primer trimestre y registran al menos un control prenatal. Respecto de las variables epidemiológicas de muy alto y alto riesgo que prevalecen están: infección urinaria con fiebre y ganancia inadecuada de peso, respectivamente. **Conclusiones:** La detección temprana es una herramienta importante que los trabajadores de la salud deben poder asegurar a las mujeres para planificar las mejores estrategias de tratamiento y minimizar los riesgos de maternidad y / o fetal.

**Palabras Clave:** Riesgo Obstétrico, Enfermedades Gestacionales, Control Prenatal.

## ABSTRACT

**Background:** This study aims to identify obstetric complications of very high and high risk in pregnant women who attend six medical offices of the Pascual Health Center during the first half of 2021. **Methods:** Descriptive, observational, retrospective and cross-sectional study. Two sources of data collection were used: questionnaire and clinical history of the patient, to identify sociodemographic variables and obstetric history, respectively. The study population consisted of 74 pregnant women. **Results:** Pregnant women between the ages of 20 and 24, with incomplete baccalaureate, mostly single, who are engaged in housework predominate. As for obstetric variables, most pregnant women go to the Health Center during the first trimester and register at least one prenatal control. Regarding the epidemiological variables of very high and high risk that prevail are: urinary tract infection with fever and inadequate weight gain, respectively. **Conclusions:** Early detection is an important tool that health care workers should be able to assure women in order to plan the best treatment strategies and minimize the risks of motherhood and/or fetal.

**Keywords:** Obstetric Risk, Gestational Diseases, Prenatal Control.

## 1. INTRODUCCIÓN

Si bien, la gestación es considerada un suceso grandioso en la vida de una mujer debido a los cambios anatómicos y fisiológicos que se producen en su cuerpo, también puede convertirse en un período que enfrenta peligros potenciales donde la probabilidad de enfermedad o muerte antes, durante o después del parto es mayor que lo habitual. Estos peligros son conocidos como complicaciones obstétricas que podrían afectar el desarrollo del embarazo y el bienestar de la madre y/o el embrión (1,2).

El riesgo obstétrico puede ser percibido de diferentes maneras por la mujer y su médico. La muerte materna es una de las máximas expresiones que un embarazo riesgoso pudiera tener. Entre las causas de mortalidad materna en el mundo que se consideran con mayor frecuencia está la hemorragia grave, seguidas de causas indirectas como las infecciones, el aborto peligroso, la hipertensión, el parto inducido y otras causas (3).

Las mujeres con embarazos complicados requieren cambios en el estilo de vida, regímenes de medicamentos, apoyo técnico e incluso hospitalización (4). Deben recibir atención de un equipo especial de atención médica que garantice los mejores resultados posibles. Además, mediante acciones periódicas, los médicos debieran detectar factores que pudieran condicionar morbilidad o mortalidad materna, de tal manera que la intervención oportuna pueda evitar una desgracia. Los médicos pueden fomentar un ambiente de seguridad durante la atención médica a la madre y el embrión (5).

La detección y tratamiento del riesgo obstétrico constituye una de las estrategias básicas que han posibilitado la mejora de la salud perinatal. En este aspecto es importante identificar el comportamiento del riesgo obstétrico en el primer nivel del sistema de salud, según la estrategia de atención integral AIEPI, que contribuye a conservar la salud y reducir la morbilidad y mortalidad de índices de riesgo, en función de las características de la gestante y predecir sus problemas futuros.

## 2. EL PROBLEMA

### 2.1 Identificación, Valoración y Planteamiento

En 1960, Wigglesworth recomienda una lista obstétrica y pediátrica como guía para la prevención y el diagnóstico precoz del bebé con problema, estableciendo, de esta forma, el concepto del registro del riesgo obstétrico en Gran Bretaña. Luego, en EE. UU., varios médicos se ocuparon en desarrollar los métodos para identificar el embarazo de alto riesgo. Posterior a esto, en 1986, se presenta la propuesta de “reducir los riesgos del embarazo” en la carta de Ottawa, misma que promociona la salud y luego fomenta la salud de la madre y del recién nacido (6).

La iniciativa para una maternidad sin riesgo, lanzada en 1987 por la OMS, el UNICEF, el FNUAP, el Banco Mundial y otras organizaciones interesadas en la salud materna, colocó la mortalidad materna en primer plano de la salud pública internacional. Esta iniciativa dio a conocer la falta de equidad que se oculta tras la mala salud de las madres. Cada año mueren alrededor de 303 000 mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto (4). Las cifras más altas de muerte materna (MM) del mundo se concentran en África central, zona donde se refleja inequidades en el acceso a los servicios de salud.

Durante el año 2017 (3), en América Latina y el Caribe, murieron en promedio 74 mujeres por cada 100,000 nacidos vivos. La mayor tasa de mortalidad materna la presentó Haití, al morir un promedio de 480 mujeres por cada 100,000 nacidos vivos, seguido de Guayana (169), Bolivia (155), Paraguay (129), Venezuela (125), Suriname (120), Santa Lucía (117) y Nicaragua (98).

Si bien, desde 1990 se ha logrado reducir las muertes maternas relacionadas con complicaciones en el embarazo y en el parto, para el 2015, ningún país en América Latina ha logrado alcanzar el Objetivo de Desarrollo del Milenio en disminuir un 75% de mortalidad materna. El embarazo de alto riesgo es considerado como un problema de salud pública no solo por su prevalencia, sino por que es responsable del 80% de resultados perinatales adversos (7).

En Ecuador, para el año 2017, en el reporte del anuario de nacimientos y

defunciones del INEC (8), muestra que una buena proporción de muertes maternas son evitables (hipertensión del embarazo, hemorragias, infecciones, trauma), incluyendo cinco fallecimientos por aborto (es posible que otras muertes por aborto estén encubiertas en causas como hemorragias o embarazos ectópicos).

Según reportes del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) en el año 2015, la razón de mortalidad materna (RMM) fue de 44.58 por cada 100 000 nacidos vivos. No obstante, para el año 2018, la RMM se reduce a 36.22 defunciones por cada 100 000 nacimientos estimados. Las provincias que notificaron un mayor número de defunciones fueron: Guayas (32 casos), Pichincha (9 casos), Chimborazo (8 casos).

La mayoría de las muertes maternas se producen en las mujeres que viven en zonas rurales o urbano-marginales empobrecidas, que muchas veces carecen de servicios básicos, saneamiento ambiental y unidades educativas sumadas a deficientes vías de acceso. Según la evidencia, el embarazo de riesgo constituye un problema de salud pública para la atención obstétrica, debido no solo a su prevalencia, que se estima en un 15%, sino a que es responsable del 80% de los resultados perinatales adversos.

Otros factores que pudieran convertir al embarazo en riesgoso son la edad de la mujer, donde se puede aumentar la presión arterial o el riesgo de preeclampsia (9,10); la obesidad, la cual afecta y aumenta el riesgo de presión arterial alta, preeclampsia, diabetes gestacional, muerte fetal, defectos del tubo neural y parto por cesárea. Además, investigaciones han encontrado que la obesidad puede aumentar el riesgo de problemas cardíacos de los bebés al nacer en un 15% (11).

Erróneamente se considera que para evitar muertes maternas se debe actuar en los hospitales donde mueren las mujeres. Los médicos y las enfermeras son testigos de como pacientes llegan en un estado terminal, de hemorragia o de preeclampsia y lo que ellos pueden hacer es poco. El problema que tienen los médicos es cómo detectar las complicaciones obstétricas en la ruta previa que tienen las pacientes hasta llegar a los hospitales.

En la actualidad, respecto a la prevención de la mortalidad materna (MM) se ha visto que la mayoría de los recursos han sido dirigidos al cuidado prenatal, a la atención del parto y posparto que al manejo de las complicaciones. Es cierto, que la mayor parte de las complicaciones no pueden prevenirse o evitarse porque ocurren durante o inmediatamente después del parto, sin embargo, pueden ser tratadas, siempre y cuando se ofrezca atención médica oportuna.

En la atención de primer nivel de este Centro de Salud, se constata una alta prevalencia de embarazadas que presentan riesgos. Esta investigación se enfoca en los factores de riesgo obstétrico, con el fin de reconocerlos, abordarlos y brindar un tratamiento óptimo con el fin de evitar complicaciones futuras en mujeres que acudan al Centro de Salud Pascuales. Ante esto, el estudio se plantea la siguiente pregunta:

## **2.2 Formulación**

¿Cuál es el comportamiento de algunas variables epidemiológicas en embarazadas de muy alto y alto riesgo en el Centro de Salud Pascuales durante el año 2021?

### 3. OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS

#### 3.1 Objetivo General

Determinar el comportamiento de algunas variables epidemiológicas en embarazadas de muy alto y alto riesgo en seis consultorios del Centro de Salud Pascuales en el año 2021.

#### 3.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar la población de embarazadas según variables sociodemográficas.
- Caracterizar la población de embarazadas según variables obstétricas.
- Determinar la frecuencia de factores de alto y muy alto riesgo obstétrico en embarazadas.

## 4. MARCO TEÓRICO

### 4.1. Factores de riesgo obstétrico.

Los cambios fisiológicos asociados al embarazo predisponen al desarrollo de complicaciones que pueden afectar significativamente a la madre y al feto. El factor de riesgo es una característica que se asocia con una probabilidad de experimentar un daño a la salud. Estos factores (biológicos, ambientales, de comportamiento, socioculturales, económicos) son observables y se los puede identificar antes de la ocurrencia de un daño.

La clasificación de riesgo se calcula al medir la probabilidad de ocurrencia de un evento, en función de cierto número de variables. Será bajo cuando no se identifique ningún factor de riesgo conocido y alto cuando están presentes una o varias condiciones que puedan afectar la salud (12). El Ministerio de Salud Pública del Ecuador, establece una clasificación del riesgo obstétrico de acuerdo con enfermedades y problemas de salud que acompañan al embarazo de riesgo muy alto y embarazo de alto riesgo y embarazo de bajo riesgo (13).

**Figura 1 Clasificación de riesgo obstétrico**


**Factores de riesgo modificables:** cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumenta la probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión, el cual puede ser prevenible y controlado.

**Factores de riesgo no modificables:** cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumenta la probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión, la cual no puede ser revertido.

## **4.2.Evaluación y clasificación de riesgo obstétrico.**

A partir del año 1996 se promueve la aplicación del manual de la atención integrada de las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI) a los países de las Américas. La estrategia nace como un manual que enfoca su atención en menores de cinco años en su estado de salud integral además de la enfermedad que puede afectarles, con el propósito de reconocer los signos clínicos y elegir los tratamientos apropiados para proporcionar consejería y atención preventiva (14).

En este manual, el proceso de atención de un niño o niña inicia desde los 0 a 2 meses de edad y es un tanto diferente al manejo de niños mayores. Es decir que resulta indispensable que el médico evalúe y clasifique si la madre atraviesa por algún riesgo durante el embarazo (15). Por lo tanto, se iniciará evaluando y determinando los posibles signos de peligro durante el embarazo.

Para detectar posibles riesgos en las gestantes, el manual recomienda evaluar sus historias clínicas y obstétricas a través de un listado de preguntas (16). Luego, a través de un cuadro de procedimientos codificados por colores, puede clasificar que tipo de riesgo atraviesa la gestante y el tipo de atención que merece. El color rojo corresponde a riesgo inminente o muy alto riesgo; el color amarillo significa alto riesgo y el color verde representa a los embarazos considerados de bajo riesgo.

En primer lugar, será necesario verificar si existen signos y síntomas de peligro. Será trabajo del médico llenar correctamente la historia clínica obstétrica y obtener información acerca de las siguientes preguntas:

¿Qué edad tiene?

¿Cuándo fue su última menstruación?

¿Cuándo fue su último parto?

¿Ha tenido algún control prenatal? ¿Cuántas veces?

¿Cuándo fue su último parto?

¿Los partos han sido naturales o por cesárea?

¿Cuántos embarazos ha tenido?

¿Ha tenido hijos prematuros de bajo peso al nacer (< 2.500 g) o macrosómicos (> 4.500 g)?

- ¿Ha tenido hijos con mal formación?
- ¿Se ha muerto algún hijo o hija antes de nacer o durante la primera semana de vida?
- ¿Ha tenido dolores de parto?
- ¿Percibe movimientos fetales?
- ¿Ha recibido atención prenatal?
- ¿Tiene o ha tenido fiebre?
- ¿Padece de alguna enfermedad? ¿Cuál?
- ¿Le han dado algún medicamento? ¿Cuál?
- ¿Ha tenido hemorragia vaginal?
- ¿Ha perdido líquido por la vagina? ¿De qué color? ¿Tiene olor?
- ¿Ha tenido flujo vaginal?
- ¿Ha tenido dolor de cabeza severo?
- ¿Ha tenido visión borrosa?
- ¿Ha tenido convulsiones?
- ¿Ha perdido la conciencia?
- ¿Fuma, bebe o consume drogas?

Al finalizar este proceso, el médico procede a determinar el nivel de complejidad de la gestante (7).

CLASIFICAR significa tomar una decisión sobre la gravedad de la enfermedad. Para cada uno de los síntomas principales evaluados en la madre, seleccionará una categoría o “clasificación”, la cual corresponde a la gravedad o mayor riesgo durante el embarazo. Las clasificaciones no son diagnósticos precisos de enfermedades sino categorías que se emplean en el lugar donde debe ser atendida la embarazada. En el Cuadro de Procedimientos, en el gráfico EVALUAR Y CLASIFICAR, cada cuadro enumera signos clínicos de enfermedades y sus clasificaciones. Los cuadros se dividen en tres columnas denominadas: EVALUAR SIGNOS, CLASIFICAR Y TRATAMIENTO. En su mayor parte, los cuadros de clasificación también comprenden tres hileras: rojas, amarillas y verdes. El color de las hileras indica la gravedad de la enfermedad. Al emplear el Cuadro de Procedimientos de “ATENCIÓN DE LA MADRE DURANTE EL EMBARAZO HASTA EL PARTO”, comience en la parte superior de la columna de EVALUAR en el

extremo izquierdo. Lea hacia abajo la columna y determine si la madre presenta o no el signo. Cuando llegue a un signo que la madre presente, deténgase y clasifíquela según esa hilera. De esta forma, usted siempre asignará a la madre el nivel de atención donde debe ser atendida, pues hay varios niveles según la categoría o clasificación asignada a cada caso.

#### **4.3. Definiciones, clasificación y epidemiología de algunas enfermedades gestacionales.**

**Hemorragia obstétrica:** Se define como la pérdida sanguínea de origen obstétrico, con alguno de los siguientes criterios: pérdida de 25 % de la volemia, caída del hematocrito mayor de 10 puntos, cambios hemodinámicos o pérdida superior a los 150 mL/minuto. La hemorragia posparto se refiere a la pérdida sanguínea mayor de 500 mL posterior a un parto vaginal o la pérdida superior a 1000 mL posterior a una cesárea. También se ha definido como la disminución de 10 % del nivel de hematocrito. Se considera como primaria si ocurre dentro de las primeras 24 horas posteriores al nacimiento y se reporta como causa principal la atonía uterina (80 % de los casos). La evidencia muestra que los factores considerados de riesgo para placenta previa y acretismo placentario son edad materna superior a los 35 años, multiparidad, cicatrices uterinas previas (legrados, procedimientos de aspiración manual uterina, cesáreas, miomectomías) y tabaquismo (17). Es aquella hemorragia que aparece posterior a las 22 semanas de gestación y se incluyen las siguientes causas: placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta, rotura uterina, vasa previa, tumoraciones (pólipos, miomas, neo-plasias), traumatismos en genitales, várices vulvovaginales.

**Infección de vías urinarias (IVU) en el embarazo:** La infección de vías urinarias es la existencia de gérmenes patógenos en la orina por infección de la vejiga o el riñón. Los síntomas que acompañan a una infección de orina varían de acuerdo al sitio de la infección, pero también pueden ser asintomáticas. Se clasifica de acuerdo al sitio de proliferación de las bacterias en: bacteriuria asintomática (orina), cistitis (vejiga), pielonefritis (riñón). La elección del antimicrobiano debe estar dirigido para los agentes etiológicos más frecuentes y debe ser seguro para la madre y el

embrión. La droga de elección para Ecuador es la Nitrofurantoína por sus bajos niveles de resistencia, fosfomicina y cefalosporinas son alternativas a la nitrofurantoína. Ampicilina e inhibidores de betalactamasas son desaconsejados. Luego de completar el tratamiento antibiótico tanto de BA como de cistitis, se debe realizar urocultivo de control para documentar el éxito de la erradicación (18). Ciertas características anatómicas de la mujer y las modificaciones fisiológicas que produce el embarazo sobre el aparato urinario, son los factores principales que predisponen a la infección urinaria. Los cambios fisiológicos que se presentan en el tracto urinario de la gestante predisponen a la presencia de infecciones, muchas veces recurrentes, que pueden generar resistencia bacteriana y complicaciones importantes como pielonefritis, sepsis, abortos o partos pretérminos. La susceptibilidad de la mujer embarazada a las enfermedades producidas por virus es la misma que frente a las demás infecciones. Los virus pueden atravesar la barrera coriónica e infectar el producto de la concepción. Como consecuencia de la virosis materna puede ocurrir: el aborto, el parto prematuro o de término con feto muerto; el parto prematuro o de término con feto vivo que presenta el cuadro de la virosis materna.

**Embarazo prolongado mayor a 41 semanas:** Toda gestación que supera las 41 semanas aumenta el riesgo de presentar complicaciones como óbito fetal y sepsis. Un parto considerado a término es el que se presenta entre las 37 y 42 semanas. La gestación prolongada es aquella que dura más de 42 semanas (19). Entre los riesgos para la madre están: desgarros vaginales, cesárea, partos vaginales que requieren fórceps o vacuum; y entre los riesgos para el bebé están: un peso fetal excesivo, falta de líquido amniótico, aspiración de meconio y en casos más extremos, la muerte.

**Embarazo más DIU:** Las mujeres que usan DIU (dispositivo intrauterino) como método anticonceptivo, ante el fracaso del método pueden presentar algunas complicaciones como infecciones, riesgo incrementado de aborto, embarazo ectópico, ruptura de membranas, corioamnionitis y sepsis (7).

ITS (Sífilis, Hepatitis): La sífilis es una enfermedad infecciosa que se trasmite por vía sexual, sanguínea, o de madre al feto. La transmisión vertical desde una madre

que no ha recibido tratamiento puede darse durante el embarazo o por el paso a través del canal de parto a la cual se denomina sífilis congénita. La hepatitis B y C se consideran graves, contagiosas que se transmiten por vía sexual, sanguínea o durante el embarazo al feto y provoca una infección aguda y crónica con graves secuelas tanto para la madre como el feto. Recordar a toda mujer embarazada y a su pareja que la hepatitis B es una infección de transmisión sexual, sanguínea y perinatal (20).

VIH: La atención de esta problemática requiere una intervención multidisciplinaria con enfoque preventivo. El diagnóstico y tratamiento oportuno para prevenir la transmisión vertical es fundamental para garantizar el nacimiento de niños sanos (20).

Anemia hemoglobina menor a 10gr/dl (corregida): La anemia moderada es aquella que presenta un valor de hemoglobina que va desde 7.1 a 10 gr/dl y su presencia genera un riesgo nutricional materno y peso bajo del feto- Reconocer precozmente esta deficiencia y dar tratamiento adecuado reduce la necesidad de transfusiones.

Anemia hemoglobina menor a 7 gr/dl (corregida): La anemia severa es aquella que presenta un valor de hemoglobina menor a 7gr/dl, incrementando la morbimortalidad materna y neonatal.

Trastorno hipertensivo: En la gestante los trastornos hipertensivos constituyen una causa de morbilidad grave, que puede conllevar a una discapacidad permanente e inclusive la muerte materna y/o fetal. La preeclampsia y eclampsia son las principales causantes de estas complicaciones.

Colestasis intrahepática: Es una patología específica de la gestación, que aparece durante el tercer trimestre del embarazo, revierte espontáneamente después del parto y está relacionada con un incremento de la morbimortalidad fetal.

Uno de los riesgos obstétricos de mayor prevalencia es la edad extrema de la madre: en el caso de gestantes adolescentes, podrían presentar riesgos de trastornos hipertensivos, amenaza de parto pretérmino, anemia, bajo peso al nacer, entre otros (21). Por el contrario, si la gestante tiene una edad avanzada, existe el

riesgo de presentar abortos espontáneos o nacimientos antes de las 34 semanas (22).

Hemorragia primera mitad del embarazo: Es aquella hemorragia que aparece previo a las 22 semanas de gestación y se incluyen las siguientes causas: aborto, embarazo ectópico, enfermedad trofoblástica gestacional.

Hemorragia segunda mitad del embarazo: Es aquella hemorragia que aparece posterior a las 22 semanas de gestación y se incluyen las siguientes causas: placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta, rotura uterina, vasa previa, tumoraciones (pólipos, miomas, neo-plasias), traumatismos en genitales, várices vulvovaginales.

Amenaza de parto prematuro: Es la presencia de actividad uterina con contracciones regulares en intensidad y frecuencia que producen modificaciones cervicales y ocurren entre las semanas 20y 36,6 cuya etiología puede ser multifactorial.

Embarazo múltiple: Se llama embarazo múltiple al desarrollo simultáneo de varios fetos. Todo embarazo múltiple debe ser considerado como patológico ya que la mortalidad perinatal es 4 veces mayor que en los embarazos únicos. La incidencia de retraso en el desarrollo físico y mental y de parálisis cerebral también está aumentada (23). Implica riesgos potenciales de complicaciones tales como parto pretérmino, ruptura prematura de membranas, desprendimiento normoplacentario, pielonefritis, hemorragia postparto, óbito fetal. Además, el riesgo de preeclampsia es de hasta 5 veces mayor en embarazos gemelares y hasta 9 veces más en embarazos triples.

Presentación anómala en embarazo mayor a 36 semanas: Pueden generar complicaciones en el descenso y expulsión del feto que pueden incrementar el riesgo de morbimortalidad materno neonatal.

Gestación con malformaciones fetales mayores: Las malformaciones fetales tienen etiología multifactorial. Con mayor frecuencia afectan al sistema cardiovascular,

sistema nervioso central y genitourinario.

**Diabetes:** La epidemia de obesidad ha ocasionado que cada vez más mujeres en edad fértil desarrollen diabetes tipo 2, aumentando el número de mujeres embarazadas nodiagnosticadas. Por esta razón es importante que todas las mujeres que acudan a su primera consulta prenatal sean evaluadas de forma integral en búsqueda de factores de riesgo para diabetes mellitus tipo 2 pre existente.

**Cardiopatías:** Durante el embarazo existen cambios fisiológicos de adaptabilidad del sistema cardiovascular que son bien tolerados en la paciente normal, pero que en la paciente cardíaca genera importantes riesgos de morbimortalidad. Constituye una de las principales causas de muerte y cada año va incrementándose. Prevenir las complicaciones con un manejo multidisciplinario oportuno es fundamental.

**Enfermedades neuropsiquiátricas:** Existen diversos factores tanto hormonales, bioquímicos y emocionales que influyen sobre el desarrollo de enfermedades mentales; por ello el embarazo, debido a los cambios en la concentración de esteroides sexuales y neurotransmisores, predispone a una exacerbación de estas enfermedades.

**Insuficiencia renal crónica:** La presencia de nefropatías durante el embarazo es frecuente, de las cuales destaca la insuficiencia renal crónica. Esta patología incrementa en la gestante la probabilidad de padecer trastornos hipertensivos, preeclampsia y eclampsia.

**Hipotiroidismo sin tratamiento:** Fisiológicamente la gestante presenta cambios adaptativos orgánicos evidenciados también a nivel tiroideo. La tiroxina materna es crucial para la maduración del sistema nervioso fetal, pero sus niveles sanguíneos pueden disminuir de forma sostenida principalmente por una dieta pobre en yodo. Esta deficiencia puede causar aborto a repetición, daño cerebral, retardo mental, déficit neurológico y muerte del feto. El tratamiento es sencillo, económico y minimiza el riesgo durante la gestación.

Lupus eritematoso sistémico: Es una enfermedad autoinmune compleja que afecta al tejido conjuntivo de cualquier órgano. Tiene un curso clínico caracterizado por episodios de exacerbación y remisión de la enfermedad. Durante el embarazo el mayor riesgo es la pérdida del mismo por abortos u óbitos, además otras complicaciones como preeclampsia y restricción de crecimiento intrauterino.

Síndrome antifosfolipídico: El síndrome antifosfolipídico (SAF) es una enfermedad autoinmune, con una combinación de manifestaciones clínicas trombóticas venosas o arteriales y trastornos obstétricos como aborto recurrente con un título importante y persistente de anticuerpos antifosfolípidos circulantes. Todos los territorios vasculares pueden verse afectados por trombosis en ausencia de tratamiento adecuado.

Trombocitopenia menor a 100 000 plaquetas: Durante la gestación un recuento plaquetario  $<150.000/\text{mm}^3$ , se considera como trombocitopenia. Sin embargo si es menor a  $100000/\text{mm}^3$  incrementa el riesgo de complicaciones sobre todo de tipo hemorrágico durante el embarazo, parto o postparto.

Tuberculosis materna activa: La tuberculosis (Tb) durante el embarazo se manifiesta con sintomatología similar a la mujer no gestante sin embargo la letargia, anorexia, y vómito pueden generar confusión con la sintomatología propia de la gestación. La infección por Tb durante el embarazo es un factor de riesgo importante de complicaciones como: Aborto espontáneo, óbito fetal, preeclampsia y bajo peso al nacer. Establecer un diagnóstico oportuno e iniciar el tratamiento precozmente es fundamental para precautelar el adecuado desarrollo del feto y proteger a la madre.

Cáncer: Como se señaló previamente, existe una tendencia mundial por parte de las mujeres de retrasar su primer embarazo a edades superiores a los treinta años, lo que conlleva un riesgo del doble o triple de desarrollar cáncer. Dentro de los más frecuentes están el melanoma, cáncer de mama, cáncer de cuello uterino, linfoma y cáncer de tiroides. El embarazo predispone a un crecimiento mayor de la patología maligna y además existe un gran riesgo de malformaciones congénitas con la exposición a quimioterapia.

### **Antecedentes de la gestante.**

Edad materna: Se inicia preguntado por la edad materna para determinar si son madres adolescentes o madres ańosas. Si las gestantes son menores de 19 ańos, menores a 14 ańos (adolescentes) o mayores a 35 ańos (madres ańosas), es probable que presenten complicaciones, ya que se ha demostrado mayor mortalidad y morbilidad perinatal en estos grupos de edad (24).

Paridad: Otro factor de riesgo es la paridad, es decir, la clasificaci3n de la gestante por el n3mero de hijos nacidos vivos y fetos muertos de m3s de 28 semanas de gestaci3n, que presenta mayor morbilidad y mortalidad materna y perinatal (25).

Abortos: Otro factor de riesgo que el m3dico debe conocer es si la gestante ha tenido abortos previos. De ser as3, y si es que ha sido un aborto provocado, existen riesgos de presentar nuevos abortos espont3neos, parto pret3rmino, anomal3as de inserci3n de placenta, as3 como riesgos psicol3gicos de ansiedad, depresi3n e intentos de suicidio (7).

Embarazo ect3pico: El antecedente del embarazo ect3pico es importante ya que puede existir recurrencia. Por otro lado, la ocurrencia de embarazos molares se relacionan con enfermedades trofobl3sticas gestacionales y pueden acompańarse de complicaciones como hemorragia obst3trica, preeclampsia at3pica o temprana y s3ndrome de Hellp (7).

Mortinatos: Se debe considerar si el caso es de mortinato, ya que cuando ocurre la muerte del feto intra3tero o fallece pocas horas despu3s de nacer, el riesgo de recurrencia es alto (7).

Malformaciones cong3nitas: El riesgo de recurrencia es alto, a pesar que su origen es multifactorial y est3n relacionados directamente con factores gen3ticos y hereditarios.

Peso al nacimiento: Aquellas gestantes que en su embarazo anterior tuvieron un reci3n nacido con peso de nacimiento menor a 2.500 gramos, presentan un riesgo

de hasta 5 veces mayor de un nacimiento de iguales características. Por otro lado, la macrosomía se asocia a varios factores de riesgo como sobrepeso u obesidad materna, madres diabéticas, feto de sexo masculino entre o mayor a 4.500 g (22). Las madres que han tenido hijos/as de bajo peso anteriormente, son susceptibles de tenerlos nuevamente si no se han modificado los factores contribuyentes como serían la anemia o la desnutrición.

**Período Intergenésico:** El período intergenésico es importante para la planificación de embarazos subsecuentes a partos, cesáreas o abortos. En la historia clínica perinatal de Ecuador, el periodo intergenésico menor de un año se identifica como factor de riesgo, sin embargo, la OMS recomienda que el periodo intergenésico óptimo para un nuevo embarazo debía estar entre 18 y 27 meses y no superar los 60 meses (26).

**Embarazo producto de violencia sexual:** Es muy importante conocer si la gestante ha sido o no víctima de violencia sexual. Los embarazos producto de violencia sexual tienen mayor riesgo de contagio de VIH e ITS y de desencadenar trastornos de salud mental como ansiedad, depresión, intentos suicidas, rechazo al embarazo, alteraciones de personalidad, así como tendencia al consumo de alcohol y drogas durante el embarazo, parto y posparto (7). El riesgo de muerte materna en menores de 15 años en países de ingresos bajos y medios es dos veces mayor al de las mujeres mayores (27).

**Preeclampsia y Eclampsia:** La evidencia actual demuestra que los trastornos hipertensivos como preeclampsia y eclampsia tienen un patrón hereditario o familiar. La eclampsia es la forma más grave de toxemia del embarazo caracterizada por convulsiones similares a las del coma, hipertensión, proteinurias y edemas. Los síntomas de convulsión inminente suelen incluir ansiedad, dolor epigástrico, cefalea y visión borrosa (2). La gestante con antecedentes de trastornos hipertensivos en embarazos previos, puede presentar recurrencia de un 20% y tiene un 49% de probabilidades de desarrollar una complicación mayor relacionada con estas enfermedades, incluso parto prematuro, restricción de crecimiento intrauterino, hipoglucemia, sepsis y enterocolitis necrotizante (7).

Cicatriz uterina previa: El antecedente de cirugías uterinas previas constituye un factor de riesgo de complicaciones durante el embarazo, parto y posparto como hemorragia obstétrica, implantación anormal de placenta y dehiscencia de cicatriz. La cesárea es una intervención quirúrgica que consiste en realizar una incisión en el abdomen y el útero y extraer el feto por vía transabdominal (2). Se realiza cuando concurren circunstancias fetales o maternas que hacen considerar arriesgado el parto vaginal. Las madres que han tenido una o varias cesáreas anteriores tienen riesgo de ruptura uterina al iniciarse las contracciones normales del parto, con riesgo de mortalidad materna y fetal (28).

Sin control prenatal en embarazo de 20 semanas: Por último, en los antecedentes de la gestante es muy importante constatar si ésta ha permanecido sin control prenatal en un embarazo de 20 semanas o no. Toda paciente que tiene menos de cuatro controles prenatales o ninguno, puede tener riesgo de complicaciones como parto pretérmino y bajo peso al nacer (23).

#### **Factores socioeconómicos.**

Sin instrucción: Según datos publicados por Unicef, las pacientes que nunca han recibido instrucción o solo han alcanzado un grado del nivel básico, tienen mayor probabilidad de iniciar su vida sexual precozmente, embarazarse y exponerse al virus del VIH e ITS (29). Las infecciones de transmisión sexual (ITS) son las producidas por múltiples agentes, ocasionando lesiones locales: en el aparato genital (uretritis, vulvovaginitis, etc.), en la región inguinal (granuloma, chancro, condilomas) o en la cavidad pelviana (enfermedad pelviana inflamatoria) o en todo el organismo como sífilis, hepatitis B y VIH/SIDA (30).

Alcoholismo, tabaco y drogas: El consumo de alcohol, tabaco y drogas durante el embarazo es perjudicial para la madre y el feto, ya que atraviesan rápidamente la placenta y generan alteraciones en el sistema nervioso central y cardíaco, que no permiten una adecuada ganancia de peso fetal, incrementando el riesgo de parto pretérmino (7). La ingesta diaria de alcohol puede producir el Síndrome Alcohólico Fetal, mismo que altera la función cerebral, retarda en el crecimiento, provoca alteraciones faciales externas. Por lo que la ingesta de alcohol debe ser proscrita durante la gestación.

Está demostrado que el hábito de fumar durante el embarazo aumenta el riesgo reproductivo. El alto consumo de cigarrillos en el embarazo ha sido asociado con mayor proporción de abortos espontáneos, muertes fetales, bajo peso al nacer, partos prematuros, muertes neonatales, complicaciones del embarazo, parto y puerperio; y disminución de la calidad y cantidad de la leche materna (31). Incluso, el consumo de drogas como cocaína, heroína, anfetaminas, marihuana, etc., se asocia con retardo del crecimiento intrauterino y muerte perinatal. La cafeína en exceso (café, té o cola) se pueden asociar con bajo peso al nacer.

Violencia basada en género/ disfunción familiar/ movilidad humana: La violencia basada en género es un serio problema de salud pública, genera gran vulnerabilidad para el desarrollo normal del embarazo, ya que los daños físicos, psicológicos y sexuales conllevan a condiciones de estrés, sometimiento, depresión posparto y ansiedad a la madre así como el riesgo de pérdida del embarazo, óbitos, bajo peso al nacer y desarrollo de trastornos hipertensivos (7). La depresión es un trastorno del humor que compromete todos los sistemas del organismo y afecta a toda la persona. Asimismo, el maltrato físico, psíquico y sexual, la privación de libertad o la carencia de soporte socioeconómico de la mujer se relacionan con la presentación de cuadros depresivos (32).

Mujeres Indigentes: Constituyen un grupo social muy vulnerable que presenta riesgos importantes en su salud como enfermedades de transmisión sexual, VIH, partos pretérminos, abandono de neonatos y otras asociadas al consumo de alcohol y drogas (7).

### **Factores nutricionales**

Desnutrición: La desnutrición provoca mayor riesgo de abortos, parto pretérmino y bajo peso al nacer (7).

Obesidad: Provoca aborto espontáneo, diabetes gestacional, diabetes mellitus, parto prematuro, cesárea, macrosomía, óbito fetal y preeclampsia (7).

Glucemia igual o mayor a 92 mg/dl: Cuando el valor es igual o mayor a 92 mg/dl, pero menor de 126 mg/dl, puede ser sugestivo de diabetes gestacional (7).

## **4.2 Antecedentes investigativos.**

### ***4.2.1 Riesgo obstétrico: Contexto latinoamericano y ecuatoriano.***

Se elaboró una investigación, cuyo objetivo principal de la misma fue describir los factores que inciden en los servicios de salud y satisfacción usuaria que se asocian con el control prenatal en las instituciones ubicadas en Manizales y Cali. La investigación fue realizada en siete instituciones a 823 gestantes.

Por otro lado, fue aplicado un cuestionario diferente a cuatro enfermeras, cuya particularidad fue que eran encargadas de administrar el programa donde las variables de la investigación fueron acceso al control prenatal y barreras económicas, geográficas, económicas y percepción del trato en el servicio brindado. En los resultados hubo diferencias significativas, las valoraciones determinadas en ambos grupos fueron positivas de manera importante al trato, aspectos físicos y orientación en los servicios de salud concluyendo que el gasto, las incomodidades, las instalaciones y el buen trato por parte del personal de salud sumado a eso la empatía deben constituir parte esencial al momento de mejorar la calidad de los servicios prestados.

En el nivel de la atención primaria de salud (APS) existe un Programa para el Control de Riesgo Preconcepcional, que se desarrolla en todos los consultorios médicos de familia y se centraliza al nivel del policlínico: tiene como objetivo fundamental incidir y modificar positivamente el riesgo existente antes de que la mujer se embarace, con el fin de lograr que la concepción ocurra en las mejores condiciones posibles. Este programa establece una negociación con la pareja o la mujer sobre su futuro reproductivo, con pleno conocimiento de su riesgo, para que espere un tiempo para su estudio y mejoramiento de las condiciones.

Durante el mismo debe usar algún método anticonceptivo. Esta conducta debe guiarse con una orientación adecuada, no imponerse, ya que se rompería la relación de respeto médico-paciente. Se considera controlada una paciente cuando existe registro del pensamiento médico en la historia clínica, con la correspondiente estrategia que se vaya a seguir.

En un estudio retrospectivo, en China, en una población de 14.014 entre 28 y 42 semanas de gestación, se concluyó que la edad al embarazo, el número de embarazos y el nivel educativo no fueron tan significativos ( $p > 0.05$ ) con el hecho de desarrollar un embarazo de alto riesgo y/o complicaciones obstétricas (33).

Martínez, en Colombia, en el año 2015, en su investigación con 123 gestantes de alto riesgo obstétrico, evidenciaron que el 13.18% de las gestantes eran menores de 18 años, el 66% no manifestó antecedentes patológicos, 13.8% tuvieron complicaciones de amenaza de aborto o de parto pretérmino, el 37% eran nulíparas, un 20.3% tuvieron una cesárea anterior; el 22.8% sufrieron abortos, el 55.3% se encontraban entre la semana 30 y 40 de gestación al momento de participar en el estudio (33).

En la descripción del perfil epidemiológico de 61 gestantes de alto riesgo en Brasil, identificaron que el 82% de las participantes tenían rangos de edad de entre 15 a 35 años, el 47.5% de instrucción secundaria, un 52.5% casadas, 62.3% se auto identificaron con raza blanca, el 88.5% con antecedentes familiares de enfermedad crónica, el 52.5% tenían infección urinaria y un 70.5% eran multíparas. El embarazo de riesgo evolucionó hasta cesárea en el 80.3% de los casos (33).

Zárate y Avilés, en su estudio transversal, con 58 familias de mujeres gestantes, encontró que del total de embarazadas el 66% fueron encasilladas en riesgo obstétrico bajo y el 34% alto, de este último grupo el 80% de pacientes se ubicaron en edades comprendidas entre 30-34 años, la cesárea fue uno de los factores más asociados a alto riesgo obstétrico con una frecuencia del 50% y el antecedente de enfermedad hipertensiva asociada al embarazo en el 5.1% de los casos (33).

Hernández et al, en una población de 145 gestantes, aplicó un formulario de clasificación de riesgo obstétrico observando que las jóvenes entre 19 a 25 años son las que presentaron mayor riesgo obstétrico (12.4%), comparado con las adolescentes entre 18 años y menos (4.1%), llegaron a la conclusión que la frecuencia y calidad del control prenatal hacen posible una evaluación integral de salud del binomio madre-hijo, contribuyendo a la detección temprana de factores que compliquen el embarazo, parto y puerperio, y que puedan poner en peligro su

vida.

Melo, en Brasil, año 2014, identificó en 97 embarazadas de alto riesgo, con una media de edad fue 27.9 años  $\pm$  7.5 (desviación estándar) y mediana de 27.4 años, que la gestante de riesgo de menor edad tuvo 14 años y la de mayor 44. La edad predominante de las gestantes fue de 20 a 34 años en un 57.7%, un 75.3% refirió tener estado civil unión libre, en cuanto a la escolaridad 56.7% de las gestantes de alto riesgo tenían secundaria incompleta o más años de estudios. En cuanto a las consultas prenatales, la media encontrada fue de 6.9  $\pm$  2.7 (desviación estándar) y mediana 7, el 66% acudió a siete o más consultas. Respecto a los antecedentes obstétricos, el 26.8% tuvo de uno a tres abortos, mientras que el 73.2% no tenía historia de aborto, finalmente el análisis bivariado permitió constatar que las embarazadas menores de 20 años tuvieron mayores posibilidades de ser estratificadas con múltiples riesgos (OR=5.04, 95% IC=1.01-33.89) (33).

Moreira et al, en una investigación con 68 gestantes de alto riesgo, encontraron que en cuanto a la edad 16.1% de las mujeres tuvo una media de edad de 26.8 años, un 5.9% eran menores que 17 años y el 10.3% mayor que 35 años; en cuanto a la ocupación, el 51.5% realizaban una actividad remunerada y el 48.5% no tenían ingresos; en la situación conyugal el 44.1% poseía unión estable y el 22.1% no tenía compañero fijo; la baja escolaridad se identificó en el 38.2% de las gestantes. El 41.2% de las gestantes de alto riesgo presentaron recurrencia de riesgo en relación a la gestación anterior, pues presentaban antecedentes de muerte perinatal en el 2.9%, parto prematuro en el 1.5% y aborto en el 23.5%, además, los síndromes hipertensivos y hemorrágicos en el 14.7% y el 2.9% respectivamente. La nuliparidad se evidenció en el 35.3% y la multiparidad en el 17.7%. Finalmente, respecto a las complicaciones encontradas: el 20.6% tuvieron preeclampsia, el 19.1% rotura prematura de membranas, el 10.3% amenaza de parto prematuro y el 10.3% placenta previa y el 17.6% diabetes gestacional (33).

Jantsch, en el año 2014, en una muestra de 223 gestantes de alto riesgo, constató que en relación a la edad predominaron las gestantes entre 30 y 34 años con el 29.4% (n=69), respecto a la escolaridad el 50.6% (n=118) tuvieron enseñanza básica; el 82% (n=191) eran blancas y el 75.1% (n=175) unión libre. Las

enfermedades de mayor prevalencia fueron: la hipertensión arterial sistémica en el 21% (n=49), la diabetes gestacional 12.9% (n=30).

Fawed Reyes O. et al., realizaron un estudio en el Hospital Escuela Universitario, Tegucigalpa, Honduras, en el año 2016, donde se revisaron 380 expedientes de embarazadas que acudieron al servicio de Gineco-obstetricia y labor de parto, encontrando que un 33,68% (128) de las participantes tenían entre 10-19 años de edad, evidenciándose, además, que este grupo etario posee la mayor incidencia de complicaciones obstétricas en un 42,12%. Además, el 61.84% presentaron complicaciones en distintas etapas de la gestación, predominando los desgarros perineales en el 28.15%, la ruptura prematura de membrana en el 6.05%, la anemia en el 5.26% de los casos y el 3.42% el parto precipitado.

En el estudio de Soni-Trinidad et al., realizado con 364 pacientes con alguna morbilidad materna que ingresaron al Hospital Regional de Poza Rica, Veracruz, México en el año 2012, se demostró que los límites de edad fueron entre 13 y 46 años, donde la mayor incidencia se registró en el grupo de 20 a 24 años (29,5%, n=107), seguido del grupo de 15 a 19 años (19.2%, n=70) y del grupo de 30 a 34 años (18.1%, n=66). Paiva et al, realizó un estudio retrospectivo en gestantes de alto riesgo brasileñas, evidenciando que el 79.8% de las pacientes tenían entre 15 a 34 años, el 48.3% conviven en unión estable, el 48.3% poseen enseñanza media y el 36% se dedicaban a labores del hogar. En cuanto a antecedentes obstétricos de las gestantes el 32.1% eran primigestas, mientras que el 67.9% restante tuvieron dos o más gestaciones, además el 44.8% de las gestantes eran nulíparas y el 55.2 tuvieron uno o más partos.

En otro estudio realizado por Vélez Je, et al., en la consulta de Alto Riesgo Obstétrico, SES Hospital de Caldas, Colombia, 2009-2011; donde se atendieron a 108 gestantes de alto riesgo, siendo excluidas 31 por no considerarse de alto riesgo, de las 77 restantes, la edad varió entre 14 a 42 años (promedio 29,1 ±7,8), identificándose una frecuencia de embarazo en adolescentes del 13,2% y de primigestación tardía del 28,9%.

La investigación sobre la “Caracterización de las gestantes del alto riesgo obstétrico

(ARO) en el departamento de Sucre, Colombia” del año 2015, muestra como patologías como anemias, migrañas y las relacionadas con el sistema endocrino (tiroides) y respiratorio (asma), se presentan frecuentemente en gestantes de alto riesgo. El antecedente de cesárea y aborto en las gestantes, tuvo una consideración significativa y, en cuanto al estado psicosocial, más de la mitad de las gestantes presentaron condiciones desfavorables (5).

## 5. MÉTODOS

### **5.1. Nivel de la investigación.**

Estudio de nivel cualitativo-descriptivo donde interviene una sola variable de estudio. Busca describir el comportamiento de las variables epidemiológicas en la población de estudio del Centro de Salud Pascuales.

### **5.2. Tipo de investigación.**

Según la intervención del investigador: Observacional.

Según la planificación de la toma de los datos: Retrospectivo.

Según el número de ocasiones que se mide la variable: Transversal.

Según el número de variables analíticas: Descriptivo.

### **5.3. Diseño de investigación.**

Estudio de prevalencia o de corte transversal. Se realizó una investigación de acuerdo a los objetivos del estudio.

### **5.4. Justificación de la elección del método.**

Se ha escogido el método descriptivo porque responde a los objetivos de estudio e indaga la incidencia de las variables epidemiológicas en embarazadas asignadas a seis consultorios del Centro de Salud Pascuales.

### **5.5. Población de estudio.**

La población de estudio estuvo constituida por 74 embarazadas (de 10 a 44 años), que acudieron a los consultorios N°20 (A y B) N°21, N°22 (A y B) y N°23 del Centro de Salud Pascuales, durante el primer semestre del 2021.

#### ***5.5.1. Criterios y procedimientos de selección de la muestra o participantes del estudio.***

Puesto que se revisaron historias clínicas a través de la Plataforma de Registro de Atención en Salud (**PRAS**), no fue necesario el cálculo de una muestra.

#### **5.5.1.1 Criterios de inclusión.**

- Historias clínicas de embarazadas atendidas en el área asignada a los consultorios N°20 (A y B) N°21, N°22 (A y B) y N°23 del Centro de Salud Pascuales, durante el primer semestre del 2021.
- Mujeres que atravesasen un embarazo de riesgo, según lo que evidencie la Plataforma de Registro de Atención en Salud (PRAS).

#### **5.5.1.2 Criterios de exclusión**

- Embarazadas con bajo riesgo, según la Plataforma de Registro de Atención en Salud (PRAS).

#### ***5.6. Procedimiento de recolección de la información***

La investigación fue aprobada por el Comité de Ética de la Investigación de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. Para la realización de la investigación, se cumplieron las normas éticas vigentes en el Reglamento de ética del Ecuador y en la declaración de Helsinki. Se informó a la dirección de la institución sobre los objetivos del estudio y se le solicitó su aprobación para desarrollar la misma.

Primero se plantearon las bases teóricas dentro del estudio para establecer las fuentes que ayudarían a recolectar la información. Se determinó utilizar como fuente de información: las historias clínicas a través del Plataforma de Registro de Atención en Salud (PRAS), los datos se reflejaron en una hoja de recolección de datos para finalmente ser tabulados en una matriz de Excel y luego analizarlos mediante el programa SPSS.

Se revisaron las historias clínicas de gestantes que cumplieron con los criterios de inclusión y acudieron a controles prenatales durante el primer semestre del 2021. Una vez seleccionada la población de 74 gestantes, a continuación, se procede a recolectar datos para dar respuesta al objetivo específico uno sobre variables sociodemográficas como: edad, estado civil, escolaridad y ocupación de las embarazadas.

Para dar respuesta al segundo objetivo específico sobre variables obstétricas, se

revisan las historias clínicas acerca de las semanas de gestación, número de controles prenatales y paridad. Por último, para dar respuesta al objetivo específico tres, se investiga si la gestante presenta alguna variable epidemiológica de los factores de alto y muy alto riesgo obstétrico detallados en la hoja de recolección de datos.

### **5.7. Técnicas de recolección de información**

<b>Variable</b>	<b>Tipo de técnica</b>
<b>Objetivo uno: Caracterizar la población de embarazadas según variables sociodemográficas.</b>	
Edad	Documental (PRAS)
Estado civil	Documental (PRAS)
Escolaridad	Documental (PRAS)
Ocupación	Documental (PRAS)
<b>Objetivo dos: Caracterizar la población de embarazadas según variables obstétricas.</b>	
Semanas de gestación	Documental (PRAS)
Número de controles prenatales	Documental (PRAS)
<b>Objetivo tres: Determinar la frecuencia de factores de alto y muy alto riesgo obstétrico en embarazadas.</b>	
Embarazo mayor de 41 semanas y 6 días	Documental (PRAS)
Disminución o ausencia de movimientos fetales	Documental (PRAS)
Enfermedad sistémica no controlada (Diabetes, HTA, cardiopatía, hipertiroidismo)	Documental (PRAS)
Infección urinaria con fiebre	Documental (PRAS)
Hemorragia vaginal	Documental (PRAS)
Ruptura Prematura de Membranas (RPM)	Documental (PRAS)
Presencia de convulsiones, visión borrosa, pérdida de conciencia o cefalea intensa	Documental (PRAS)
Cambios en la frecuencia cardíaca fetal (FCF) (<110 ó >160 x min.)	Documental (PRAS)
Hb < 7 mg/dL y/o palidez palmar y conjuntival intensa	Documental (PRAS)
Edemas en cara, manos y piernas	Documental (PRAS)

Edad	Documental (PRAS)
Período entre embarazos < 2 años	Documental (PRAS)
Altura uterina no correlaciona con edad gestacional	Documental (PRAS)
Hb entre 7 y 10 mg/dL o palidez palmar o conjuntival	Documental (PRAS)
VDRL/RPR, VIH o Hepatitis B positivo	Documental (PRAS)
Madre Rh negativa	Documental (PRAS)
Alcoholismo, tabaquismo o drogadicción	Documental (PRAS)
Problemas odontológicos o de salud bucal (enfermedad periodontal)	Documental (PRAS)
Antecedente de hijos prematuros, bajo peso, macrosómicos y/o malformados	Documental (PRAS)
Antecedente de abortos habituales, muerte fetal o neonatal temprana	Documental (PRAS)
Enfermedad sistémica controlada (Diabetes, HTA, cardiopatía, hipertiroidismo)	Documental (PRAS)
Ingesta de medicamentos teratogénicas	Documental (PRAS)
Ganancia inadecuada de peso	Documental (PRAS)
Primigesta o gran múltipara	Documental (PRAS)
Infección urinaria sin fiebre	Documental (PRAS)
Presentación anormal	Documental (PRAS)
Enfermedad mental	Documental (PRAS)
Embarazo múltiple	Documental (PRAS)
Cirugía uterina previa incluyendo cesárea	Documental (PRAS)
IMC <18.5 o ≥ 30	Documental (PRAS)
Flujo vaginal anormal	Documental (PRAS)
Violencia intrafamiliar/sexual	Documental (PRAS)

### **5.8. Técnicas de análisis estadístico**

Se transcribirán los datos recogidos del PRAS para una base de datos en EXCEL donde se codificaron las categorías de las variables para transportarlos al programa estadístico SPSS Version 22, para procesar los datos y obtener resultados que se presenten en tablas.

## 5.9. Variables

### 5.9.1. Operacionalización de variables

Variable	Indicador	Unidades. Categoría o valor final	Tipo / escala
Edad	Según grupos quinquenales.	10-14 años 15-19 años 20-24 años 25-29 años 30-34 años 35-39 años 40-44 años	Cuantitativa discreta.
Escolaridad	Según niveles terminados.	Ninguna (analfabetismo) Primaria incompleta Primaria completa Secundaria incompleta Secundaria completa Bachillerato incompleto Bachillerato completo Universidad cursando Universidad terminada	Cualitativa ordinal
Estado civil	Situación actual relacionada con la pareja.	Soltera Unión libre Casada Separada	Cualitativa Nominal.
Ocupación	Según actividad que	Estudiante	Cualitativa

	desempeña.	Empleada pública Empleada privada Cuenta propia Ama de casa Desempleada	nominal
Semanas de gestación	Semanas de gestación	1 trimestre 2 trimestre 3 trimestre	Cualitativa nominal
Número de controles prenatales	Número de controles prenatales	Menor a 5 5 o más	Cuantitativa discreta.
Paridad			Cualitativa nominal
Embarazo mayor de 41 semanas y seis días	Embarazo mayor de 41 semanas y seis días	Sí No	Cualitativa nominal
Disminución o ausencia de movimientos fetales	Disminución o ausencia de movimientos fetales	Sí No	Cualitativa nominal
Enfermedad sistémica no controlada	Enfermedad sistémica no controlada (Diabetes, HTA, cardiopatía, hipertiroidismo)	Sí No	Cualitativa nominal
Infección urinaria con fiebre	Infección urinaria con fiebre	Sí No	Cualitativa nominal
Hemorragia vaginal	Hemorragia vaginal	Sí No	Cualitativa nominal
Ruptura Prematura de Membranas	Ruptura Prematura de Membranas (RPM)	Sí No	Cualitativa nominal

(RPM)			
Presencia de convulsiones, visión borrosa, pérdida de conciencia o cefalea intensa	Presencia de convulsiones, visión borrosa, pérdida de conciencia o cefalea intensa	Sí No	Cualitativa nominal
Cambios en la frecuencia cardíaca fetal	Cambios en la frecuencia cardíaca fetal (FCF) (<110 ó > 160 x min.)	Sí No	Cualitativa nominal
Hb< 7 mg/dL y/o palidez palmar y conjuntival intensa	Hb< 7 mg/dL y/o palidez palmar y conjuntival intensa	Sí No	Cualitativa nominal
Edemas en cara, manos y piernas	Edemas en cara, manos y piernas	Sí No	Cualitativa nominal
Edad	Edad	Menores de 16 años. De 17 a 35 años. Mayores de 35 años.	Cuantitativa discreta
Período entre embarazos < 2 años	Período entre embarazos < 2 años	Sí No	Cualitativa nominal
Altura uterina no correlaciona con edad gestacional	Altura uterina no correlaciona con edad gestacional	Sí No	Cualitativa nominal
Hb entre 7 y 10 mg/dL o palidez palmar o conjuntival	Hb entre 7 y 10 mg/dL o palidez palmar o conjuntival	Sí No	Cualitativa nominal
VDRL/RPR, VIH o Hepatitis B	VDRL/RPR, VIH o Hepatitis B positivo	Sí No	Cualitativa nominal

positivo			
Madre Rh negativa	Madre Rh negativa	Sí No	Cualitativa nominal
Alcoholismo, tabaquismo o drogadicción	Alcoholismo, tabaquismo o drogadicción	Sí No	Cualitativa nominal
Problemas odontológicos o de salud bucal (enfermedad periodontal)	Problemas odontológicos o de salud bucal (enfermedad periodontal)	Sí No	Cualitativa nominal
Antecedente de hijos prematuros, bajo peso, macrosómicos y/o malformados	Antecedente de hijos prematuros, bajo peso, macrosómicos y/o malformados	Sí No	Cualitativa nominal
Antecedente de abortos habituales, muerte fetal o neonatal temprana	Antecedente de abortos habituales, muerte fetal o neonatal temprana	Sí No	Cualitativa nominal
Enfermedad sistémica controlada (Diabetes, HTA, cardiopatía, hipertiroidismo)	Enfermedad sistémica controlada (Diabetes, HTA, cardiopatía, hipertiroidismo)	Sí No	Cualitativa nominal
Ingesta de medicamentos teratogénicas	Ingesta de medicamentos teratogénicas	Sí No	Cualitativa nominal
Ganancia inadecuada de peso	Ganancia inadecuada de peso	Sí No	Cualitativa nominal

Primigesta o gran múltipara	Primigesta o gran múltipara	Sí No	Cualitativa nominal
Infección urinaria sin fiebre	Infección urinaria sin fiebre	Sí No	Cualitativa nominal
Presentación anormal	Presentación anormal	Sí No	Cualitativa nominal
Enfermedad mental	Enfermedad mental	Sí No	Cualitativa nominal
Embarazo múltiple	Embarazo múltiple	Sí No	Cualitativa nominal
Cirugía uterina previa incluyendo cesárea	Cirugía uterina previa incluyendo cesárea	Sí No	Cualitativa nominal
IMC <18.5 o ≥ 30	Peso Talla	Sí No	Cualitativa nominal
Flujo vaginal anormal	Flujo vaginal anormal	Sí No	Cualitativa nominal
Violencia intrafamiliar/sexual	Violencia intrafamiliar/sexual	Sí No	Cualitativa nominal

## 6. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS Y DISCUSIÓN

**Tabla 1: Distribución de gestantes según edad. Centro de Salud Pascuales. Año 2021.**

Edad	Total	
	No	%
10 - 14 años	1	1,4
15 - 19 años	15	20,3
20 - 24 años	21	28,4
25 - 29 años	18	24,3
30 - 34 años	9	12,2
35 - 39 años	7	9,5
40 - 44 años	3	4,1
<b>Total</b>	<b>74</b>	<b>100,0</b>

Se revisaron 74 historias clínicas de pacientes que, según la Plataforma de Registro de Atención en Salud (PRAS), tenían en sus fichas la clasificación de embarazo de riesgo. Dentro de la población de embarazadas predominan los rangos de edad de 20 - 24 años con la frecuencia del 28,4%, le sigue el rango de edad 25 - 29 años con una frecuencia de 24,3% y, en tercer lugar, se encuentra el rango de edad de 15 - 19 años con una frecuencia del 20,3%.

El estudio realizado en 2017 sobre la “Prevalencia de embarazo en adolescentes atendidas en la consulta externa del Centro de Salud Pascuales durante el periodo enero a diciembre del 2017” (34), evidenció que el rango de edad en embarazo adolescente era de 17 - 18 años.

De la misma forma, el estudio sobre “Complicaciones Obstétricas en Adolescentes y Mujeres Adultas con o sin Factores de Riesgo Asociados, Honduras 2016” (35), muestra que el rango de edad predominante es de 10 - 19 años, atribuyendo que estos embarazos, en su mayoría, no son planificados. En la tabla de resultados

vemos que también existe una frecuencia de 13,6% de mujeres mayores de 35 años que están embarazadas.

Dicho resultado se acerca a la frecuencia de embarazadas con nacidos vivos del 15,9% del estudio sobre “La edad materna como factor de riesgo de mortalidad materna, fetal, neonatal e infantil”. El estudio demuestra un mayor riesgo reproductivo y de mortalidad materna en los grupos de embarazadas de 35 años (36).

**Tabla 2: Distribución de gestantes según escolaridad. Centro de Salud Pascuales. Año 2021.**

Escolaridad	Total	
	No	%
Primaria completa	5	6,8
Secundaria incompleta	8	10,8
Secundaria completa	13	17,6
Bachillerato incompleto	25	33,8
Bachillerato completo	21	28,4
Universidad cursando	2	2,7
<b>Total</b>	<b>74</b>	<b>100,0</b>

El nivel de escolaridad predominante en las gestantes es el Bachillerato incompleto, con una frecuencia del 33,8%. Esto quiere decir que no concluyen sus estudios dentro del período de tres años para graduarse como bachilleres, lo cual puede impedir que las estudiantes sean aceptadas en plazas de trabajo disponibles o seguir una carrera universitaria. Por otro lado, el 28,4% de gestantes son bachilleres. El embarazo con una menor escolaridad promueve a una mayor carencia de seguridad social en salud para las mujeres jóvenes o adolescentes, como lo muestran resultados del estudio sobre la “Influencia de la adolescencia y su entorno en la adherencia al control prenatal e impacto sobre la prematuridad, bajo peso al nacer y mortalidad neonatal” (37).

Por otro lado, el “Estudio de gestantes adolescentes y su repercusión en el recién nacido en un área de salud” refleja una asociación de madres adolescentes con bajo nivel de escolaridad, donde el 10,3 % de 78 adolescentes tiene un nivel de escolaridad primario (38). A la mayoría de las mujeres jóvenes le resulta difícil proseguir su instrucción educativa luego del parto.

**Tabla 3: Distribución de gestantes según estado civil. Centro de Salud Pascuales. Año 2021.**

Estado civil	Total	
	No	%
Soltera	39	52,7
Unión libre	20	27,0
Casada	14	18,9
Separada	1	1,4
<b>Total</b>	<b>74</b>	<b>100,0</b>

Con relación al estado civil hubo predominio de las solteras con una frecuencia del 52,7%, seguido de la unión libre con una frecuencia del 27%. En cuanto a la primera variable, el estudio sobre “Factores de riesgo del embarazo en adolescentes y jóvenes, Bata, Guinea Ecuatorial” (39), hubo predominio de las solteras en comparación con los demás estados civiles, y más superior aún entre los casos de adolescentes (83,3 %). Al realizar la comparación entre gestantes solteras y el resto de los estados civiles, se encontró una diferencia estadística altamente significativa ( $\chi^2=9,35$ ,  $gl=1$ ;  $p<0,001$ ), por lo que estar soltera era un factor de riesgo para el embarazo en la adolescencia (OR=5,00, IC 95 %: 1,69 – 14,80), el riesgo de embarazo aumentaba cinco veces.

Resultado similar muestra la investigación realizada en un hospital de Tungurahua sobre el estado civil materno y su asociación con los resultados perinatales. En éste se evidencia como el estado civil de soltera se asocia con un incremento de 11% (IC95%: 3-19) de Bajo Peso al Nacer (BPN) y de 51% (IC95%: 24-83) de Muerte Fetal (MF) cuando se compara con el grupo de concubinato estable (40).

Respecto de la unión libre como estado civil, no se hallaron estudios que demuestren que una embarazada en unión libre con su cónyuge, muestre o no un aumento en el riesgo durante el embarazo. A diferencia de las gestantes solteras, las que viven en unión de hecho o unión libre gozan de mismos derechos y obligaciones que tienen las familias constituidas mediante matrimonio, inclusive en

lo relativo a la presunción legal de paternidad y a la sociedad conyugal, según artículo 4 del Código Civil Ecuatoriano (41).

**Tabla 4: Distribución de gestantes según ocupación. Centro de Salud Pascuales. Año 2021.**

<b>Estado civil</b>	<b>Total</b>	
	<b>No</b>	<b>%</b>
Ama de casa	39	52,7
Estudiante	20	27,0
Cuenta propia	15	20,3
<b>Total</b>	<b>74</b>	<b>100,0</b>

Con respecto a la ocupación de las gestantes existe una frecuencia del 52,7% que son amas de casa, el 27,0% son estudiantes y el 20,3% trabaja por cuenta propia. El estudio realizado en España sobre “Ocupación materna, duración de la gestación y bajo peso al nacimiento”, evidencia que los partos en mujeres menores de 20 años son más frecuentes en madres que se dedican a las labores del hogar (42).

En el estudio sobre “Factores de riesgo que influyen en el embarazo de adolescentes que acuden al Centro de Salud San Ignacio, Cajamarca, 2019”, predominan las adolescentes embarazadas de 16 a 17 años de edad, con un nivel de instrucción secundaria y en su mayoría se dedican a las labores del hogar, tras haber abandonado los estudios. Dentro del estudio se evidencio que solo un mínimo porcentaje (2,3%) se dedica como trabajadora ambulante (43).

**Tabla 5: Distribución de gestantes según edad gestacional. Centro de Salud Pascuales. Año 2021.**

TRIMESTRE	EDAD GESTACIONAL			
	MES	SEMANAS	N°	%
1er trimestre	1	1 - 4	1	1,35
	2	5 - 9	3	4,05
	3	10 - 13	15	20,27
2do trimestre	4	14 - 17	12	16,22
	5	18 - 21	13	17,57
	6	22 - 25	7	9,46
3er trimestre	7	26 - 29	9	12,16
	8	30 - 33	5	6,76
	9	34 - 37	9	12,16
TOTAL			74	100,00

Dentro de la caracterización obstétrica la mayor parte de las gestantes acudieron a su control prenatal durante el tercer trimestre de la gestación y la mayoría de ellas tuvieron menos de 5 controles prenatales. Resultados similares muestra el estudio realizado en Cuenca, donde las gestantes catalogadas con embarazos de riesgo cumplieron con sus controles prenatales (33).

Por otro lado, no todos los estudios muestran resultados favorables o que hayan prevenido peligros durante el embarazo. En el estudio de casos sobre “Riesgo obstétrico de preeclampsia por insuficientes controles prenatales en adolescentes. Plan educativo de prevención”, se evidencia como adolescentes embarazadas con edades de 13 a 17 años presentaron preeclampsia durante el embarazo, con al menos un control prenatal registrado (44).

Los elementos clínicos que se utilizan para el cálculo de la edad gestacional, son el tiempo de amenorrea a partir del primer día de la última menstruación y el tamaño uterino. Para que estos elementos tengan importancia en su utilidad práctica, el

control prenatal debe ser precoz, para evitar el olvido de información por parte de la embarazada, y, porque la relación volumen uterino/edad gestacional es adecuada, siempre que el examen obstétrico se efectúe antes del quinto mes.

En niveles de atención prenatal de baja complejidad, y con embarazadas de bajo riesgo, los elementos clínicos pueden ser suficientes para fijar la edad gestacional y proceder en consecuencia. Idealmente, si se cuenta con el recurso ultrasonográfico, se debe aplicar este procedimiento para certificar la edad gestacional, teniendo en cuenta que su efectividad diagnóstica es máxima antes del quinto mes y deficiente a partir del sexto mes.

Es necesario enfatizar que el diagnóstico de edad gestacional debe ser establecido a más tardar al segundo control prenatal, debido a que todas las acciones posteriores se realizan en relación a dicho diagnóstico. El desconocimiento de la edad gestacional constituye por sí mismo un factor de riesgo. La magnitud del riesgo estará dada por la prevalencia de partos prematuros, embarazos prolongados y retardo del crecimiento intrauterino en la población obstétrica bajo control.

**Tabla 6: Distribución de gestantes según números de controles prenatales. Centro de Salud Pascuales. Año 2021.**

<b>Número de controles prenatales</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Al menos un control prenatal	31	41,89
Menor a tres controles prenatales	22	29,73
Mayor a tres controles prenatales	15	20,27
Sin control prenatal	6	8,11
<b>TOTAL</b>	<b>74</b>	<b>100,00</b>

Dentro de la caracterización obstétrica de la población de estudio, la mayor parte de las gestantes acudieron al menos a un control prenatal (41,89%), seguido de gestantes que acudieron a menos de tres controles prenatales (29,73%), le siguen gestantes que acudieron a más de tres controles prenatales (20,27%) y, por último, están las gestantes que no registraban ningún control prenatal (8,11%).

Resultados similares muestra el estudio realizado en Cuenca, donde las gestantes catalogadas con embarazos de riesgo cumplieron con sus controles prenatales (33). Por otro lado, no todos los estudios muestran resultados favorables o que hayan prevenido peligros durante el embarazo. En el estudio de casos sobre “Riesgo obstétrico de preeclampsia por insuficientes controles prenatales en adolescentes”, se evidencia como adolescentes embarazadas con edades de 13 a 17 años presentaron preeclampsia durante el embarazo, con al menos un control prenatal registrado (44).

El control prenatal o control temprano del embarazo disminuye sustancialmente el riesgo de complicaciones y muerte tanto materna como perinatal. Sin embargo, solo el cumplimiento de los chequeos no garantiza la calidad de la atención pues se requiere que en cada visita se brinde un conjunto de actividades y procedimientos que el equipo de salud.

Desde el punto de vista materno, asistir a los controles prenatales pudiera evitar

infecciones, síndromes hipertensivos del embarazo o enfermedades maternas pregestacionales. Se ha documentado que los los problemas que se asocian a morbilidad materna son la hemorragia obstétrica, el síndrome hipertensivo del embarazo, las enfermedades maternas pregestacionales y las infecciones.

**Tabla 7: Distribución de gestantes según muy alto riesgo obstétrico.  
Centro de Salud Pascuales. Año 2021.**

Variables epidemiológicas de muy alto riesgo	Total	
	No	%
Infección urinaria con fiebre	16	21,6
Edemas en cara, manos y piernas	11	14,9
Enfermedad sistémica no controlada (Diabetes, HTA, cardiopatía, hipertiroidismo)	8	10,8
Disminución o ausencia de movimientos fetales	3	4,1
Ruptura Prematura de Membranas (RPM)	3	4,1
Cambios en la frecuencia cardíaca fetal (FCF) (<110 ó >160 x min.)	3	4,1

Se ha podido notar que las complicaciones que prevalecen en gestantes consideradas de muy alto riesgo son: infección urinaria con fiebre (21,6%), edemas en cara, mano y piernas (14,9%), enfermedad sistémica no controlada (10,8%), disminución o ausencia de movimientos fetales (4,1%), Ruptura Prematura de Membranas (RPM) (4,1%) y cambios en frecuencia cardíaca fetal (FCF) (<110 ó >160 x min.) (4,1%).

La infección de vías urinarias es la complicación obstétrica con una mayor frecuencia dentro del Centro de Salud Pascuales. Es una de las epidemiologías más frecuentes durante el embarazo. Según estudios, esta enfermedad continúa asociándose a morbilidad elevada a nivel materno y fetal. Cerca de un 27% de los partos prematuros han sido asociados con algún tipo de infección de vías urinarias. La *Escherichia coli* se encuentra presente aproximadamente en el 80 a 90% de las infecciones de vías urinarias y en el 95% de las pielonefritis agudas; otros gérmenes aislados son *Proteus mirabilis* y *Klebsiella pneumoniae*, también se han aislado gérmenes grampositivos, *Streptococcus agalactiae* y estafilococo coagulasa negativo.

**Tabla 8: Distribución de gestantes según alto riesgo obstétrico. Centro de Salud Pascuales. Año 2021.**

Variables epidemiológicas de alto riesgo	TOTAL	
	No	%
Ganancia inadecuada de peso	31	41,9
Infección urinaria sin fiebre	27	36,5
Enfermedad sistémica controlada (Diabetes, HTA, cardiopatía, hipertiroidismo)	16	21,6
Antecedente de hijos prematuros, bajo peso, macrosómicos y/o malformados	13	17,6
Edad	11	14,9
Antecedente de abortos habituales, muerte fetal o neonatal temprana	9	12,2
Altura uterina no correlaciona con edad gestacional	8	10,8
Período entre embarazos < 2 años	7	9,5
Embarazo múltiple	7	9,5
Hb entre 7 y 10 mg/dL o palidez palmar o conjuntival	5	6,8

Los factores de riesgo que prevalencen dentro de la población de estudio son: Ganancia inadecuada de peso (41,9%), infección urinaria sin fiebre (36,5%), enfermedad sistémica controlada (21,6%), antecedentes de hijos prematuros (17,6%), edad (14,9%), antecedentes de abortos (12,2%), altura uterina no correlaciona con edad gestacional (10,8%), período entre embarazo menor a dos años (9,5%), embarazo múltiple (9,5%) y Hb entre 7 y 10 mg/dL (6,8%).

El registro estadístico de nacidos vivos y defunciones del año 2017 del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) de Ecuador, evidenció una prevalencia nacional de bajo peso al nacer del 8,9 %. Una cifra que puede ser subestimada

debido a que muchos partos tienen lugar en clínicas pequeñas, especialmente en zonas rurales, por lo que los datos no llegan a reflejar la prevalencia real.

Otra de las enfermedades que forma parte de la tendencia entre los problemas gestacionales es la diabetes. Durante el embarazo, la diabetes gestacional puede afectar tanto a la madre como al feto. A nivel mundial, la incidencia de esta enfermedad es del 7% y actualmente en el Ecuador 142 a 1084 casos ocurren por cada 100.000 habitantes. Debido a que la mayoría de las mujeres embarazadas no presentan sintomatología alguna de esta enfermedad.

Entre las complicaciones que prevalecen en gestantes consideradas de alto riesgo está la ganancia inadecuada de peso (41,9%), lo que se asocia al peso del niño al nacer. Otro de los factores de riesgo con mayor prevalencia son las infecciones de vías urinarias (IVU) que constituyen una de las complicaciones más habituales del embarazo y son responsables de un importante porcentaje de morbilidad materna o perinatal. Las mujeres embarazadas desarrollan de manera fácil estas infecciones debido a cambios funcionales, hormonales y anatómicos.

Por otro lado, la maternidad tardía se asocia generalmente a alteraciones preexistentes que inevitablemente se incrementa con la edad. En este período de tiempo aparecen enfermedades como la prematuridad, hipertensión arterial crónica (HTA), fibroma uterino, malformaciones congénitas y alteraciones genéticas, entre otras, que afectan sensiblemente la morbilidad materno infantil", ya que estas mujeres cursan un embarazo donde se observa mayor frecuencia de afectaciones médicas obstétricas, favorecen las complicaciones en el parto y aumentan las intervenciones quirúrgicas, registrándose un incremento en muerte fetales y recién nacidos (RN) de bajo peso.

## 7. CONCLUSIONES

Para el Centro de Salud Pascuales, predominan las gestantes con edades entre 20 a 24 años, con bachillerato incompleto, en su mayoría solteras, que se ocupan en las labores de casa.

- En cuanto a las variables obstétricas, la mayoría de las gestantes acuden al Centro de Salud durante el primer trimestre y registran al menos un control prenatal.
- Respecto de las variables epidemiológicas de muy alto y alto riesgo que prevalecen están: infección urinaria con fiebre y ganancia inadecuada de peso, respectivamente.
- Después de realizar esta investigación y utilizando estos los dos instrumentos de la encuesta y las historias clínicas de cada gestante participante, se detectó de forma temprana complicaciones obstétricas que requerían la intervención hospitalaria, pero aun existen falencias en el manejo de estas. Aún el propio sistema PRASS no existe la identificación de muy alto riesgo para reconocer si una gestante posee las características que determinen dicho riesgo.
- Se reveló que no se dio importancia a algunas alteraciones clínicas, reportadas en el control prenatal, las cuales no recibieron la importancia que ameritaba para poder llegar a un control prenatal adecuado por lo que se tuvo que atender en un primer nivel las enfermedades sistémicas no controladas, disminución o ausencia de movimiento fetales, cambios en la frecuencia cardíaca fetal, entre otros. Cuando el embarazo es de bajo riesgo debe llevar su control en un primer nivel de atención, en cambio, si el de riesgo es elevado debe ser atendido en un segundo nivel por el gineco-obstetra.
- Por lo expresado se debe incrementar la capacitación continua a todo el

personal sanitario, tanto médicos como enfermeras para poder realizar un seguimiento continuo del llenado de estos registros porque según lo estudiado, la historia clínica es el instrumento más importante para prevenir y evitar las complicaciones obstétricas que pueden llevar a la muerte materna.

## 8. VALORACIÓN CRÍTICA DE LA INVESTIGACIÓN

La obstetricia actual ha logrado grandes éxitos en la reducción de la morbilidad materna, por lo que actualmente se ha centrado la atención en los aspectos fetales y neonatales, así como en identificar al subgrupo de mujeres embarazadas que requiere de una mayor vigilancia y cuidado a consecuencia de presentar factores de riesgo claramente identificables, sea antes o durante el embarazo.

## 9. REFERENCIAS

1. Coco L, Giannone T, Zarbo G. Manejo del embarazo de alto riesgo. *Minerva Ginecol.* 2014 Agosto; 66(4).
2. OCEANO. *Diccionario de Medicina OCEANO MOSBY* Barcelona: OCEANO.
3. UNFPA. Junta Ejecutiva del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, del Fondo de Población de las Naciones Unidas y de la Oficina de las Naciones Unidas de Servicios para Proyectos. New York: Naciones Unidas; 2019.
4. Organización Mundial de la Salud. OMS. [Online].; 2019 [cited 2020 agosto 12. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>.
5. Martínez J, Pereira M. Caracterización de las gestantes de alto riesgo obstétrico (ARO) en el departamento de Sucre (Colombia). *Revista Salud Uninorte.* 2016 diciembre; 32(3).
6. Pazmiño S. Clasificación del Embarazo de alto riesgo. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana.* 1981 marzo; 90(3).
7. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Evaluación y categorización del riesgo obstétrico en el control prenatal. Manual. Dirección Nacional de Normatización - MSP ed. Quito; 2019.
8. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Registro Estadístico de Nacidos Vivos y Defunciones Fetales. Registro estadístico. Quito: INEC; 2020.
9. Jacobson JD. MedlinePlus. [Online].; 2020 [cited 2021 septiembre 21. Available from: <https://medlineplus.gov/ency/patientinstructions/000607.htm>.
10. Martínez L. MedlinePlus. [Online].; 2020 [cited 2021 septiembre 21. Available from: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000898.htm>.
11. Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development (NICHD). NICHD. [Online].; 2010 [cited 2021 septiembre 21. Available from: <https://www.nih.gov/news-events/news-releases/risk-newborn-heart-defects-increases-maternal-obesity>.
12. Senado J. Factores de Riesgo. *Revista Cubana de Medicina General*

- Integral. 1999 jul-ago; 15(4).
13. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Clasificación de Riesgo Obstétrico.. Dirección zonal de Provisión y Calidad de los Servicios de la Salud. ed. Quito - Ecuador; 2014.
  14. OPS. AIEPI Manual Clínico para profesionales de la salud. Manual Clínico. , Departamento de Salud Integral de la Mujer; 2008.
  15. Wall E. Assessing obstetric risk. A review of obstetric risk-scoring systems. Pubmed. 1988 aug; 27(2).
  16. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Atención Integrada a Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) Clínico. Cuadros de Procedimientos. Manual. Quito: MSP, Dirección Nacional de Normatización; 2017.
  17. Arce-Herrera R, Calderón-Cisneros E, Cruz-Cruz P, Díaz-Velázquez M, Agustina MM. Hemorragia obstétrica en la segunda parte del embarazo. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2012; 50(6).
  18. Ministerio de Salud Pública. Infección de vías urinarias en el embarazo. Guía práctica. Quito: Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Dirección Nacional de Normatización; 2013.
  19. Moldenhauer J. Embarazo postérmino. Manual MSD Versión para profesionales. 2018 junio.
  20. Cobertura Universal de Salud. Prevención de la transmisión perinatal de sífilis, hepatitis B y VIH. Dirección de Sida y ETS ed. Buenos Aires; 2016.
  21. Gálvez F, Rodríguez RB. Características epidemiológicas del embarazo en la adolescencia. Revista Cubana Obstec Ginecoll. 2017 Septiembre; 3(43).
  22. Balestena J, Pereda Y, Milán J. La edad materna avanzada como elemento favorecedor de complicaciones obstétricas y del nacimiento. Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río. 2015 octubre; 19(5).
  23. Aguilera S, Soothill P. Control prenatal. Revista Médica clínica Las Condes. 2014 Noviembre; 25(6).
  24. Pineda L, Zúñiga R. Guía Didáctica para el taller: "Control de Embarazo normal" Loja-Ecuador; 2013.

25. Álvarez M, Hinojosa MdC, Salvador S, López R, González G, Carbonell I, et al. Morbilidad materna extremadamente grave, un problema actual. *Revista Cubana de Higiene y de Epidemiología*. 2011 septiembre-diciembre; 49(3).
26. Zavala A, Ortiz H, Salomon J, Padilla C, Preciado R. Período intergenésico: Revisión de la literature.. *Revoista Chilena de Obstetricia y Ginecología*. 2018 febrero; 83(1).
27. Gómez I, Molina R, Zamberlin N. Factores relacionados con el embarazo y la maternidad en menores de 15 años en América Latina y el Caribe. FLASOG ed. Távora L, editor. Lima; 2010.
28. Hamid R, Arulkumaran S. Manejo de útero cicatrizado en futuros embarazos. *IntraMed*. 2006 mayo; 16.
29. Bautista J. UNICEF. [Online].; 2009 [cited 2020 agosto 15. Available from: [https://www.unicef.org/republicadominicana/health\\_childhood\\_25945.htm](https://www.unicef.org/republicadominicana/health_childhood_25945.htm).
30. Cabral J, Cruz C, Ramos U, Ruiz P. Organización Panamericana de la Salud. [Online].; 2020 [cited 2020 agosto 15. Available from: [https://www.paho.org/mex/dmdocuments/pub\\_atlasits.pdf](https://www.paho.org/mex/dmdocuments/pub_atlasits.pdf).
31. Aguirre V. Tabaquismo durante el embarazo: Efectos en la salud respiratoria infantil.. *Revista chilena de enfermedades respiratorias*. 2007 septiembre; 23(3).
32. Escobar J, Pacora P, Custodio N, Villar W. Depresión posparto: ¿se encuentra asociada a la violencia basada en género? *Anales de la Facultad de Medicina*. 2009 junio; 70(2).
33. Chacho M, García A. Embarazo de alto riesgo y factores asociados en el Hospital José Carrasco Arteaga Cuenca; 2018.
34. García A, Sampedro F. Prevalencia de embarazo en adolescentes atendidas en la consulta externa del Centro de Salud Pascuales durante el periodo enero a diciembre del 2017. Tesis. Guayaquil: Universidad Católica Santiago Guayaquil; 2017.
35. Fawed Ó. Complicaciones obstétricas en adolescentes y mujeres adultas con o sin factores de riesgo asociados, Honduras 2016. *Archivos de Medicina*. 2016; 12(4).
36. Donoso E, Carvajal J, Vera C, Poblete J. La edad de la mujer como factor de

- riesgo de mortalidad materna, fetal, neonatal e infantil. Revista Médica Chile. 2014; 142.
37. Mendoza L, Arias M, Peñaranda C, Mendoza L, Manzano S, Varela A. Influencia de la adolescencia y su entorno en la adherencia al control prenatal e impacto sobre la prematuridad, bajo peso al nacer y mortalidad neonatal. Rev chil obstet ginecol. 2015; 80(4).
  38. González A, Alonso R, Gutiérrez A, Campo A. Estudio de gestantes adolescentes y su repercusión en el recién nacido en un área de salud. Rev Cubana Pediatr. 2000; 72(1).
  39. Sanabria Negrín J, Fernández Montequín Z. Factores de riesgo del embarazo en adolescentes y jóvenes, Bata, Guinea Ecuatorial. Ciencias Médicas de Pinar del Rocío. 2019 enero-febrero; 23(1).
  40. Arévalo M. Factores de riesgo materno, fetales y ambientales asociados al bajo peso en recién nacidos que han vivido los últimos 5 años en la localidad el Santuario cantón Quero, provincia de Tungurahua. Tesis Magister. Quito: Universidad Central del Ecuador, Ciencias Médicas; 2015.
  41. Ecuador Legal. Ecuador Legal. [Online].; 2021 [cited 2021 septiembre 21]. Available from: <http://www.ecuadorlegalonline.com/familia/union-de-hecho/>.
  42. Ronda E, Hernández A, García A, Regidor E. Ocupación materna, duración de la gestación y bajo peso al nacimiento. Gaceta Sanitaria. 2009 jun; 23(3).
  43. Castillo S. Factores de riesgo que influyen en el embarazo de adolescentes que acuden al Centro de Salud San Ignacio, Cajamarca, 2019. Tesis. Pimentel: Universidad Señor de Sipán, Facultad de Ciencias de la Salud; 2019.
  44. Castillo M. Riesgo obstétrico de precalmpsia por insuficientes controles prenatales en adolescentes. Plan educativo de prevención. Estudio de casos. Guayaquil: Universidad de Guayaquil, Facultad de Ciencias Médicas; 206.

## 10. ANEXOS

### Anexo 1: Hoja de recolección de datos

**Universidad Católica Santiago de Guayaquil**  
**Sistema de Posgrado**  
**Escuela de graduados en Ciencias de la Salud**  
**Especialidad en Medicina Familiar y Comunitaria**

**Hoja de recolección de datos para el trabajo de investigación:**

*“Comportamiento de algunas variables epidemiológicas en embarazadas de alto y muy alto riesgo en seis consultorios del Centro de Salud Pascuales. Año 2021”.* La ficha, a continuación, recopila información de la gestante atendida en uno de los seis consultorios del Centro de Salud Pascuales, durante el primer semestre del año 2021. Esta información incluye variables sociodemográficas, obstétricas y epidemiológicas de las gestantes incluidas para el estudio. Marque “X” en los casilleros correspondientes a los datos de la gestante.

Nombre de la gestante: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Cédula de ciudadanía: \_\_\_\_\_

		ESTADO CIVIL	Soltera	_____	
			Unión libre	_____	
			Casada	_____	
			Separada	_____	
ESCOLARIDAD:	Ninguna (analfabeta)	_____	OCUPACIÓN:	Empleado público	_____
	Primaria incompleta	_____		Empleado privado	_____
	Primaria completa	_____		Estudiante	_____
	Secundaria incompleta	_____		Desempleada	_____
	Secundaria completa	_____		Ama de casa	_____
	Bachillerato incompleto	_____		Cuenta propia	_____
	Bachillerato completo	_____			
	Universidad cursando	_____			
	Universidad terminada	_____			
			NÚMERO DE		
			CONTROLES		
SEMANAS DE			PRENATALES:	Menor a 5	_____
GESTACIÓN:	Primer trimestre	_____		Mayor a 5	_____
	Segundo trimestre	_____			
	Tercer trimestre	_____			

Variables epidemiológicas para caracterizar muy alto riesgo en gestantes	Marque (X) donde corresponda	
	SI	NO
Embarazo mayor de 41 semanas y 6 días		
Disminución o ausencia de movimientos fetales		
Enfermedad sistémica no controlada (Diabetes, HTA, cardiopatía, hipertiroidismo) Identifique: _____		
Infección urinaria con fiebre		
Hemorragia vaginal		
Ruptura Prematura de Membranas (RPM)		
Presencia de convulsiones, visión borrosa, pérdida de conciencia o cefalea intensa. Identifique: _____		
Cambios en la frecuencia cardíaca fetal (FCF) (<110 ó >160 x min.)		
Hb < 7 mg/dL y/o palidez palmar y conjuntival intensa		
Edemas en cara, manos y piernas		

Variables epidemiológicas para caracterizar alto riesgo en gestantes	Marque SI	Marque NO
Edad: < 16 años o >35 años		
___ Menor de 16 años		
___ 17 a 35 años		
___ Mayor de 35 años		
Período entre embarazos < 2 años		
Altura uterina no correlaciona con edad gestacional		
Hb entre 7 y 10 mg/dL o palidez palmar o conjuntival		
VDRL/RPR, VIH o Hepatitis B positivo		
Madre Rh negativa		
Alcoholismo, tabaquismo o drogadicción. Identifique: _____		
Problemas odontológicos o de salud bucal (enfermedad periodontal)		
Antecedentes de hijos prematuros, bajo peso, macrosómicos y/o malformados. Identifique: _____		
Antecedente de abortos habituales, muerte fetal o neonatal temprana		
Enfermedad sistémica controlada (Diabetes, HTA, cardiopatía, hipertiroidismo) Identifique: _____		
Ingesta de medicamentos teratogénicas		
Ganancia inadecuada de peso		
Primigesta o gran múltipara. Identifique: _____		
Infección urinaria sin fiebre		
Presentación anormal		

Enfermedad mental		
Embarazo múltiple		
Cirugía uterina previa incluyendo cesárea		
IMC <18.5 o ≥ 30		
Flujo vaginal anormal		
Violencia intrafamiliar/sexual		



## DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Sánchez Yépez Gisela Narcisa**, con C.C: # **0923180525** autora del trabajo de titulación: **Comportamiento de algunas variables epidemiológicas en embarazadas de muy alto y alto riesgo en seis consultorios del Centro de Salud Pascuales. Año 2021**, previo a la obtención del título de **Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, **20** de **noviembre** del **2021**

Nombre: **Sánchez Yépez Gisela Narcisa**

C.C.: **0923180525**



## **REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA**

### **FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN**

<b>TEMA Y SUBTEMA:</b>	Comportamiento de algunas variables epidemiológicas en embarazadas de muy alto y alto riesgo en seis consultorios del Centro de Salud Pascuales. Año 2021.		
<b>AUTOR(ES)</b>	Dra. Gisela Narcisa Sánchez Yépez		
<b>REVISOR(ES)/TUTOR(ES)</b>	Dr. Yubel Batista Pereda		
<b>INSTITUCIÓN:</b>	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
<b>FACULTAD:</b>	Escuela de Graduados en Ciencias de la Salud		
<b>CARRERA:</b>	Especialización en Medicina Familiar y Comunitaria		
<b>TÍTULO OBTENIDO:</b>	Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria		
<b>FECHA DE PUBLICACIÓN:</b>	20 de noviembre del 2021	<b>No. DE PÁGINAS:</b>	55
<b>ÁREAS TEMÁTICAS:</b>	Medicina Familiar y Comunitaria; Medicina Interna; Ginecobstetricia		
<b>PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:</b>	Riesgo, Factores de Riesgo, Clasificación de Riesgo, Alto Riesgo Obstétrico, AIEPI.		
<p><b>Antecedentes:</b> La comunicación efectiva, el control y la detección temprana del riesgo obstétrico constituyen el conjunto de herramientas básicas para planificar estrategias de tratamiento y minimizar los riesgos de la maternidad y / o fetales. En este aspecto, se pretende identificar el comportamiento de algunos factores de riesgo, en función de las características de gestantes atendidas en un primer nivel de salud otorgado por el Centro de Salud Pascuales. <b>Métodos:</b> Estudio descriptivo, observacional, retrospectivo y de corte transversal. Se utilizaron dos fuentes de recolección de datos: el cuestionario, empleado para identificar variables sociodemográficas y, la historia clínica de la gestante, utilizado para identificar variables obstétricas. La población de estudio estuvo constituida por 74 gestantes que acudieron a seis consultorios del Centro de Salud Pascuales, durante el primer semestre del año 2021. <b>Resultados:</b> Predominan las gestantes con edades entre 20 a 24 años, con bachillerato incompleto, solteras, que se ocupan de labores dentro de casa. En cuanto a las variables obstétricas, la mayoría de las gestantes acuden al Centro de Salud durante el primer trimestre y registran al menos un control prenatal. Respecto de las variables epidemiológicas de muy alto y alto riesgo que prevalecen están: infección urinaria con fiebre y ganancia inadecuada de peso, respectivamente. <b>Conclusiones:</b> Es importante diferenciar la identificación y el tratamiento del riesgo obstétrico en función de las características de la gestante, predecir sus problemas futuros y, en consecuencia, decidir un plan de cuidados adecuado.</p>			
<b>ADJUNTO PDF:</b>	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
<b>CONTACTO CON AUTORES:</b>	<b>Teléfono:</b> 0986041005	<b>E-mail:</b> gisestar2018@gmail.com	
<b>CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO):</b>	<b>Nombre: Dr. Xavier Landivar Varas</b>		
	<b>Teléfono:</b> +593-4-3804600 ext: 1830 - 1811		
	<b>E-mail:</b> posgrados.medicina@cu.ucsg.edu.ec		
<b>SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA</b>			
<b>Nº. DE REGISTRO (en base a datos):</b>			
<b>Nº. DE CLASIFICACIÓN:</b>			
<b>DIRECCIÓN URL (tesis en la web):</b>			