



**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE OBSTETRICIA**

**“FACTORES DE RIESGO MATERNO/FETALES EN MUJERES
EMBARAZADAS MAYORES DE 40 AÑOS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL
GINECO-OBSTETRICO ENRIQUE C. SOTOMAYOR EN EL PERIODO DE
JUNIO DEL 2015 A MARZO DEL 2016”**

**TRABAJO DE FIN DE CARRERA COMO REQUISITO PARA OPTAR POR
EL TÍTULO DE OBSTETRA**

AUTOR

Marjorie Alexandra Escandón Montenegro

TUTOR

Dr. Luis Hidalgo Hidalgo.

2015-2016

GUAYAQUIL - ECUADOR

CERTIFICADO DEL TUTOR

DR. LUIS HIDALGO HIDALGO EN CALIDAD DE TUTOR DEL TRABAJO DE
INVESTIGACIÓN PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE OBSTETRA DE LA
UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

CERTIFICO QUE: HE DIRIGIDO Y REVISADO LA TESIS DE GRADO
PRESENTADA POR LA SEÑORITA **Marjorie Alexandra Escandón Montenegro**
CON C.I# 0923886683

TEMA:

**“FACTORES DE RIESGO MATERNO/FETALES EN MUJERES
EMBARAZADAS MAYORES DE 40 AÑOS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL
GINECO-OBSTETRICO ENRIQUE C. SOTOMAYOR EN EL PERIODO DE
JUNIO DEL 2015 A MARZO DEL 2016”**

REVISADA Y CORREGIDA QUE FUE LA TESIS, SE APROBÓ EN SU
TOTALIDAD LO CERTIFICO:

Dr. Luis Hidalgo Hidalgo.

TUTOR DE TESIS



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE OBSTETRICIA

Esta tesis cuya autoría corresponde a la señorita, **Marjorie Alexandra Escandón Montenegro** ha sido aprobada, luego de su defensa pública, en la forma presente por el tribunal Examinador de Grado Nominado por la Escuela de Obstetricia como requisito parcial para la obtención del título de Obstetra.

APROBADO POR:

Obst. Delia **CRESPO** Antepara, MSc.

Obst. María P. **TORRES** Vascones, MSc

Obst. Margarita **ONTANO** Moreno MSc

Sra. Melba **PINARGOTE** Velazco



DECLARACIÓN DEL AUTOR

YO, **Marjorie Alexandra Escandón Montenegro** con C.I 0923886683 egresado de la Escuela de Obstetricia, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de Guayaquil declaro que: El presente trabajo de investigación titulado: **“FACTORES DE RIESGO MATERNO/FETALES EN MUJERES EMBARAZADAS MAYORES DE 40 AÑOS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GINECO-OBSTETRICO ENRIQUE C. SOTOMAYOR EN EL PERIODO DE JUNIO DEL 2015 A MARZO DEL 2016”**, es de mi autoría y ha sido realizado bajo mi absoluta responsabilidad y con la supervisión del Dr. Luis Hidalgo Hidalgo.

DEDICATORIA

Siempre es bueno agradecer, pues es un escalón de la vida donde nos sentimos satisfechos con lo que logramos. Esta tesis se la dedico a DIOS, ya que sin él nada podemos hacer. Dios es quien nos concede el privilegio de la vida y nos ofrece lo necesario para lograr nuestras metas. Gracias por las pruebas que me hacen crecer como persona y que me permiten dar lo mejor de mí acercándome más a ti.

A mi hermosa hija, Camila Valentina por enseñarme que las metas son alcanzables y que una caída no es una derrota, sino el principio de una lucha que siempre termina en Logros y Éxitos. A mis padres Juan Carlos Escandón y Gladys Montenegro, sin poder dejar de lado a mi tía Fanny Montenegro, por siempre orientarme en todo lo que sé y ayudarme a salir adelante a pesar de los inconvenientes, por motivarme y darme la mano cuando sentía que el camino se terminaba. A MI HERMOSA ABUELA NORMA MONTERO VILLÓN que sin su constante ayuda yo jamás hubiese llegado a esta etapa de la vida. Este triunfo es de USTEDES, LOS QUIERO.

A la Universidad Estatal de Guayaquil por brindarme formación profesional, por su gran ayuda y experiencias. A los excelentes docentes que tuve, los cuales me enseñaron lo mejor de la carrera, pero sobre todo a amarla, defenderla y respetarla. MUCHISIMAS GRACIAS.

AGRADECIMIENTO

Dios, ser maravilloso que me dió las fuerzas y fe para terminar lo que me parecía imposible e interminable. A mi abuela por ayudarme con mi hija mientras yo realizaba largas jornadas universitarias e insuperables noches de desvelo y por estar a mi lado en cada momento de mi vida y la de ella.

A mis AMIGAS; Cindy, Adriana, Paola y Mafer que fueron mi soporte y pilar en los momentos más difíciles de mi vida durante todos los años de Universidad, ya que gracias a la constancia, hermandad y apoyo moral han aportado un alto porcentaje a mis ganas de seguir adelante en mi carrera profesional.

Y como no agradecerle a mi compañero de vida, Brian Rosado Castro, que sin sus constantes apoyos esta tesis no hubiese llegado a su fin. Gracias, te amo.

Para ellos: Muchas gracias y que Dios los Bendiga.

RESUMEN

Como sabemos el embarazo es un proceso natural, pese a ello en determinadas condiciones la gestante presenta altos riesgos de mortalidad y morbilidad materna y perinatal. Puesto que a partir de los 40 años se presentan patologías crónicas que en una edad más joven no se presenta, por ello estas mujeres están más propensas a sufrir riesgos constantes. Hace algunas décadas tener un hijo por primera vez a los 40 años era algo sorprendente debido al riesgo asociado a la edad, actualmente gracias a los avances en medicina y obstetricia los embarazos tardíos se han desarrollado en la mayor parte de los casos sin complicaciones.

Acudieron a la emergencia del servicio de Ginecología y Obstetricia con diagnóstico de pacientes embarazadas mayores de 40 años; por los datos recopilados se demostró que los factores de riesgo más frecuentes fueron: pacientes embarazadas con edad avanzada, seguido de hipertensión arterial o alguna enfermedad pre-existente. Debido a la incidencia con la que se presentaron casos de mujeres embarazadas mayores de 40 años en el Hospital Gineco-Obstetrico Enrique C. Sotomayor, se realizó este estudio, cuyo objetivo fue determinar los factores de riesgo materno/fetales de esta patología en el período de junio del 2015 a marzo del 2016. Este trabajo se realizó con la colaboración de las pacientes y el tutor de la misma, utilizando una metodología descriptiva, prospectiva, no experimental, de tipo cualicuantitativa, en embarazadas en edad materna que superen los 40 años, en la que se evidencio una problemática entre el factor de riesgo y la causa, encontrándonos dentro de un rango muy parecido a otros países.

PALABRAS CLAVES: Añosa: mujer de edad avanzada

SUMMARY

As we know the pregnancy it is a natural process, in spite of it in certain conditions the pregnant presents high risks of mortality and mother morbidity and perinatal. Since from 40 years they present chronic pathologies that in one more age young woman does not appear, for it these women are more inclined to suffer constant risks. Some decades ago to take a son as the first time at the age of 40 was something surprising due to the risk associated with the age, nowadays thanks to the advances in medicine and obstetrics the late pregnancies have developed in most of the cases without complications

They came to the emergency of the service of Gynecology and Obstetrics with diagnosis of 40-year-old pregnant major patients; by the compiled information there was demonstrated that the most frequent factors of risk were: pregnant aged patients, followed by arterial hypertension or some preexisting disease.

Due to the incident with which they presented cases of 40-year-old pregnant major women in the Gineco-obstetric Hospital Enrique C. Sotomayor, carried out this study, which aim was to determine the factors of mother / fetal risk of this pathology in the period from June to March, 2016.

This work was realized by the collaboration of the patients and the tutor of the same one, using a descriptive, market, not experimental methodology, of transverse type, in pregnant women in mother age that they overcome 40 years, in that I demonstrate a problematic between the factor of risk and the reason, being inside a range very similar to other countries.

KEY WORDS: Aged: woman of advanced age

Contenido

CERTIFICADO DEL TUTOR.....	II
DECLARACIÓN DEL AUTOR.....	IV
DEDICATORIA	V
AGRADECIMIENTO	VI
RESUMEN	VII
SUMMARY	VIII
1. INTRODUCCIÓN.....	1
CAPITULO I	4
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	4
1.2. VARIABLES.....	7
1.3. OBJETIVOS.....	8
CAPITULO II	11
2. MARCO TEÓRICO	11
2.1. Antecedentes	11
2.1.1. Fundamentación teórica.....	11
2.1.2. Edad Fértil	12
2.1.3. Disminución de Fertilidad	12
2.1.4. Embarazo de alto riesgo.....	12
2.1.5. Riesgo en el embarazo de mujeres mayores de 40 años	13
2.2. ETIOLOGÍA.....	14
2.2.1. Edad materna.....	15
2.2.2. La mujer de 40 y mayor:	17
2.2.3. Paridad	18

2.2.4.	Embarazos múltiples	20
2.2.5.	Edad Gestacional.....	21
2.3.	ETIOPATOGENIA.....	21
2.3.1.	PROTOCOLO DE MANEJO DE EMBARAZO DE ALTO RIESGO OBSTETRICO MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA	23
2.3.2.	PROTOCOLO REDISEÑADO PARA ATENCION DE EMBARAZOS DE ALTO RIESGO OBSTETRICO O QUIRURGICO	25
CAPITULO III		30
3.1.	METODOLOGIA	30
3.1.1.	DISEÑO DE LA INVESTIGACION	30
3.1.2.	MODALIDAD DE LA INVESTIGACION	30
3.1.3.	TIPO DE INVESTIGACION	31
3.2.	MATERIALES Y MÉTODOS	31
3.2.1.	LOCALIZACIÓN.....	31
3.2.2.	CARACTERIZACIÓN DE LA ZONA DE TRABAJO	31
3.2.3.	PERIODO DE INVESTIGACIÓN.....	32
3.2.4.	RECURSOS EMPLEADOS	32
3.2.4.1.	HUMANOS.....	32
3.2.4.2.	FÍSICOS	32
3.2.5.	UNIVERSO Y MUESTRA.....	32
3.2.5.1.	UNIVERSO.....	32
3.2.5.2.	MUESTRA	33
3.2.5.3.	FORMULA	33
3.2.5.4.	PROCEDIMIENTOS DE INVESTIGACIÓN	34
3.3.	CRITERIOS DE INCLUSIÓN/ EXCLUSIÓN.....	34

3.3.1.	CRITERIOS DE INCLUSIÓN	34
3.3.1.1.	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	35
3.4.	ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.....	35
3.5.	ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES.....	35
CAPITULO IV		36
4.	GRAFICOS ESTADISTICOS	36
4.1.	ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS	45
4.2.	DISCUSIÓN	45
CAPITULO V		48
5.	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	48
5.1.	CONCLUSIÓN.....	48
5.1.1.	RECOMENDACIONES.....	49
5.1.2.	PROPUESTA.....	49
5.1.3.	JUSTIFICACIÓN	50
5.1.4.	OBJETIVOS.....	50
6.	BIBLIOGRAFÍA.....	51
7.	ANEXOS	52

Tabla 1: Análisis Comparativo entre las Embarazadas.....	20
Tabla 2: Regimen de Uso de Misoprostol.....	28
Tabla 4: Edades Maternas	36
Tabla 5: Terminación del embarazo.....	37
Tabla 6:Controles Prenatales.....	38
Tabla 7: Antecedentes de Partos Pretérmino	39
Tabla 8: Zona en la que Vive	40
Tabla 9: Peso del R/N	41
Tabla 10: Apgar del R/N.....	42
Tabla 11: Sexo del R/N.....	43
Tabla 12: Mal Formaciones en R/N	44

GRAFICA 1: Edad Materna	36
GRAFICA 2: Terminación del embarazo	37
GRAFICA 3: Controles Prenatales	38
GRAFICA 4: Antecedentes de Parto Pretérmino.....	39
GRAFICA 5: Zona en la que Vive.....	40
GRAFICA 6: Peso del R/N.....	41
GRAFICA 7: Apgar del R/N	42
GRAFICA 8: Sexo del R/N	43
GRAFICA 9: Malformaciones en R/N	44

1. INTRODUCCIÓN

Como es de conocimiento general el embarazo y el parto son procesos totalmente naturales. Sin embargo, en determinadas condiciones y circunstancias la gestante presenta mayores riesgos de morbilidad y mortalidad materna y perinatal; una de estas circunstancias de riesgo es la edad que se observa desde hace algún tiempo que va incrementando cada año el embarazo en mujeres mayores de 40 años.

A partir de esta edad se inicia el incremento progresivo del riesgo para el Síndrome de Down y otras alteraciones cromosómicas, algunos autores plantean una incidencia de 1 en 1000 a los 34 años o menos, 1 de cada 365 entre los 35 y los 39 años, 1 de cada 109 entre 40 y 44 años y 1 de cada 30 a partir de los 45 años.

En estudios realizados en el Instituto Nacional de Estadísticas se confirma esta tendencia, incluso se sitúa la edad media para traer el primer hijo al mundo casi en los 30 años. A partir de los 35 años, comienza la incidencia de patologías crónicas que antes no padecían. A pesar de esto, estadísticamente en países subdesarrollados cerca del 35 % de las mujeres de 35 años y más se embarazan, sobre todo debido a los altos índices de ignorancia, pobreza y desempleo.

No sucede así en otros países con gran desarrollo donde las cifras, aunque no mínimas si llegan a ser menores. Sucede así fundamentalmente en estos países debido al deseo de finalización de una carrera o de estudios superiores, la espera de una

mejor situación emocional o laboral, la realización de ciertas metas, o por otro lado, la obtención de ciertos bienes materiales.

Independientemente de esto, la realidad es que en el mundo actual existen diversas razones que pueden llevar a la mujer a posponer la maternidad. Afortunadamente, está comprobado que, si el estado de salud de la madre es bueno y recibe una atención adecuada, los riesgos para determinadas complicaciones asociadas a la edad disminuyen considerablemente, aunque siempre es mayor en la mujer añosa que en edades entre 20 y 35 años.

El embarazo en mujeres de 40 años es de especial interés debido al aumento de complicaciones tanto maternas como fetales; alrededor del parto puerperio y el recién nacido.

Es importante estudiar el impacto de los principales factores asociados a este grupo. Motivados por esta situación decidí realizar un estudio con el objetivo de evaluar el comportamiento de algunas variables biomédicas y socio demográficas y las complicaciones más frecuentes en todas aquellas mujeres que parieron con 40 y más años en el Hospital Gineco-Obstetrico Enrique C. Sotomayor en junio del 2015 a marzo del 2016.

La presente investigación se halla estructurada en cinco capítulos

En el primer capítulo se plantea el problema; planteamiento del problema, delimitación del problema, formulación del problema, evaluación del problema,

viabilidad del problema, objetivos generales y específicos, hipótesis del problema, justificación e importancia.

El segundo capítulo desarrolla el marco teórico; antecedentes, fundamentación teórica, fundamentación legal, preguntas directrices, variables de la investigación, definición conceptual de las variables.

En el tercer capítulo se establece la metodología; diseño de la investigación, procedimiento de la investigación, población y muestra, operacionalización de las variables, técnicas de la recolección de la información, instrumentos de la investigación, técnicas para el procesamiento y análisis de resultados, criterios para la elaboración de la propuesta y criterios para la evaluación de la propuesta.

En el cuarto capítulo se encontrará el análisis de resultados y discusión de resultados.

En el quinto capítulo se establecen las conclusiones y recomendaciones.

CAPITULO I

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los factores de riesgo materno/fetales con mayor incidencia en mujeres embarazadas mayores de 40 años atendidas en el Hospital Gineco-Obstetrico Enrique C. Sotomayor en el periodo de junio del 2015 a marzo del 2016?

1.1.1. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

¿Si tengo 40 años y soy primigesta cuál es el porcentaje de peligro en el embarazo?

¿Cuáles son los factores de riesgo más comunes que pueden poner en peligro el embarazo?

¿La deficiencia de controles prenatales se la considera un factor de riesgo materno/fetal?

¿Qué porcentaje de anomalías genéticas puede presentar el bebe?

1.1.2. CAUSAS Y CONSECUENCIAS DEL PROBLEMA

CAUSAS

- ✓ **Pérdida del embarazo:** En las mujeres mayores de 40 años, el riesgo de aborto se duplica en comparación con una mujer de 20 años o iniciando los 30.

- ✓ **Infertilidad:** La probabilidad de quedar embarazada en determinado mes decrece a medida que usted envejece y el riesgo de un aborto espontáneo aumenta después de que cumple 35 años.
- ✓ **Problemas de salud durante el embarazo:** las mujeres mayores son más propensas a desarrollar diabetes gestacional y presión arterial alta inducida por el embarazo. Además, existe un mayor riesgo de presentar problemas con la placenta y sangrado durante el embarazo.

CONSECUENCIAS

- ✓ **Aumento del riesgo de anomalías genéticas:** A medida que las mujeres envejecen, sus óvulos no se dividen bien y pueden ocurrir problemas genéticos. El trastorno genético más común es el síndrome de Down.
- ✓ **Pre eclampsia:** Es una complicación grave que puede aparecer durante el embarazo y puede provocar presión arterial alta, inflamación de la cara y de las manos y presencia de proteína en su orina. En consecuencia, puede dañar su sistema nervioso y provocar convulsiones, accidente cerebrovascular y otras complicaciones graves.
- ✓ **Problemas en el parto:** Los estudios han demostrado que las mujeres mayores tienen más probabilidades de prolongar la segunda etapa del parto y de sufrimiento fetal. Así mismo, con un embarazo tardío, aumenta la incidencia de dar a luz gemelos o trillizos, incluso sin utilizar medicamentos para la infertilidad.

1.1.3. DELIMITACION DEL PROBLEMA

CAMPO: Educación Superior

AREA: Información y aprendizaje

ASPECTO: Metodología

TEMA: Factores de riesgo materno/fetales en mujeres embarazadas mayores de 40 años atendidas en el Hospital Gineco-Obstetrico Enrique C. Sotomayor en el periodo de junio del 2015 a marzo del 2016

1.1.4. FORMULACION DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los factores de riesgo materno/fetales en mujeres embarazadas mayores de 40 años atendidas en el Hospital Gineco-Obstetrico Enrique C. Sotomayor, disminuirá la incidencia de embarazos brindando protocolos de atención médico-clínico y profiláctico?

1.1.5. EVALUACION DEL PROBLEMA

CLARO. - porque apunta a la realidad actual de mujeres de avanzada edad que se embarazan sin saber las consecuencias materno/fetales.

EVIDENTE. - porque el porcentaje de mujeres embarazadas añosas va creciendo conforme pasa el tiempo.

CONCRETO. - porque tratamos de resolver el problema brindando consejería médico-clínica y así mismos ejercicios profilácticos.

RELEVANTE. - porque las probabilidades de anomalías cromosómicas y enfermedades materno/fetales son muy frecuentes en las mujeres embarazadas añosas.

ORIGINAL. - porque, aunque sabiendo la problemática que nos representan las mujeres embarazadas añosas no se ha practicado efectivamente una consejería médico-clínica para disminuir embarazos tardíos.

FACTIBLE. - porque el Ministerio de Salud Pública puede incluir en sus protocolos el manejo de mujeres embarazadas añosas disminuyendo el riesgo materno/fetal

1.2. VARIABLES

1.2.1. VARIABLE DEPENDIENTE

✓ Factores de riesgo materno fetales.

1.2.2. VARIABLES INDEPENDIENTES

- ✓ Periodo intergenesico prolongado
- ✓ Ocupación
- ✓ Estado civil
- ✓ Escolaridad
- ✓ Procedencia
- ✓ Edad gestacional
- ✓ Paridad
- ✓ Enfermedad pre-existente

1.2.3. VARIABLES INTERVINIENTES

- ✓ Edad materna
- ✓ Controles prenatales

1.2.4. VIABILIDAD DEL PROBLEMA

El presente estudio fue viable debido a que es de interés para la institución y la comunidad el poder disminuir la incidencia de mujeres embarazadas a tan avanzada edad, además de contar con el apoyo de excelentes profesionales para llevar a cabo la disminución de esta patología orientando a la comunidad sobre la etiología y riesgos que conlleva la misma.

Este estudio se realizó en el Hospital Gineco-Obstétrico Enrique C. Sotomayor en pacientes ingresadas con diagnóstico de embarazadas añosas, en el período de JUNIO 2015 DEL 2015 A MARZO DEL 2016.

1.3. OBJETIVOS

1.3.1. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 1- Determinar la incidencia de embarazadas en edades mayores de 40 años.
- 2- Identificar los factores desfavorables que inciden en las repercusiones materno-fetales.
- 3- Determinar los riesgos materno-fetales en embarazadas de edad avanzada.
- 4- Rediseñar protocolos de atención médico-clínico y profiláctico

1.3.2. OBJETIVOS GENERALES

Determinar los factores de riesgos y repercusiones materno-fetales en mujeres embarazadas mayores a 40 años atendidas en el Hospital Gineco-Obstétrico Enrique C. Sotomayor en el período de JUNIO 2015 A MARZO DEL 2016.

1.3.3. HIPOTESIS DEL PROBLEMA

¿La embarazada mayor de 40 años presenta riesgos maternos-fetales?

1.3.4. JUSTIFICACION E IMPORTANCIA

El embarazo en edades mayores a los 40 años también llamada edades tardías es una situación que ha incrementado en los últimos años. En la actualidad existe un mayor número de mujeres que tiene su primer hijo a esta edad, en especial en los países desarrollados según la OMS.

Hace dos décadas, si una mujer quedaba embarazada a los 40 años, esto era considerado un embarazo de riesgo debido a su avanzada edad. La maternidad tardía se asocia principalmente a las complicaciones en las patologías ya existentes que inevitablemente estas incrementan conforme aumente la edad de la mujer.

Entre las complicaciones que se dan con mayor frecuencia, está la descompensación de la Hipertensión Arterial Crónica con el posterior daño para el feto. La Pre-eclampsia añadida o no a la hipertensión, que en ciertos casos puede ser agravada con riesgo para la vida de la mujer. La diabetes Gestacional, el crecimiento uterino retardado (RCIU), los problemas tromboembólicos y abortos.

Actualmente existen muchas razones que llevan a la mujer a posponer la maternidad. Si bien es cierto se sabe que, si el estado de salud de la madre es óptimo y recibe una buena atención, los riesgos en el embarazo asociados a la edad disminuyen considerablemente.

La realización del presente trabajo de investigación ha sido motivada por el hecho de que el embarazo en edades mayores a 40 años es considerado una gestación de gran riesgo, a pesar de que en otros países el incremento es mayor en nuestro país existe una falta de información acerca de este tema.

CAPITULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

La evaluación de la importancia de los Factores de riesgo materno/fetales en mujeres embarazadas mayores de 40 años atendidas en el Hospital Gineco-Obstétrico Enrique C. Sotomayor en el periodo de junio del 2015 a marzo del 2016, es el problema planteado en el cual hay que mejorar y rediseñar los protocolos médicos-clínicos/profilácticos, así como gestionar un plan de capacitación sobre la importancia de los cuidados en mujeres embarazadas añosas.

2.1.1. Fundamentación teórica

Es necesario conocer ciertas definiciones para poder tener mejor comprensión acerca de la investigación:

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define al embarazo como "la etapa que comienza cuando termina la implantación." (OMS). El embarazo también es denominado gestación, es un periodo de tiempo entre la fecundación del óvulo por el espermatozoide y el momento del parto. DeCherney la define como "el estado materno donde se desarrolla un feto dentro del cuerpo; el producto de la concepción desde la fecundación; hasta la semana ocho del embarazo recibe el nombre de embrión, y desde esta semana y hasta el momento del parto recibe el nombre de feto." (DeCherney, 2003)

2.1.2. Edad Fértil

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP), define como edad fértil entre 12 y 49 años, establece como edad optima reproductiva entre los 15 y 34 años. (MSP)

2.1.3. Disminución de Fertilidad

Generalmente las mujeres comienzan a experimentar una disminución en su fertilidad debido al deterioro o disfunción orgánica que se va perdiendo conforme pasa el tiempo a partir de los 30 años, es por esto que, si una mujer mayor de 40 años no ha logrado quedar embarazada después de intentar durante varios meses, debe consultar con un especialista de infertilidad, esto se debe a que las mujeres mayores de 40 años tienden a ovular con menor frecuencia que las mujeres jóvenes. Si bien es cierto también existen ciertos problemas de salud que son comunes en esta edad como endometriosis, la misma que ocasiona que los tejidos se adhieran a los ovarios o a las trompas de Falopio interfiriendo en la concepción provocando embarazos ectópicos.

2.1.4. Embarazo de alto riesgo

Se lo define así cuando la madre, el feto o el recién nacido pueden tener un mayor riesgo de morbilidad o mortalidad antes, durante o después del embarazo. (Conde)

Los embarazos de alto riesgo se definen en tres tipos:

Alto Riesgo Tipo I: Aquellas embarazadas que se encuentran en buen estado de salud en el embarazo actual y no han presentado complicaciones en embarazos anteriores ni muerte perinatal.

Alto Riesgo Tipo II: Aquellas embarazadas que se encuentran en buen estado de salud en el embarazo actual, sin antecedentes de muerte perinatal, pero si poseen antecedentes gineco-obstétricos tales como: recién nacido con bajo peso al nacer, sensibilización al factor Rh, pre eclampsia o eclampsia, cesárea anterior, entre otras.

Alto Riesgo Tipo III: Aquellas embarazadas que se encuentran en buen estado de salud en el embarazo actual, pero poseen antecedentes de muerte perinatal; o embarazadas que presentan complicaciones en el embarazo actual con o sin antecedentes de muerte perinatal; de la misma manera embarazadas que presentan enfermedades base, tales como diabetes, HTA crónica, nefropatía, cardiopatía, VIH, entre otros. (Ferrer)

2.1.5. Riesgo en el embarazo de mujeres mayores de 40 años

Existen antecedentes y condiciones desfavorables, antecedentes patológicos tanto personales como gineco-obstétricos.

Entre los antecedentes generales tenemos edad mayor de 40 años ya que es muy frecuente que el embarazo termine antes de tiempo como aborto, parto inmaduro o pre término, así como que ocurran malformaciones congénitas y complicaciones como: inserción baja placentaria, distocia del parto, muerte fetal; lo cual se incrementa si añadimos otros factores de riesgo como la multiparidad, el hábito de fumar y enfermedades crónicas; peso, tanto la obesidad como la desnutrición materna han sido reconocidas como factores que incrementan la morbilidad materna y perinatal. (Dra. Herrear V)

2.2. ETIOLOGÍA

Existen múltiples clasificaciones, ninguna de ellas universalmente aceptadas. Probablemente, la clasificación más aceptada actualmente es la ReCoDe (Relevant Condition at Death), que incluye los siguientes grupos diagnósticos dependiendo de la causa:

-Grupo A: Fetal

1. Anomalía congénita letal
2. Infección
 - 2.1. Crónica
 - 2.2. Aguda
3. Hidrops de causa no inmunológica
4. Isoinmunización
5. Hemorragia feto-materna
6. Transfusión de feto a feto
7. Retraso de crecimiento intrauterino

-Grupo B: Cordón umbilical

1. Prolapso
2. Nudo o constricción
3. Inserción velamentosa
4. Otras

-Grupo C: Placenta

1. Abruption Placentae
2. Placenta previa
3. Vasa previa
4. Insuficiencia placentaria
5. Otras

-Grupo D: Líquido amniótico

1. Corioamnionitis
2. Oligohidramnios
3. Polihidramnios

-Grupo E: Útero

1. Ruptura
2. Anomalías uterinas
3. Otro

-Grupo F: Materna

1. Diabetes
2. Enfermedad de la glándula tiroides
3. Hipertensión primaria
4. Lupus o síndrome antifosfolipídico
5. Colestasis
6. Uso indebido de drogas
7. Otra

-Grupo G: Intraparto

1. Asfixia
2. Traumatismo de parto

-Grupo H: Trauma

1. Externo
2. Iatrogénico

-Grupo I: Idiopática

1. Ninguna condición relevante identificada
2. Información no disponible

Es interesante también analizar en fase precoz los posibles factores de riesgo. Se han atribuido muchos, entre ellos: madres solteras con nivel socioeconómico bajo, mayores de 35 años o adolescentes, obesas ($IMC > 30$), tabaquismo, falta de control prenatal y de la gestación, alteraciones de la función renal en hipertensas, etc.

2.2.1. Edad materna

Un embarazo es de alto riesgo cuando existen condiciones que podrían comprometer la salud o la vida de la madre embarazada y/o su feto, El riesgo de sufrir

complicaciones obstétricas se puede presentar por primera vez durante el embarazo en mujeres perfectamente sanas o se puede predecir para un embarazo futuro en mujeres portadoras de enfermedades médicas de severidad considerable. Las malformaciones fetales se consideran una forma de alto riesgo obstétrico de origen fetal.

Se espera que aproximadamente el 10% de los embarazos normales presenten alguna complicación que los convierta en un embarazo de alto riesgo, y en su mayor parte encontraremos que la causa es alguna forma de Hipertensión Inducida por el Embarazo (ej. Pre eclampsia), Diabetes Gestacional, algunas infecciones maternas y muy pocas fetales, trastornos de crecimiento y la salud fetal, anomalías estructurales del feto y problemas placentarios.

El feto anormal genera alto riesgo obstétrico debido a que el embarazo se desvía de su curso natural y la madre se verá expuesta a una serie de procedimientos diagnósticos y terapéuticos (amniocentesis, cordocentesis, alto índice de cesáreas, cirugía fetal si está disponible) que podrían generarle complicaciones.

Sin olvidar los efectos adversos que la angustia y el estrés, naturalmente presentes, pudieran ocasionarle. Se debe esperar un embarazo de alto riesgo en pacientes con enfermedades o condiciones médicas preexistentes como la Diabetes, Hipertensión arterial, problemas renales, obesidad mórbida, enfermedades autoinmunes, etc.

Todas las complicaciones obstétricas y médicas asociadas al embarazo desembocan en unos pocos cuadros clínicos de severidad variable:

- a) Trastornos del crecimiento fetal, insuficiencia placentaria, sufrimiento fetal agudo o crónico, muerte fetal
- b) Trastornos hipertensivos, pre eclampsia, eclampsia, desprendimiento prematuro de placenta
- c) Trabajo de parto prematuro, prematuridad neonatal, ruptura de membranas
- d) Aumento de la frecuencia de Cesáreas y procedimientos de emergencia

Cuando la condición materna es normal y el problema se encuentra en el feto el embarazo se convierte en uno de alto riesgo por indicación fetal.

- a. Anomalías cromosómicas como la Trisomía 21 o Síndrome de Down, retardo mental en presencia de múltiples malformaciones orgánicas
- b. Anomalías genéticas sindrómicas con grados de lesión variable de los órganos y sistemas característicamente afectados, mutaciones genéticas
- c. Anomalías congénitas aisladas de severidad variable como por ejemplo la Espina Bífida o la obstrucción irreversible de las vías urinarias fetales
- d. Embarazos múltiples

2.2.2. La mujer de 40 y mayor:

Se dice que la mujer mayor de 40 puede tener un número mayor de complicaciones médicas asociadas al embarazo debido a las enfermedades adquiridas por efecto del envejecimiento, pero lo cierto es que si la paciente es sana su embarazo se comportará como un embarazo normal una vez descartados, como en toda paciente embarazada, el aborto y los problemas cromosómicos fetales.

La edad avanzada en ausencia de factores de riesgo no debería sugerir que el embarazo es de riesgo elevado, además, la conducta prenatal no cambia de manera drástica y hay que evitar la angustia innecesaria en la mujer que cree que por el solo hecho de ser “mayorcita” va a tener un desastre de embarazo. De hecho, la mujer más madura, preparada y adulta es mucho más fácil de manejar ya que su vida es más estable y autosuficiente.

El riesgo cromosómico: a partir de los 40 años comienza a considerarse elevado, el riesgo de problemas cromosómicos fetales como el Síndrome de Down y sin embargo, en el peor de los casos no sobrepasa el 2%. Se practica amniocentesis si la paciente lo desea, pero disponemos de métodos ecográficos no invasivos y pruebas en

sangre materna que a partir de las 11 semanas permiten descartar un número significativo de casos y reducir el número de procedimientos invasivos.

Una vez descartado el riesgo cromosómico (alrededor de la semana 18) el embarazo pasa a ser uno de bajo riesgo si no hay otros factores presentes.

Después de los 40 aumenta el riesgo de aborto, probablemente por aumento de los casos de trastornos cromosómicos, pero la mayor parte de estos embarazos llegará a feliz término una vez superada la semana 10.

2.2.3. Paridad

Se define como riesgo preconcepcional a la posibilidad que tiene una mujer no gestante de sufrir daño (ella o su producto), durante el proceso de la reproducción.

Está condicionado por una serie de factores, enfermedades o circunstancias únicas o asociadas que pueden repercutir desfavorablemente en el binomio durante el embarazo, parto o puerperio.

En las mujeres muy jóvenes es más frecuente que el embarazo termine antes de tiempo (aborto, parto inmaduro o prematuro) así como que ocurran malformaciones congénitas y complicaciones como: inserción baja de placenta, toxemia, distocia del parto, muerte fetal, etc.

En las mujeres mayores de 40 años también son frecuentes las complicaciones antes señaladas, sobre todo si se añaden otros factores de riesgo como la multiparidad, hábito de fumar y enfermedades crónicas.

Paridad: es más riesgosa la primera gestación (sobre todo si se concomitan otros factores) así como cuando ha habido más de 3 partos.

Historia obstétrica: abortos involuntarios recurrentes; hijo anterior con anomalía, enfermedad hereditaria, o la restricción del crecimiento, hipertensión gestacional o pre eclampsia previa, diabetes mellitus gestacional previa, desprendimiento prematuro de placenta previa, muerte fetal anterior.

“Publicaciones nacionales e internacionales mencionan los riesgos del embarazo en edades avanzadas, como ganancia excesiva de peso, obesidad, mortalidad materna, síndrome hipertensivo del embarazo, diabetes gestacional, rotura prematura de membranas, parto prematuro, y hemorragia postparto. Se describe además mayor frecuencia de cesárea, Apgar menor a 7 al minuto y a los 5 minutos, ingreso a UCI neonatal, distrés respiratorio fetal, menor peso del recién nacido y mortalidad neonatal. Por otro lado, existen informes respecto a que la edad materna no se relacionaría con mortalidad neonatal.”

El objetivo del estudio fue establecer si la edad materna se comporta como factor de riesgo independiente para resultados maternos y perinatales. (V Chamy, 2009)

Tabla 1: Análisis Comparativo entre las Embarazadas

Tabla III
ANÁLISIS COMPARATIVO ENTRE LAS EMBARAZADAS DE 20 - 39 AÑOS VS EMBARAZADAS DE 40 O MÁS AÑOS

Variable	20-39 años %	≥ 40 años %	valor p
Anemia	6,0	5,5	0,571
Infección del tracto urinario	7,5	5,5	0,044
Obesidad	13,8	23,7	<0,001
Hipertensión arterial crónica	1,6	8,1	<0,001
Preeclampsia	6,4	8,6	0,014
Eclampsia	0,2	0,1	0,75
Diabetes	5,3	16,3	<0,001
Hemorragia del 3er trimestre	1,3	3,5	<0,001
Hospitalización durante embarazo	21,5	30,4	<0,001
RPM	3,9	5,5	0,024
Muerte intrauterina	0,6	2,0	<0,001
RCIU	3,7	4,9	0,076
Parto cesárea	32,7	49,1	<0,001
Hemorragia puerperal	0,9	1,8	0,016
Apgar < 7 al minuto	8,4	12,8	<0,001
Apgar < 7 a los 5 minutos	2,2	4,0	0,001
Hospitalización del RN	12,6	20,1	<0,001
SDR	5,5	8,6	<0,001
RN con defectos congénitos	1,8	3,7	<0,001
Peso del RN (g)	3.296	3.227	0,007
Variación de peso en el embarazo (kg)	13,5	11,7	<0,001

RCIU: Restricción del crecimiento intrauterino; RPM: Rotura prematura de membranas; RN: Recién nacido; SDR: Síndrome de dificultad respiratoria neonatal.

(Chamy, 2009)

2.2.4. Embarazos múltiples

Las tasas de factores de riesgo en los embarazos múltiples se encuentran cuádruplicadas en comparación con las de embarazos únicos y se relacionan con complicaciones específicas de este tipo de embarazos, que se hacen mayores en los embarazos con mayor número de fetos.

Contribuyen de manera importante al total de las tasas de muertes fetales y van de la mano con el aumento de 6 a 12 veces que han experimentado los embarazos múltiples

secundarios, a su vez, a la mayor edad de las madres y a las técnicas de fertilización in vitro.

2.2.5. Edad Gestacional

La disminución de los nacimientos sin vida ha sido principalmente en niños nacidos muertos después de 28 semanas de gestación. Muchos niños nacidos muertos se deben a causas genéticas. Estos incluyen aneuploidía, síndromes, malformaciones, y de un solo gen (incluyendo mendeliana).

El riesgo de muerte fetal después de 32 semanas de gestación aumenta con la edad gestacional, y la mitad de estas muertes fetales tardías ocurren a largo plazo, especialmente en mujeres mayores de más de 40 años de edad.

Embarazo pos término (≥ 42 semanas): muerte fetal por asfixia aguda en embarazo prolongado, sin patología materno-fetal y asociado con proliferación exagerada del trofoblasto y meconio en los hallazgos histopatológicos placentarios.

Embarazo con prematurez extrema: muerte fetal por asfixia aguda en embarazo sin patología materno-fetal evidente, con peso neonatal $< 750\text{g}$ y asociado con proliferación exagerada del trofoblasto y meconio en los hallazgos histopatológicos placentarios.

2.3. ETIOPATOGENIA

Las causas son múltiples y atribuibles a diversos orígenes: ambiental, materno, fetal y ovular, y en parte desconocida. Durante el embarazo el feto puede morir por:

- a) Reducción o supresión de la perfusión sanguínea útero-placentaria:** originada por hipertensión arterial, inducida o preexistente a la gestación,

cardiopatía materna, hipotensión arterial materna por anemia aguda o por otra causa.

- b) Reducción o supresión del aporte de oxígeno al feto (con tono uterino normal, sin compromiso de la perfusión útero-placentaria):** puede estar causada por alteraciones de la membrana del sinciotrofoblasto, infarto y calcificaciones de la placenta, nudos, torsión exagerada y procidencia o prolapso del cordón umbilical, o por otros factores.
- c) Aporte calórico insuficiente:** por desnutrición materna grave o por enfermedades caquetizante.
- d) Desequilibrio del metabolismo de los glúcidos y acidosis:** por diabetes grave o descompensada.
- e) Hipertermia, toxinas bacterianas y parasitosis:** Intervienen las virosis graves, las infecciones bacterianas y parasitarias de la madre, de las membranas ovulares, del feto y de la placenta.
- f) Intoxicaciones maternas:** la ingesta accidental de mercurio, plomo, DDT, etc.
- g) Traumatismo:** pueden ser directo (el feto) o indirectos, a través de la madre. El que más importancia está adquiriendo es el directo por mala técnica en la aplicación de métodos invasivos como la cordocentesis.
- h) Malformaciones congénitas:** siendo incompatible con el crecimiento y desarrollo fetal (cardíacas, del encéfalo, etc.)
- i) Alteraciones de la hemodinámica fetal:** como en los gemelos univitelinos.
- j) Causas desconocidas:** se lo ha denominado a este cuadro muerte habitual del feto.

2.3.1. PROTOCOLO DE MANEJO DE EMBARAZO DE ALTO RIESGO OBSTETRICO MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

DIAGNÓSTICO Y MEDIDAS INICIALES:

1. COMPLETO E INTEGRAL

- Atención por personal calificado.
- Detección precoz del embarazo.
- Control periódico e integral de la embarazada.
- ATENCIÓN DE:
- Riesgo nutricional.
- Detección de discapacidades y enfermedades perinatales.
- Maltrato sexual, violencia intrafamiliar y drogodependencia.
- Infecciones de transmisión sexual.
- Consejería pre/posprueba de VIH/SIDA,
- Detección y referencia.
- Enfermedades buco – dentales.
- Referencia de usuarias con riesgo obstétrico perinatal.

2. PRECOZ

- El control prenatal debe iniciarse lo más temprano posible (en el primer trimestre) por la relación entre la edad gestacional del primer control con los resultados del embarazo.

3. PERIODICO

- Toda mujer embarazada de BAJO RIESGO deberá completar mínimo 5 controles prenatales (uno de diagnóstico y cuatro de seguimiento) con el

cumplimiento de todas las actividades que se registran en la historia clínica perinatal del CLAP/SMR – OPS/OMS. MSP – HCU. Form. # 051.

- NIVEL MINIMO EFICIENTE: 5 CONTROLES. Uno en las primeras 20 semanas. Uno entre las 22 y 27 semanas. Uno entre las 28 y 33 semanas. Uno entre las 34 y 37 semanas. Uno entre las 38 y 40 semanas

4. AFECTIVO

- Toda embarazada debe ser bienvenida y atendida con calidez y calidad.
- Los horarios de atención deben favorecer la concurrencia al control prenatal.
- Cuanto mayor el número de horas de atención, más elevado el número de mujeres que pueden concurrir.
- Cumplir con el horario de turnos y reducir el tiempo de espera de las pacientes.
- Se deben realizar exámenes y pruebas que responden a un propósito inmediato y que se ha demostrado que son beneficiosas.

(Muchos de los pasos / tareas deben realizarse simultáneamente)

- 1.- Apertura de historia clínica perinatal base y el carné perinatal.
- 2.- Detección de factores de riesgo.
- 3.- Anamnesis, revisión de aparatos y sistemas, examen físico general.
- 4.- Estimación de la edad gestacional o diagnóstico (menos de 12 sem).
- 5.- Determinación de la presión arterial.
- 6. - Medición del peso.
- 7. - Medición de la talla.
- 8. - Evaluación del estado nutricional.
- 9. - Toma de Papanicolau.
- 10.- Evaluación clínica de la pelvis.
- 11. - Medir la altura uterina.

- 12.- Diagnóstico de la situación, posición, presentación fetal y condiciones cervicales.
- 13. - Auscultar latidos cardíacos fetales.
- 14. - Movimientos fetales (>20 semanas).
- 15. - Evaluación ecográfica.
- 16.- Determinación de Hb, Hto, biometría hemática.
- 17.- Determinación de TP, TTP, Plaquetas.
- 18.- Determinación de creatinina y urea.
- 19.- Determinación del grupo sanguíneo y factor Rh.
- 20. - Detección de diabetes gestacional.
- 21. - Detección de sífilis.
- 22.- Prueba de ELISA o prueba rápida de VIH.
- 23.- Elemental y microscópico de orina y cultivo de orina.
- 24. - Proteinuria en tirilla.
- 25. - IgM –IgG- STORCH.
- 26.- Consejería en estilos de vida saludables: ejercicio, reposo, nutrición, sexualidad y recreación.
- 27. - Preparación para el parto.

2.3.2. PROTOCOLO REDISEÑADO PARA ATENCION DE EMBARAZOS DE ALTO RIESGO OBSTETRICO O QUIRURGICO

(Muchos de los pasos / tareas deben realizarse simultáneamente)

1. Reciba con calidez a la mujer en la unidad operativa y realice las medidas iniciales de diagnóstico de todo control prenatal o protocolo de atención del parto normal. Explique a la mujer (y a la persona que le apoya) lo que va a realizar, escuche y responda atentamente a sus preguntas e inquietudes.
2. Brinde apoyo emocional continuo y tranquilidad.

3. Asegure el acompañamiento de la pareja o familiar en todas las instancias de la evaluación inicial.
4. Si la paciente no tiene historia clínica, llene de manera completa datos del formulario #051 de la Historia Clínica Materno Perinatal.
5. Si la paciente tiene historia clínica, complete o actualice los datos del formulario #051 de la Historia Clínica Materno Perinatal.
6. Asegúrese de solicitar y tener el registro de hemoglobina, hematocrito, VDRL, VIH (ELISA o prueba rápida con consentimiento informado) en la Historia Clínica Materno Perinatal. Amplíe su solicitud a TP, TPP, plaquetas fibrinógeno o test de coagulación rápida junto a la cama.
7. Realice una evaluación clínica que incluya: presión arterial, frecuencia cardíaca/pulso, frecuencia respiratoria y temperatura.
8. Realice una evaluación obstétrica que incluya: altura de fondo uterino como un cálculo aproximado del tamaño fetal, de la edad gestacional y descarte de alteraciones de partes blandas y óseas.
9. Realice las maniobras de Leopold para confirmar situación, posición y presentación fetal y sus potenciales anomalías.
10. Ausculte la frecuencia cardíaca fetal por un minuto por cualquier método, inmediatamente después de una contracción uterina si las hubiera al momento del examen.
11. Registre la frecuencia y duración de las contracciones uterinas (si aplica).
12. Realice el primer examen o tacto vaginal en condiciones de asepsia, con lavado de manos previo y uso de guantes estériles descartables.
13. Anticipe a la paciente el procedimiento y su utilidad. Valore la presencia de anomalías en periné, vulva, vagina y cuello que se puedan visualizar y/o palpar. Valore índice de Bishop y valoración de la pelvis para descartar DCP.
14. Explique opciones de tratamiento y los pasos a seguir.

MANEJO ACTIVO, INDUCCION – CONDUCCION DE LABOR DE PARTO

15. Proceda con la finalización del embarazo con inducción – conducción de la labor de parto con consentimiento de la paciente, si el manejo expectante es riesgoso o si la paciente ya está en labor de parto.
16. El partograma debe incluirse y llenarse de manera estricta y completa en la Historia Clínica Materno Perinatal para evaluar registrar y controlar el progreso de la labor hasta el momento del parto.
17. Actúe según protocolo de inducto-conducción según índice de Bishop.
18. Asegúrese de que exista **INDICACIÓN** para la inducción del trabajo de parto.
19. Descarte **CONTRAINDICACIONES** para inducción de trabajo de parto.
20. DESCARTE UNA DESPROPORCIÓN CÉFALO PÉLVICA. Aplique una evaluación de la pelvis femenina.
21. EVALUACIÓN DEL CUELLO UTERINO: basada en la escala de Bishop.
 - Si el cuello esta desfavorable (puntuación de 6 o menos), se lo considera inmaduro y se debe mejorar la puntuación utilizando PROSTAGLANDINAS (maduración) antes de la inducción con oxitocina.
 - Si el cuello uterino es favorable (puntuación de 6 o más), se lo considera maduro y generalmente se logra inducir satisfactoriamente el trabajo de parto solo con OXITOCINA.
22. Si la paciente tiene indicación de terminación del embarazo y no tiene contraindicación para el uso de uterotónicos disponga su ingreso a la unidad operativa o realice la referencia a otra unidad de mayor resolución donde sea atendida por médico/a calificado para la aplicación de este protocolo.
23. Luego de la terminación del expulsivo y entrando a la etapa de alumbramiento realizar el protocolo de manejo activo de la tercera etapa de labor de parto.
24. Realizar revisión digital de la cavidad uterina.
25. Si realizo episiotomía debe realizar la reparación de la misma con episiorrafia.

PROTOCOLO PARA PACIENTES DERIVADAS A CESAREAS

(Muchos de los pasos / tareas deben realizarse simultáneamente)

26. Deben realizarse los pasos del 1 al 14

PROTOCOLO PARA PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ABORTOS INCOMPLETOS – DIFERIDOS O EN CURSO

(Muchos de los pasos / tareas deben realizarse simultáneamente)

INDUCCIÓN/MADURACIÓN CON PROSTAGLANDINAS (MISOPROSTOL)

27. Ver protocolo de inducción y conducción de labor de parto para usos, contraindicaciones y puntos importantes a considerar en caso de muerte fetal.

28. **RÉGIMEN DE MISOPROSTOL CON FETO MUERTO.** Varían en relación a la maduración cervical con feto vivo en la que nos interesa mantener el bienestar fetal.

Tabla 2: Régimen de Uso de Misoprostol

REGIMEN	EDAD GESTACIONAL	DOSIS INICIAL	NUEVA DOSIS	INTERVALO DE DOSIS	DOSIS MAXIMA
Misoprostol	13-17 semanas	200 ug	200 ug	4 horas mínimo	4 dosis
Misoprostol	18-26 semanas	100 ug	100 ug	4 horas	4 dosis
Misoprostol	27-43 semanas	25-50 ug	50 ug	4 horas	6 dosis

ACOG. Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia.

A menor edad gestacional se necesitan mayores dosis de misoprostol para conseguir la maduración cervical esperada.

29. Escoja e inicie el régimen que considere más apropiado para la paciente según la indicación de inducción del trabajo de parto con feto muerto.

30. Administre dosis sucesivas a los intervalos indicados de acuerdo al régimen elegido hasta que se alcance la dosis máxima o se establezca un patrón de contracciones satisfactorio o mejore la puntuación de Bishop.
31. Monitoree el pulso, la presión arterial y las contracciones de la mujer.
32. Si no se establece un aumento en la puntuación de Bishop a las dosis máximas, considere una inducción/ maduración fallida y considere una cesárea.
33. Preparar para legrado uterino instrumental.

CAPITULO III

3.1. METODOLOGIA

La metodología según CERVO A (1980). "Es un conjunto de procedimientos, técnicas e instrumento que se emplean para la búsqueda o transmisión del conocimiento. En él, un caso para la investigación y en el otro para la enseñanza"

Dentro de la metodología los elementos que se deben plantear es el diseño de la investigación, entendiéndose lo siguiente:

- ✓ Enfoque o naturaleza de la investigación.
- ✓ Modalidad del trabajo.
- ✓ Tipos de investigación que se van a utilizar en el proceso.
- ✓ Nivel de profundidad de la investigación.

3.1.1. DISEÑO DE LA INVESTIGACION

La presente investigación se fundamentó con planteamiento de enfoque cualicuantitativo, se utilizó la medición objetiva de las variables, recogiendo datos y aplicando la estadística descriptiva.

3.1.2. MODALIDAD DE LA INVESTIGACION

La modalidad del presente proyecto es de una investigación descriptiva-prospectiva, es un proyecto factible de realizarse por la facilidad de obtener la información para el mismo.

3.1.3. TIPO DE INVESTIGACION

Se desarrollo con carácter de diagnóstico descriptivo, porque permitió identificar los factores de riesgo con mayor porcentaje del caso que nos lleva a un embarazo exitoso o a un embarazo fracasado.

Descriptiva porque permitió a través de la construcción del marco teórico el desarrollo científico del proyecto y buscar soluciones al problema planteado.

3.2. MATERIALES Y MÉTODOS

3.2.1. LOCALIZACIÓN

El presente estudio se realizó en el área de toco-quirúrgico del Hospital Gineco-Obstetrico Enrique C. Sotomayor

3.2.2. CARACTERIZACIÓN DE LA ZONA DE TRABAJO

La Provincia del Guayas geográficamente está limitada, al norte, al oeste con el Océano Pacifico al sur con la Provincia de El Oro su ubicación es estratégica para el ingreso de todo tipo de embarcaciones ya que se encuentra en el centro del litoral ecuatoriano, el clima es tropical, cálido, seco, fresco.

El presente estudio se realizó en el Cantón Guayaquil de la Provincia del Guayas, en el departamento de estadística del Hospital Gineco-Obstetrico Enrique C. Sotomayor situado en las calles Pedro Pablo Gómez y 6 de marzo.

3.2.3. PERIODO DE INVESTIGACIÓN

La presente Investigación se realizó en el mes de JUNIO DEL 2015 A MARZO DEL 2016.

3.2.4. RECURSOS EMPLEADOS

3.2.4.1. HUMANOS

- ✓ Estudiante
- ✓ Paciente
- ✓ Tutor

3.2.4.2. FÍSICOS

- ✓ Planta física del Hospital Gineco-Obstétrico Enrique C. Sotomayor.
- ✓ Equipos de oficina. (Computadoras, Impresoras)
- ✓ Material de oficina (papel, lápices, CD, pendrive, procesador, etc.)

3.2.5. UNIVERSO Y MUESTRA

3.2.5.1. UNIVERSO

Todas las pacientes embarazadas ingresadas con diagnóstico de paciente embarazada añosa en el servicio de Gineco-Obstetricia, área de toco quirúrgico del HOSPITAL GINECO-OBSTETRICO ENRIQUE C. SOTOMAYOR, dando un total de 960 pacientes.

3.2.5.2. MUESTRA

Estuvo conformada por los 150 expedientes clínicos de las pacientes que tuvieron diagnóstico de pacientes embarazadas añosas de alto riesgo y que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión de la investigación.

3.2.5.3. FORMULA

$$n = \frac{PQNZ^2}{(N - 1)E^2 + PQZ^2}$$

Dónde:

n = el tamaño de la muestra.

N = tamaño de la población. (275)

Q = Desviación estándar de la población que, generalmente no se tiene su valor, suele utilizarse un valor constante de 0,3.

Z = Valor obtenido mediante niveles de confianza. Es un valor constante que, si no se tiene un valor, se lo toma en relación al 95% de confianza equivale a 1,96 (como más usual) o en relación al 99% de confianza equivale 2,58 valor que queda a criterio del encuestador.

E = Margen de error (0.05)

P = Probabilidad que ocurra (0,7)

$$n = \frac{(0,7)(0,3)(275)(1,96)^2}{(275 - 1)(0,05)^2 + (0,7)(0,3)(2,58)^2}$$

$$n = \frac{221,8524}{1,491736} \quad n = 148,72095$$

3.2.5.4. PROCEDIMIENTOS DE INVESTIGACIÓN

Luego de la aprobación del tema, Se estudiaron los casos de factores de riesgo en mujeres embarazadas mayores de 40 años ingresados desde JUNIO A MARZO DEL 2016, considerando el diagnóstico de embarazos de alto riesgo. Los datos se recolectaron mediante una entrevista verbal en el momento y la realización de la historia médica, tomando en cuenta las siguientes variables: antecedentes gineco-obstetricos, forma de terminación del embarazo, antecedentes de partos pre termino, controles prenatales, zona de vivienda y datos de información del recién nacido como peso, APGAR, sexo y malformaciones. La información obtenida se presenta en tablas de distribución de frecuencia absoluta y relativa.

3.3. CRITERIOS DE INCLUSIÓN/ EXCLUSIÓN

3.3.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Mujeres embarazadas mayores de 40 años con factores de riesgo, en el período de junio 2015 a marzo del 2016.

3.3.1.1. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

1. Pacientes no gestantes.
2. Pacientes con buen diagnóstico en el desarrollo de su embarazo.
3. Pacientes ingresadas y atendidas fuera de los meses de estudio.

3.4. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Los datos fueron recolectados mediante una encuesta verbal con las pacientes y sometidos a tabulación mediante los programas de Microsoft Word y Microsoft Excel. Se presentó la información en tablas y gráficos, números reales y sus respectivos porcentajes.

3.5. ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES

Se consideró que es una investigación sin riesgo, porque se realizó un estudio prospectivo por lo cual se revisaron los expedientes clínicos, obteniendo los datos necesarios para la investigación, en la que se trató directamente con el individuo, la investigación no ha caído en la violación del Título segundo, Art 17, fracción I, de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la salud.

CAPITULO IV

4. GRAFICOS ESTADISTICOS

“FACTORES DE RIESGO MATERNO/FETALES EN MUJERES
EMBARAZADAS MAYORES DE 40 AÑOS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL
GINECO-OBSTETRICO ENRIQUE C. SOTOMAYOR”

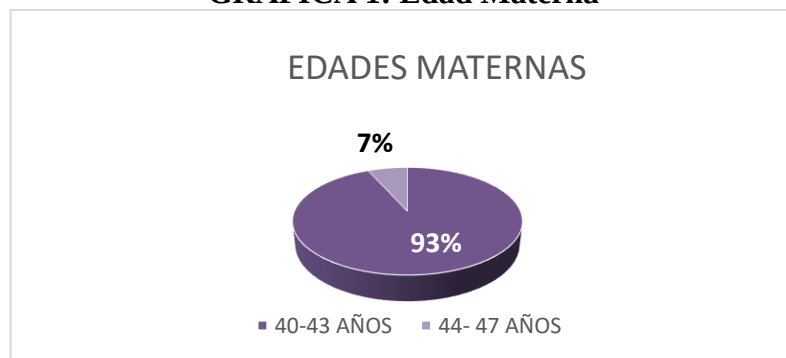
JUNIO DEL 2015 A MARZO DEL 2016”

EDAD MATERNA

Tabla 3: Edades Maternas

GRUPO POR EDADES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
40-43 AÑOS	140	93.33%
44- 47 AÑOS	10	6.67%
TOTAL	150	100.00%

GRAFICA 1: Edad Materna



Autor: Marjorie Alexandra Escandón Montenegro

Fuente: Historia Clínica 1

Análisis e Interpretación: Según la tabla correspondiente a la historia clínica el número de Pacientes con edades maternas de 40-43 años ingresadas en el área de toco quirúrgico con diagnóstico de mujeres embarazadas mayores de 40 años fue un total de 140 pacientes, disminuyendo la incidencia en mujeres con edades de 44-47 años dando un valor de 10 pacientes en periodo estudiado.

“FACTORES DE RIESGO MATERNO/FETALES EN MUJERES
EMBARAZADAS MAYORES DE 40 AÑOS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL
GINECO-OBSTETRICO ENRIQUE C. SOTOMAYOR”

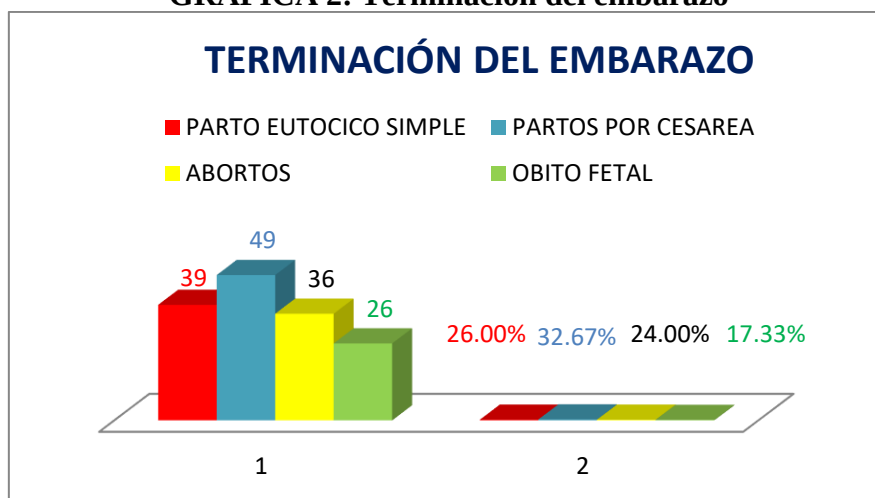
JUNIO DEL 2015 A MARZO DEL 2016”

FORMA DE TERMINACION DEL EMBARAZO

Tabla 4: Terminación del embarazo

TERMINACION DEL EMBARAZO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PARTO EUTOCICO SIMPLE	39	26.00%
PARTOS POR CESAREA	49	32.67%
ABORTOS	36	24.00%
OBITO FETAL	26	17.33%
TOTAL	150	100.00%

GRAFICA 2: Terminación del embarazo



Autor: Marjorie Alexandra Escandón Montenegro

Fuente: Historia Clínica 2

Análisis e Interpretación: Según estudio comparativo por antecedentes gineco-obstetricos se evidencia una mayor incidencia en partos por cesárea con un 32.67%, seguido de parto eutócico simple con un 26%. y abortos con 24%.

“FACTORES DE RIESGO MATERNO/FETALES EN MUJERES
EMBARAZADAS MAYORES DE 40 AÑOS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL
GINECO-OBSTETRICO ENRIQUE C. SOTOMAYOR”

JUNIO DEL 2015 A MARZO DEL 2016”
CONTROLES PRENATALES EN EL EMBARAZO

Tabla 5: Controles Prenatales

CONTROLES PRENATALES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	80	53.33%
NO	70	46.67%
TOTAL	150	100.00%

GRAFICA 3: Controles Prenatales



Autor: Marjorie Alexandra Escandón Montenegro

Fuente: Historia Clínica 3

Análisis e Interpretación:

Según el estudio comparativo realizado por número de controles recibidos por pacientes con diagnóstico de mujeres embarazada mayores de 40 años, se evidencia que existe una mayor incidencia en gestantes que si han recibido controles prenatales con un porcentaje de 53.33%.

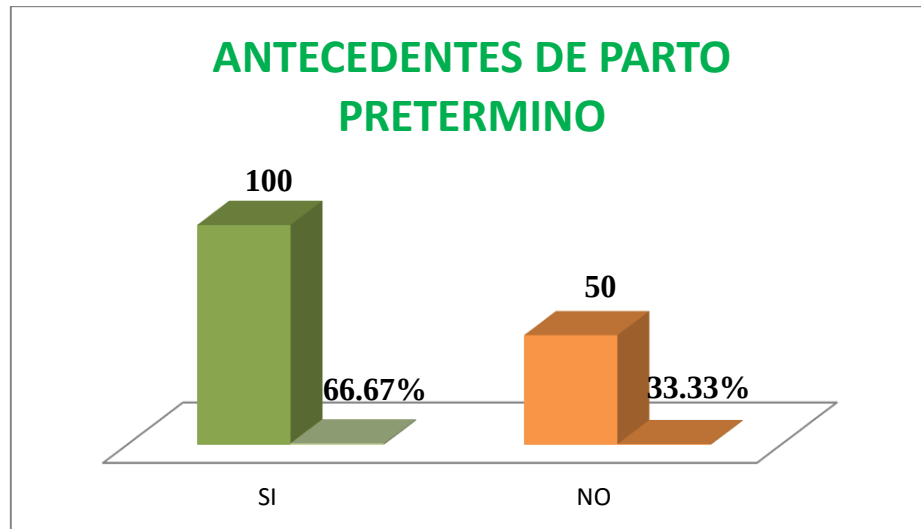
“FACTORES DE RIESGO MATERNO/FETALES EN MUJERES
EMBARAZADAS MAYORES DE 40 AÑOS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL
GINECO-OBSTETRICO ENRIQUE C. SOTOMAYOR”

JUNIO DEL 2015 A MARZO DEL 2016”
HA TENIDO ANTECEDENTES DE PARTOS PRETERMINO

Tabla 6: Antecedentes de Partos Pre término

ANTECEDENTES DE PARTOS PRETERMINO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	100	66.67%
NO	50	33.33%
TOTAL	150	100.00%

GRAFICA 4: Antecedentes de Parto Pre término



Autor: Marjorie Alexandra Escandón Montenegro

Fuente: Historia Clínica 4

Análisis e Interpretación: Según estudio comparativo por antecedentes de parto pre termino, se evidencia una mayor incidencia en gestantes con un APP positivo con un 66.67%.

“FACTORES DE RIESGO MATERNO/FETALES EN MUJERES
EMBARAZADAS MAYORES DE 40 AÑOS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL
GINECO-OBSTETRICO ENRIQUE C. SOTOMAYOR”

JUNIO DEL 2015 A MARZO DEL 2016”

ZONA EN LA QUE VIVE

Tabla 7: Zona en la que Vive

ZONA EN LA QUE VIVE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
URBANA	89	59.33%
RURAL	61	40.67%
TOTAL	150	100.00%

GRAFICA 5: Zona en la que Vive



Autor: Marjorie Alexandra Escandón Montenegro

Fuente: Historia Clínica 5

Análisis e Interpretación:

Según estudio comparativo por la zona en la que viven las pacientes muestra una frecuencia mayor en zonas urbanas con un 59.33%.

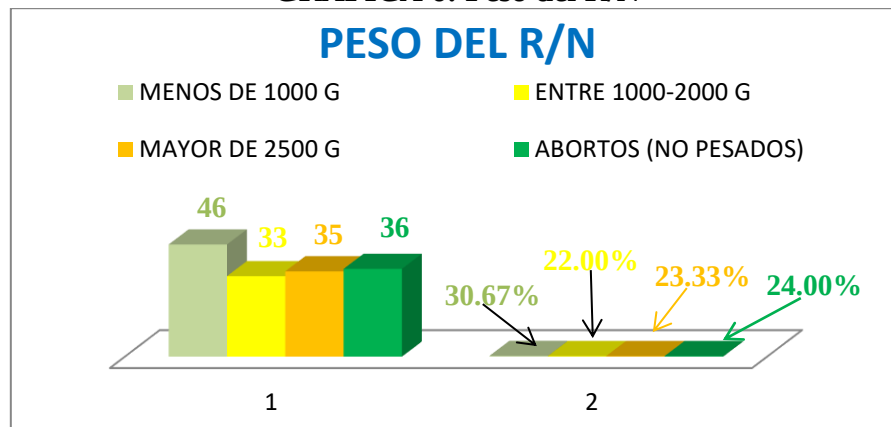
“FACTORES DE RIESGO MATERNO/FETALES EN MUJERES
EMBARAZADAS MAYORES DE 40 AÑOS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL
GINECO-OBSTETRICO ENRIQUE C. SOTOMAYOR”

JUNIO DEL 2015 A MARZO DEL 2016”
INFORMACION DEL RECIEN NACIDO
PESO – APGAR – SEXO - MALFORMACIONES

Tabla 8: Peso del R/N

PESO DEL RECIEN NACIDO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MENOS DE 1000 G	46	30.67%
ENTRE 1000-2000 G	33	22.00%
MAYOR DE 2500 G	35	23.33%
ABORTOS (NO PESADOS)	36	24.00%
TOTAL	150	100.00%

GRAFICA 6: Peso del R/N



Autor: Marjorie Alexandra Escandón Montenegro

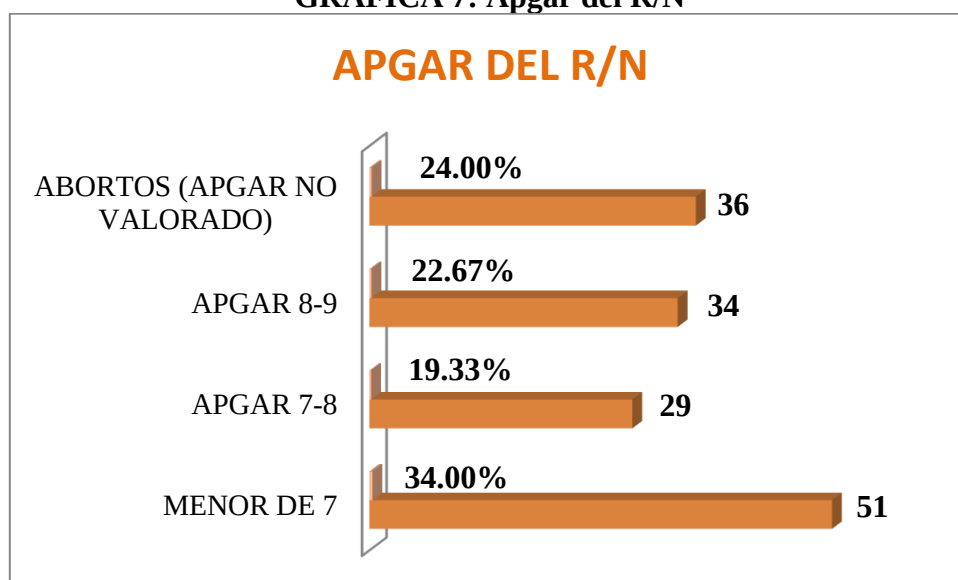
Fuente: Historia Clínica 6

Análisis e Interpretación: Según estudio comparativo por el peso en los R/N muestra una frecuencia mayor en casos con peso menor de 1000 G con un resultado del 30.67%

Tabla 9: Apgar del R/N

APGAR DEL RECIEN NACIDO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MENOR DE 7	51	34.00%
APGAR 7-8	29	19.33%
APGAR 8-9	34	22.67%
ABORTOS (APGAR NO VALORADO)	36	24.00%
TOTAL	150	100.00%

GRAFICA 7: Apgar del R/N



Autor: Marjorie Alexandra Escandón Montenegro

Fuente: Historia Clínica 7

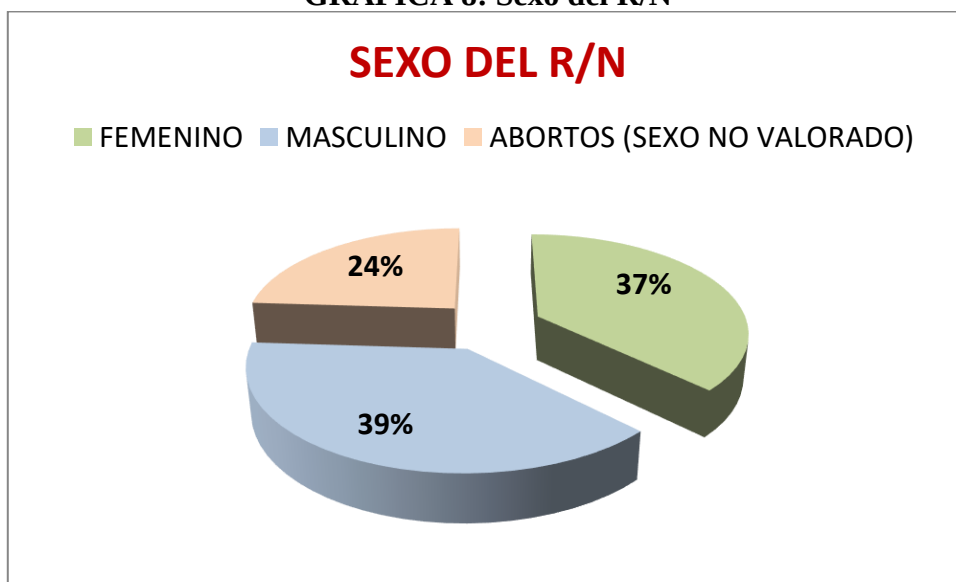
Análisis e Interpretación:

Según estudio comparativo por el APGAR en los R/N muestra una incidencia mayor en casos con APGAR menor de 7 con un resultado del 34% que indica a los recién nacidos que tienen un nivel muy bajo a la tolerancia del proceso del nacimiento.

Tabla 10: Sexo del R/N

SEXO DEL RECIEN NACIDO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
FEMENINO	56	37.33%
MASCULINO	58	38.67%
ABORTOS (SEXO NO VALORADO)	36	24.00%
TOTAL	150	100.00%

GRAFICA 8: Sexo del R/N



Autor: Marjorie Alexandra Escandón Montenegro

Fuente: Historia Clínica 8

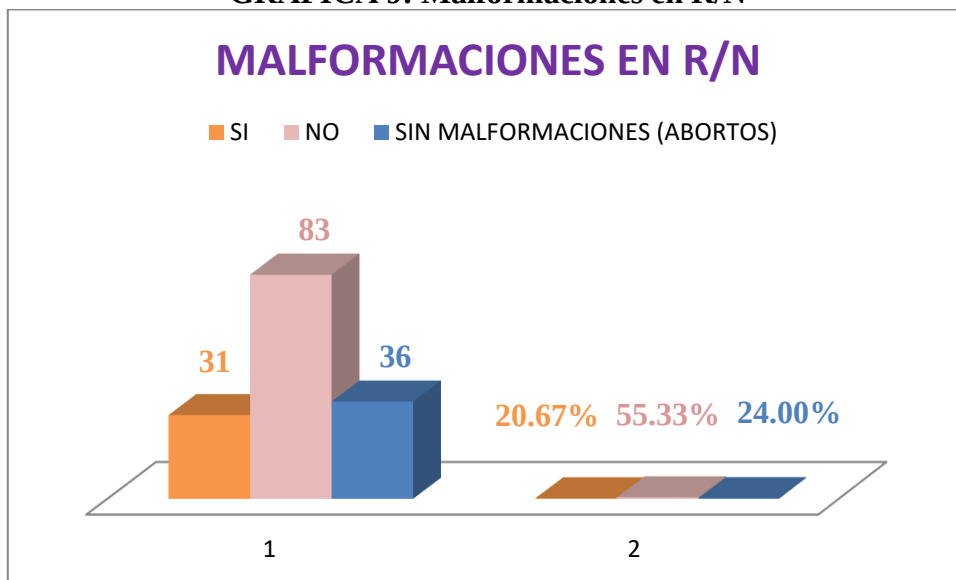
Análisis e Interpretación:

Según estudio comparativo por el sexo en los R/N muestra una frecuencia mayor en recién nacidos de sexo masculino con un resultado de 38.67% con mayor probabilidad de fallecer o de no superar el proceso de adaptabilidad al medio.

Tabla 11: Mal Formaciones en R/N

MALFORMACIONES DEL R/N	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	5	2%
NO	92	97%
SIN MALFORMACIONES (ABORTOS)	3	1%
TOTAL	150	100.00%

GRAFICA 9: Malformaciones en R/N



Autor: Marjorie Alexandra Escandón Montenegro

Fuente: Historia Clínica 9

Análisis e Interpretación:

Según estudio comparativo por malformaciones en los R/N muestra una frecuencia mayor que no hay malformaciones con un 55.33%

4.1. ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS

En la presente investigación se utilizó la ficha de recolección de datos a las pacientes del Hospital Gineco-Obstétrico Enrique C. Sotomayor solicitándole la información a la paciente.

El primer paso fue realizar una revisión y análisis de los instrumentos, se realizó la tabulación manual de cada variable expuesta con el fin de establecer consensos para justificar y sustentar la propuesta que se presenta.

A través del programa de Microsoft Excel se elaboraron los cuadros y gráficos, se realizaron los porcentajes para hacer el análisis con el objeto de sustentar la discusión de los resultados y obtener las respuestas a las interrogantes de la investigación y determinar si se cumplieron o no los objetivos planteados en el problema, motivo de esta investigación, mediante el cruce de preguntas y la organización de los resultados con lo que describe la teoría, previo a la elaboración de la propuesta como solución al problema que se ha investigado.

4.2. DISCUSIÓN

Es de mucha importancia el estudio de los factores de riesgo materno/fetales en embarazadas mayores de 40 años que hay a nivel del país, ya que es una problemática que nos compete a todos tanto en el ámbito de Salud, como a nivel socio-cultural y psicológico que desencadena esta situación.

El presente trabajo de titulación, está realizado a través de un estudio descriptivo, prospectivo, no experimental, de tipo cualicuantitativo, en embarazadas con diagnóstico de "Factores de riesgo materno/fetales en mujeres embarazadas mayores de 40 años atendidas en el Hospital Gineco-Obstétrico Enrique C. Sotomayor en el

periodo de junio del 2015 a marzo del 2016”, con el fin de obtener la información y estadística de la frecuencia y causa con la que se presenta ésta patología del embarazo, donde el total de 960 pacientes que se atendieron dentro de este periodo.

De las cuales con diagnóstico de Cerclaje se atendió 1 caso, Cesárea + adherolisis 17 casos, Cesárea + salpingectomia 263 casos, Cesárea corporal 19 casos, Cesárea segmentaria 224 casos, Legrado uterino por restos 204 casos, Parto eutócico simple 129 casos y Tratamiento médico 103 casos dando un total de 960 casos clínicos.

Según el resultado de la muestra del universo de 960 pacientes, se estudiaron 150 casos clínicos demostrando así que:

En el grupo por edades de 40-43 años dio un 93.33% de resultados positivos habiendo mayor incidencia de embarazos.

De los cuales en los antecedentes gineco-obstetricos el mayor porcentaje lo tienen los partos por cesáreas con un 32.6%.

Este grupo de pacientes afirmaron que llevaron controles prenatales durante su gestación dando un 53.33% para el SI.

De igual manera un gran número de pacientes dijeron haber presentado antecedentes de partos pre término con un resultado positivo del 66.67%.

Es importante saber en qué zona del país habita la paciente ya que se ha demostrado que las pacientes que viven en zonas marginales o rurales disminuyen sus controles en el embarazo, según este estudio se demuestra que la mayoría de las pacientes atendidas en el Hospital Gineco-Obstetrico Enrique C. Sotomayor son de zonas urbanas dando un 59.33% de resultado positivos.

Ya que se estudian los factores de riesgo tanto maternos como fetales no se puede dejar de lado la información obtenido de los recién nacidos, porque forman parte fundamental del desarrollo de esta discusión y análisis de resultados.

De los 150 casos estudiados muchos de los recién nacidos nacieron inmaduros o prematuros no pudiendo alcanzar un peso viable con la vida, el estudio demuestra que el 30.67% de los recién nacidos llegaron con un peso menor de 1000 g, muchos de ellos fallecieron y algunos fueron trasladados al área de UCIN.

Se les valoro con el Test de APGAR obteniendo en APGAR menor de 7, un 34% de los recién nacidos estudiados.

El 38.67% de estos recién nacidos fueron de sexo masculino, los cuales no tuvieron ningún tipo de malformaciones congénitas demostrando este resultado con un 55.33% de los casos estudiados.

CAPITULO V

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIÓN

Según los datos recopilados en el Hospital Gineco-Obstetrico Enrique C. Sotomayor nos llevan a concluir que:

- La frecuencia de factores de riesgo materno/fetales en mujeres embarazadas mayores de 40 años en el Hospital Gineco-Obstetrico Enrique C. Sotomayor durante el período de Junio del 2015 a Marzo del 2016 es del 45%, ya que se reportaron un total de 960 pacientes con diagnóstico de mujeres embarazadas añosas de un total de 129 partos, 523 cesáreas y 204 legrados uterinos por restos, el restante fue un cerclaje cervical y 103 tratamientos médicos que se atendieron en el área toco quirúrgica de Gineco-Obstetricia de esta institución; de las cuales, el 93.33% se presentaron en pacientes con edades de 40 a 43 años.
- La edad materna en la que se presentó casos de mujeres embarazadas añosas es en pacientes desde 40 a >44años, siendo el rango de mayor frecuencia el de 40-43 años de edad con un porcentaje de 93.33% del total estudiado.
- Con respecto al número de controles prenatales, se observó en pacientes que se habían realizado más de 5 controles durante su embarazo con un porcentaje de 53.33%, lo cual, en referencia a la hipótesis planteada, podemos demostrar que es incorrecta; pero, la falta de controles prenatales sí fue un factor influyente en el riesgo materno/fetal, ya que ésta se presentó en el 46.67% de pacientes atendidas sin controles.
- En los antecedentes de Parto Pre término se demuestra que un 66.67% lo presente llevando este factor de riesgo a poder presentarse en embarazos futuros obteniendo productos poco compatibles con la vida.

5.1.1. RECOMENDACIONES

Con el estudio realizado sobre los factores de riesgo que desencadena un embarazo a avanzada edad, y con el fin de disminuir la frecuencia con la que se presenta esta patología, me permito sugerir:

Al detectar algún factor de riesgo en mujeres embarazadas añosas, tomar las medidas oportunas.

- ✓ Poner mayor énfasis en las pacientes mayores de 40 años.
- ✓ En pacientes con productos con malformaciones genéticas, Pre eclampsia, Eclampsia o abortos a repetición llevar un control ecográfico mensual.
- ✓ Procurar que la paciente asista a los controles prenatales obligatorios.
- ✓ Brindar educación a las madres sobre los beneficios de la atención prenatal precoz, utilizando lenguaje sencillo.

5.1.2. PROPUESTA

A excepción de las malformaciones fetales congénitas que es uno de los factores de riesgo en este estudio; la mayoría de etiologías se pueden diagnosticar y tratar a tiempo para evitar el lamentable suceso de que el embarazo llegue a mal término.

Propuesta: DISMINUIR LOS EMBARAZOS EN EDADES AVANZADAS CON ENFERMEDADES PRE EXISTENTES POR MEDIO DE LA PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO OPORTUNO DE LOS FACTORES DE RIESGO.

5.1.3. JUSTIFICACIÓN

Actualmente en las instituciones públicas se cuenta con la tecnología y el personal capacitado para detectar a tiempo los factores de riesgo y realizar el debido tratamiento para prevenir la mortalidad fetal o materna, sin embargo, se siguen presentando éstos casos.

5.1.4. OBJETIVOS

- ✓ Incentivar a las pacientes a realizarse los controles prenatales.
- ✓ Informar a las pacientes sobre los factores de riesgo y signos de alarma al embarazarse en edades avanzadas.
- ✓ Diagnosticar y tratar oportunamente los factores de riesgo para prevenir la muerte fetal o materna.
- ✓ Disminuir la frecuencia de mortalidad fetal.

6. BIBLIOGRAFÍA

(s.f.).

(s.f.). Obtenido de www.who.int/es

Chamy, v. (2009). *Riesgo Obstétrico y Perinatal en Embarazadas de 35 años*. Obtenido de http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75262009000600003&script=sci_arttext

Conde. (s.f.). Obtenido de Embarazo de Alto Riesgo:
http://dspace.icesi.edu.co/dspace/bitstream/item/4375/1/061_Embarazo_alto_riesgo.pdf.

DeCherney. (2003). Diagnostico y Tratamiento Ginecoobstétrico. En DeCherney. Mexico: 8va.

Dra. Herrear V, D. O. (s.f.). *Riego Reproductivo*. Obtenido de www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/regabilacion-temprana/riesgo_reproductivo.pdf

Ferrer. (s.f.). *Práctica del cuidado humano y control de la embarazada*. Obtenido de Portales médicos.com. : <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/3348/2/Practica-del-cuidado-humano-y-control-de-la-embarazada#>

MSP. (s.f.). Obtenido de www.msp.gov.ec

OMS. (s.f.). Obtenido de www.who.int/es

OMS. (s.f.).

Salud, O. M. (s.f.). Obtenido de www.who.int/es

V Chamy, F. C. (2009). Riesgos Obstétrico y Perinatal en embarazadas Mayores de 35 años. *SciELO* , 331 - 338.

ANEXOS

ANEXO #1

HIDROPS FETAL EN FETO DE 32 SEMANAS



Autor: Escandón Montenegro Marjorie

ANEXO #2

POLIMARFOMACIONES Y EMINENCIA DE GASTROSQUISIS EN FETO DE 30 SEMANAS



Autor: Escandón Montenegro Marjorie

ANEXO #3

HIROPS FETAL EN FETO DE 26 SEMANAS



Autor:Escandón Montenegro Marjorie

ANEXO #4

GASTROSQUISIS EN FETO DE 39 SEMANAS



Autor:Escandón Montenegro Marjorie

ANEXO #5

ONFALOCELE EN FETO DE 37 SEMANAS

**Sitio web No permitieron tomar foto al producto con esta patología en la
Institución**



ANEXO #6

ANENCEFALIA EN FETO DE 34 SEMANAS

**Sitio web No permitieron tomar foto al producto con esta patología en la
Institución**



ANEXO #7
FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

“FACTORES DE RIESGO MATERNO/FETALES EN MUJERES
EMBARAZADAS MAYORES DE 40 AÑOS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL
GINECO-OBSTETRICO ENRIQUE C. SOTOMAYOR EN EL PERIODO DE
JUNIO DEL 2015 A MARZO DEL 2016”

Datos de información de la paciente relevantes para el estudio

1.- Antecedentes gineco-obstetricos de la paciente:

G..... P..... C..... A.....

2.- Forma de terminación del embarazo:

Parto eutócico simple Parto por cesárea Óbito fetal

3.- Controles prenatales en el embarazo:

Sí No

4.- Ha tenido antecedentes de partos pre término:

Sí No

5.- Zona en la que vive:

Urbana Rural

6.- Información del recién nacido:

Peso: Menos de 1000 g Entre 1000-2000g Mayor de 2500g

Apgar: Menor de 7 Apgar 7-8 Apgar 8-9

Sexo: Masculino Femenino

Malformaciones: Si No

ANEXO #8 GLOSARIO DE TÉRMINOS

Abruptio: Es el desprendimiento o separación parcial o total de la placenta de su lugar de inserción normal que corresponde al fondo uterino. También llamado Desprendimiento Prematuro de Placenta Normoinserta.

Acaecida: verbo Acaecer: hallarse presente.

Aneuploidía: Se refiere al cambio en número de cromosomas, que puede dar lugar a enfermedades genéticas.

Caquexia: Es un estado de extrema desnutrición, atrofia muscular, debilidad, anorexia en personas que no están tratando de perder peso activamente.

Colestasis: Es un trastorno fisiológico que generalmente se presenta durante el último trimestre del embarazo.

Distocia: Se emplea el término para referirse a un Parto o alumbramiento que procede de forma difícil o anormal.

Hidrops: Es un problema muy grave que pone en serio riesgo la vida del bebé antes y después de nacer, dependiendo de la respuesta al tratamiento.

Se caracteriza por provocar un edema grave, es decir hinchazón en el feto o en el recién nacido, por una cantidad excesiva de líquido que sale del torrente sanguíneo e ingresa a diversos tejidos corporales.

Hipoxia: Se define como la falta de suministro adecuado de oxígeno.

Meconio: Primer excremento de los recién nacidos, que es de color verdoso y consistencia viscosa y está compuesto de moco, bilis y restos de la capa superficial de la piel.

Septicemia: infección grave presente en el organismo debido a un foco infeccioso que pasan gérmenes patógenos a la sangre.

Uterotónicos: Son fármacos utilizados para potenciar la musculatura uterina.

ANEXO #9
MATERIAL UTILIZADO PARA LAS CHARLAS IMPARTIDAS A LAS
PACIENTES

**FACTORES DE RIESGO MATERNO/FETALES EN MUJERES
EMBARAZADAS MAYORES DE 40 AÑOS**

Existen antecedentes y condiciones desfavorables, antecedentes patológicos tanto personales como gineco-obstétricos.

Entre los antecedentes generales tenemos edad mayor de 40 años ya que es muy frecuente que el embarazo termine antes de tiempo como aborto, parto inmaduro o pre término, así como que ocurran malformaciones congénitas y complicaciones como: inserción baja placentaria, toxemia, distocia del parto, muerte fetal; lo cual se incrementa si añadimos otros factores de riesgo como la multiparidad, el habito de fumar y enfermedades crónicas; peso, tanto la obesidad como la desnutrición materna han sido reconocidas como factores que incrementan la morbimortalidad materna y perinatal.

Causas:

- Maternas: Diabetes, Hipertensión, Infecciones, etc
- Fetales: Anomalías Congénitas, Retardo de Crecimiento Intrauterino, Fetos Múltiples
- Ovulares: Desprendimiento de Placenta, Ruptura de Membranas, Nudos o Circulares de cordón
- Otras; Traumatismos, medicamentos, radiación excesiva

Factores de Riesgo:

- Edad Materna: Mayores a 40 años.
- Enfermedades Crónicas: Diabetes Mellitus, Hipertensión preexistente, etc
- Obesidad Materna, Nivel Socio-Económico, Paridad, Nivel de Educación, Estado Civil, etc.

Diagnóstico:

- Percepción materna de disminución o ausencia de movimientos fetales.
- Ausencia de frecuencia cardíaca fetal.

ANEXO #10
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

	<i>Noviembre 2015</i>	<i>Diciembre 2015</i>	<i>Enero 2016</i>	<i>Febrero -2016</i>	<i>Marzo -2016</i>	<i>Abril - 2016</i>	<i>Mayo - 2016</i>
<i>Recolección de datos</i>							
<i>Ordenamiento de la información</i>							
<i>Tabulación de la información</i>							
<i>Entrega de la tesis</i>							

**PERMISO DE RECOLECCION DE DATOS DEL DIRECTOR DEL
HOSPITAL GINECO-OBSTETRICO ENRIQUE C. SOTOMAYOR**

MARJORIE ALEXANDRA ESCANDON MONTENEGRO
C.I.092388683

ANEXO #11
PRESUPUESTO

Cantidad	Materiales de oficina	Valor
2	Lápices	\$1.50
1	Borrador	0.50
3	Bolígrafos	1.75
1	Resma de papel A4	5.00
1	Folder	10.00
1	Anillado	10.00
1	Corrector	1.00
1	Pendrive	7.00
1	Libreta de notas	2.00
78	Impresiones	80.00
3	Transporte	75.00
Total de gastos		193.75