



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE MEDICINA

TRABAJO DE TITULACIÓN

PARA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MÉDICO

TEMA:

**“COMPLICACIONES Y FACTORES DE RIESGO DEL
EMBARAZO DE ALTO RIESGO EN PACIENTES DEL HOSPITAL
GENERAL LIBORIO PANCHANA SOTOMAYOR, EN EL
PERÍODO 2015-2016”**

PRESENTA:

JOSUÉ PAÚL RAMOS MEJILLÓN

TUTOR DE TESIS: DR. MAURO NIETO AGUIRRE

GUAYAQUIL - ECUADOR

AÑO 2016



Presidencia
de la República
del Ecuador



Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes



SENESCYT

SECRETARÍA NACIONAL DE EDUCACIÓN SUPERIOR,
CIENCIA, TECNOLOGÍA E INNOVACIÓN

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGIA		
FICHA DE REGISTRO DE TESIS		
TÍTULO Y SUBTÍTULO: <i>Complicaciones y factores de riesgo del embarazo de alto riesgo en pacientes del Hospital General Liborio Panchana Sotomayor, en el período 2015-2016</i>		
AUTOR/ ES: JOSUE PAUL RAMOS MEJILLON	TUTOR: Dr. MAURO NIETO AGUIRRE REVISOR: DRA. CARLOTA PALMA	
INSTITUCIÓN: Universidad de Guayaquil	FACULTAD: Ciencias Médicas	
CARRERA: Medicina		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	Nº DE PÁGS:	
ÁREAS TEMÁTICAS: GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA		
PALABRAS CLAVE: Embarazo De Alto Riesgo, Factores De Riesgo, Embarazo		
RESUMEN: <i>La salud materna y perinatal es hoy día una de las prioridades del Estado Ecuatoriano. Para quienes hacemos salud pública, el concepto de muerte materna es mucho más amplio que el meramente técnico, por lo que una muerte materna significa el desequilibrio del núcleo familiar.</i>		
ADJUNTO PDF:	SI ☒	NO ☐
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: 0992885286	Email: josueramos504@gmail.com
CONTACTO EN LA INSTITUCIÓN:	Nombre:	
	Teléfono:	
	E-mail:	



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA

Este trabajo de graduación cuya autoría corresponde a **JOSUE PAUL RAMOS MEJILLON** el cual ha sido aprobado luego de su defensa pública, en la forma presente por tribunal Examinador de Grado Nominado por la Escuela de Medicina como requisito parcial para optar por el título de médico.

PRESIDENTE DEL TRIBUNAL

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

SECRETARIA

ESCUELA DE MEDICINA



**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA**

CERTIFICADO DEL TUTOR

YO, DR. MAURO NIETO AGUIRRE, EN MI CALIDAD DE TUTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN PARA OPTAR POR EL TÍTULO, MÉDICO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS.

CERTIFICO QUE: HE DIRIGIDO Y REVISADO EL TRABAJO DE TITULACIÓN DE GRADO PRESENTADO POR EL SR JOSUE PAUL RAMOS MEJILLON CON C.I. # 0926462409

CUYO TEMA DE TRABAJO DE TITULACIÓN ES:

“COMPLICACIONES Y FACTORES DE RIESGO DEL EMBARAZO DE ALTO RIESGO EN PACIENTES DEL HOSPITAL GENERAL LIBORIO PANCHANA SOTOMAYOR, EN EL PERÍODO 2015-2016”

REVISADA Y CORREGIDA QUE FUE EL TRABAJO Y TITULACIÓN, SE APROBÓ EN SU TOTALIDAD CERTIFICO:

Dr. Mauro Nieto Aguirre
CIRUJANO - GENERAL
LAPAROSCOPIA
Libro VI Folio 699 No 1771

TUTOR

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTOS,

A DIOS NUESTRO SEÑOR: Por haber estado siempre conmigo, por ayudarme en mis tareas y por haberme dado la oportunidad de continuar en esta vida y poder terminar mi carrera.

A MIS PADRES Y HERMANOS: Porque de una u otra forma me ayudaron a continuar y poder salir adelante. A mi padre Dr. Fausto Ramos aún no encuentro palabras para agradecer su valioso apoyo en los momentos difíciles, los consejos y en ocasiones sus reconvenciones; y a mi madre Rosita Mejillón que aunque no esté ahora físicamente sé que desde el cielo se sentirá orgullosa de lo que seré gracias al amor y confianza que puso en mí. **POR TODO, MUCHAS GRACIAS.**

A MI HERMOSA NOVIA: Andrea Anchundia Cox, por brindarme su amor y compañía en esta etapa de mi vida.

DR. MAURO NIETO AGUIRRE: Por su tutoría y por la orientación brindada para la elaboración de la presente tesis.

ARCHIVO CLINICO: A todo el personal, por todas las facilidades que me brindaron para la realización de mi tesis.

A MIS COMPAÑEROS.



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA

RESUMEN

La salud materna y perinatal es hoy día una de las prioridades del Estado Ecuatoriano. Para quienes hacemos salud pública, el concepto de muerte materna es mucho más amplio que el meramente técnico, por lo que una muerte materna significa el desequilibrio del núcleo familiar.

OBJETIVO:

Determinar, ¿Cuáles son las principales causas de embarazo de alto riesgo en el Hospital General Liborio Panchana Sotomayor?

MATERIAS Y METODOS:

Se realizó revisión de los Datos Estadísticos de causas de egresos hospitalarios general, del año 2015 en la sección correspondiente a la especialidad de Gineco-obstetricia, analizando la totalidad de partos eutócicos, partos distócicos y cesáreas realizadas por diversas causas, así como aquellos diagnósticos de acuerdo al CIE 10 catalogados como riesgo para la gestación. Tipo de estudio transversal.

RESULTADOS:

Los principales factores de riesgo que ocasionan un embarazo de alto riesgo, detectados en la base de datos del Hospital General Liborio Panchana de la ciudad de Santa Elena en el año 2015, fueron los siguientes:

- 1) Presentación anómala, constatada tras la semana 36 de gestación con un total de 182 casos.
- 2) Gran multiparidad (mayor de 3 gestas) con 149 casos.
- 3) Infección de vías urinarias y flujo vaginal recurrentes por más de dos ocasiones en tres controles subsecuentes con 139 casos.
- 4) Menores de 19 años con atención de su primer embarazo con 99 casos.
- 5) Rotura prematura de membranas mayor de 12 horas con 70 casos.
- 6) Control insuficiente de la gestación con menos de 3 visitas prenatales con 34 casos.
- 7) Trastornos hipertensivos en el embarazo con 17 casos.
- 8) Historia obstétrica desfavorable con 11 casos.
- 9) Mujeres con más de 35 años con un primer embarazo con 3 casos.
- 10) Las condiciones socioeconómicas desfavorables con 2 casos.

CONCLUSIONES:

Los resultados de esta investigación y la experiencia práctica han demostrado que, si determinadas intervenciones sanitarias se ponen a disposición de todos, es posible reducir la incidencia y la gravedad de las principales complicaciones asociadas con el embarazo y el parto. Un acceso cada vez mayor a servicios de regulación de la fecundidad y la mejora de la calidad de estos, permitirá reducir el número de embarazos indeseados, abortos peligrosos y defunciones maternas asociadas.



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA

SUMMARY

Maternal and perinatal health is now one of the priorities of the Ecuadorian State. For those who do public health, the concept of maternal death is much broader than merely technical, because a maternal death means the imbalance of the family.

OBJECTIVE:

Determine what are the main causes of high risk pregnancy at the General Hospital Liborio Panchana Sotomayor?

MATERIALS AND METHODS:

those diagnostic review of statistical data of causes of general hospital discharges was held 2015 in corresponding to the specialty of obstetrics and gynecology section, analyzing all normal deliveries, dystocia and cesarean sections performed for various reasons, and according to ICD-10 classified as risk to the pregnancy. Type cross-sectional study.

RESULTS:

The main risk factors that cause a high-risk pregnancy, detected in the database Liborio Panchana General Hospital of the city of Santa Elena in 2015, were as follows:

- 1) Malpresentation, observed after 36 weeks of gestation with a total of 182 cases.
- 2) Grand multiparity (more than 3 gestas) with 149 cases.
- 3) Urinary tract infection and recurrent vaginal discharge more than twice in three subsequent controls with 139 cases.
- 4) Under 19 carefully her first pregnancy with 99 cases.
- 5) Premature rupture of membranes more than 12 hours with 70 cases.
- 6) Insufficient monitoring of pregnancy with less than 3 prenatal visits with 34 cases.
- 7) Hypertensive disorders in pregnancy with 17 cases.
- 8) Unfavorable obstetrical history with 11 cases.
- 9) Women over 35 years with a first pregnancy in 3 cases.
- 10) Unfavorable socioeconomic conditions with 2 cases.

CONCLUSIONS:

The results of this research and practical experience have shown that, if certain health interventions are made available to all, it is possible to reduce the incidence and severity of major complications associated with pregnancy and childbirth. An increasing to services fertility regulation and improving the quality of these access will reduce the number of unwanted pregnancies, unsafe abortions and maternal deaths associated.

INDICE DE CONTENIDO

- I. PORTADA
- II. FICHA DE REGISTRO
- III. TRIBUNAL EXAMINADOR
- IV. CERTIFICADO DEL TUTOR
- V. DEDICATORIA Y AGRADECIMIENTO
- VI. RESUMEN
- VIII. ABSTRACT
- X. INDICE

INDICE DE TABLAS Y GRAFICAS

TABLA 1°.....	14
GRAFICA 1°	15
GRAFICA 2°	16
GRAFICA 3°	16
GRAFICA 4°	17
GRAFICA 5°	17
GRAFICA 6°	18
GRAFICA 7°	18
GRAFICA 8°	19
GRAFICA 9°	19
GRAFICA 10°	20
GRAFICA 11°	20

ÍNDICE GENERAL

INTRODUCCIÓN.....	1
-------------------	---

CAPÍTULO I EL PROBLEMA

1.1	Planteamiento y enunciado del problema	2
1.1.1	Formulación del problema	2
1.1.2	Delimitación del problema	3
1.2	Justificación	3
1.3	Objetivos	3
1.3.1	Objetivos General	3
1.3.2	Objetivos Específicos	4
1.4	Hipótesis	4
1.5	Variables	4

CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO

2.1	Fundamentos teóricos	5
2.1.1	Embarazo normal	5
2.1.2	Diagnóstico de embarazo	6
2.1.3	Riesgo reproductivo	6
2.1.4	Riesgo obstétrico	7
2.1.5	Factores de riesgo obstétrico	7
2.1.6	Conducta médica a seguir en caso de un embarazo de bajo riesgo y de alto riesgo	9
2.1.7	Vigilancia del embarazo de alto riesgo	10

CAPÍTULO III

MATERIALES Y MÉTODOS

3.1	Diseño del estudio	11
3.2	Universo del estudio	11
3.3	Criterios de inclusión	11
3.4	Criterios de no inclusión	11
3.5	Recursos humanos y físicos	11
3.5.1	Recursos humanos	11
3.5.2	Recursos físicos	12
3.6	Cronograma de actividades	12
3.7	Procedimiento	13
3.8	Resultados	13

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1	Discusión	21
-----	-----------	----

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES

5.1	Conclusiones	24
-----	--------------	----

CAPÍTULO VI

RECOMENDACIONES O PROPUESTAS

6.1	Recomendaciones	25
6.2	Bibliografía	26

INTRODUCCIÓN

La reproducción humana es un proceso social, bioquímico y fisiológico complejo que no es tan exitoso como alguna vez se pensó. Es probable que menos de la mitad de todas las concepciones se pierdan antes de que incluso se reconozca el embarazo. Otro 15 a 40% se pierde en el primer trimestre. De este último grupo, más de la mitad tiene cariotipos anormales y desafían las metodologías actuales para prevenir la pérdida del producto.

Durante la valoración de los embarazos para identificar el riesgo, varios conceptos clave ofrecen información invaluable.

El embarazo de alto riesgo se define como aquel en el que la madre, el feto o el recién nacido tienen o pueden tener un mayor riesgo de morbilidad o mortalidad, antes, durante o después del parto. Hay muchos factores implicados, incluyendo la salud materna, antecedentes obstétricos y enfermedad fetal. Los trastornos obstétricos pueden imponer un riesgo adicional para la madre y el feto, como el desprendimiento de placenta, prematuridad, preeclampsia, eclampsia y retardo en el crecimiento del producto, entre otros.

La incidencia de embarazo de alto riesgo varía de acuerdo con los criterios que se utilicen para definirlo. Muchos factores participan y los efectos de cualquier factor específico difieren de una paciente a otra. A menudo, estos factores se identifican sólo en retrospectiva, y únicamente benefician a los embarazos futuros.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO Y ENUNCIADO DEL PROBLEMA

El embarazo catalogado como de alto riesgo, en nuestra comunidad se vuelve un término cada vez más común, por lo que existen múltiples causas o factores que predisponen a mujeres embarazadas a desarrollar varias complicaciones ya sea al principio o al término de la gestación.

Hoy en día en el Hospital General Liborio Panchana Sotomayor existen mujeres embarazadas que acuden en busca de atención médica, en donde son diagnosticadas como embarazo de alto riesgo, teniendo una incidencia muy preocupante. Por lo tanto, es necesario ejecutar el debido estudio de los diversos factores de riesgo que repercuten en este problema, con la finalidad de obtener precedentes de prevención para el bienestar de la sociedad en mención.

1.1.1 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuáles son las principales complicaciones y factores de riesgo del embarazo de alto riesgo en el HGLPS?

1.1.2 DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

- **Línea de investigación:** Embarazo de alto riesgo
- **Aspectos:** Embarazo, factor, riesgo, complicaciones
- **Tema:** Complicaciones y factores de riesgo de embarazos de alto riesgo.
- **Delimitación geo – espacial:** Provincia de Santa Elena, Cantón Santa Elena. Hospital General Dr. Liborio Panchana Sotomayor.
- **Delimitación temporal:** Año 2015 – 2016.

1.2 JUSTIFICACIÓN

Con el fin de detectar oportunamente y controlar aquellas enfermedades o factores que pueden complicar un embarazo, se debe considerar la importancia de investigar cuales son las principales causas de embarazo de alto riesgo, y así poder tomar las medidas preventivas necesarias para disminuir o abatir la morbimortalidad en el universo que nos concierne: mujeres embarazadas atendidas en el Hospital General Liborio Panchana Sotomayor en periodo 2015 – 2016.

1.3 OBJETIVOS

3.5.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar las principales causas o factores de riesgo de embarazo de alto riesgo en pacientes derechohabientes del HGLPS.

1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Identificar los principales factores de riesgo que pueden complicar un embarazo mediante consulta de datos.
- b) Establecer las posibles complicaciones de un embarazo de alto riesgo.
- c) Correlacionar los factores de riesgo con las complicaciones en los embarazos de alto riesgo.

1.3 HIPÓTESIS

¿El manejo oportuno de los factores de riesgo influye en la evolución favorable de los embarazos de alto riesgo?

1.4 VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE: Embarazo de alto riesgo

VARIABLE DEPENDIENTE: Evaluar un buen examen físico, factores de riesgo

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 FUNDAMENTOS TEÓRICOS

3.5.1 EMBARAZO NORMAL

El embarazo (gestación) es el estado materno que consiste en desarrollar un feto dentro del cuerpo. El producto de la concepción desde la fecundación hasta la semana 8 del embarazo recibe el nombre de embrión y a partir de esta semana y hasta el parto se llama feto. Para fines obstétricos, la duración del embarazo se basa en la edad gestacional: la edad estimada del feto calculada a partir del primer día del último período menstrual (normal), si se supone un ciclo de 28 días. La edad gestacional se expresa en semanas cumplidas, a diferencia de la edad de desarrollo (edad fetal), que es la edad calculada a partir del momento de la implantación.

En la actualidad, la concepción se debe considerar de alta prioridad en las actividades destinadas al cuidado de la salud materna, tanto por su importancia para el bienestar general del núcleo familiar como por su magnitud, transcendencia y vulnerabilidad en este grupo de población en edad reproductiva.

Los daños a la salud materna tienen altas repercusiones desfavorables en el bienestar perinatal, en las posibilidades de supervivencia infantil y en la familia.

Los cambios fisiológicos que se producen durante el embarazo, colocan a las mujeres embarazadas en condiciones biológicas de gran susceptibilidad para ser afectadas por diversas causas de morbilidad y mortalidad, con el impacto adicional consecuente sobre el producto de la concepción.

Actualmente se reconoce que las principales causas de mortalidad materna y perinatal, son previsibles mediante atención prenatal temprana sistemática y de alta calidad, que permita la identificación y el control de los principales factores de riesgo obstétrico y perinatal.

2.1.2 DIAGNÓSTICO DE EMBARAZO

Se debe sospechar de embarazo siempre que exista retraso menstrual en una mujer en edad fértil, con vida sexual activa sin uso o con empleo incorrecto de métodos anticonceptivos. Los signos y síntomas de embarazo más frecuentes que se presentan a partir de la octava semana son:

- Náuseas matutinas
- Hipersomnia
- Reblandecimiento cervical
- Cambio de coloración del introito vaginal (violáceo)
- Mastodinia
- Polaquiuria

En etapas más avanzadas, aparecen signos como:

- Crecimiento uterino
- Percepción de movimientos fetales
- Auscultación del corazón fetal

La confirmación diagnóstica se puede realizar en la semana 9-10 escuchando el corazón fetal con un detector (Dopphone). También se puede realizar mediante ultrasonido abdominal durante la sexta semana.

2.1.3 RIESGO REPRODUCTIVO

Es la probabilidad de alterar el equilibrio del estado general físico, mental y social en todos los aspectos relacionados con el aparato reproductor.

2.1.4 RIESGO OBSTÉTRICO

Se entiende como todos aquellos factores externos o intrínsecos a la mujer, que pueden propiciar alguna complicación durante la evolución del embarazo, el desarrollo del parto del puerperio o que puedan alterar de alguna forma el desarrollo normal o la supervivencia del producto.

La valoración del riesgo obstétrico nos permite planear las características y la intencionalidad que debe tener la vigilancia prenatal en cada caso en particular, para la identificación de los factores de riesgo, la educación para la salud y la detección oportuna de complicaciones.

La presencia de uno o más de los siguientes factores permite clasificar al embarazo como: de bajo riesgo (normal) y de alto riesgo.

2.1.5 FACTORES DE RIESGO OBSTÉTRICO

RIESGO 1

- Condiciones socioeconómicas desfavorables (pobreza extrema, desempleo y analfabetismo)
- Control insuficiente de la gestación: menos de 3 visitas prenatales
- Edad extrema menor a 19 años o mayor a 35 años en el primer embarazo
- Adolescentes menores de 15 de años, indiferente del número de embarazos
- Drogadicción, alcoholismo, tabaquismo
- Gran multiparidad (mayor de 3 gestas)
- Incompatibilidad RH
- Infección de vías urinarias y flujo vaginal recurrente por más de dos ocasiones en 3 controles subsecuentes.
- Período intergenésico por cesárea previa menor de 12 meses

RIESGO 2

- Anemia (Hb < 10g/dl o hematocrito < 25%)
- Embarazo múltiple
- Enfermedades crónicas no transmisibles (endocrinopatías, nefropatías, enfermedad inmunológica, hipertensión)
- Polihidramnios u oligoamnios
- Epilepsia
- Historia obstétrica desfavorables: abortos espontáneos, partos prematuros y distócicos, antecedentes de retardo del crecimiento intrauterino
- Enfermedades neuropsiquiátricas
- Infección materna: HIV, hepatitis B o C, toxoplasmosis, pielonefritis, rubeola, sífilis, estreptococo B, citomegalovirus, herpes 2, HPV
- Presentación anómala: constatada tras la semana 36 de gestación
- Desnutrición y obesidad
- Asma

RIESGO 3

- Amenaza de embarazo pre término
- Cardiopatías
- Diabetes gestacional descompensada o en tratamiento
- Hemorragia vaginal
- Rotura prematura de membranas mayor de 12 horas
- Sida clínico
- Trastornos hipertensivos en el embarazo
- Alteraciones en la frecuencia cardíaca fetal (menor a 110 latidos por minuto y falta de movimientos)

La valoración de riesgo obstétrico nos indica la probabilidad de aparición de daños para la madre, el feto o el recién nacido, y no un problema o complicación ya establecido.

2.1.6 CONDUCTA MÉDICA A SEGUIR EN CASO DE UN EMBARAZO DE BAJO RIESGO Y DE ALTO RIESGO.

Es conveniente que en cuanto se diagnostique el embarazo, la frecuencia de la consulta sea mensual durante los primeros 6 meses; cada 15 días en el séptimo y octavo mes y cada siete días durante el noveno.

La embarazada de bajo riesgo debe recibir por lo menos 5 consultas de control prenatal. La prolongación del embarazo después de las 40 semanas requiere efectuar consultas más allá de la semana 42.

A todas las embarazadas se les debe realizar en cada consulta la medición de la tensión arterial y del fondo uterino, así como control de peso, aplicar toxoide tetánico, iniciando la primera dosis desde el primer contacto con los servicios de salud y la segunda dosis entre las 4 y 8 semanas siguientes de haberse iniciado el esquema, prescribir hierro y ácido fólico de forma profiláctica.

La prescripción de otros medicamentos sólo será bajo indicación médica preferentemente después de la semana 14.

Solicitar los siguientes exámenes: biometría hemática, grupo sanguíneo y factor RH, examen general de orina, glucemia basal y VDRL.

Alrededor de las semanas 18 a 20 y 32 a 34 deberá repetirse la Biometría hemática para corroborar las cifras de hemoglobina y hematocrito, también deberá repetirse la glucemia en la semana 32 para confirmar su normalidad.

Toma de Papanicolaou (si no se la ha practicado en los últimos 3 años) y realizar detección de VIH en casos de pacientes de alto riesgo.

No se deben prescribir poli vitaminas ni otros medicamentos de manera rutinaria durante el embarazo normal o de bajo riesgo.

2.1.7 VIGILANCIA DEL EMBARAZO DE ALTO RIESGO

Debe iniciarse en cuanto se confirme el embarazo y riesgo obstétrico. La frecuencia de la consulta debe ser como está establecido en el embarazo normal y esta se modificará de acuerdo con las complicaciones y los factores de riesgo presentes en cada caso en particular.

Se debe referir a la embarazada cuando presente datos de complicación mayor que ameriten vigilancia o atención especializada.

CAPÍTULO III

MATERIALES Y MÉTODOS

3.1 DISEÑO DEL ESTUDIO

Descriptivo, transversal.

3.2 UNIVERSO DEL ESTUDIO.

Pacientes embarazadas derechohabientes del HGLPS que fueron atendidas en el año 2015 y registrada en los datos.

3.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

Aquellas pacientes embarazadas, derechohabientes del HGLPS que fueron registradas y cuyas patologías o factores clasifican al embarazo como de alto riesgo.

3.4 CRITERIOS DE NO INCLUSIÓN.

1. Aquellas pacientes embarazadas, que no se encuentren con diagnóstico de embarazo de alto riesgo, reportadas en los datos.
2. Aquellas pacientes embarazadas, que fueron asistidas en otros años diferentes.

3.5 RECURSOS HUMANOS Y FÍSICOS

3.5.1 RECURSOS HUMANOS

- Investigador.
- Tutor de tesis.
- Revisor de tesis.

3.5.2 RECURSOS FÍSICOS

- Libros de ginecología y obstetricia
- Revistas de medicina.
- Laptop.
- Impresora.
- Cuadernos y carpetas

3.6 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	DIC	ENE	FEB	MAR	ABR	RESPONSABLE
ELABORACIÓN DE HOJA RECOLECCIÓN DATOS						INVESTIGADOR
ANÁLISIS BIBLIOGRÁFICO						INVESTIGADOR
IDENTIFICACIÓN DE REQUERIMIENTOS						INVESTIGADOR
ELABORACIÓN DE MARCO TEÓRICO REFERECIAL						INVESTIGADOR
RECOLECCIÓN DE DATOS ESTADÍSTICOS						INVESTIGADOR
ANÁLISIS DE DATOS ESTADÍSTICOS						INVESTIGADOR
REVISIÓN DE BORRADOR DE ANTEPROYECTO						TUTOR
CORRECCIONES						INVESTIGADOR
REVISIÓN DE ANTEPROYECTO						TUTOR
BORRADOR DE TESIS						INVESTIGADOR
REDACCIÓN TESIS						INVESTIGADOR
PRESENTACIÓN DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN						INVESTIGADOR

3.7 PROCEDIMIENTO

Se realizó revisión de datos de las causas de egresos hospitalarios general del año 2015, en la sección correspondiente a la especialidad de gineco-obstetricia, analizando la totalidad de partos eutócicos, partos distócicos y cesáreas realizadas por diversas causas, así como aquellos diagnósticos de acuerdo al CIE (Catalogo Internacional de Enfermedades) catalogados como riesgo para la gestación.

3.8 RESULTADOS

En el presente estudio se proporcionaron los datos estadísticos del año 2015 del Hospital General Liborio Panchana Sotomayor en donde se encontró un registro total de 706 casos atendidos en el área de gineco-obstetricia según el CIE10 que las clasificamos de la siguiente manera:

Z35 Supervisión de embarazo de alto riesgo con 391 casos, donde los principales factores de riesgo encontrados son:

- 1) Presentación anómala, constatada tras la semana 36 de gestación con 182 casos, siendo el primer factor de riesgo del estudio.
- 2) Infección de vías urinarias y flujo vaginal recurrentes por más de dos ocasiones en tres controles subsecuentes con 139 casos, siendo el tercer factor de riesgo encontrado.
- 3) Rotura prematura de membranas, mayor de 12 horas con 70 casos, siendo el quinto factor de riesgo.

Z354 Supervisión de embarazo con gran multiparidad con 149 casos, donde sumamos a la gran multiparidad (mayor de 3 gestas) como el segundo factor de riesgo del estudio.

Z356 Supervisión de primigesta muy joven con 99 casos, siendo las menores de 19 años con atención de su primer embarazo el factor de riesgo en cuarto lugar.

Z353 Supervisión de embarazo con historia de insuficiente atención prenatal con 34 casos, donde el sexto factor de riesgo encontrado es el control insuficiente de la gestación con menos de 3 visitas prenatales.

Z358 Supervisión de otros embarazos de alto riesgo con 17 casos, donde se encuentran los trastornos hipertensivos en el embarazo ocupando el séptimo factor de riesgo.

Z351 Supervisión de embarazo con historia de aborto con 11 casos, donde la historia obstétrica desfavorable es el octavo factor de riesgo hallado.

Z355 Supervisión de primigesta añosa con 3 casos, siendo las mujeres con más de 35 años con un primer embarazo el factor de riesgo número nueve.

Z357 Supervisión de embarazo de alto riesgo debido a problemas sociales con 2 casos, aquí encontramos a las condiciones socioeconómicas desfavorables como el décimo factor de riesgo hallado, ver tabla 1.

EMBARAZO DE ALTO RIESGO SEGÚN CIE10				
N°	CIE10	INGRESOS	N° DE CASOS	%
1	Z35	Supervisión de embarazo de alto riesgo	391	55,38
2	Z350	Supervisión de embarazo con historia de esterilidad	0	0,00
3	Z351	Supervisión de embarazo con historia de aborto	11	1,56
4	Z352	Supervisión de embarazo con otro riesgo en la historia obstétrica o reproductiva	0	0,00
5	Z353	Supervisión de embarazo con historia de insuficiente atención prenatal	34	4,82
6	Z354	Supervisión de embarazo con gran multiparidad	149	21,10
7	Z355	Supervisión de primigesta añosa	3	0,42
8	Z356	Supervisión de primigesta muy joven	99	14,02
9	Z357	Supervisión de embarazo de alto riesgo debido a problemas sociales	2	0,28
10	Z358	Supervisión de otros embarazos de alto riesgo	17	2,41
11	Z359	Supervisión de embarazo de alto riesgo, sin otra especificación	0	0,00
			706	10000%

Tabla N° 1, Principales factores de riesgo de embarazo de alto riesgo en el HGLPS, Santa Elena, 2015.

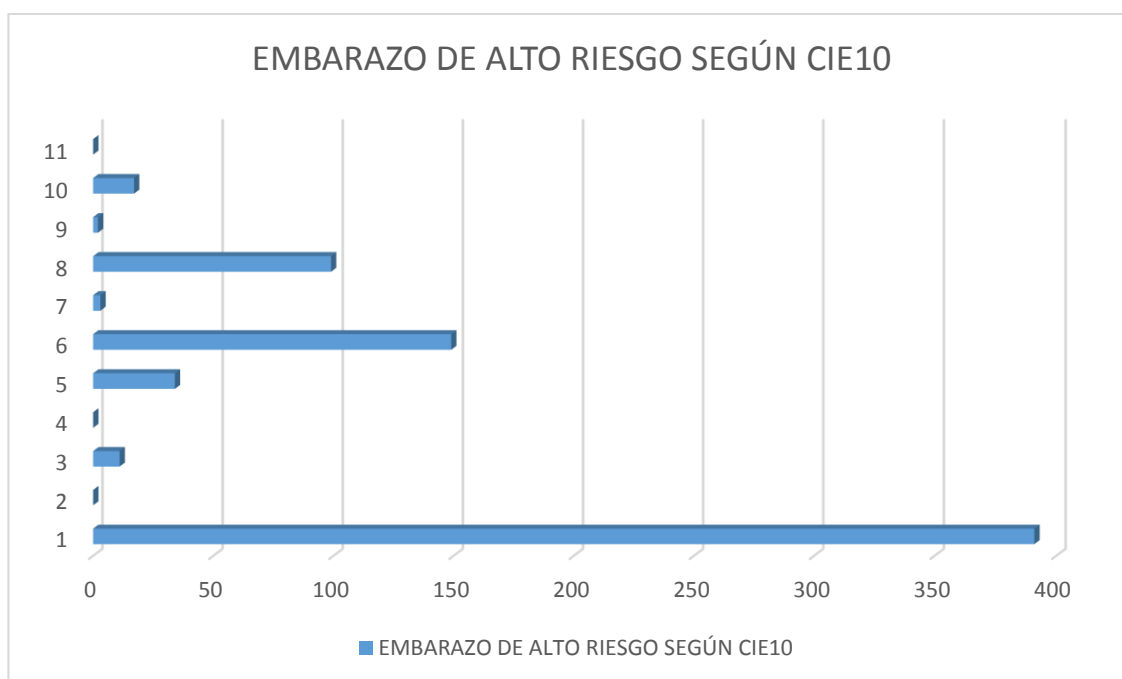


Grafico N° 1. Representación gráfica del resultado obtenido de los principales factores de riesgo que ocasionaron embarazos de alto riesgo en el HGLPS, Santa Elena, 2015.

Al realizar el análisis de los principales factores de riesgo de embarazo de alto riesgo por grupo de edad se obtuvieron los siguientes resultados mostrados en las gráficas 1 al 10.

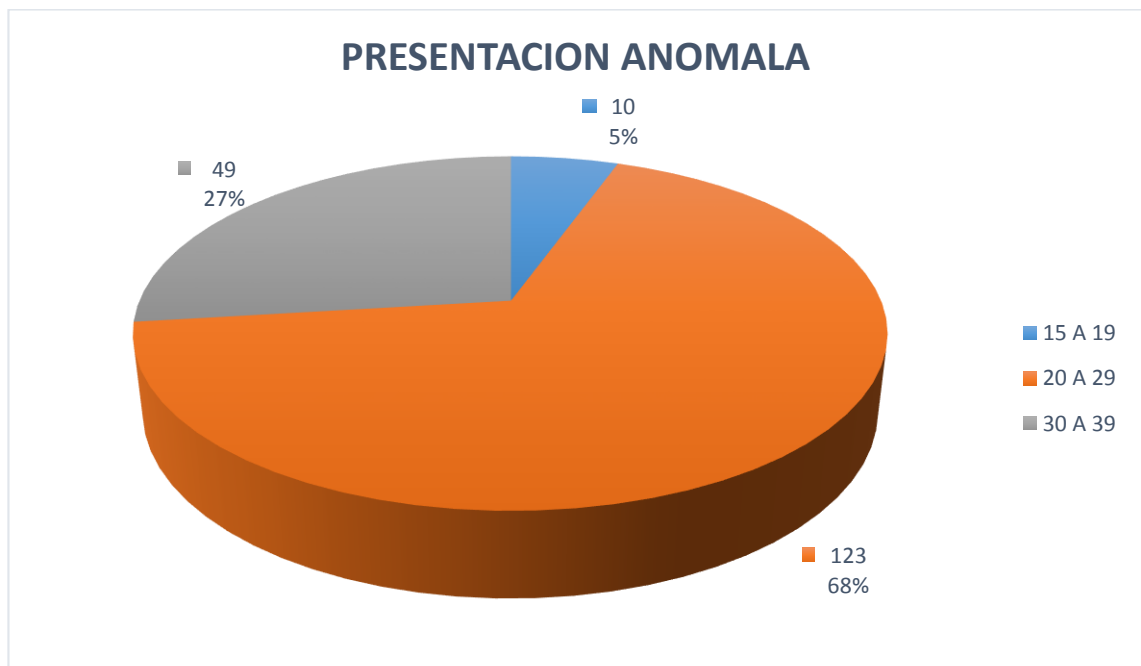


Grafico N° 2. En la presente gráfica encontramos el primer lugar de los factores de riesgo que ocasionaron embarazo de alto riesgo, la presentación anómala, constatada tras la semana 36 de gestación, con un total de 182 casos, clasificados según el grupo etario.

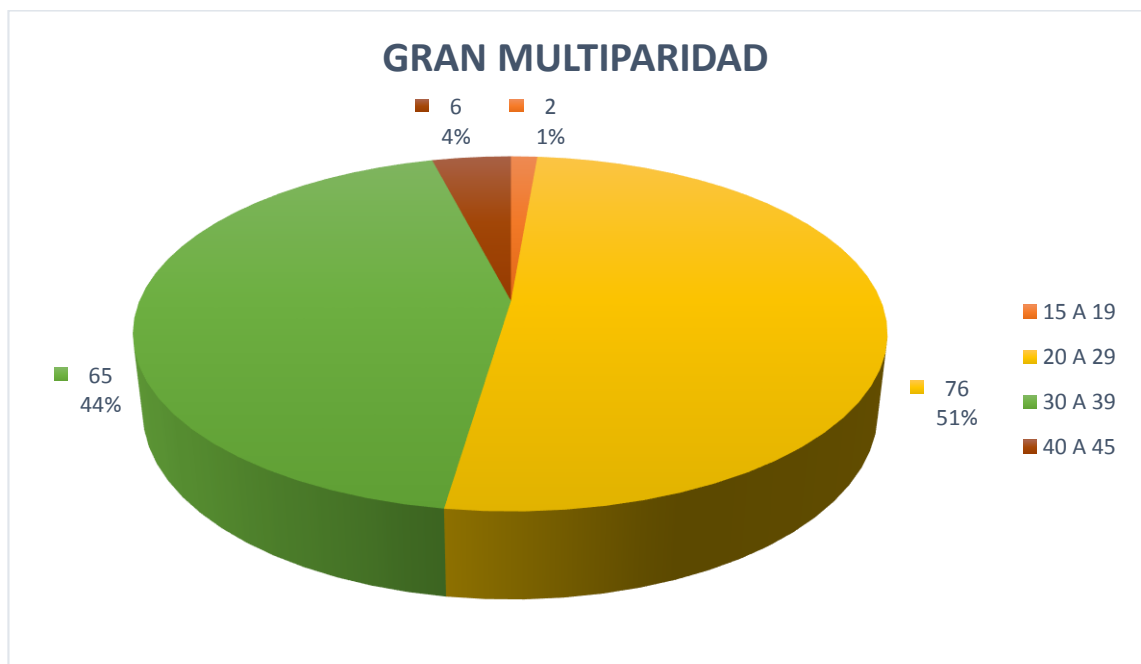


Grafico N° 3. Observamos la representación gráfica por grupos etarios del segundo factor de riesgo encontrado, la gran multiparidad (mayor de 3 gestas) con 149 casos.

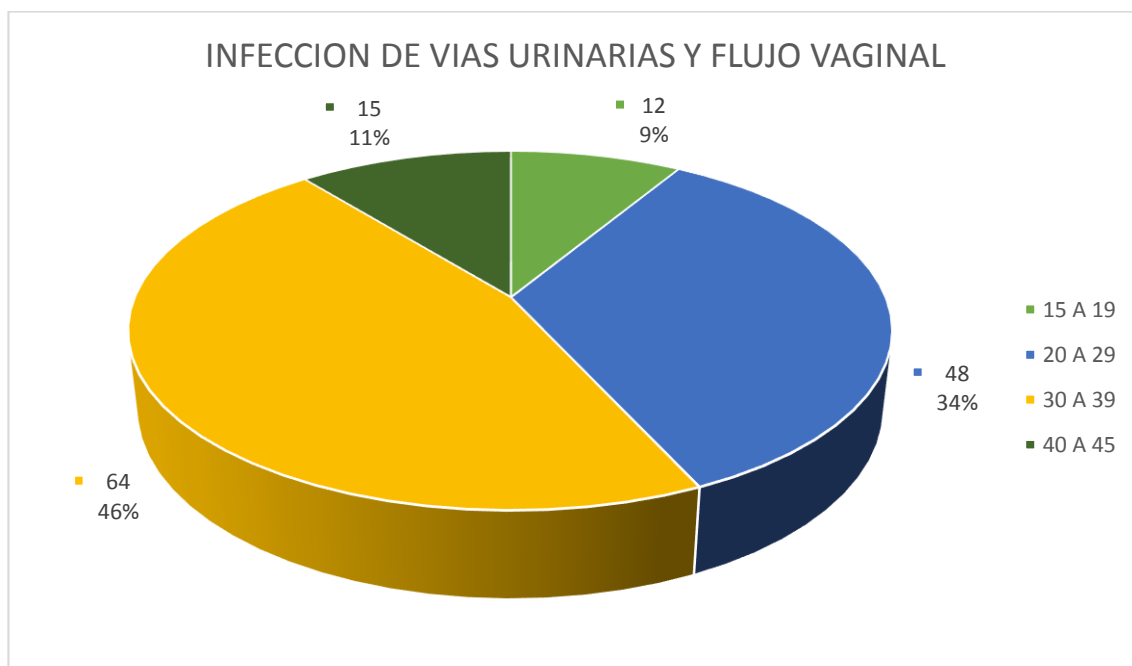


Grafico N° 4. Las infecciones de vías urinarias y flujo vaginal es el tercer factor de riesgo del embarazo de alto riesgo hallado en el estudio con 139 casos.

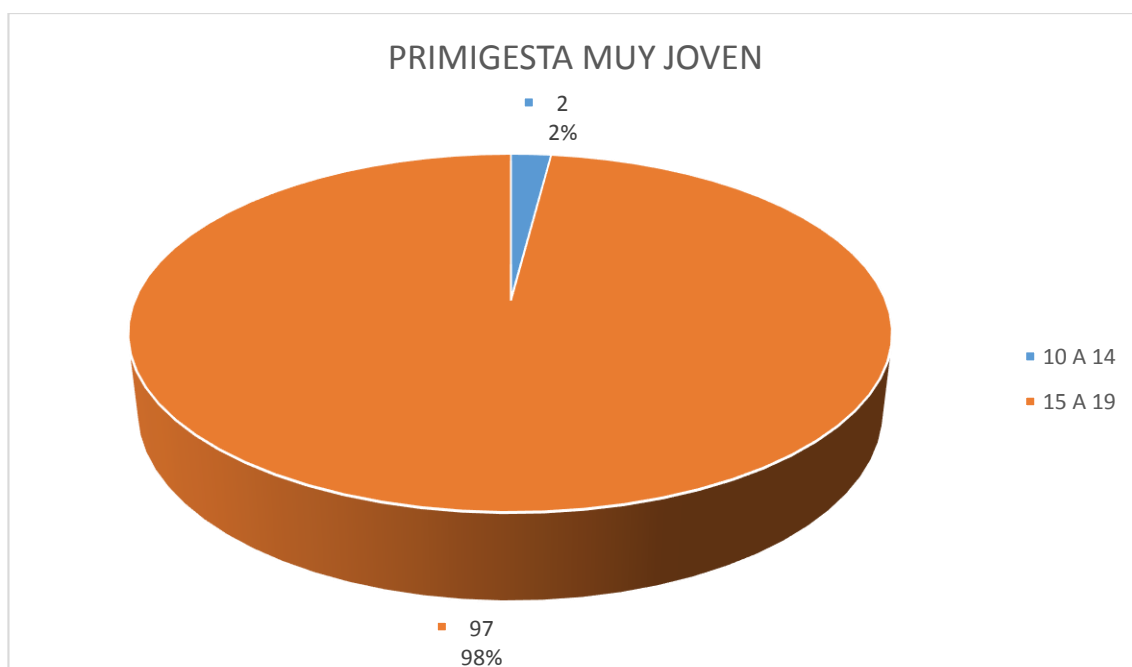


Grafico N° 5. Cuarto factor de riesgo encontrado, primigesta muy joven, con 2 casos en mujeres de 10 a 14 años y 97 casos en mujeres de 15 a 19 años.

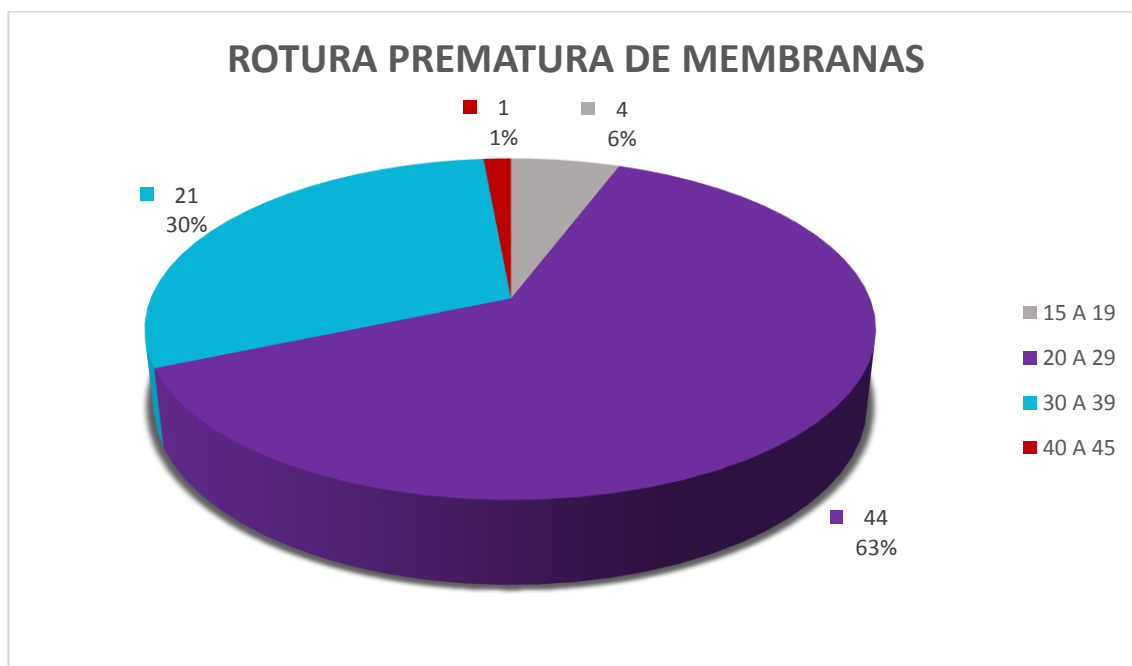


Grafico N° 6. Quinto factor de riesgo, la rotura prematura de membranas, mayor de 12 horas con un total de 70 casos, clasificados según grupos etarios.



Grafico N° 7. Sexto factor de riesgo encontrado, el control insuficiente de la gestación con menos de 3 visitas prenatales, con 34 casos en total



Grafico N° 8. Séptimo factor de riesgo, trastornos hipertensivos en el embarazo, con 17 casos.

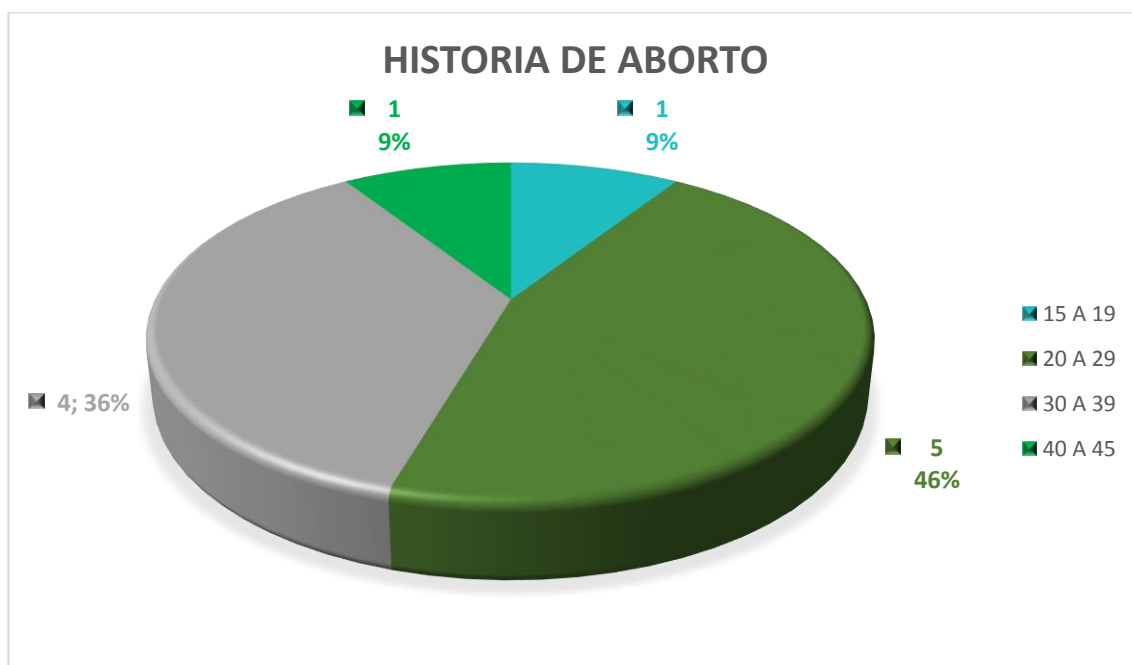


Grafico N° 9. Octavo factor de riesgo, una historia obstétrica desfavorable de historia de aborto con un total de 11 casos.

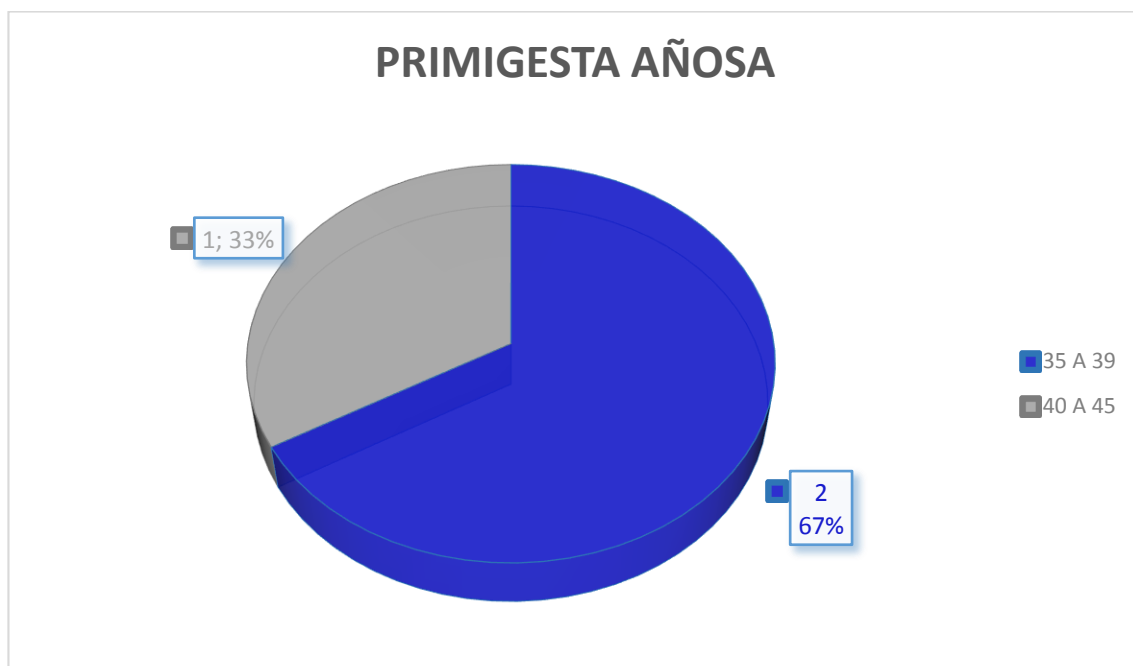


Grafico N° 10. Noveno factor de riesgo, primigestas añosas en las cuales se encasillan mujeres atendidas en su primer embarazo con una edad mayor a 35 años.



Grafico N° 11. Decimo factor de riesgo del embarazo catalogado como de alto riesgo en el HGLPS en el 2015, son las condiciones socioeconómicas desfavorables con un total de 2 casos.

CAPITULO IV

RESULTADOS Y DISCUSION

4.1. DISCUSIÓN

La salud materna y perinatal es hoy en día una de las prioridades del Estado Ecuatoriano.

La ruptura prematura de membranas es aún un importante evento que desencadena situaciones con un gran impacto en la morbilidad y mortalidad materno-perinatal. Su diagnóstico todavía es fundamentalmente clínico, aunque se han incorporado valoraciones ultrasonográficas que necesitan más investigaciones para probar completamente su eficacia.

Para quienes hacemos salud pública, el concepto de muerte materna es mucho más amplio que el meramente técnico, ya que una muerte materna significa el desequilibrio del núcleo familiar, que deja en la orfandad a una familia entera. Sabemos que los niños huérfanos tienen mayor riesgo de enfermar y de morir que aquellos que tienen a su madre enferma o discapacitada, por lo que estos casos además de ser un problema de salud pública es un imperativo ético por resolver.

La adolescencia es una etapa de la vida de grandes oportunidades, pero también es altamente vulnerable, las decisiones sobre la conducta sexual y reproductiva son trascendentes para el desarrollo futuro de los individuos, de sus hijos e hijas y de sus parejas. El embarazo no planeado es una de las amenazas para el desarrollo integral de los y las adolescentes, ya que esta situación no esperada puede poner en peligro la salud de la mujer y retrasar o suspender los procesos de capacitación para la vida y para el trabajo productivo.

Independientemente de ser deseado o no, el embarazo en las adolescentes puede poner en riesgo la vida de la madre. Según la OMS, la edad más segura para el embarazo es de los 20 a los 24 años de edad. Algunas de las razones médicas para evitar el embarazo en menores de 18 años, es que no se ha completado el desarrollo óseo y no se ha alcanzado la masa mineral máxima, así como la relativa inmadurez del canal del parto.

Entre las complicaciones más frecuentes en los embarazos de adolescentes están la anemia, las infecciones bacterianas graves, el parto prematuro, el parto distócico, la desproporción céfalo-pélvica, la muerte fetal y la formación de fístulas recto-vaginales o cisto-vaginales.

Por otra parte los errores en la estimación real de las patologías y la mortalidad materna parten del llenado incorrecto de los diversos formatos (expedientes clínicos, certificados de defunción, hojas de egresos hospitalarios, etc.) ya sea porque el personal de salud no es consciente de la importancia de hacerlo adecuadamente o porque son ingresados por personas no capacitadas.

A lo anterior se añade el uso de abreviaturas, diagnósticos incompletos o contradictorios y/o, preguntas vacías en los certificados.

El análisis de las circunstancias que acompañan a las muertes maternas o patologías que complican un embarazo, tanto en Ecuador como en otros países, corrobora lo señalado por la OMS, respecto a que estas muertes no son accidentadas, sino resultado de un conjunto de factores que al enlazarse forman una cadena fatal de “demoras” que impiden prevenir riesgos durante los embarazos y que las mujeres accedan a servicios de salud de calidad.

Cada demora incide en que transcurran horas, días y hasta las semanas, entre el inicio de los primeros síntomas y el momento de la atención, lo que ocasiona que las complicaciones se agraven y se reduzcan drásticamente las posibilidades de que las mujeres salven sus vidas.

Los principales factores que retardan la atención de una embarazada y que aumentan las posibilidades de complicaciones e incluso la muerte, son:

- 1) El tiempo en que las mujeres tardan en identificar como “no naturales” los síntomas o signos de alarma que se presentan durante el embarazo, y en darle la importancia debida a los primeros avisos que tiene de que “algo no está bien”.
- 2) En acudir con la partera o utilizar los “remedios” tradicionales a su alcance y en tomar una decisión sobre qué hacer cuando éstos no resuelven los malestares sentidos.
- 3) En comunicar a sus parejas o familiares la sintomatología que están presentando y la tardanza de éstos en identificar la necesidad de acudir a la brevedad posible con personal de salud capacitado o a una unidad hospitalaria y en el tiempo para tomar la decisión de hacerlo. En conseguir los recursos económicos necesarios. En obtener un medio de transporte.
- 4) En ser bien diagnosticado el problema y ser atendida adecuadamente, cuando en ocasiones, lamentablemente, es demasiado tarde.

La morbilidad materna y perinatal puede y debe prevenirse. Es una cuestión que involucra la vigencia de los derechos humanos, una deuda que se tiene con las mujeres y una demanda de justicia que no puede esperar. Siendo un problema multifactorial, su abatimiento exige en consecuencia, de implementar vigorosos, permanentes y concertados programas que cuenten con los apoyos adecuados en los ámbitos legislativo, económico, de salud y educativo.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES

5.1. CONCLUSIONES

Las principales complicaciones y factores de riesgo del embarazo de alto riesgo que se detectaron en la base de datos del Hospital General Liborio Panchana Sotomayor, en Santa Elena, Ecuador, en el año 2015, fueron los siguientes:

1. Presentación anómala, constatada tras la semana 36 de gestación con un total de 182 casos reportados.
2. Infección de vías urinarias y flujo vaginal recurrentes por más de dos ocasiones en tres controles subsecuentes con 139 casos.
3. Rotura prematura de membranas, mayor de 12 horas con 70 casos.
4. Gran multiparidad (mayor de 3 gestas) con 149 casos.
5. Primigesta muy joven con 99 casos.
6. Control insuficiente de la gestación con menos de 3 visitas prenatales con 34 casos.
7. Trastornos hipertensivos en el embarazo con 17 casos.
8. Historia obstétrica desfavorable o historia de aborto con 11 casos.
9. Primigesta añosa con 3 casos.
10. Condiciones socioeconómicas desfavorables con 2 casos.

CAPÍTULO VI

RECOMENDACIONES O PROPUESTAS

6.1 RECOMENDACIONES

- Gestionar junto a diversas instituciones locales, metodologías de educación en salud sexual y reproductiva, además de planificación familiar.
- Capacitar adecuadamente al personal de salud e institucional sobre los factores de riesgo que pueden ocasionar embarazos de alto riesgo.
- Incentivar a los profesionales y personal capacitado a continuar brindando charlas a la comunidad sobre temas que contengan el posible riesgo perinatal a presentarse durante los embarazos.
- Elaborar programas en los hogares acerca de los diferentes factores de riesgo, donde la madre pueda identificarlos y de esta manera prevenir muertes tanto maternas como fetales.

6.2 BIBLIOGRAFIA

1. Botero, Jaime. Obstetricia y Ginecología. Cuarta edición. 1989
2. Cerda, Hugo. Investigación Científica. Segunda edición. 1997
3. Asociación de Médicos del Hospital de Ginecología y Obstetricia n°3. Ginecología y obstetricia. Mendez editores
4. Vásquez T. La mujer y el proceso reproductivo. 2000
5. Casini S. Lucero L. Hertz M. y Andina E. Guía de control prenatal en embarazo normal. 2002
6. Conjunto de presentaciones del Sistema Nacional de Salud. MSP. Quito. Ecuador. 2006
7. Componente Normativo Materno Neonatal. Agosto 2008
8. Sistema de base de datos, Causas de Ingresos y Egresos Hospitalarios Anual, HGLPS, Santa Elena, Ecuador, 2015

Revistas

1. Guías de intervenciones perinatales basados en la evidencia para la reducción de la mortalidad neonatal. MSP. Programa de atención a la niñez. Quito. Ecuador. 2007
2. Normas de atención materna y planificación familiar. Ministerio de Sanidad y Asistencia Social. UNICEF. OPS. OMS
3. OMS. Mortalidad materna. Nota descriptiva N° 348. Mayo 2012

Páginas web

1. CIE 10 - Código Internacional de Enfermedades disponible en:

<http://cie10.tiddlyspot.com/>

2. Control prenatal disponible en:

http://escuela.med.puc.cl/publ/AltoRiesgo/control_prenatal.html

3. Clasificación de riesgo obstétrico disponible en:

<https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/ANEXO%202%20-%20CLASIFICACI%C3%93N%20DE%20RIESGOS%20OBST%C3%89TRICOS.pdf>