

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
CENTRO UNIVERSITARIO DE ORIENTE
MÉDICO Y CIRUJANO

CARACTERIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA Y CLÍNICA DE PACIENTES
CON RIESGO OBSTÉTRICO



KARLA ARACELY RIVERA PINEDA

CHIQUMULA, GUATEMALA, JULIO 2018

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
CENTRO UNIVERSITARIO DE ORIENTE
MÉDICO Y CIRUJANO

CARACTERIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA Y CLÍNICA DE PACIENTES
CON RIESGO OBSTÉTRICO

Estudio descriptivo transversal de las principales características epidemiológicas y clínicas de las pacientes con riesgo obstétrico atendidas en la consulta externa de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Regional de Zacapa durante el período de enero 2013 a diciembre de 2017.

KARLA ARACELY RIVERA PINEDA

CHIQUMULA, GUATEMALA, JULIO 2018

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
CENTRO UNIVERSITARIO DE ORIENTE
MÉDICO Y CIRUJANO

CARACTERIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA Y CLÍNICA DE PACIENTES CON RIESGO
OBSTÉTRICO

TRABAJO DE GRADUACIÓN

Sometido a consideración del Honorable Consejo Directivo

Por

KARLA ARACELY RIVERA PINEDA

Al conferírsele el título de

MÉDICA Y CIRUJANA

En el grado académico de

LICENCIADA

CHIQUMULA, GUATEMALA, JULIO 2018

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
CENTRO UNIVERSITARIO DE ORIENTE
MEDICO Y CIRUJANO**



RECTOR
M.Sc. Ing. MURPHY OLYMPO PAIZ RECINOS

CONSEJO DIRECTIVO

Presidente:	M.Sc. Nery Waldemar Galdámez Cabrera
Representante de Profesores:	M.Sc. José Leonidas Ortega Alvarado
Representante de Profesores:	Lic. Zoot. Mario Roberto Suchini Ramírez
Representante de Graduados:	M.Sc. Oscar Augusto Guevara Paz
Representante de Estudiantes:	P.C. Diana Laura Guzmán Moscoso
Representante de Estudiantes:	M.E.P. José Roberto Martínez Lemus
Secretaria:	Licda. Marjorie Azucena González Cardona

AUTORIDADES ACADÉMICAS

Coordinador Académico:	Ing. Agr. Edwin Filiberto Coy Cordon
Coordinador de Carrera:	Dr. Edwin Danilo Mazariegos Albanés

ORGANISMO COORDINADOR DE TRABAJOS DE GRADUACIÓN

Presidente y Revisor:	Dr. Edwin Danilo Mazariegos Albanés
Secretario y Revisor:	M.Sc. Carlos Iván Arriola Monasterio
Vocal y Revisor:	M.A. Rory René Vides Alonso
Vocal y Revisor:	M.Sc. Christian Edwin Sosa Sance

Chiquimula 6 de Julio de 2018

Señores:

Miembros Consejo Directivo

Centro Universitario de Oriente

Universidad de San Carlos de Guatemala

Respetables señores:

En cumplimiento de lo establecido por los estatutos de la Universidad de San Carlos de Guatemala y el Centro Universitario de Oriente, presento a consideración de ustedes, el trabajo de graduación titulado **"CARACTERIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA Y CLÍNICA DE PACIENTES CON RIESGO OBSTÉTRICO"**

Como requisito previo a optar el título profesional de Médico y Cirujano, en el Grado Académico de Licenciado.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"



Karla Aracely Rivera Pineda

Chiquimula, 6 de julio de 2018.

M.Sc. Nery Waldemar Galdámez Cabrera
Director
Centro universitario de Oriente -CUNORI-
Universidad de San Carlos de Guatemala.

Respetable Director.

En atención a la designación efectuada por la Comisión de Trabajos de Graduación para asesorar a la Bachiller en Ciencias y Letras: Karla Aracely Rivera Pineda con carné 201245858 en el trabajo de graduación titulado **“Caracterización epidemiológica y clínica de pacientes con riesgo obstétrico”**; me dirijo a usted para informarle que he procedido a revisar y orientar al mencionado sustentante, sobre el contenido de dicho trabajo.

En este sentido, el tema de investigación plantea describir las principales características epidemiológicas y clínicas de las pacientes con riesgo obstétrico que fueron atendidas en la consulta externa de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Regional de Zacapa durante los meses de enero 2013 a diciembre 2017, por lo que en mi opinión reúne los requisitos exigidos por las normas pertinentes, razón por la cual recomiendo su aprobación para su discusión en el Examen General Público, previo a optar el Título de Médico y Cirujano, en el Grado Académico de Licenciado.

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”



Dr. Ronaldo Retana Albanes
Maestría en Ginecología y Obstetricia
Col. 10535

Dr. Ronaldo Armando Retana Albanes.
Maestría en Ginecología y Obstetricia
Colegiado 10,535



Chiquimula, 10 de Julio del 2018.
Ref. MYCTG-31-2018.

M.Sc. Nery Waldemar Galdámez Cabrera
Director
Centro Universitario de Oriente

Señor Director:

De manera atenta se le informa que la estudiante KARLA ARACELY RIVERA PINEDA carné 201245858 ha finalizado el Informe Final del Trabajo de Graduación Titulado **"CARACTERIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA Y CLÍNICA DE PACIENTES CON RIESGO OBSTÉTRICO"**, realizado en el Hospital Regional de Zacapa, el cual fue asesorado por el Dr. Ronaldo Armando Retana Albanés Ginecólogo Obstetra, colegiado 10,535 quien avala y dictamina favorable en relación al estudio.

Se considera que el mencionado trabajo de Graduación cumple con los requisitos mínimos para la elaboración de Trabajos de Graduación contempladas en el Normativo de Trabajos de Graduación de la Carrera Médico y Cirujano del Centro Universitario de Oriente, por tal razón recomiendo su aprobación para autorizar los trámites necesarios para su discusión en el Examen General Público, previo a otorgársele el Título de Médica y Cirujana, en el grado Académico de Licenciada.

Sin otro particular, me suscribo.

Atentamente;

"Id y Enseñad a Todos"

MSc. Carlos Iván Arriola Monasterio
Encargado Unidad de Investigación y Trabajos de Graduación
- Carrera de Médico y Cirujano- CUNORI-



"41 AÑOS SIRVIENDO A LA EDUCACIÓN SUPERIOR EN EL NORORIENTE"

Nota: La información y conceptos contenidos en el presente Trabajo es responsabilidad única del autor.



Chiquimula, 10 de Julio del 2018.
Ref. MYCTG-32-2018.

M.Sc. Nery Waldemar Galdámez Cabrera
Director
Centro Universitario de Oriente

Señor Director:

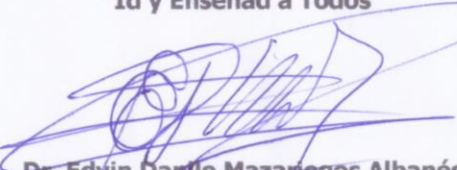
De manera atenta se le informa que la estudiante KARLA ARACELY RIVERA PINEDA carné 201245858 ha finalizado el Informe Final del Trabajo de Graduación Titulado **"CARACTERIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA Y CLÍNICA DE PACIENTES CON RIESGO OBSTÉTRICO"**, realizado en el Hospital Regional de Zacapa, el cual fue asesorado por el Dr. Ronaldo Armando Retana Albanés Ginecólogo Obstetra, colegiado 10,535 quien avala y dictamina favorable en relación al estudio.

Se considera que el mencionado trabajo de Graduación cumple con los requisitos mínimos para la elaboración de Trabajos de Graduación contempladas en el Normativo de Trabajos de Graduación de la Carrera Médico y Cirujano del Centro Universitario de Oriente, por tal razón recomiendo su aprobación para autorizar los trámites necesarios para su discusión en el Examen General Público, previo a otorgársele el Título de Médica y Cirujana, en el grado Académico de Licenciada.

Sin otro particular, me suscribo.

Atentamente;

"Id y Enseñad a Todos"


Dr. Edwin Danilo Mazanegos Albanés
-Coordinador - Carrera de Médico y Cirujano-
Centro Universitario de Oriente



"41 AÑOS SIRVIENDO A LA EDUCACIÓN SUPERIOR EN EL NORORIENTE"

Nota: La información y conceptos contenidos en el presente Trabajo es responsabilidad única del autor.

EL INFRASCRITO DIRECTOR DEL CENTRO UNIVERSITARIO DE ORIENTE DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA, POR ESTE MEDIO **HACE CONSTAR QUE:** Conoció el Trabajo de Graduación que efectuó la estudiante **KARLA ARACELY RIVERA PINEDA** titulado “**CARACTERIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA Y CLÍNICA DE PACIENTES CON RIESGO OBSTÉTRICO**”, trabajo que cuenta con el aval de el Revisor y Coordinador de Trabajos de Graduación, de la carrera de Médico y Cirujano. Por tanto, la Dirección del CUNORI con base a las facultades que le otorga las Normas y Reglamentos de Legislación Universitaria **AUTORIZA** que el documento sea publicado como **Trabajo de Graduación** a Nivel de Licenciatura, previo a obtener el título de **MÉDICA Y CIRUJANA**

Se extiende la presente en la ciudad de Chiquimula, el trece de julio de dos mil dieciocho.

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”



M.Sc. Nery Waldemar Galdámez Cabrera
DIRECTOR
CUNORI - USAC



AGRADECIMIENTOS

A DIOS

A MIS PADRES

A MIS HERMANOS

A MI FAMILIA

A MIS AMIGOS Y COMPAÑEROS

A MI ASESOR

Dr. Ronaldo Armando Retana Albanes

A MIS REVISORES DE TESIS

Dr. Edwin Danilo Mazariegos Albanés

Dr. Carlos Iván Arriola Monasterio

Dr. Rory René Vides Alonzo

Ing. Christian Edwin Sosa Sancé

A MIS CATEDRÁTICOS

Por su paciencia y compartir conmigo sus conocimientos

A LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA Y AL CENTRO UNIVERSITARIO DE ORIENTE

Por brindarme en sus instalaciones la formación como profesional

AL HOSPITAL REGIONAL DE ZACAPA

Por ser mi segundo hogar en los últimos tres años de estudio, donde aprendí el valor de la amistad, adquirí conocimientos profesionales y me enseñó el valor de la perseverancia, tolerancia y belleza de nuestra carrera

ACTO QUE DEDICO

A DIOS: Por el don de la vida, por ser mi fortaleza y mi guía. Por todas sus bendiciones, en especial por mi familia. Gracias por permitirme llegar hasta este momento tan importante en mi vida.

A MI PADRE: Maynor Israel Rivera Acuña, por ser mi héroe y mi ejemplo que seguir. Por levantarse día con día para ofrecernos siempre lo mejor. Porque si no es por ti este sueño nunca se hubiera hecho realidad. ¡Papi, lo logramos! Gracias por tu amor y apoyo incondicional, por guiarme y educarme la mejor manera posible y colocar el principal cimiento para la construcción de mi vida profesional. La verdad no me alcanzaría la vida para demostrarte todo el amor que te tengo. Te amo.

A MI MADRE: Mirna Aracely Pineda Castellón, por ser mi amiga, mi maestra de la vida, mi confidente y la mujer que Dios colocó para darme cuenta de que ser tu hija es un gran privilegio. Mil gracias por creer en mí, y darme tu amor y apoyo incondicional; a quien jamás encontraré la forma de agradecer el que me haya brindado su mano en las derrotas y logros de mi vida. Por la forma en la que me cuidas y me amas. Gracias por ser mi mamá. Te amo.

A MIS HERMANOS: Maynor, Mindy y Carlos, por ser un ejemplo para mí, por guiarme, darme aliento para seguir adelante, motivarme y sobre todo enseñarme afrontar las adversidades sin desfallecer en el intento. Y aunque no lo reconozcan por consentirme siempre por ser la princesa de la casa. Son una bendición en mi vida. Los quiero

A MIS ABUELOS: Israel Rivera y Bertila Castellón por su amor y apoyo incondicional. Y en especial a Consuelo del Carmen Acuña por ser mi segunda madre, la que me acompañó en mis noches de desvelo, la que con palabras de aliento no dejó que flaqueara en ningún momento de mi vida, por consentirme y cuidarme tanto y por ser esa persona tan especial que amaré por siempre.

A MI SOBRINO: Carlos Santiago Rivera tu llegada fue una de las mejores bendiciones en mi vida. Con tus ocurrencias, abrazos y besos le das un toque de alegría a mis días. Espero ser siempre un buen ejemplo para ti. Te amo.

A MI FAMILIA: Por siempre motivarme a la superación, gracias por hacerme ver mis aciertos y errores, contribuyendo así a que mantenga los pies bien plantados en la tierra, por enseñarme el significado de confianza, lealtad y amor al prójimo, pero, sobre todo, por hacerme sentir su apoyo.

A PERSONAS ESPECIALES: María Alejandra Paiz por ser más que mi mejor amiga, mi hermana. Gracias por tu apoyo desde el principio de este sueño que el día de hoy se vuelve realidad. Por darme una palabra de aliento en cada momento de mi vida y por tu cariño incondicional. Kristha Garcia por ser mi compañera de aventuras, mi amiga y mi consejera. Por tantas experiencias compartidas que las guardo en mi corazón. Y por ser el soporte que muchas veces necesite para seguir adelante en esta última etapa de mi carrera. Cesia Duarte por ser mi gran amiga, porque desde que nos conocimos me brindaste tu apoyo y tu cariño, porque sin tu amistad este camino hubiera sido muy complicado.

A MIS AMIGOS: Dulce Moreira, Mildred Guitz, Yoselyn Guzmán, Welner Figueroa, Rosario Palma, Karla Linares, Elisa Sagastume, Celita Martinez, Sandra Villeda, Carlos Osorio, Alberi Dos Santos, Ivan Fajardo y Aaron Bran. Por su cariño, experiencias compartidas y enseñanzas de vida, los quiero con todo el corazón.

A MIS CATEDRÁTICOS: Gracias a todos y cada uno de ustedes por sus esfuerzos, ya que este logro se lo debo a las enseñanzas que con paciencia y dedicación me impartieron, en especial a todos aquellos que me demostraron su confianza y con su ejemplo inspiran a dar siempre lo mejor de mí.

A MI ASESOR: Dr. Ronaldo Retana Albanes, por su apoyo incondicional y ser un ejemplo de médico y persona, gracias por su valiosa contribución en mi formación como profesional y tiempo al asesorar mi investigación.

CARACTERIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA Y CLÍNICA DE PACIENTES CON RIESGO OBSTÉTRICO

Karla A. Rivera¹, Dr. Edwin D. Mazariegos^{2,3}, Dr. Carlos Arriola³, Dr. Ronaldo A. Retana⁴

Universidad de San Carlos de Guatemala, Centro Universitario de Oriente, CUNORI, finca el Zapotillo zona 5 Chiquimula
tel. 78730300 ext. 1027.

RESUMEN

Introducción: Los embarazos de riesgo son aquellos casos en los que, por coincidir durante la gestación, en el parto o en el neonato circunstancias biomédicas, psicológicas y sociales o de otra índole, se acompañan de una morbilidad materna y perinatal superior a la de la población general. **Material y métodos:** Se realizó un estudio descriptivo transversal en 360 pacientes con riesgo obstétrico tratados en la consulta externa de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Regional de Zacapa desde enero de 2013 a diciembre de 2017. **Resultados:** El 75% de las gestantes se encontraba entre 16-34 años; 76% procedentes de Zacapa; 50% de la población tiene estudios a nivel primario; 70% de la población se encontraba en unión libre y 72% ama de casa; 76% no presentaba ningún antecedente médico; El 74% tenían antecedente de cesárea. El 63% no habían utilizado algún método de planificación familiar y un 54% tuvieron un número de 5 o menos controles prenatales. El 24% presentaba un estado nutricional adecuado de acuerdo con la edad gestacional; 17% presentaron complicaciones de oligohidramnios; 11% embarazo con presentación anómala. En cuanto a la clasificación del embarazo, por medio de la escala de Coopland, el 50% se encontraba en alto riesgo; 39% en bajo riesgo y el 11% en extremo riesgo. **Discusión:** El municipio de Zacapa fue la que presento mayor número de gestantes de riesgo. Entre las complicaciones preexistentes más frecuentes se encontró oligohidramnios, presentación anómala y muerte fetal. Esta investigación servirá como referente para proporcionar conocimiento respecto al perfil de las gestantes de riesgo que se atienden en la consulta externa de Alto Riesgo del Hospital Regional de Zacapa, para que los profesionales involucrados en su atención desempeñen un rol que permita contribuir al control y prevención de las complicaciones en ellas y en la reducción significativa de la mortalidad materna.

Palabras Clave: Embarazo de riesgo, escala de Coopland

¹ Investigadora.

^{2 y 3} Coordinador de la Carrera de Médico y Cirujano, CUNORI y revisor de Tesis, Dr. Edwin Mazariegos; dr_mazariegos@yahoo.es

³ Revisor de tesis.

⁴ Asesor de tesis.

⁴ EPIDEMIOLOGICAL AND CLINICAL CHARACTERIZATION OF PATIENTS WITH OBSTETRIC RISK

Karla A. Rivera¹, Dr. Edwin D. Mazariegos^{2,y6}, Dr. Carlos Arriola³, Dr. Ronaldo A. Retana⁴

Universidad de San Carlos de Guatemala, Centro Universitario de Oriente, CUNORI, finca el Zapotillo zona 5 Chiquimula
tel. 78730300 ext. 1027.

ABSTRACT

Introduction: The risk pregnancies are those cases in which, due to coinciding during pregnancy, during delivery or in the neonate, biomedical, psychological and social or other circumstances, they are accompanied by a higher rate of maternal and perinatal morbidity and mortality to the general population. **Material and methods:** A transversal descriptive study was carried out in 360 patients with obstetric risk treated in the outpatient clinic of High Obstetric Risk of the Zacapa Regional Hospital from January 2013 to December 2017. **Results:** The 75% of the pregnant women were between 16-34 years old with; 76% from Zacapa; 50% of the population has studies at the elementary level; 70% of the population was in free union and 72% housewife; 76% had no medical history; 74% had a history of cesarean section. 63% had not used any method of family planning and 54% had a number of 5 or less prenatal check-ups. 24% had an adequate nutritional status according to gestational age; 17% presented complications of oligohydramnios; 11% pregnancy with abnormal presentation. Regarding the pregnancy classification, by means of the Coopland scale, 50% were at high risk; 39% at low risk and 11% at extreme risk. **Discussion:** The department of Zacapa was the one that presented the greatest number of pregnant women at risk. Among the most frequent preexisting complications were oligohydramnios, anomalous presentation and fetal death. This research will serve as a reference to provide knowledge about the profile of pregnant women at risk in the outpatient High Risk of the Regional Hospital of Zacapa, so that the professionals involved in their care play a role that allows to contribute to control and prevention of complications in them and in the significant reduction of maternal mortality.

Key words: Risk pregnancy, Coopland scale, prenatal control.

¹ Investigadora.

^{2 y 3} Coordinador de la Carrera de Médico y Cirujano, CUNORI y revisor de Tesis, Dr. Edwin Mazariegos; dr_mazariegos@yahoo.es

³ Revisor de tesis.

⁴ Asesor de tesis.

ÍNDICE

	No. Pág.
RESUMEN	i
INTRODUCCIÓN	ii
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
a. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA	1
b. HALLAZGOS Y ESTUDIOS REALIZADOS	2
c. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA	4
II. DELIMITACIÓN DEL ESTUDIO	6
a. DELIMITACIÓN TEÓRICA	6
b. DELIMITACIÓN GEOGRÁFICA	6
c. DELIMITACIÓN INSTITUCIONAL	7
d. DELIMITACIÓN TEMPORAL	7
III. OBJETIVOS	8
a. OBJETIVO GENERAL	8
b. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	8
IV. JUSTIFICACIÓN	9
V. MARCO TEÓRICO	10
CAPÍTULO I	10
Riesgo reproductivo	10
CAPÍTULO II	18
Instrumentos para el tamizaje de riesgo obstétrico y perinatal	18
VI. DISEÑO METODOLÓGICO	21
a. TIPO DE ESTUDIO	21
b. ÁREA DE ESTUDIO	21
c. UNIVERSO Y MUESTRA	21
d. SUJETO U OBJETO DE ESTUDIO	22
e. CRITERIOS DE INCLUSIÓN	22
f. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	22
g. VARIABLES ESTUDIADAS	22
h. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	23
i. TÉCNICA E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	24

j.	PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	24
k.	PLAN DE ANÁLISIS	25
l.	PROCEDIMIENTO PARA GARANTIZAR LOS ASPECTOS ÉTICOS	25
m.	CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	26
n.	RECURSOS	27
a.	HUMANOS	27
b.	FÍSICOS	27
c.	FINANCIEROS	27
VII.	PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	28
VIII.	ANÁLISIS DE RESULTADOS	48
IX.	CONCLUSIONES	52
X.	RECOMENDACIONES	53
XI.	PROPUESTA	54
XII.	BIBLIOGRAFÍA	55
XIII.	ANEXOS	58

RESUMEN

El embarazo de riesgo es uno de los problemas de mayor importancia por cuanto tiende a agravarse en proporción directa a sus efectos negativos tanto para las madres, como para sus hijos, su familia y sociedad. Por lo que la vigilancia epidemiológica de las mujeres maternas en Guatemala continúa siendo una prioridad para las autoridades de salud.

Este estudio descriptivo transversal se centró en caracterizar de forma epidemiológica y clínica a las pacientes con riesgo obstétrico que se atiende en la consulta externa de Alto Riesgo del Hospital Regional de Zacapa durante enero 2013 a diciembre 2017. Se investigó a 360 pacientes. Obteniéndose información por medio de expedientes clínicos.

Se obtiene que grupo etario predominante fue de 16-34 años con 75%; el 24% de la población es analfabeta y el 76% reside en el departamento de Zacapa. El 74% tenían antecedente de cesárea. El 17% de la población había estado expuesta al humo de leña. El 63% no utiliza ningún método de planificación familiar; el 54% solo presenta un número de 5 o menos controles prenatales; el 56% no tenía ningún dato de peso o talla en el registro clínico. Las complicaciones más frecuentemente encontradas fueron en un 17% oligohidramnios y 11% embarazo con presentación anómala. En cuanto a la clasificación del embarazo, por medio de la escala de Coopland, el 50% se encontraba en alto riesgo.

Se recomienda fortalecer la atención primaria en salud a través de la promoción y educación sobre la importancia de un adecuado control prenatal, realizando programas educativos sobre el número de visitas al médico, salud reproductiva, estilos de vida saludables con buena alimentación tanto para la mujer embarazada como para su familia.

INTRODUCCIÓN

En Guatemala actualmente se cuenta con una tasa de natalidad muy alta que corresponde al 25.63%. Se sabe que toda mujer embarazada puede sufrir en forma repentina complicaciones que ponen en peligro su vida y la de su bebé, y requiere atención de muy alta calidad. Estos embarazos ocurren en mujeres vulnerables a riesgo, jóvenes o de edad muy avanzada, bajo nivel económico y socio cultural y mujeres sin acceso a servicios de salud lo que obliga al Ministerio de Salud Pública a considerar que todo embarazo es de riesgo.

El embarazo de riesgo constituye uno de los problemas más importantes dentro de la salud materna ya que cada año miles de mujeres fallecen por complicaciones de aborto y embarazos, parto o puerperio lo que tiene graves consecuencias para la salud del niño, el bienestar familiar y el desarrollo social y económico del país. De acuerdo con los altos índices de morbilidad perinatal, según publicaciones nacionales, las tasas de morbilidad perinatal son muy elevadas y se observa un incremento en la incidencia de embarazos de alto riesgo entre 20 a 30 %.

En el presente estudio se realizó una revisión sistemática de 360 expedientes clínicos de pacientes embarazadas con riesgo que asistieron a la consulta externa de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Regional de Zacapa en enero del 2013 a diciembre del 2017 describiendo tanto sus características clínicas como epidemiológicas, permitiendo de esta forma identificar que las pacientes más frecuentemente encontradas eran en edades de 16-34 años de edad, la mayoría analfabetas, con exposición al humo de leña y no tenían un adecuado control prenatal con un número de visitas de 5 o menos y por lo tanto presentaban diferentes complicaciones de las cuales las más frecuentes fueron oligohidramnios, embarazo con presentación anómala y diabetes gestacional. También se observó que no había un registro clínico completo para determinar el estado nutricional de las pacientes y para la utilización de la escala de Coopland por lo que son factores de riesgo para la misma y que por ello no permite realizar actividades para disminuir o prevenir complicaciones obstétricas.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

a. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) cada día pierden la vida 1,500 mujeres a causa de complicaciones durante el embarazo, parto y post parto. Según los registros del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), en Guatemala, en los últimos nueve años han muerto 2,431 mujeres a causa de complicaciones relacionadas con el parto, muchas de las cuales son prevenibles (OMS, 2010).

Riesgo es la probabilidad que tiene un individuo o un grupo de sufrir un daño. El daño es el resultado no deseado en función del cual se mide el riesgo (Suárez, 1982).

El riesgo puede ser reproductivo y obstétrico. Riesgo reproductivo es la probabilidad de enfermedad o muerte que tienen la mujer y/o su futuro hijo en caso de embarazo en condiciones no ideales; es decir, todos aquellos factores externos o intrínsecos a la mujer, que puedan desarrollar 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. El riesgo obstétrico es la probabilidad de enfermedad o muerte que tienen la mujer o su futuro hijo en un embarazo presente (CONAMED, 2003).

Un embarazo es de alto riesgo cuando existen condiciones que podrían comprometer la salud o la vida de la madre embarazada y/o su bebe. 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. Estos incluyen factores maternos generales como edad (los extremos de la vida reproductiva), condiciones nutricionales, nivel socioeconómico y cultural, hábitos nocivos (alcoholismo, tabaquismo), antecedentes obstétricos (pérdidas gestacionales recurrentes, multiparidad, enfermedades asociadas (cardiopatías, diabetes mellitus, hipertensión, nefropatías, etc.), y anormalidades del embarazo actual (alto orden fetal, presentaciones anormales, hidramnios, etc.) (CONAMED, 2003).

En la actualidad, la salud de la madre continúa siendo un problema en la mayoría de los países en desarrollo, debido a las condiciones de inequidad y vulnerabilidad en que vive la mayor parte de sus poblaciones y de las deficiencias estructurales en la prestación de los servicios de salud. Para el caso de la población de mujeres en edad reproductiva, su perfil epidemiológico se caracteriza por presentar enfermedades y muertes ligadas especialmente a eventos obstétricos (AIEPI, 2013).

b. HALLAZGOS Y ESTUDIOS REALIZADOS

En el año 1999, se realizó un estudio en el Hospital Escuela de la Universidad Veracruzana, sobre “La detección oportuna de factores de riesgo del embarazo”, donde concluyó que las Infecciones urinarias activas son un factor importante asociado con partos de pretérmino y productos de bajo peso y aborto, estuvieron presentes con alta frecuencia (Martinez, 2007).

En el Municipio de Puerto Cabello, estado Carabobo, Venezuela se realizó un estudio descriptivo y retrospectivo con el objetivo de determinar algunas características epidemiológicas de las complicaciones que surgen en mujeres embarazadas con factores de riesgo. Se evaluaron 870 historias clínicas en donde se encontraron que el 60.1% de las mujeres con riesgo obstétrico tenía entre 24 y 44 años y solo el 42.2% de las embarazadas asistieron a control prenatal. La multiparidad con 25.8% constituye el factor de riesgo obstétrico preponderante de las embarazadas estudiadas. Las complicaciones más frecuentes de las embarazadas estudiadas con riesgo obstétrico fueron las infecciones del tracto genitourinario (71,2%) y la hipertensión arterial (28,7%). Los resultados demuestran que los factores de riesgo y las complicaciones obstétricas continúan presentes en las embarazadas que asisten a la consulta del hospital Dr. Adolfo Prince Lara de Puerto Cabello, estado Carabobo, a pesar de las estrategias y esfuerzos realizados por parte del personal de salud y de las autoridades sanitarias del estado venezolano (Acebedo, et al. 2012).

En otro estudio realizado de carácter cuantitativo, descriptivo, cuyo objetivo fue caracterizar a las gestantes de Alto Riesgo Obstétrico. El estudio se realizó en una

institución pública en el departamento de Sucre Colombia. Se tomaron un total de 123 embarazadas con alto riesgo obstétrico. Se encontró que el 13.18% de las gestantes eran menores de 18 años, 66% no manifestaron antecedentes patológicos, 13.8% presentaron complicaciones de amenaza de aborto o de parto pretérmino, 37% eran nulípara y 20.3% tenían cesárea anterior. Comprobaron que la investigación serviría como referente para proporcionar conocimientos respecto al perfil de las gestantes en alto riesgo en Sucre, Colombia (Martinez, J; Pereira, M, 2015).

En Colombia se realizó un estudio de 2,689 pacientes como embarazo de alto riesgo, cifra que correspondía a un 26.29% de la población de embarazadas. El promedio de edad era de 27.6 años y el 72% mantenía unión estable, con 63.2% de casadas. Asimismo, el promedio de embarazos era de 2.8, y el 25% registraba antecedentes de cesáreas. Se encontró asociación entre la edad y el riesgo: cuanto menor era la edad de las embarazadas, mayor riesgo se presentaba (Pazmiño, 1981).

En otros estudios realizados de carácter observacional descriptivo que evaluó la utilización de la tabla de Coopland modificada cuyo fin primordial era la clasificación y diagnóstico de los embarazos de alto riesgo obstétrico, el estudio se realizó en seis centros asistenciales: Clínica de control prenatal y consulta externa del Hospital Roosevelt , maternidades cantonales de las zonas 13 y 19 y los centros de salud de las zonas 8, 19, 21; los cuales tomaron un total de 600 pacientes, los datos se obtuvieron al momento de la entrevista con el paciente utilizando la escala de la tabla de Coopland Modificada que consiste en un conjunto e características detectables en mujeres embarazadas con alto riesgo obstétrico (Velázquez, 1997).

Encontraron que el 24% de la población estudiada era de alto riesgo, confirmaron la veracidad de los diagnósticos de alto riesgo, haciendo una comparación del criterio de los médicos obstetras con la tabla de Coopland, en la cual coincidieron el 61% de los casos (Velázquez, 1997).

Comprobaron que la Tabla de Coopland Modificada, puede ser utilizada en cualquier centro asistencial de salud, para clasificar y diagnosticar embarazos de alto riesgo obstétrico en pacientes que acuden a control prenatal, para poder diagnosticar de una

manera precoz el riesgo que incrementa la morbilidad tanto materna como infantil y brindar así un tratamiento y conducta adecuada (Velázquez, 1997).

Se realizó un estudio descriptivo transversal en los servicios de emergencia, labor y partos y/o sala de operaciones del departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional de Zacapa, en pacientes con trabajo de parto activo con una muestra de 354. Se concluye que la asignación de recurso humano, el manejo y la toma de decisiones oportuna con la información obtenida por el instrumento, cumplieron con el objetivo de disminuir del número de ingresos de recién nacidos a la unidad de Cuidados Intensivos (UCI) e intermedios, complicaciones obstétricas y perinatales con un porcentaje de eficiencia del 97% (Ellington y Salazar, 2014).

c. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

El embarazo es un acontecimiento habitual en la vida de la mujer ya que es una experiencia única y profunda con un gran contenido emocional. La mujer vive esta experiencia como un proceso de cambio y adaptación debido a las modificaciones físicas que se están produciendo en su propio cuerpo por la presencia del bebe.

La importancia de un correcto abordaje en el momento del embarazo se ve reflejada en estadísticas mundiales y nacionales ya que este es considerado como un periodo crítico que puede estar asociado a un alto riesgo de complicaciones. El embarazo seguro es un objetivo clave al cual el país se ha sumado a través de distintos compromisos internacionales.

La atención primaria de salud permite identificar tempranamente las numerosas causas directas e indirectas que nos pueden ocasionar complicaciones durante la gestación y así provocar la muerte en el embarazo. Las complicaciones obstétricas y perinatales son causadas por factores en su mayoría modificables tales como: Pacientes que no llevaron control prenatal, control prenatal inadecuado, problemas socioeconómicos de acceso a servicios de salud, factores biológicos, enfermedades degenerativas y otros.

La vigilancia epidemiológica de las mujeres maternas en Guatemala continúa siendo una prioridad para las autoridades de salud y permite contar con información oportuna, pertinente y de calidad para la toma de decisiones. Actualmente en el departamento de Zacapa se cuenta con consulta externa de Alto Riesgo Obstétrico, pero existen pocos estudios de investigación que aborden el tema de caracterización clínica y epidemiológica en embarazo de riesgo, es por ello que se realiza el presente estudio de la siguiente interrogante: **¿Cuáles son las características epidemiológicas y clínicas de las pacientes con riesgo obstétrico atendidas en la consulta externa de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Regional de Zacapa?**

II. DELIMITACIÓN DEL ESTUDIO

a. DELIMITACIÓN TEÓRICA

El presente estudio tiene fundamento de carácter clínico-epidemiológico, que pretende caracterizar a la mujer con riesgo obstétrico.

b. DELIMITACIÓN GEOGRÁFICA

El Departamento de Zacapa se encuentra situado en la región nororiente de Guatemala, limita al norte con los departamentos de Alta Verapaz e Izabal; al este con la República de Honduras; al sur con los departamentos de Chiquimula y Jalapa; al oeste con el departamento de El Progreso. Cuenta con una superficie total de 2,960 kilómetros cuadrados, se ubica aproximadamente a 185 metros sobre el nivel del mar.

Según información de la oficina del Instituto Nacional de Estadística (INE) el Departamento de Zacapa para el 2012 el número de habitantes fue de 225,108, habitantes representando el 1.5% de la población total, estimada para ese año en 15,073,375. Del total de la población, 47.8% son hombres y 52.2% son mujeres.

En 2012 se registraron 6,129 nacimientos, 2.1% más que en 2011. Las estadísticas vitales muestran que el municipio de Zacapa registró la mayor cantidad de nacimientos ocurridos en el departamento; mientras que San Diego registró la menor cantidad. La tasa global de fecundidad del departamento fue de 3.2, mayor a la nacional de 3.1. Además, se registraron 27.2 nacimientos por cada mil habitantes, cifra mayor al promedio nacional de 25.8. Del total de nacimientos, el 23.5% correspondió a madres menores de 20 años. El departamento muestra una mayor proporción de nacimientos en centros hospitalarios, comparado con el porcentaje nacional (58.7%).

El análisis por grupo etario muestra un descenso de la razón de muerte materna en cada grupo, excepto en el grupo adolescente (15 a 19 años) donde se observa un incremento importante. El bajo nivel educativo continúa siendo una constante en la muerte materna; alrededor del 90% de las muertes maternas solo tenían educación primaria o ningún nivel

de educación. Dentro de las causas directas de muerte materna las hemorragias representan el 50%; la hipertensión ha incrementado hasta llegar a un 30%, mientras que los porcentajes de infecciones y abortos son menores (7.4% y 6.9% respectivamente). El perfil de la muerte materna es el de una mujer Indígena, sin educación o con poco nivel de escolaridad, múltipara y con limitado acceso a atención obstétrica institucional profesional.

c. DELIMITACIÓN INSTITUCIONAL

El estudio se realizó en la consulta externa de Alto Riesgo Obstétrico, el cual se encontraba en el Centro de Salud del municipio de Zacapa y luego se trasladó en el interior del Hospital Regional de Zacapa con el objetivo de tener su espacio con más comodidad para la atención personalizada de las pacientes con riesgo obstétrico.

Actualmente se encuentra en el área de consultas externas donde se atienden las especialidades de Pediatría y Ginecología y Obstetricia, cuenta con un área de estadística para el control de expedientes clínicos, 1 enfermera profesional, 4 auxiliares de enfermería y 1 trabajadora social. La consulta externa de Alto Riesgo cuenta con 3 médicos residentes de ginecología y obstetricia, que en conjunto laboran para mejorar la atención y así alcanzar la excelencia y completa satisfacción de la paciente.

d. DELIMITACIÓN TEMPORAL

El estudio se realizó durante los meses de febrero a julio de 2018.

III. OBJETIVOS

a. OBJETIVO GENERAL

1. Caracterizar epidemiológica y clínicamente a las pacientes con riesgo obstétrico atendidas en la consulta externa de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Regional de Zacapa durante enero 2013 a diciembre 2017.

b. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Describir las principales características sociodemográficas de las pacientes con riesgo obstétrico.
2. Conocer los antecedentes patológicos, ginecológicos y obstétricos, así como el estado nutricional de las pacientes con riesgo obstétrico.
3. Identificar las complicaciones durante el embarazo en las pacientes con riesgo obstétrico.
4. Clasificar el embarazo en bajo, alto y extremo riesgo en pacientes con riesgo obstétrico por medio de la escala de Coopland.

IV. JUSTIFICACIÓN

El embarazo de alto riesgo es reconocido como uno de los problemas más relevantes dentro del contexto de salud materna; este problema cobra cada día más importancia por cuanto tiende a agravarse en proporción directa a sus efectos negativos tanto para las madres, como para sus hijos, su familia y sociedad.

Cada día mueren aproximadamente 830 mujeres por complicaciones agudas durante el embarazo y el parto. La mayoría de esas complicaciones aparecen durante la gestación y otras pueden estar presentes desde antes del embarazo, pero se agravan con la gestación. Prácticamente todas estas muertes se producen en países de ingresos bajos y la mayoría de ellas podrían haberse evitado.

En los últimos nueve años, en Guatemala han muerto más de dos mil mujeres a causa de complicaciones relacionadas con el embarazo, muchas de las cuales son prevenibles, incrementado así la incidencia de embarazos de alto riesgo, constituyendo un problema de salud pública de considerable magnitud.

Las pacientes embarazadas que acuden a la consulta externa de Alto Riesgo Obstétrico del departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional de Zacapa reciben atención especializada para recibir un control prenatal de alta calidad. En esta institución no se cuenta con datos estadísticos acerca de las características clínicas y epidemiológicas de las pacientes gestantes. Por lo cual, es preciso obtener datos con el fin de caracterizar a las mujeres en estudio, para llevar a cabo acciones que nos permitan disminuir transcendentalmente este problema e informar al personal de salud pública, para considerar el inicio de programas de acuerdo a cada una de las necesidades y así disminuir la morbi-mortalidad materno-infantil siendo este un problema latente en la región.

V. MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO I Riesgo reproductivo

1.1 Riesgo preconcepcional

1.1.1 Concepto

Probabilidad que tiene una mujer no gestante de sufrir daño (ella o su producto) durante el proceso de la reproducción. Esto 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 (Rigol, 2004).

1.1.2 Antecedentes y condiciones generales

1.1.2.1 Edad (menos de 18 y más de 35 años)

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 placentaria, toxemia, distocia del parto, muerte fetal, etc. (Rigol, 2004).

En las mujeres mayores de 35 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 (Rigol, 2004).

1.1.2.2 Peso (Malnutridas)

Las malnutridas por defecto deberían aumentar de peso antes de la concepción, ya que con frecuencia se le asocian partos pretérmino y toxemia. En el caso de las obesas, las complicaciones principales van a estar asociadas con la toxemia y la hipertensión arterial, pero también pueden verse la prematuridad y el bajo peso (Rigol, 2004).

1.1.2.3 Antecedentes obstétricos y reproductivos

- Paridad: es más riesgosa la primera gestación (sobre todo si concomitan otros factores), así como cuando ha habido más de 3 partos.
- Intervalo intergenésico: se considera corto cuando es menor de 1 año, no así para la cesárea anterior, que se considera hasta 2 años. Esta condición se asocia, con más frecuencia, con nacimientos pretérminos y anemias durante el embarazo.
- Abortos espontáneos, malformaciones congénitas y muertes perinatales: pudieran estar relacionados con factores orgánicos y genéticos que deben ser estudiados antes del embarazo.
- Recién nacidos de bajo peso y pretérminos: pueden repetirse en próximas gestaciones alguna causa previa que lo favorezca: enfermedades crónicas, hábito de fumar, malformaciones uterinas, miomas, etc.
- Cesárea anterior: como toda intervención sobre el útero debe de considerarse hasta los 2 años, ya que es un factor que no se puede modificar.
- Rh negativo sensibilizado: constituye un importante riesgo, aunque no es frecuente. También debe estudiarse cuando han existido múltiples gestaciones.

1.1.2.4 Antecedentes patológicos personales

Dentro de las principales enfermedades crónicas se encuentran hipertensión arterial, diabetes mellitus, cardiopatías, nefropatías y hepatopatías, que son las más importantes por su repercusión sobre la vida del binomio, seguidas en frecuencia por el asma bronquial y las anemias (Rigol, 2004).

1.2 Riesgo obstétrico

El embarazo es considerado tradicionalmente como un evento fisiológico. Sin embargo, según Zuspan, debe ser considerado como de excepción, ya que es capaz de producir la muerte o daño permanente, tanto a la madre como al recién nacido (Rigol, 2004).

Las gestantes de riesgo constituyen de 20 a 30% del total de embarazadas, y son responsables de 70 a 80% de la mortalidad perinatal. El éxito de la atención prenatal reside en la identificación temprana de las gestantes con factores de riesgo. Un factor de riesgo se define como aquél que directa o indirectamente contribuye a que se modifique el desarrollo normal del feto, el estado materno o ambos. La identificación temprana de los factores de riesgo, seguida de una atención adecuada, pueden prevenir o modificar los resultados perinatales desfavorables (Rigol, 2004).

El concepto de embarazo de alto riesgo atañe tanto la madre como al feto. Se define como un embarazo de riesgo aquél que presenta un riesgo estadísticamente elevado de accidente perinatal, por sus condiciones generales, antecedentes o anomalías que aparecen durante el embarazo (Rigol, 2004).

La relación de un factor de riesgo determinado con un daño concreto puede ser de 3 tipos:

- Relación causal: el factor de riesgo desencadena el proceso morboso. Ejemplos: La placenta previa origina la muerte fetal por anoxia; la rubéola durante el primer trimestre del embarazo causa malformaciones congénitas.
- Relación favorecedora: existe una franca relación entre el factor de riesgo y la evolución del proceso. Ejemplo: la gran multiparidad favorece la situación transversa y el prolapso del cordón umbilical.
- Relación predictiva o asociativa: se expresa en sentido estadístico, pero no se conoce la naturaleza de esa relación. Ejemplo: la mujer que ha perdido ya un feto o un recién nacido corre más riesgo de perder su próximo hijo.

1.2.1 Identificación de alto riesgo obstétrico

Consiste en una lista de condiciones, que se conocen y se asocian con resultados perinatales desfavorables. Estos sistemas incluyen entre los factores de riesgo complicaciones médicas que afectan a la madre, o el antecedente de una mala historia obstétrica. Algunos sistemas dan un valor numérico a los factores de riesgo, en dependencia de la severidad de éstos, con una puntuación total que supone la gravedad del problema potencial (Rigol, 2004).

El sistema escogido para la selección de las gestantes de alto riesgo debe permitir, por tanto, la identificación fácil y rápida de los factores de riesgo, para poder iniciar el manejo adecuado de cada caso en particular. Debe permitir también una evaluación continua durante todo el embarazo, que tome en consideración la relación mutua que tiene algunos factores entre un período y otro del embarazo, de manera que no sólo identifique el grupo de riesgo al inicio del embarazo, sino que pueda determinar la presencia de cualquier complicación que haga que una gestante de bajo riesgo se convierta en una de alto riesgo (Rigol, 2004).

1.2.2 Elementos de la atención prenatal

El control del embarazo, incluido dentro de la medicina preventiva, es primordial para reducir los accidentes perinatales al poderse identificar los principales riesgos evitables. Este control necesita una metódica y reiterada recopilación de información clínica, para lo cual es indispensable una búsqueda activa de signos de alerta, basada en los principales riesgos, lo que proporcionaría a la consulta una plena eficacia. Este control debe ser estricto para todas las embarazadas dada la posibilidad del riesgo potencial de un accidente perinatal. Con mucha frecuencia, será el control prenatal, el método que detectará los primeros signos de una alteración en el desarrollo de un embarazo que aparentemente parece transcurrir con normalidad (Rigol, 2004).

La información recogida en la atención prenatal debe ser discutida con la gestante y sus familiares y debe abarcar los elementos siguientes:

- Importancia y repercusión de los factores de riesgo identificados sobre el embarazo.
- El o los efectos potenciales que el embarazo puede tener sobre dichos factores de riesgo.
- Incapacidad funcional materna condicionada por dichos factores y duración de ésta.
- Investigaciones necesarias que se deben realizar para controlar el bienestar materno-fetal.
- Posible pronóstico de resultados favorables maternos y fetales.

La supervisión del feto en la gestante del alto riesgo obstétrico estará basada en:

- Determinar la edad gestacional.
- Descubrir malformaciones congénitas.
- Detectar anomalías del crecimiento fetal.
- Determinar la presencia y severidad de la asfixia fetal aguda y crónica.

1.2.3 Clasificación del riesgo obstétrico

1.2.3.1 Bajo riesgo

- Déficit nutricional grados III y IV.
- Muerte perinatal.
- Incompetencia cervical o uterina.
- Parto pretérmino y de bajo peso o uno de éstos.
- Parto previo con isoinmunización.
- Preeclampsia-eclampsia.
- Desprendimiento prematuro de la placenta.
- Cesárea anterior u otra operación uterina.

1.2.3.2 Alto riesgo

- Tumor de ovario.
- Hipertensión arterial.
- Enfermedad renal.
- Diabetes mellitus.
- Cardiopatía.
- Procesos malignos.
- Anemia por hematíes falciformes (sicklemlia).
- Enfermedad pulmonar.
- Enfermedad del tiroides.
- Enfermedad hepática.
- Epilepsia.

1.2.4 Condiciones que se deben vigilar en el consultorio

- Edad: menor de 18 o mayor de 35 años.
- Paridad: mayor que 6 hijos.
- Intervalo intergenésico de menos de 1 año.
- Déficit sociocultural.
- Déficit nutricional grado II.
- Hábitos tóxicos.
- Aborto habitual.
- Recién nacido anterior con más de 4,200gr de peso.
- Citología vaginal anormal.
- Malformación anterior o trastornos genéticos.
- Retraso mental.
- Estatura menor que 150 cm.
- Presión arterial de 120/80 mmHg en la primera visita.
- Retinopatía (corresponde generalmente a diabetes o hipertensión).
- Trastornos circulatorios periféricos.
- Infecciones cervicovaginales.

1.2.5 Evaluación durante el embarazo

Cada visita prenatal es una oportunidad para descubrir una anomalía que pueda originar dificultad para la madre, el producto o ambos, y que constituya un factor de riesgo (Rigol, 2004).

1.2.5.1 Bajo riesgo

- Infecciones virales.
- Ganancia de peso inadecuada.
- Tabaquismo y alcoholismo (se debe vigilar).
- Útero grande en relación con la edad gestacional.
- Anemia grave (hemoglobina inferior a 10 g/L).

1.2.5.2 Alto riesgo

- Estados hipertensivos inducidos por el embarazo.
- Pielonefritis.
- Isoinmunización.
- Diabetes gestacional.
- Hemorragia uterina.
- Polihidramnios u oligohidramnios.
- Enfermedad tromboembólica.
- Embarazo múltiple.
- Rotura prematura de las membranas.
- Infección ocular o genital.
- Útero pequeño para la edad gestacional.
- Postérmino
- Problemas quirúrgicos agudos.

1.3 Riesgo perinatal

Un conjunto de condiciones clínicas suele asociarse con el alto riesgo perinatal. Dentro de ellas existen: las maternas, fetales, del trabajo de parto y parto, así como las neonatales inmediatas (Rigol, 2004).

1.3.1 Condiciones maternas

Dentro de éstas se encuentran la edad al momento del parto, el nivel socioeconómico, el antecedente de infertilidad, el hábito de fumar, afecciones endocrinas como la diabetes mellitus y las enfermedades de la tiroides, la malnutrición, la infección del tracto urinario, las enfermedades pulmonares y cardiocirculatorias y la hipertensión arterial, así como la anemia, la isoinmunización al nivel eritrocitario y plaquetario y la trombocitopenia (Rigol, 2004).

Algunas condiciones están vinculadas con alteraciones específicas de la gestación: el exceso o la disminución de la cantidad de líquido amniótico, así como las hemorragias tempranas (del primer trimestre) y las tardías (del tercer trimestre); la rotura prematura de membranas, la infección y la fiebre. El alcoholismo y la drogadicción comportan también un riesgo significativo (Rigol, 2004).

1.3.2 Condiciones fetales

Las condiciones fetales más vinculadas con riesgo perinatal son el embarazo múltiple, el pobre crecimiento fetal, la macrosomía, la malposición fetal, las alteraciones del foco fetal, la acidosis y la disminución de los movimientos fetales (Rigol, 2004).

1.3.3 Condiciones del trabajo de parto y del parto

Constituye un grupo muy importante para el riesgo perinatal, ya que son responsables casi siempre de afecciones graves, que comprometen la vida del neonato, y pueden dejar secuelas a largo plazo, porque están vinculadas a la asfixia. Dentro de ellas están el trabajo de parto pretérmino, el trabajo de parto muy rápido o muy prolongado, las presentaciones anómalas, el prolapso del cordón umbilical, la hipotensión y el choque materno, la polisistolia, la existencia de fiebre, el parto por cesárea, el uso de analgesia y anestesia, así como las anomalías placentarias (Rigol, 2004).

1.3.4 Condiciones neonatales inmediatas

La prematuridad es el problema más importante de la perinatología contemporánea, y ella está asociada con un conjunto de afecciones que provocan alta mortalidad y posibilidad de secuelas. Otras condiciones neonatales inmediatas desfavorables son el índice de Apgar bajo sostenido, el crecimiento intrauterino retardado y la posmadurez (Rigol, 2004).

CAPÍTULO II

Instrumentos para el tamizaje de riesgo obstétrico y perinatal

Uno de los principales objetivos de la medicina hoy en día es maximizar la calidad de vida al binomio madre-hijo, de tal manera que la paciente no presente morbilidad posterior al parto ni mucho menos que muera como consecuencia del embarazo, y que el neonato tenga la mejor oportunidad para un óptimo desarrollo físico, mental y emocional.

2.1 Control prenatal

El control prenatal es, por excelencia, la prueba tamiz para detectar el alto riesgo obstétrico durante el embarazo. Es muy importante diferenciar la población obstétrica que tiene más riesgo de presentar mayor morbilidad y/o mortalidad, porque con base en esta identificación se toman las decisiones que permitan evitar tal desenlace (Ordoñez 2005).

El programa de control prenatal es un tamizaje de mujeres embarazadas asintomáticas, con el fin de detectar y prevenir eventos adversos maternos y neonatales. Con base en esta observación se encuentra que durante el control prenatal hay dos procesos: el primero es la identificación del riesgo por medio de una herramienta diagnóstica, y el segundo es la toma de conductas específicas con cada paciente, aplicando bien sea la evidencia científica o las normas y protocolos existentes (Ordoñez 2005).

Actualmente en América, se realiza el control prenatal con el diligenciamiento del formato del Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP), el cual, más que una herramienta para identificar el riesgo obstétrico es un formulario para su base de datos. En la actualidad el país no cuenta con un instrumento validado para la identificación del riesgo obstétrico (Ordoñez 2005).

Es muy importante que la herramienta utilizada para establecer el riesgo obstétrico cuente con la suficiente sensibilidad y especificidad; la alta sensibilidad es para que pacientes con riesgo real no dejen de ser identificadas como tales, y la alta especificidad es para evitar que pacientes que no tienen riesgo, sean tratadas como si lo tuvieran, pero ¿Qué pasa con las pacientes que por razones socioculturales no tienen acceso a control prenatal? estas son la mayoría de las personas de clase vulnerable las cuales en caso

de complicación son transferidas de los centros de salud a un centro de segundo o tercer nivel, siendo para el personal médico de estos niveles el caso del paciente desconocido en su totalidad. Debido a lo anterior surge la necesidad de otro sistema (Ordoñez 2005).

Escala de Coopland

Fue Fernando Arias quien por su sencillez y aplicabilidad la destacó, se utilizó ampliamente en Manitoba Canadá en 1984, llamándola algunas veces Sistema Manitoba de Riesgo y usada por Morrison y Olsen en Inglaterra en 1987, donde demostraron su aplicabilidad (Arias, 1994)

La escala se clasifica en tres aspectos de carácter biológico siendo estos:

- Historia reproductiva: aquí se incluyen factores de riesgo como edad, paridad, infertilidad, peso de recién nacidos anteriores, toxemia, cesárea previa, abortos, mortalidad neonatal y trabajo de parto prolongado.
- Condiciones asociadas: abarca cirugía ginecológica previa, enfermedad renal crónica, diabetes mellitus, padecimientos cardíacos y otros desórdenes médicos.
- Embarazo actual: hemorragia vaginal antes y después de las 20 semanas, anemias, embarazo prolongado, hipertensión, ruptura prematura de membranas ovulares, polihidramnios, pequeños para edad gestacional, presentación anómala, embarazo múltiple, isoinmunización.

Este sistema considera diferentes factores, a cada uno de los cuales se les da un valor numérico de uno a cinco, dependiendo del impacto potencial sobre la evolución del embarazo. Una puntuación de siete o más indica casi siempre la necesidad de remitir a la paciente a un especialista en medicina materno fetal. La utilización del sistema de puntuación añade muy poco a la realización de una historia y examen físico completos con respecto a identificar a las pacientes de alto riesgo. Sin embargo, este sistema puede resultar útil para un obstetra general o un médico de familia a efectos de determinar la necesidad de mandar a la paciente a un especialista maternofetal (Arias, 1994).

Parece claro que las siguientes deben ser remitidas a un especialista en medicina materno-fetal:

- Las pacientes que desarrollan afecciones que requieren procedimientos invasivos con fines diagnósticos o terapéuticos, por ejemplo: isoimmunización, obstrucción del tracto urinario fetal, hidrocefalia fetal, etc. (Arias, 1994).
- Las pacientes que presentan complicaciones médicas severas que afectan a la madre, por ejemplo: Insuficiencia cardíaca de grados III y IV, lupus eritematoso sistémico, etc. (Arias, 1994).
- Las pacientes que presentan mala evolución recurrente de la gestación, por ejemplo: aborto habitual, niños nacidos muertos, rotura prematura de membranas, trabajo de parto pretérmino, etc. (Arias, 1994).
- Las pacientes que presentan complicaciones obstétricas que necesitan un cuidado especializado, por ejemplo: preeclampsia o eclampsia grave con insuficiencia renal, edema pulmonar, hipertensión que no responde a tratamiento, síndrome de HELLP severo, etc. (Arias, 1994).

Una vez identificada la paciente de alto riesgo, el médico debe explicar a ella y a su pareja los efectos potenciales de sus factores de alto riesgo y los efectos que el embarazo tendrá sobre el estado médico de la madre. En cualquier caso, la información que se ofrezca a la paciente debe ser explicado en términos sencillos (Arias, 1994).

VI. DISEÑO METODOLÓGICO

a. TIPO DE ESTUDIO

Estudio descriptivo transversal.

b. ÁREA DE ESTUDIO

Consulta externa de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Regional de Zacapa.

c. UNIVERSO Y MUESTRA

El universo está compuesto por la totalidad de pacientes con riesgo obstétrico que asisten a la consulta externa de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Regional de Zacapa, durante el período de enero 2013 a diciembre de 2017.

Para la selección de la muestra se utilizó, la fórmula de muestreo probabilístico para poblaciones conocidas finitas.

$$n = \frac{(p * q)N}{\left(\frac{\alpha}{z}\right)^2 (N - 1) + p * q}$$

Dónde:

- N: 4,608 (Pacientes atendidas en la consulta externa de Alto Riesgo Obstétrico) activos)
- α : 0.05
- Z: 1.9599 (Desviación estándar)
- p: 0.5 (50% área bajo la curva)
- q: 0.5 (50% área complementaria)

Así:

$$n = \frac{(0.25) 4608}{(0.0006508)(4607) + (0.25)}$$

$$\frac{1152}{3.2482} = 360$$

Muestra: 360 pacientes

d. SUJETO U OBJETO DE ESTUDIO

Pacientes con riesgo obstétrico que se atendieron en la consulta externa de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Regional de Zacapa.

e. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Pacientes con riesgo obstétrico que se atendieron en la consulta externa de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Regional de Zacapa.

f. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes que acudieron a las consultas externas del Hospital Regional de Zacapa que no pertenecen a la especialidad de Ginecología y Obstetricia.
- Pacientes que acudieron a la consulta externa de las Adolescentes del Hospital Regional de Zacapa

g. VARIABLES ESTUDIADAS

- Pacientes con embarazo de riesgo.
- Hallazgos clínicos y epidemiológicos de pacientes con embarazo de riesgo

h. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Definición	Indicador	Tipo de Variable	Escala de Medición
Pacientes con embarazo de riesgo.	Cuando la paciente tiene más posibilidades de desarrollar complicaciones durante la gestación y el puerperio		Cualitativa	Nominal
Hallazgos clínicos y epidemiológicos en pacientes con embarazo de riesgo	Conjunto de características clínicas y epidemiológicas que presentan las pacientes clasificadas como embarazo de riesgo.	Edad	Cuantitativa	Razón
		Procedencia	Cualitativa	Nominal
		Escolaridad	Cualitativa	Nominal
		Ocupación	Cualitativa	Nominal
		Factores sociodemográficos	Cualitativa	Nominal
		Estado nutricional	Cuantitativa	Razón
		Antecedentes patológicos	Cualitativa	Nominal
		Antecedentes Ginecoobstétricos	Cualitativa	Nominal
		Complicaciones obstétricas	Cualitativa	Nominal

i. TÉCNICA E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la recolección de datos se revisó las fichas clínicas de todos los pacientes que cumplen con los criterios de inclusión establecidos durante el período de estudio, registrándose por medio de una boleta de recolección de datos.

La boleta de recolección de datos fue dividida en 2 secciones

1. Datos epidemiológicos

En esta sección se encontraron los datos generales de la paciente, sus antecedentes e información acerca de los embarazos anteriores.

2. Datos clínicos

En este apartado se encontraron las complicaciones que se observaron durante el embarazo.

j. PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Se solicitó autorización al director del Hospital Regional de Zacapa, al comité de docencia y al jefe del Departamento de Ginecología y obstetricia por medio de una carta, para poder ingresar a la consulta externa de Alto Riesgo, para realizar el estudio con las pacientes clasificadas como embarazo de riesgo.

Se procedió a la recolección de datos, revisando los expedientes clínicos de cada paciente y se anotaron en la boleta de recolección de datos para obtener la información pertinente respecto a los datos generales, cuadro clínico y si presentaba alguna complicación en el embarazo.

k. PLAN DE ANÁLISIS

A través de los datos obtenidos de las boletas de recolección se realizó el análisis estadístico de la siguiente manera

1. Se ingresaron a una base de datos en el programa Microsoft Excel 2010 todos los datos recolectados.
2. Se tabularon los datos en frecuencias simples para realizar análisis de la información de cada variable.
3. Se realizaron gráficas, mediante estadísticas descriptivas, para expresar cada variable, con los datos obtenidos

I. PROCEDIMIENTO PARA GARANTIZAR LOS ASPECTOS ÉTICOS

La información obtenida se manejó de manera confidencial sin mencionar nombres y apellidos de los pacientes. Los datos recolectados fueron identificados por el número de boleta.

m. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	FEBRERO				MARZO				ABRIL				MAYO				JUNIO				JULIO			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Planteamiento del problema																								
Solicitud de aprobación del problema																								
Aprobación del problema																								
Elaboración del protocolo de investigación																								
Entrega y Solicitud de aprobación del protocolo																								
Trabajo de campo																								
Elaboración del informe final																								
Revisión del informe final																								
Aprobación del informe final																								
Presentación																								

Fuente: Elaboración propia

n. RECURSOS

a. HUMANOS

- Investigador
- 1 asesor de investigación.
- Revisores de investigación.

b. FÍSICOS

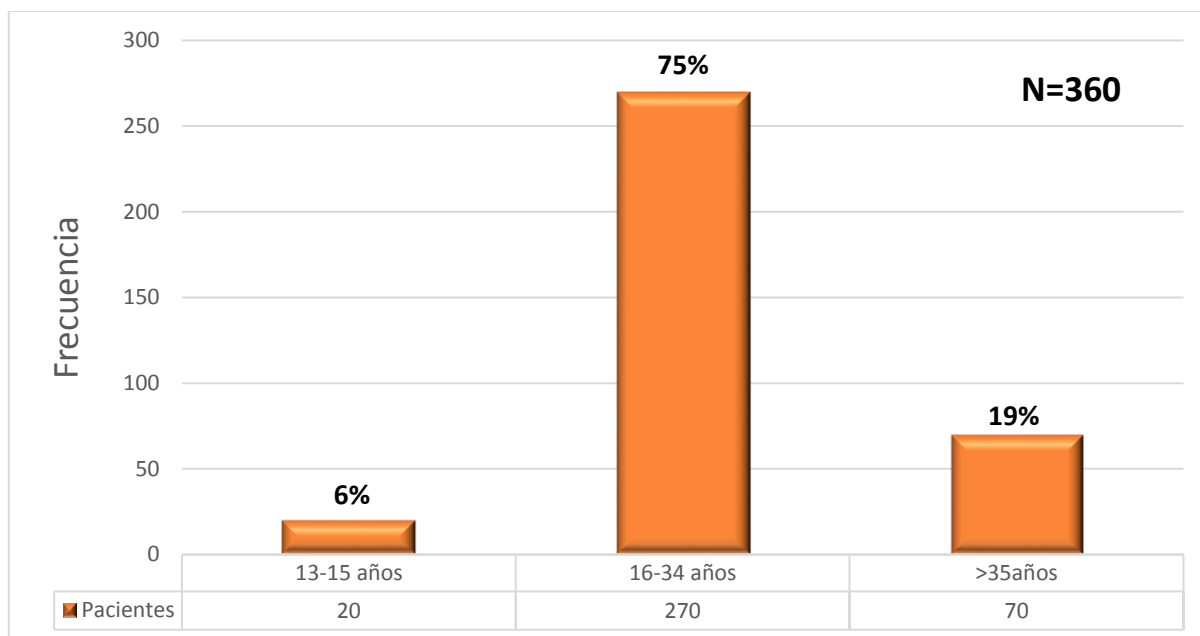
- La consulta externa de Alto Riesgo.
- Expedientes clínicos de las pacientes.
- Computadora.
- Papel de escritorio.
- Libros y revistas.
- Impresora.
- Útiles de oficina.

c. FINANCIEROS

DESCRIPCIÓN	CANTIDAD EN QUETZALES
Fotocopias e impresiones	Q.2,500.00
Alimentación	Q.1,200.00
Transporte	Q.1,000.00
Internet	Q.600.00
Lapiceros	Q.15.00
TOTAL	Q.5,315.00

VII. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

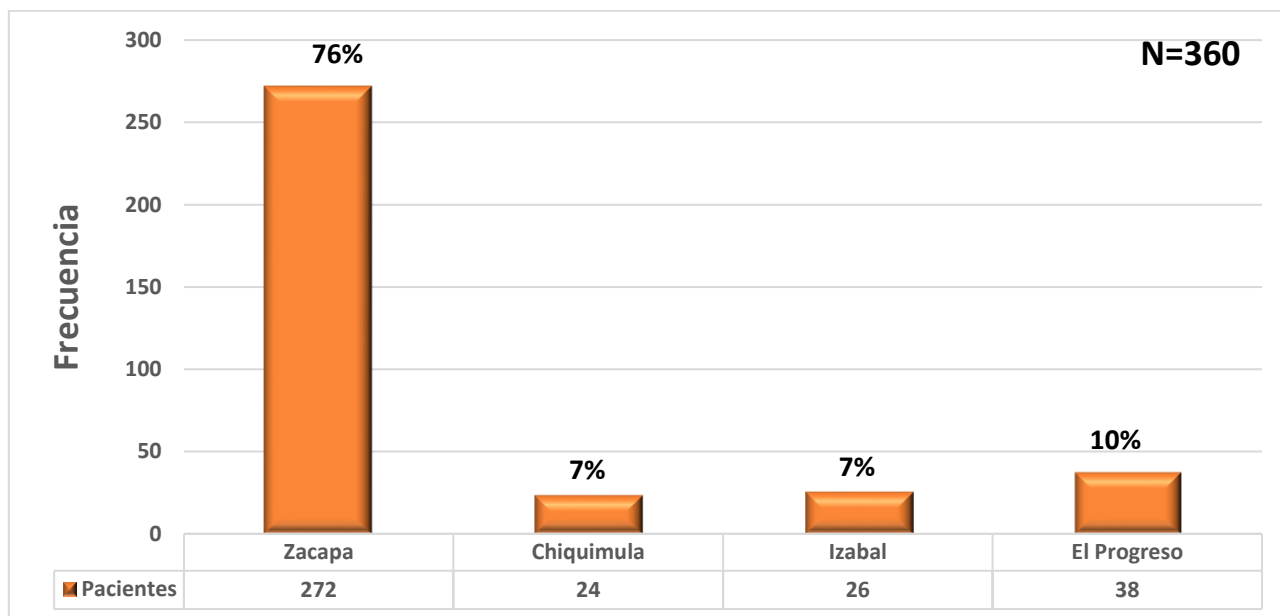
Gráfica 1. Distribución según edad de las pacientes con riesgo obstétrico que asistieron a la consulta externa de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Regional de Zacapa de enero de 2013 a diciembre de 2017.



Fuente: Boleta de recolección de datos.

De los pacientes estudiados; 75% (270 pacientes) con riesgo obstétrico se encuentran en la edad de 16 a 34 años, 19% (70 pacientes) tiene 35 años o más y 6% (20 pacientes) en edades de 13 a 15 años.

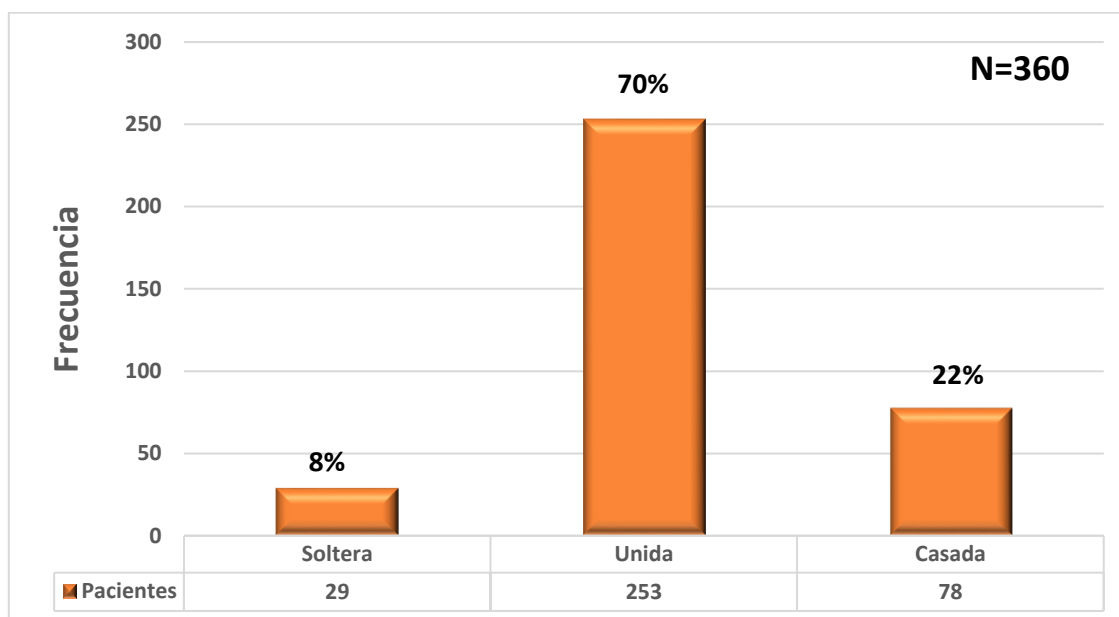
Gráfica 2. Distribución según procedencia de las pacientes con riesgo obstétrico que asistieron a la consulta externa de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Regional de Zacapa de enero de 2013 a diciembre de 2017.



Fuente: Boleta de recolección de datos.

En cuanto al lugar de procedencia de las pacientes con riesgo obstétrico, esta gráfica muestra que 76% (272 pacientes) provenían de Zacapa y sus municipios, 10% (38 pacientes) de El Progreso, 7% (26 pacientes) de Izabal y 7% (24 pacientes) de Chiquimula.

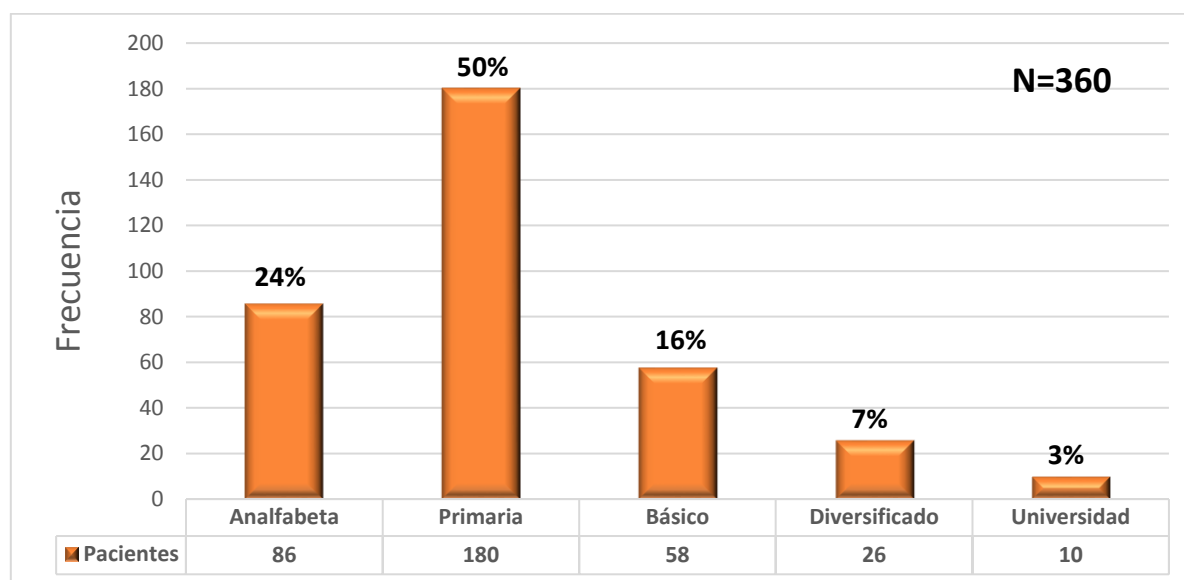
Gráfica 3. Distribución según estado civil de las pacientes con riesgo obstétrico que asistieron a la consulta externa de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Regional de Zacapa de enero de 2013 a diciembre de 2017.



Fuente: Boleta de recolección de datos.

En esta gráfica se puede apreciar el estado civil de las pacientes con riesgo obstétrico, en la cual 70% (253 pacientes) se encuentran unidas, 22% (78 pacientes) casadas y 8% (29 pacientes) solteras.

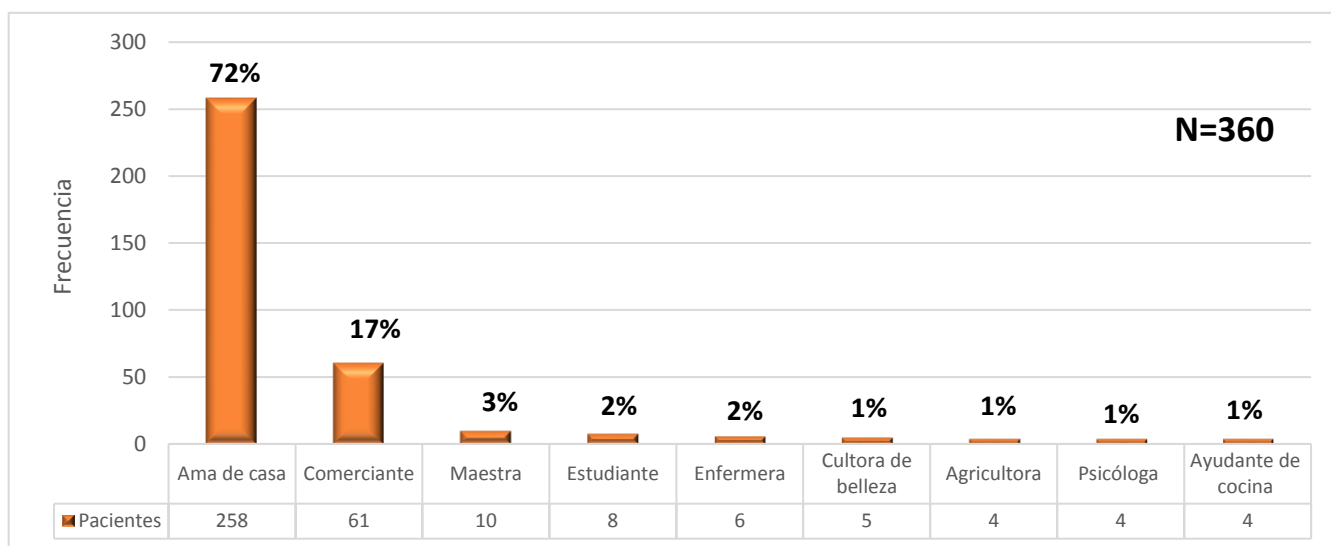
Gráfica 4. Distribución según escolaridad de las pacientes con riesgo obstétrico que asistieron a la consulta externa de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Regional de Zacapa de enero de 2013 a diciembre de 2017.



Fuente: Boleta de recolección de datos.

En esta gráfica se puede apreciar la escolaridad de las pacientes con riesgo obstétrico, siendo los estudios primarios los más frecuentemente encontrados en un 50% (180 pacientes), seguido de las pacientes que no tienen ningún grado de escolaridad en un 24% (86 pacientes), básico en un 16% (58 pacientes), nivel diversificado en un 7% (26 pacientes) y un 3% (10 pacientes) a nivel universitario.

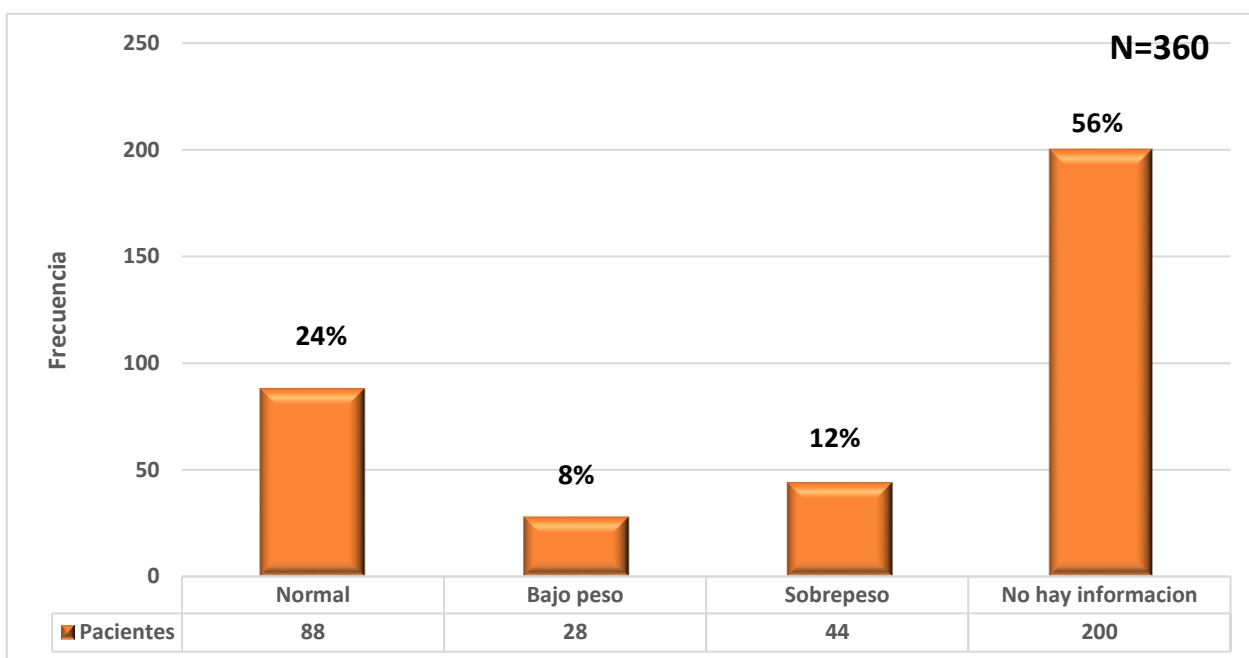
Gráfica 5. Distribución según ocupación de las pacientes con riesgo obstétrico que asistieron a la consulta externa de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Regional de Zacapa de enero de 2013 a diciembre de 2017.



Fuente: Boleta de recolección de datos.

En esta gráfica se puede observar que 72% (258 pacientes) son amas de casa, 17% (61 pacientes) son comerciantes, 3% (10 pacientes) son maestras, 2% (8 pacientes) son estudiantes, 2% (6 pacientes) son enfermeras, 1% (5 pacientes) son cultoras de belleza, 1% (4 pacientes) son agricultoras, 1% (4 pacientes) son psicólogas y 1% (4 pacientes) son ayudantes de cocina.

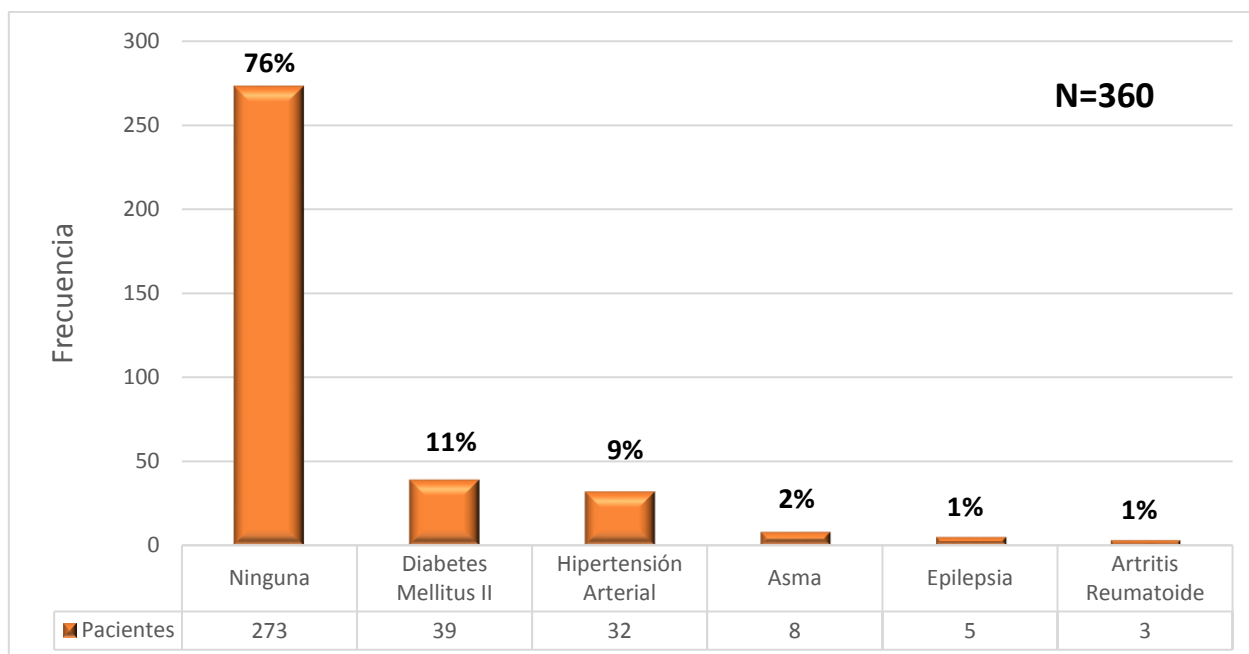
Gráfica 6. Distribución según el estado nutricional de las pacientes con riesgo obstétrico que asistieron a la consulta externa de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Regional de Zacapa de enero de 2013 a diciembre de 2017.



Fuente: Boleta de recolección de datos.

En esta gráfica se puede observar que 24% (88 pacientes) con riesgo obstétrico se encontraban en un peso adecuado a la edad gestacional, 12% (44 pacientes) se encontraban en sobre peso, 8% (28 pacientes) en bajo peso y 56% (200 pacientes) no tenían información de peso o talla por lo que se desconoce el estado nutricional al momento del control prenatal.

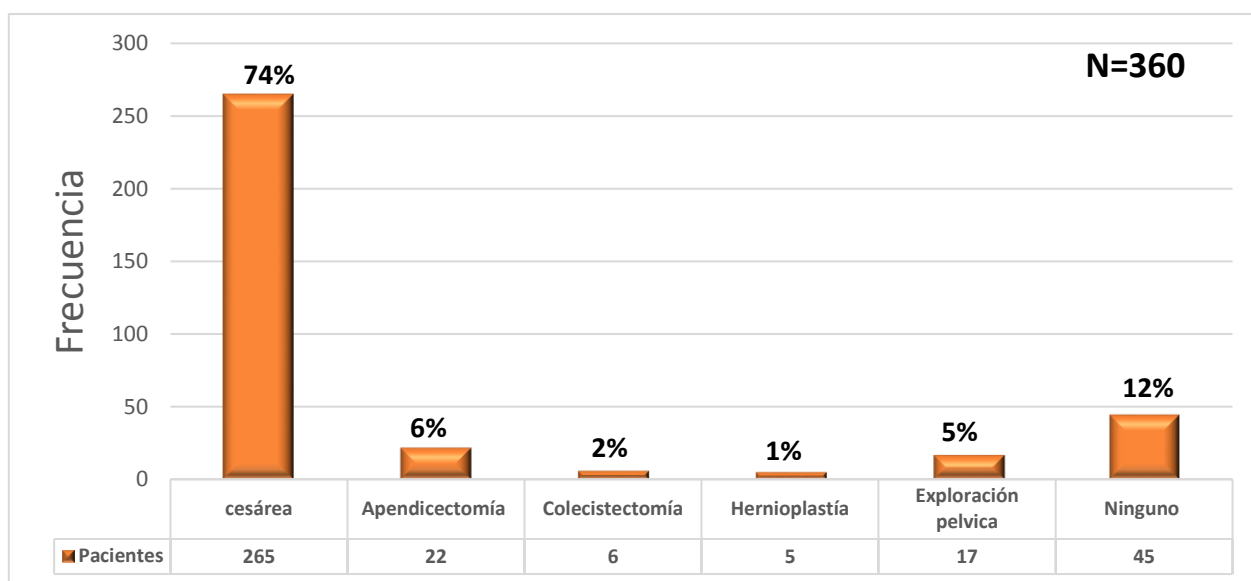
Gráfica 7. Distribución según antecedentes médicos de las pacientes con riesgo obstétrico que asistieron a la consulta externa de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Regional de Zacapa de enero de 2013 a diciembre de 2017.



Fuente: Boleta de recolección de datos.

En esta gráfica se puede observar que 76% (273 pacientes) no presentan algún antecedente médico de importancia, 11% (39 pacientes) presentan diabetes mellitus tipo II, 9% (32 pacientes) presentan Hipertensión arterial, 2% (8 pacientes) con asma, 1% (5 pacientes) con epilepsia y 1% (3 pacientes) con artritis reumatoide.

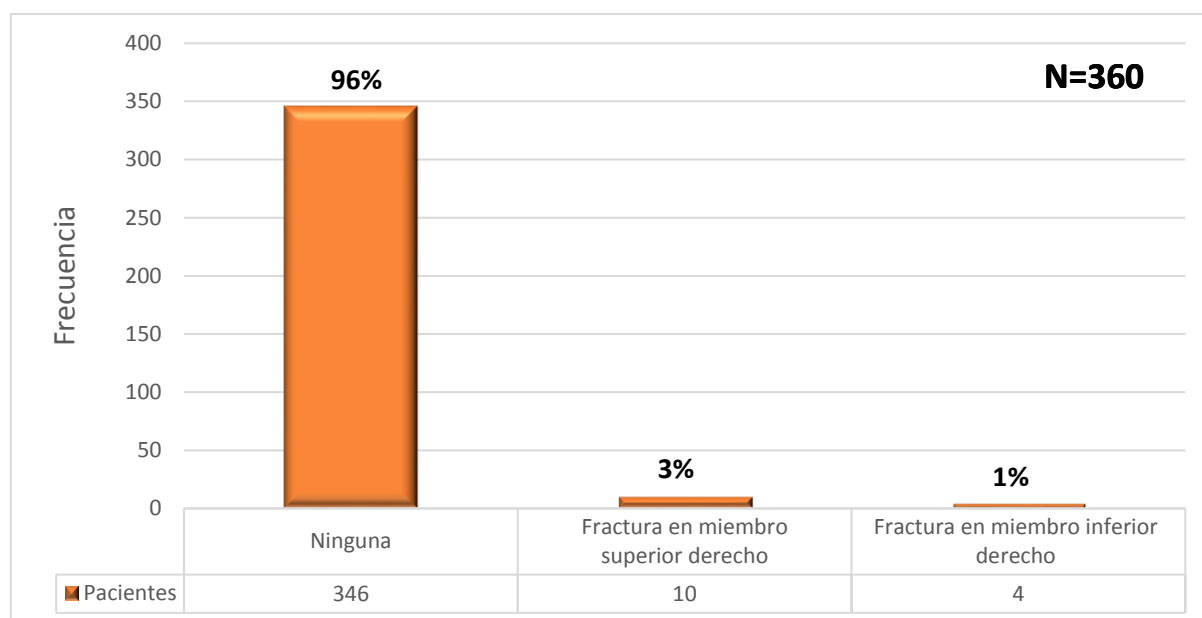
Gráfica 8. Distribución según antecedentes quirúrgicos de las pacientes con riesgo obstétrico que asistieron a la consulta externa de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Regional de Zacapa de enero de 2013 a diciembre de 2017.



Fuente: Boleta de recolección de datos.

En esta gráfica se puede observar que el antecedente quirúrgico de mayor frecuencia en las pacientes con riesgo obstétrico es cesárea con 74% (265 pacientes), luego apendicectomía con un 6% (22 pacientes), exploración pélvica 5% (17 pacientes), colecistectomía 2% (6 pacientes), hernioplastia 1% (5 pacientes) y 12% (45 pacientes) no presentan ningún antecedente quirúrgico.

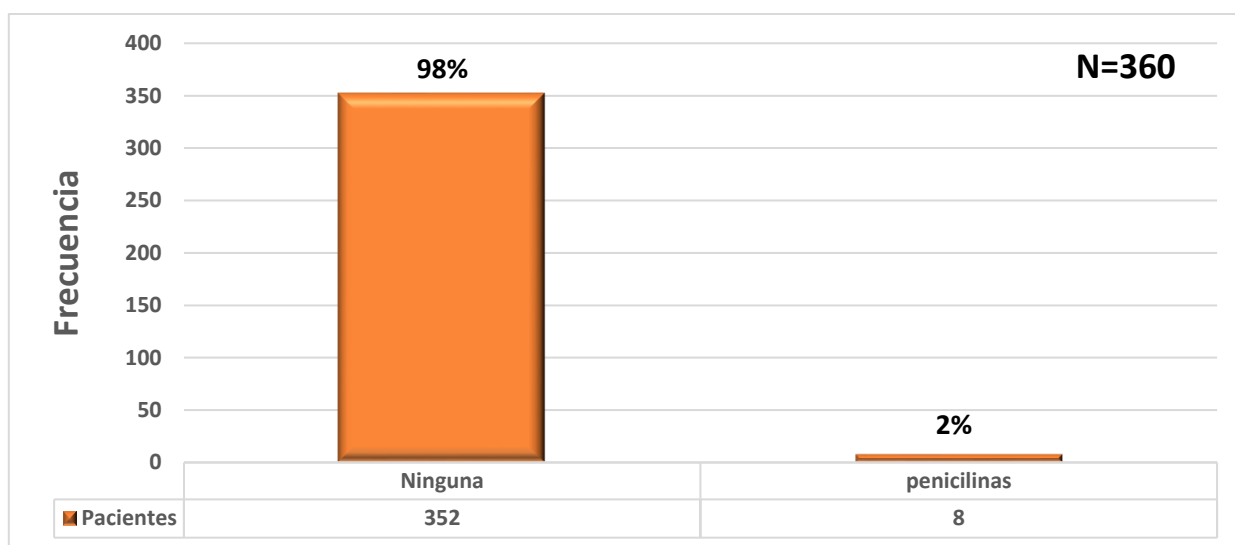
Gráfica 9. Distribución según antecedentes traumáticos de las pacientes con riesgo obstétrico que asistieron a la consulta externa de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Regional de Zacapa de enero de 2013 a diciembre de 2017.



Fuente: Boleta de recolección de datos.

En esta gráfica se puede observar que 96% (346 pacientes) con riesgo obstétrico no presentan ningún antecedente traumático, 3% (10 pacientes) presentan fractura en miembro superior derecho y 1% (4 pacientes) presentan fractura en miembro inferior derecho.

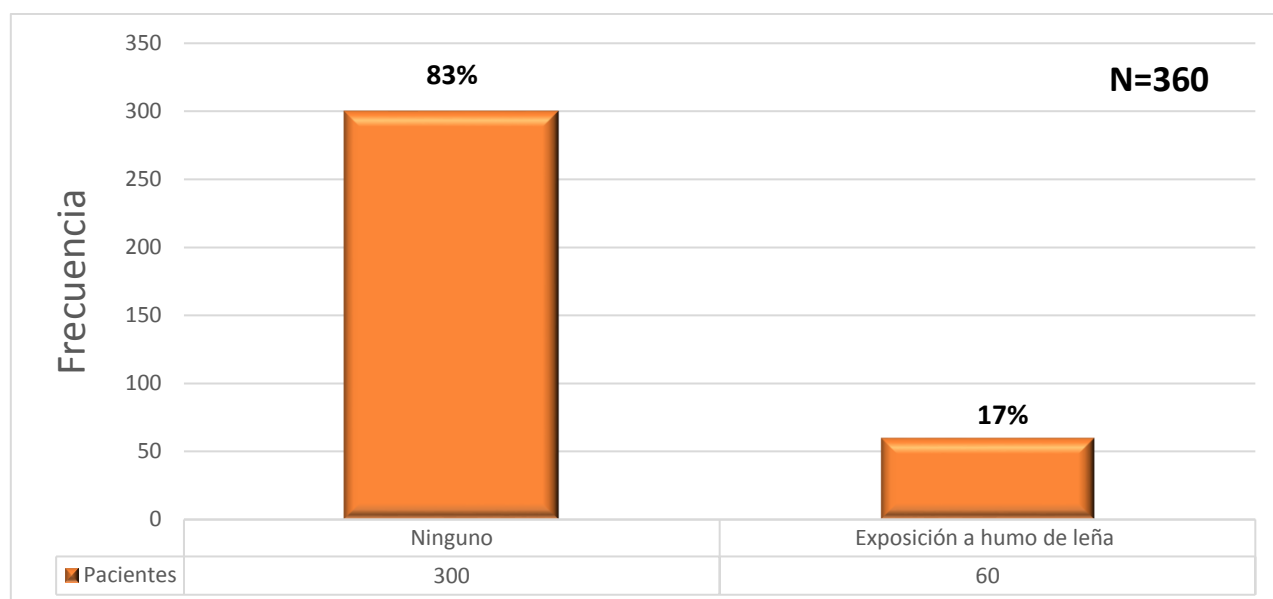
Gráfica 10. Distribución según antecedentes alérgicos de las pacientes con riesgo obstétrico que asistieron a la consulta externa de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Regional de Zacapa de enero de 2013 a diciembre de 2017.



Fuente: Boleta de recolección de datos.

En esta gráfica se puede observar que 98% (352 pacientes) con riesgo obstétrico no presentan ningún antecedente alérgico y solo 2% (8 pacientes) presentan reacción alérgica a las penicilinas.

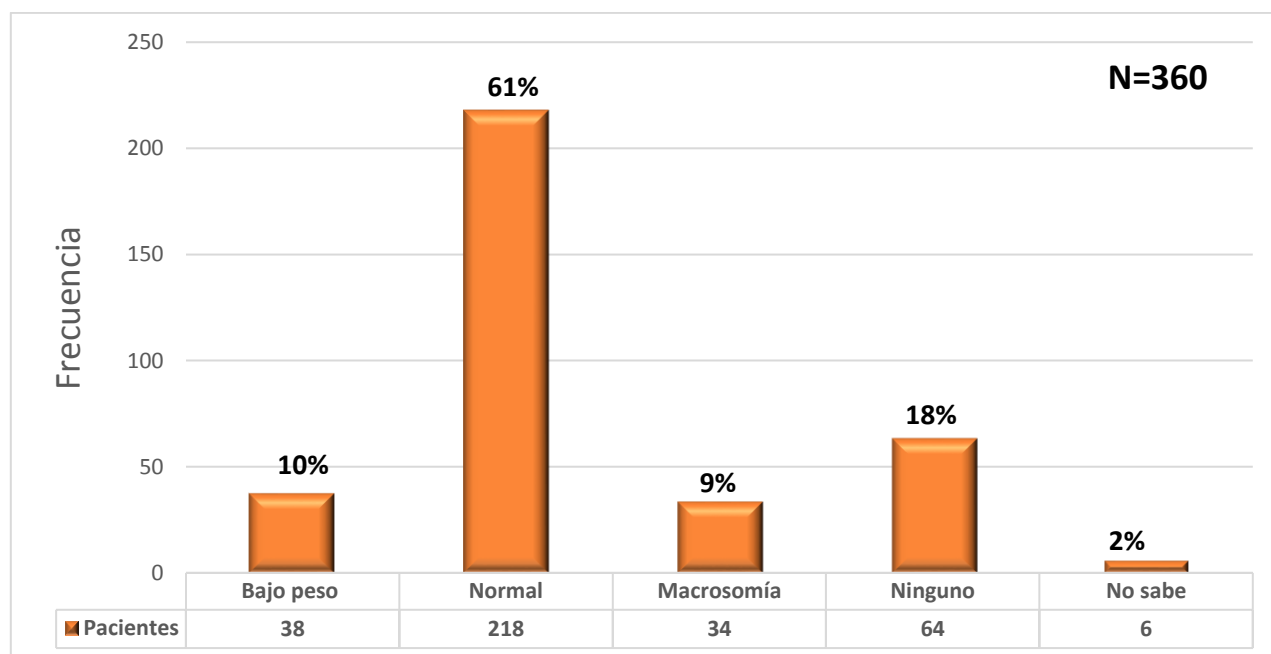
Gráfica 11. Distribución según antecedentes toxicológicos de las pacientes con riesgo obstétrico que asistieron a la consulta externa de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Regional de Zacapa de enero de 2013 a diciembre de 2017.



Fuente: Boleta de recolección de datos.

En esta gráfica se puede observar que el 83% (300 pacientes) con riesgo obstétrico que se atendieron en la consulta externa de Alto Riesgo Obstétrico no presentan ningún antecedente toxicológico y 17% (60 pacientes) estaban expuestas al humo de leña.

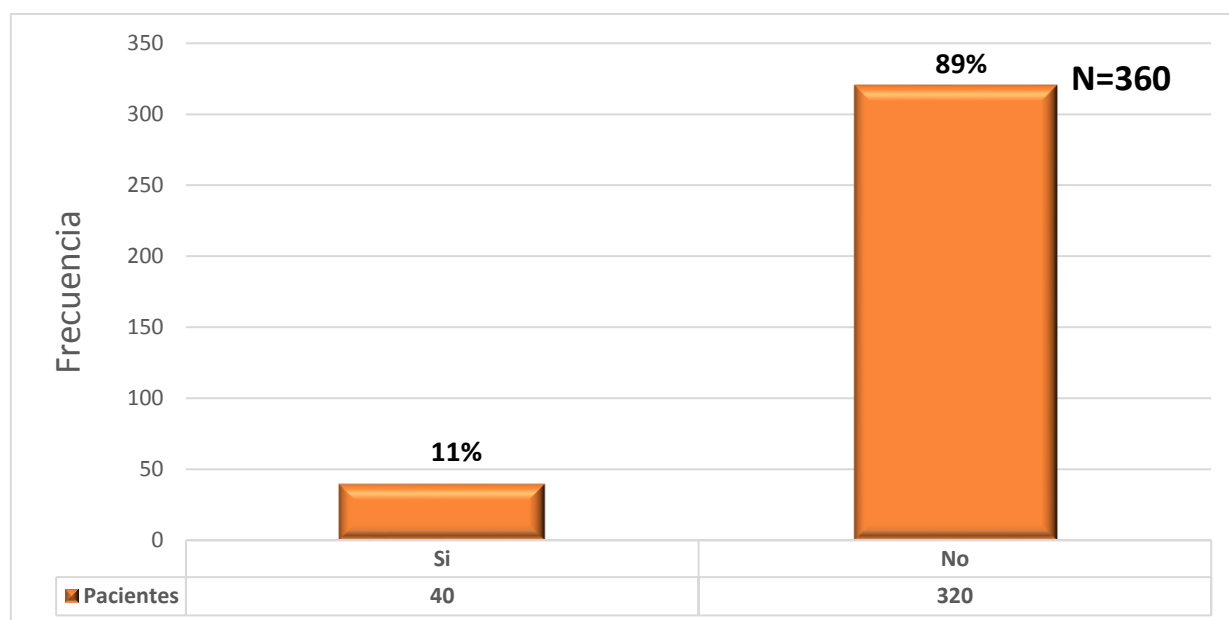
Gráfica 12. Distribución según peso al nacer del último bebé de las pacientes con riesgo obstétrico que asistieron a la consulta externa de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Regional de Zacapa de enero de 2013 a diciembre de 2017.



Fuente: Boleta de recolección de datos.

En esta gráfica se puede observar que 61% (218 pacientes) con riesgo obstétrico presentan un peso normal al nacer del último bebé, 18% (64 pacientes) están embarazadas por primera vez, 10% (38 pacientes) presentan bajo peso al nacer, 9% (34 pacientes) presentan macrosomía y 2% (6 pacientes) no recuerdan el peso del último bebé.

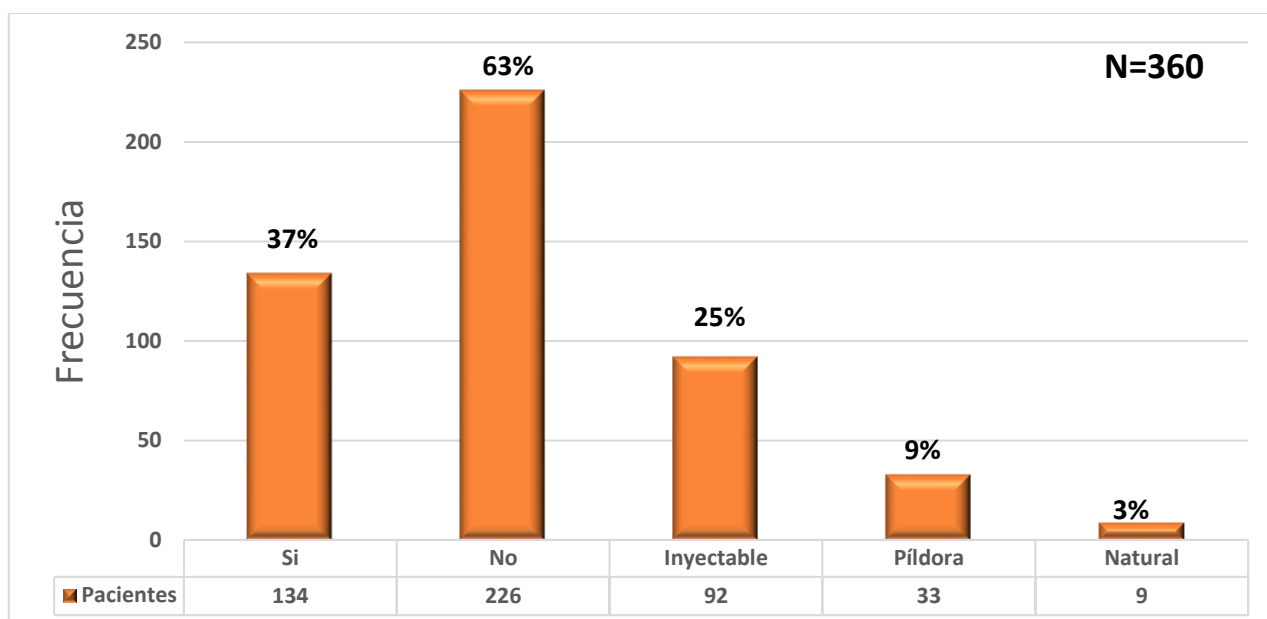
Gráfica 13. Distribución según diagnóstico de embarazo múltiple de las pacientes con riesgo obstétrico que asistieron a la consulta externa de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Regional de Zacapa de enero de 2013 a diciembre de 2017.



Fuente: Boleta de recolección de datos.

En esta gráfica se puede observar que 89% (320 pacientes) con riesgo obstétrico no presentan diagnóstico de embarazo múltiple y solo 11% (40 pacientes) si presentan embarazo múltiple.

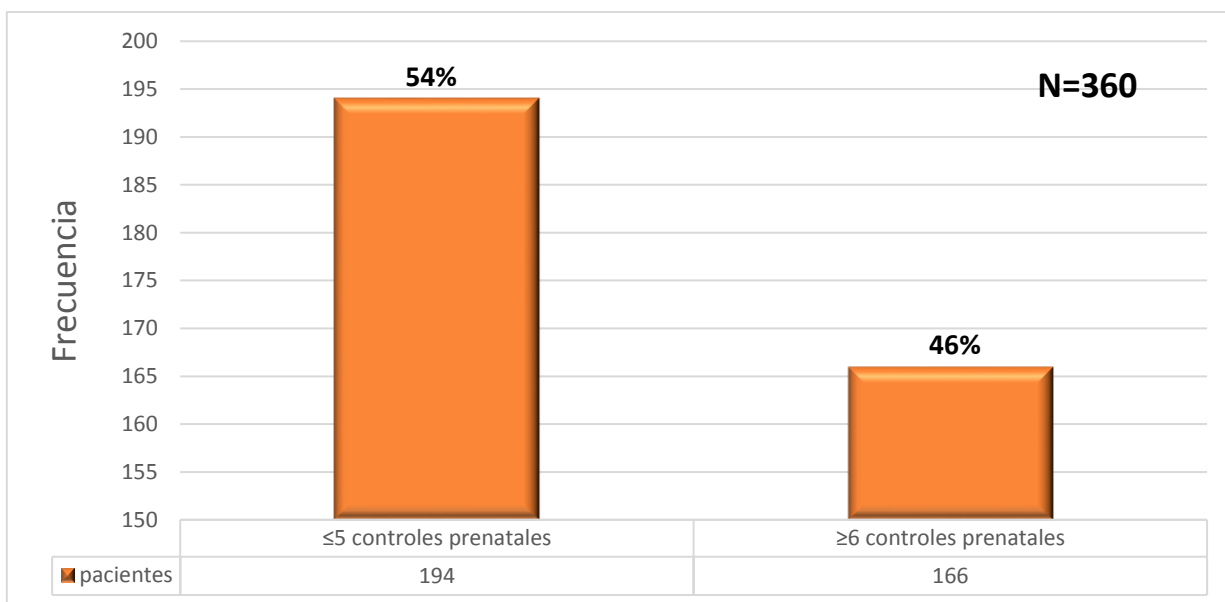
Gráfica 14. Distribución según planificación familiar de las pacientes con riesgo obstétrico que asistieron a la consulta externa de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Regional de Zacapa de enero de 2013 a diciembre de 2017.



Fuente: Boleta de recolección de datos.

En esta gráfica se puede observar que 63% (226 pacientes) con riesgo obstétrico no utilizan ningún método de planificación familiar y 37% (134 pacientes) si utilizan método de planificación familiar, el más frecuente es el método inyectable con un 25% (92 pacientes), seguido de la píldora con un 9 % (33 pacientes) y por último el método natural con un 3% (9 pacientes).

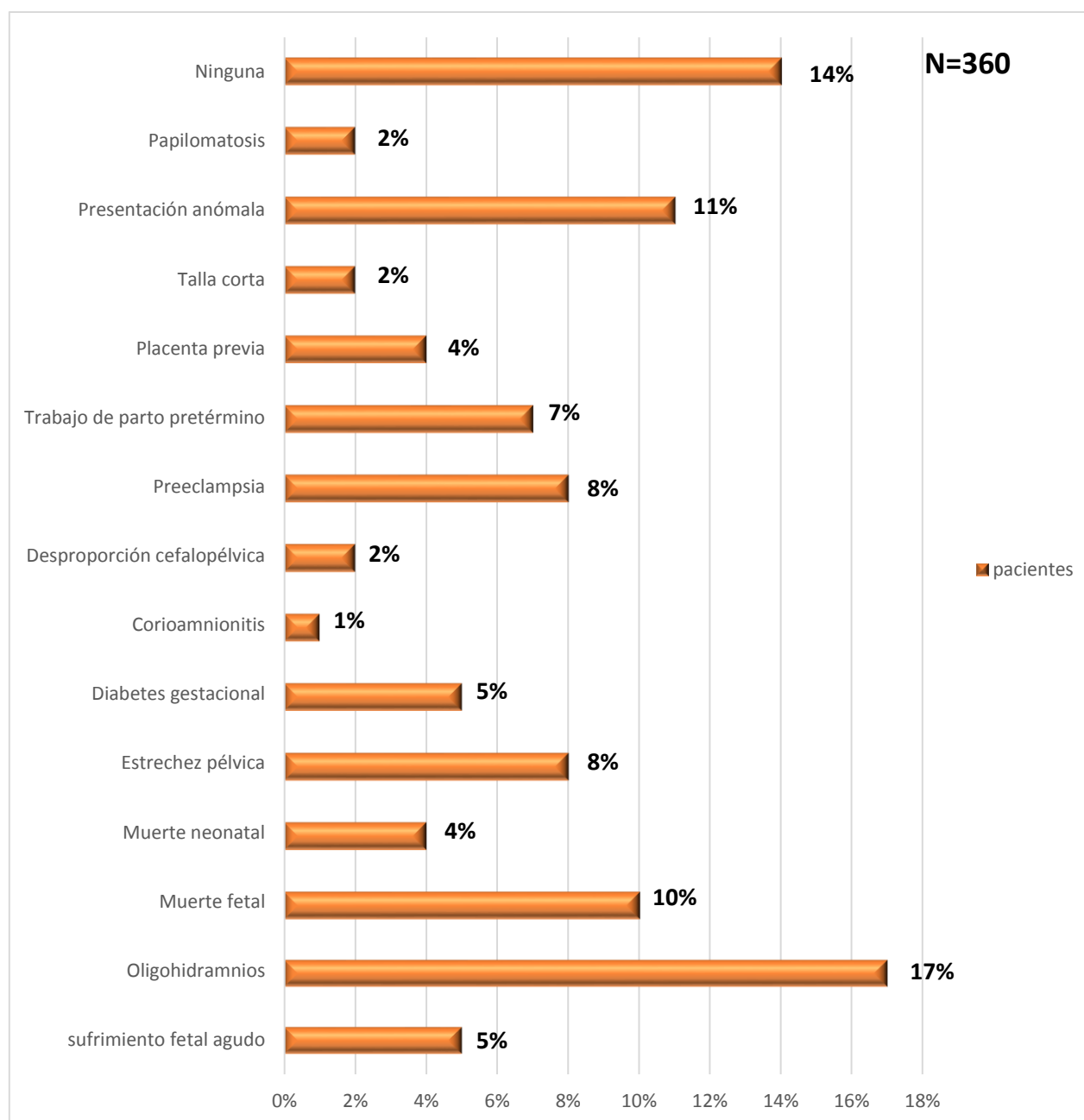
Gráfica 15. Distribución según el número de control prenatal de las pacientes con riesgo obstétrico que asistieron a la consulta externa de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Regional de Zacapa de enero de 2013 a diciembre de 2017.



Fuente: Boleta de recolección de datos.

En esta gráfica se puede observar que 54% (194 pacientes) con riesgo obstétrico tenían un número de 5 o menos controles prenatales, 46% (166 pacientes) tenían un número de 6 o más controles prenatales.

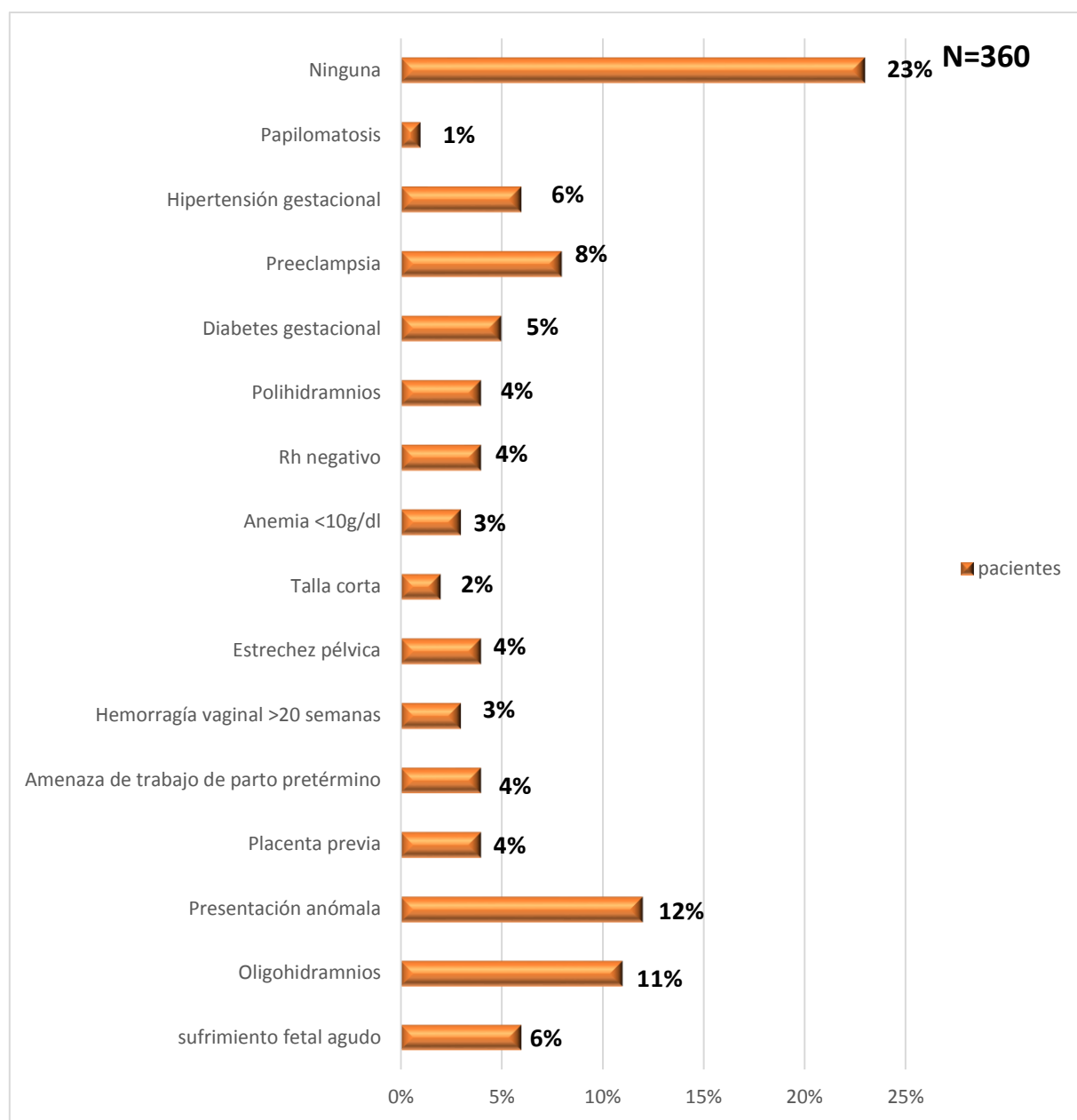
Gráfica 16. Distribución según las complicaciones que tuvieron en embarazos anteriores las pacientes con riesgo obstétrico que asistieron a la consulta externa de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Regional de Zacapa de enero de 2013 a diciembre de 2017.



Fuente: Boleta de recolección de datos.

En esta gráfica se puede observar las principales complicaciones que se obtuvieron en embarazos anteriores de las cuales 17% (70 pacientes) con riesgo obstétrico presentaron oligohidramnios, 11% (45 pacientes) presentaron embarazo con presentación anómala, 10% (40 pacientes) tuvieron muerte fetal en embarazos anteriores, 8% (35 pacientes) presentaron estrechez pélvica y preeclampsia, 7% (29 pacientes) con trabajo de parto pretérmino, 5% (22 pacientes) con sufrimiento fetal agudo, 5% (20 pacientes) con diabetes gestacional, 4% (16 pacientes) tuvieron muerte neonatal en embarazos anteriores, 4% (17 pacientes) con placenta previa, 2% (8 pacientes) con desproporción cefalopélvica, talla corta y papilomatosis, 1% (6 pacientes) con corioamnionitis y 14% (59 pacientes) no presentaron ninguna complicaciones en embarazos anteriores.

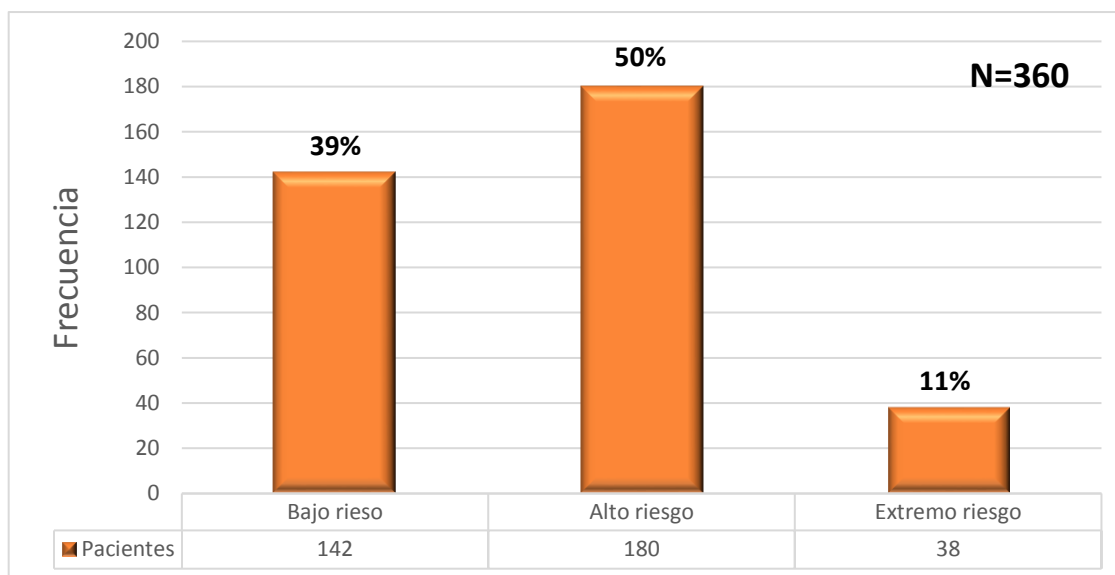
Gráfica 17. Distribución según las complicaciones que se obtuvieron durante el embarazo en las pacientes con riesgo obstétrico que asistieron a la consulta externa de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Regional de Zacapa de enero de 2013 a diciembre de 2017.



Fuente: Boleta de recolección de datos.

En esta gráfica se puede observar las principales complicaciones que se obtuvieron durante el embarazo de las cuales 12% (62 pacientes) con riesgo obstétrico tenían embarazo con presentación anómala, 11% (56 pacientes) con oligohidramnios, 8% (44 pacientes) con preeclampsia, 6% (30 pacientes) con sufrimiento fetal agudo, 6% (30 pacientes) con hipertensión gestacional, 5% (28 pacientes) con diabetes gestacional, 4% (23 pacientes) con amenaza de trabajo de parto pretérmino, 4% (22 pacientes) con polihidramnios, 4% (20 pacientes) con placenta previa, 4% (19 pacientes) eran Rh negativo, 4% (19 pacientes) con estrechez pélvica, 3% (16 pacientes) con anemia con hemoglobina <10g/dl, 3% (15 pacientes) con hemorragia vaginal >20 semanas, 2% (8 pacientes) con talla corta, 1% (6 pacientes) con papilomatosis y 23% (122 pacientes) no presentaron ninguna complicación durante el embarazo.

Gráfica 18. Distribución de la clasificación del embarazo en bajo, alto y extremo riesgo según la escala de Coopland en las pacientes con riesgo obstétrico que asistieron a la consulta externa de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Regional de Zacapa de enero de 2013 a diciembre de 2017.



Fuente: Boleta de recolección de datos.

En esta gráfica se puede observar que según la escala de Coopland 50% (180 pacientes) con riesgo obstétrico se encontraron en alto riesgo, 39% (142 pacientes) en bajo riesgo y 11% (38 pacientes) en extremo riesgo.

VIII. ANÁLISIS DE RESULTADOS

Habiendo culminado la investigación realizada en 360 pacientes con riesgo obstétrico atendidos en la consulta externa de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Regional de Zacapa durante el período de enero de 2013 a diciembre de 2017, se puede analizar y discutir diversos aspectos.

Ocurre un fenómeno interesante en cuanto a la edad de los casos estudiados, pues los más afectados no son los extremos de la vida como es esperado según literatura, ya que solo el 19% de la población estudiada se encontraba en la edad mayor de 35 años y un 8% en la edad menor de 16 años. La población que mayormente se atiende en la consulta externa se encuentran en el grupo etario de 16-34 años con 75% del total de los casos, que es un grupo el cual tiene menos riesgo de sufrir complicaciones durante el embarazo.

El 76% de los pacientes afectados residen en Zacapa, encontrándose casos en los municipios de Gualán, Huité, Cabañas, Rio Hondo, Estanzuela, Teculután, San Jorge, San Diego, Usumatlán, La Unión y su cabecera departamental, seguido de un 10% residentes en El Progreso y distribuidos en los municipios de Sanarate, El Jícaro, San Cristóbal Acasaguastlán, y San Agustín Acasaguastlán. Un 7% residentes de Chiquimula encontrándose caso en Concepción las Minas y la cabecera departamental. Y por último un 7% en Izabal en los municipios de Los Amates y Morales. Lugares de los cuales ha disminuido la mortalidad materna durante los últimos 4 años y solo en el departamento de Chiquimula hay un ligero aumento de casos.

En cuanto a su estado civil reporto encontrarse unida a su pareja con un 70% (253 pacientes), casada con un 22% (78 pacientes) y en minoría 8% (29 pacientes) solteras. La escolaridad de las pacientes es un factor importante para tomar en cuenta, debido a que dependiendo de ello se comprenderá mejor y por consiguiente se tendrá un manejo adecuado del embarazo durante el control prenatal. En su mayoría, los estudios correspondientes al nivel primario son los más frecuentemente encontrados con un 50%, seguido de las personas que no tienen ningún grado de escolaridad con un 24%, nivel básico con un 16%, diversificado con 7% y en su minoría nivel universitario con un 3%.

Esto en contraste con la ocupación más frecuentemente encontrada (oficios domésticos y comerciante) amas de casa que barren, limpian gallineros o tienen alguna venta, sobre todo permanecen en la casa la mayor parte del tiempo.

Dentro del estado nutricional de las pacientes con riesgo obstétrico, un 24% presentaban peso normal de acuerdo con la edad gestacional que tenía al momento del control prenatal, un 12% presentaba sobrepeso y un 8% tenía un bajo peso. El 56% restante no se identificó el estado nutricional ya que no se encontraba ningún dato de peso o de talla para sacar el IMC. Esto es un dato alarmante ya que, al no tener información adecuada sobre la alimentación de la paciente embarazada, no se obtiene conocimiento del estado nutricional, que es de vital importancia para ella misma como para el bebé en gestación. El déficit nutricional severo, antes y durante el embarazo, puede ser causa de infertilidad, aborto espontáneo, parto prematuro, malformaciones congénitas, menor peso de nacimiento y mayor probabilidad del niño, de enfermarse y morir en el momento de nacer o en los primeros días después del nacimiento. Mientras que la obesidad materna, se asocia a un mayor riesgo de hipertensión arterial, diabetes gestacional, cesárea y fórceps, debido a recién nacidos muy grandes.

El control del embarazo es primordial para reducir los accidentes perinatales al poderse identificar los principales riesgos evitables. En las pacientes que se estudiaron con riesgo obstétrico se observó que un 54% tenían 5 o menos número de controles prenatales y el 46% tuvieron 6 o más controles. Este es un dato de suma importancia ya que según la Organización Mundial de la Salud se recomienda que cada gestante tenga por lo mínimo 7 controles prenatales. Por el contrario, si se realizan menos de cinco o seis visitas, los expertos coinciden en que es difícil considerar que un embarazo está bien controlado.

Este control necesita una metódica y reiterada recopilación de información clínica que permita obtener una base de datos personal y familiar, de acontecimientos clínicos pasados y presentes, referente a la salud de la embarazada. Por lo que durante el primer control prenatal de las pacientes con riesgo obstétrico se obtuvo información acerca de los antecedentes médicos de los cuales el 11% presentaban diabetes mellitus II, 9% hipertensión arterial, 2% asma, 1% epilepsia, 1% artritis reumatoide y el 76% restante no presentaba ningún antecedente médico. En los antecedentes quirúrgicos el más

frecuente fue cesárea con un 74% ya que es un criterio importante de riesgo obstétrico. El 6% apendicectomía, 2% colecistectomía, 1% hernioplastia, 5% presentaba cualquier exploración pélvica como algún legrado intrauterino (LIU) o Aspiración Manual Endouterina (AMEU), etc. El 12% no presentaba ningún antecedente quirúrgico. Dentro de los antecedentes traumáticos, alérgicos y toxicológicos, se observó que la mayoría no presentaba ningún antecedente de importancia y pocos pacientes habían tenido alguna fractura en miembro inferior o superior derecho, eran alérgicos a la penicilina y habían estado expuestos al humo de leña.

Dentro de los antecedentes gineco obstétricos de las pacientes gestantes con riesgo se determinó que 61% presentaban hijos con un peso adecuado al momento de nacer, el 10% con bajo peso, 9% macrosomía y el 18% eran pacientes embarazadas por primera vez. Es importante conocer el peso al nacer del último bebé o el bebé de menor o mayor peso ya que pueden repetirse en próximas gestaciones por alguna causa previa que lo favorezca como enfermedades crónicas, hábito de fumar, malformaciones uterinas, miomas, etc. El 89% no tuvo ningún embarazo múltiple y solo 11% si habían tenido gemelos en alguna ocasión. Es un embarazo con mayor riesgo porque se asocia a parto prematuro. Además, dependiendo si el embarazo es de gemelos o mellizos, cada caso requiere un tratamiento diferente.

La planificación familiar es esencial para lograr el bienestar y la autonomía de las mujeres y, al mismo tiempo, apoyar la salud y el desarrollo de las comunidades. Por lo que fue un dato investigado en las pacientes con riesgo obstétrico donde se obtuvo que el 63% de las pacientes no tuvo planificación familiar y solo el 37% si utilizó algún método de planificación familiar. Dentro de los más destacados es el método inyectable con un 25%, 9% píldora y 3% método natural.

Las pacientes embarazadas que son atendidas en la consulta externa de Alto Riesgo presentan una o más complicaciones que se dieron en embarazos anteriores o en el embarazo actual, por las que son catalogas como embarazo en riesgo, dentro de las más destacables son oligohidramnios con un 70% de los casos, seguido de pacientes que presentaban embarazo con presentación anómala con un 11%, 10% de las pacientes habían tenido uno o más muertes fetales, 8% de las pacientes presentaron estrechez

pélvica y preeclampsia que es una enfermedad peligrosa, tanto para la madre como para el bebé, que puede sufrir una disminución de su crecimiento. 7% de las pacientes tuvieron trabajo de parto pretérmino, 5% sufrimiento fetal agudo ya sea por taquicardia fetal o bradicardia fetal. También el 5% presentaron diabetes gestacional, es una complicación frecuente con una prevalencia de 1 a 7% de los embarazos en el país. 4% tuvieron muerte neonatal y placenta previa. Las complicaciones con menor frecuencia fueron talla corta, papilomatosis y corioamnionitis. Es importante mencionar que un 4% de las pacientes presentaron polihidramnios y Rh negativo, un 3% anemia con hemoglobina <10g/dl y hemorragia vaginal al tener 20 semanas o más de gestación. Complicaciones que se dieron durante el embarazo al momento del estudio y que son de vital importancia conocerlas para estar preparados en cuestión de recursos y así utilizarlos al momento de que se den estas complicaciones.

Se ha observado por medio de la escala de Coopland que el 50% de las pacientes atendidas en la consulta externa de Alto Riesgo, presentan un embarazo de alto riesgo, dato importante ya que la mitad de la población si es catalogada adecuadamente, el 39% se encuentra en bajo riesgo ya que solo presenta cesárea anterior que equivale a dos puntos y no es criterio de alto riesgo. Pero se observa que el 11% de las pacientes presentan un extremo riesgo el cual debe ser manejado multidisciplinariamente y con equipo especial para su adecuado control.

IX. CONCLUSIONES

1. De los 360 pacientes sometidos a estudio con riesgo obstétrico; el grupo etario predominante fue de 16-34 años con 75% (270 casos); 24% de la población es analfabeta, el 76% reside en el municipio de Zacapa, el 70% se encontraba en unión libre y 72% era ama de casa.
2. En cuanto a los antecedentes patológicos, el 11% presentaba diabetes mellitus II, 9% hipertensión arterial y 2% asma. El 74% tenían antecedente de cesárea; 6% apendicectomía y 5% presentaba alguna exploración pélvica. El 96% no presentaba ningún antecedente traumático y 98% ningún antecedente alérgico. En cuanto a los antecedentes toxicológicos, el 17% de la población había estado expuesta al humo de leña.
3. Dentro de los antecedentes gineco obstétricos, el 63% no utiliza ningún método de planificación familiar, el 54% solo presenta un número de 5 o menos controles prenatales en todo el embarazo, el 56% no tenía ningún dato de peso o talla en el registro clínico, 24% con peso adecuado a la edad gestacional, 12% sobrepeso y 8% bajo peso. El 61% tuvieron hijos con un peso normal al momento de nacer, pero el 10% presentó bajo peso y el 9% macrosomía. El 11% presentaba diagnóstico de embarazo múltiple.
4. Las complicaciones más frecuentemente encontradas durante el embarazo en pacientes con riesgo obstétrico fueron en un 17% oligohidramnios; 11% embarazo con presentación anómala y el 14% no presentó ninguna complicación.
5. En cuanto a la clasificación del embarazo, por medio de la escala de Coopland, el 50% se encontraba en alto riesgo; 39% en bajo riesgo y el 11% en extremo riesgo.

X. RECOMENDACIONES

1. Al Ministerio de Salud Pública con colaboración del Ministerio de Educación fortalecer la atención primaria en salud a través de la promoción y educación sobre la importancia de un adecuado control prenatal, realizando programas educativos sobre el número de visitas al médico, salud reproductiva, estilos de vida saludables con buena alimentación tanto para la mujer embarazada como para su familia, la importancia de tener planificación familiar y sus diferentes métodos; por medio de campañas, asambleas comunitarias, formación de grupos de adolescentes y visitas a centros educativos.
2. Al departamento de ginecología y obstetricia del Hospital Regional de Zacapa que los resultados de este estudio sirvan como base para la utilización de protocolos actualizados en cuando a riesgo obstétrico y capacitar al postgrado de ginecología y obstetricia en el adecuado manejo de las diferentes complicaciones que se han obtenido durante los últimos cuatro años para un mejor monitoreo y control prenatal de las pacientes con bajo, alto y en especial extremo riesgo y así disminuir la morbilidad materna y neonatal.
3. Al servicio de consulta externa del departamento de ginecología y obstetricia del Hospital Regional de Zacapa, a implementar la escala de Coopland desde el primer control prenatal para la adecuada clasificación de las pacientes con riesgo obstétrico y así brindarles un control especializado de acuerdo con el resultado obtenido.
4. Al personal médico y estudiantes de pregrado del departamento de ginecología y obstetricia del Hospital Regional de Zacapa se recomienda llevar un registro clínico completo que incluya datos gineco-obstétricos, antecedentes y estado nutricional para determinar si la paciente podría tener factores de riesgo que se pudieran corregir y así disminuir complicaciones futuras.

XI. PROPUESTA

CLASIFICACIÓN DEL EMBARAZO DE RIESGO POR MEDIO DE LA ESCALA DE COOPLAND

Tomando en consideración los resultados obtenidos en esta investigación y considerando que la clasificación de las pacientes con riesgo obstétrico es de suma importancia para el adecuado control prenatal se procede a realizar la siguiente propuesta, con el fin de dar a conocer la escala de Coopland, para la implementación de esta durante el primer control de la paciente embarazada.

a. Introducción

Se observó que toda paciente embarazada tiene riesgo de sufrir una o varias complicaciones si no tiene un adecuado control prenatal, por lo mismo es importante que en la primera consulta de la paciente gestante se obtenga un registro clínico completo y por medio de esos datos y por la escala de Coopland se clasifique el embarazo de la paciente con riesgo y de acuerdo con el resultado obtenido se brinde un control y monitoreo específico para cada paciente

b. Objetivo

Que el personal médico, paramédico y estudiantes de pregrado del departamento de ginecología y obstetricia tengan el conocimiento de la escala de Coopland para la utilización de esta durante el control prenatal de la paciente con riesgo obstétrico que se atiende en la consulta externa de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Regional de Zacapa.

c. Planteamiento de propuesta

Se dará un taller informativo acerca de la escala de Coopland, sus diferentes aspectos y ponderación de los mismos y luego se colocará una manta vinílica con la escala de Coopland para poder clasificar el embarazo de cada paciente con riesgo que se atiende en la consulta externa de Alto Riesgo y así el personal que labora en este servicio la utilice y el resultado lo coloque en el registro clínico de la paciente para que en cada control prenatal se le brinde una atención de cálida.

XII. BIBLIOGRAFÍA

Acevedo, M; Aguilar, L; Armas, B; Velásquez, D. 2012. Complicaciones en el embarazo de riesgo obstétrico de las pacientes que acuden a la consulta del Hospital Dr. Adolfo Prince Lara, Puerto Cabello, Carabobo, Venezuela; quinquenio 2007-2011 (en línea). Tesis Lic. Valencia, Venezuela, Universidad de Carabobo, Facultad de Ciencias de la Salud. 21 p. Consultado 05 ene. 2018. Disponible en <http://mriuc.bc.uc.edu.ve/bitstream/handle/123456789/2602/acagarve.pdf?sequence=1>

AIEPI (Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia). 2013. Salud materna y neonatal: atención preconcepcional, prenatal y posnatal inmediata (en línea). Bogotá, Colombia, OPS. 198 p. Consultado 05 ene. 2018. Disponible en http://www.paho.org/coL/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=documentos-2015&alias=1748-libro-aiepi-2014-ver-web&Itemid=688

Arias, F. 1994. Guía práctica para el embarazo y el parto del alto riesgo. 2 ed. Madrid, España, Mosby, Doyma, Libros. XIII, 475 p.

CONAMED (Comisión Nacional de Arbitraje Médico). 2003. Recomendaciones generales para mejorar la calidad de la atención obstétrica (en línea). México. 52 p. Consultado 08 feb. 2018. Disponible en <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7590.pdf>

Ellington, AV; Salazar Mayén, VL. 2014. Eficiencia de la hoja de clasificación de riesgo obstétrico y perinatal, utilizada en el Hospital Regional de Zacapa (en línea). Tesis Lic. Chiquimula, Guatemala, USAC-CUNORI. 74 p. Consultado 08 feb. 2018. Disponible en <http://cunori.edu.gt/descargas/EFICIENCIA DE LA HOJA DE CLASIFICACION DE RIESGO OBSTTRICO Y PERINATAL UTILIZADA EN EL HOSP.pdf>

Martinez Campos, R. 2007. Detección oportuna de factores de riesgo del embarazo en la consulta externa del Hospital Escuela U.V. (en línea). Revista Médica de la Universidad Veracruzana 7(1):14-21. Consultado 05 ene. 2018. Disponible en <http://www.medigraphic.com/pdfs/veracruzana/muv-2007/muv071c.pdf>

Martínez Royert, J; Pereira Peñate, M. 2016. Caracterización de las gestantes de alto riesgo obstétrico (ARO) en el departamento de Sucre, Colombia,2015 (en línea). Salud Uninorte 32(3):452-460. Consultado 05 ene. 2018. Disponible en <http://www.redalyc.org/pdf/817/81750089008.pdf>

OMS (Organización Mundial de la Salud, Guatemala). 2010. Guías mortalidad materna (en línea, sitio web). Guatemala, OPS/OMS. Consultado 05 ene. 2018. Disponible en http://www.paho.org/gut/index.php?option=com_content&view=article&id=264:guias-mortalidad-materna&Itemid=213

Ordoñez M, JE. 2005. Evaluación del riesgo materno-neonatal durante el embarazo (en línea). Revista Investigaciones Andina 7(10): 38-47. Consultado 01 mar. 2018. Disponible en <http://revia.areandina.edu.co/ojs/index.php/IA/article/view/167>

Pazmiño de Osorio, S. 1981. Clasificación del embarazo de alto riesgo (en línea). Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana 90(3):239-244. Consultado 08 feb. 2018. Disponible en <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/17189/v90n3p239.pdf?sequence=1>

Rigol Ricardo, O. 2004. Obstetricia y ginecología (en línea). Habana, Cuba, Editorial Ciencias Médicas. 438 p. Consultado 01 mar. 2018. Disponible en https://apuntesdemedicina.files.wordpress.com/2012/01/ginecologia_obstetricia.pdf

Suárez Ojeada, EN. 1982. El enfoque de riesgo en la atención perinatal y maternoinfantil (en línea). Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana 92(6):482-493. Consultado 05 ene 2018. Disponible en [http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/17118/v92n6p482.pdf?sequence=](http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/17118/v92n6p482.pdf?sequence=1)

Velázquez Gómez, BE. 1997. Evaluación de la utilización de la tabla de Coopland modificada como alternativa en el diagnóstico de embarazos de alto riesgo obstétrico (en línea). Tesis Lic. Guatemala, USAC, Facultad de Ciencias Médicas. 30 p. Consultado 08 feb. 2018. Disponible en http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_7660.pdf



XIII. ANEXOS

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

CARACTERIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA Y CLÍNICA DE PACIENTES CON RIESGO OBSTÉTRICO ATENDIDAS EN LA CONSULTA EXTERNA DE ALTO RIESGO OBSTÉTRICO DEL HOSPITAL REGIONAL DE ZACAPA

I. DATOS EPIDEMIOLÓGICOS

Edad: _____ Peso: _____ Talla: _____ IMC: _____

Procedencia:

Depto.: _____ Municipio: _____ Aldea: _____

Estado civil:

Soltera Unida Casada

Escolaridad:

Analfabeta Primaria Básico Diversificado Universidad

Ocupación:

Antecedentes patológicos:

Médicos: _____ Quirúrgicos: _____

Traumáticos: _____ Alérgicos: _____

Toxicológicos: _____

Antecedentes gineco-obstétricos:

G: AB: P: C: HV: HM:

- Peso al nacer del último bebe: <2,500g. (5lbs. 8onzas.) >4,500g. (9lbs. 9onzas).
- Diagnóstico o sospecha de embarazo múltiple: Si No
- Período intergenésico:
- Planificación familiar: Si No
¿Cuál?: _____
- Complicaciones en embarazos anteriores:
 - ✓ Muerte fetal
 - ✓ Muerte neonatal
 - ✓ Hemorragia post parto
 - ✓ Diabetes gestacional
 - ✓ Hipertensión inducida en el embarazo: ¿Cuál?: _____
 - ✓ Malformación congénita
 - ✓ Otros: _____
- No. Control prenatal: _____

II. DATOS CLÍNICOS

Complicaciones durante el embarazo:

- Paciente Rh negativo
- Anemia (Hb <10g/dl)
- Hemorragia vaginal: >20 semanas <20semanas
- Embarazo prolongado
- RPMO
- Polihidramnios
- Hipertensión inducida en el embarazo: ¿Cuál?: _____
- Enfermedades infectocontagiosas: ¿Cuál?: _____
- Presentación anómala Otros:

ESCALA DE COOPLAND

ESCALA DE COOPLAND		
HISTORIA REPRODUCTIVA Edad: <16=1 16-35=0 >35=2 _____ Núm. Partos: 0=1 1-4=0 >5=2 _____ Dos o más Abortos o historia De infertilidad =1 _____ Hemorragia posparto O legrado manual =1 _____ Hijo >4kg =1 _____ Hijo <2.5kg =1 _____ Toxemia o Hipertensión =2 _____ Cesárea previa =2 _____ Parto anormal O difícil =2 _____ COLUMNAS TOTALES _____	CONDICIONES ASOCIADAS Cirugía ginecológica previa =1 _____ Enfermedad renal Crónica =1 _____ Diabetes gestacional =1 _____ Diabetes Mellitus =3 _____ Enfermedad Cardíaca =3 _____ Otros trastornos médicos importantes (puntuación de 1 a 3 en función de la gravedad) = _____	EMBARAZO ACTUAL Hemorragia vaginal <20 semanas =1 _____ >20 semanas =3 _____ Anemia (<10g%) =1 _____ Embarazo Prolongado =1 _____ Hipertensión =2 _____ Rotura prematura De membranas =2 _____ Polihidramnios =2 _____ Embarazo múltiple =3 _____ Presentación anómala =3 _____ Rh Isoinmunización =3 _____
PUNTUACIÓN TOTAL (suma de las Tres columnas) _____	_____	_____ Bajo riesgo 0-2 Alto riesgo 3-6 Riesgo severo >7

CARACTERIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA Y CLÍNICA DE PACIENTES CON RIESGO OBSTÉTRICO

Karla A. Rivera ⁴, Dr. Ronaldo A. Retana ³, Dr. Carlos Arriola ², Dr. Edwin D. Mazariegos ^{1y2}

Universidad de San Carlos de Guatemala, Centro Universitario de Oriente, CUNORI, finca el Zapotillo zona 5 Chiquimula
tel. 78730300 ext. 1027.

RESUMEN

Introducción: Los embarazos de riesgo son aquellos casos en los que, por coincidir durante la gestación, en el parto o en el neonato circunstancias biomédicas, psicológicas y sociales o de otra índole, se acompañan de una morbilidad materna y perinatal superior a la de la población general. **Material y métodos:** se realizó un estudio descriptivo transversal en 360 pacientes con riesgo obstétrico tratados en la consulta externa de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Regional de Zacapa desde enero de 2013 a diciembre de 2017. **Resultados:** El 75% de las gestantes se encontraba entre 16-34 años; 76% procedentes de Zacapa; 50% de la población tiene estudios a nivel primario; 70% de la población se encontraba en unión libre y 72% ama de casa; 76% no presentaba ningún antecedente médico; El 74% tenían antecedente de cesárea. El 63% no habían utilizado algún método de planificación familiar y un 54% tuvieron un número de 5 o menos controles prenatales. El 24% presentaba un estado nutricional adecuado de acuerdo con la edad gestacional; 17% presentaron complicaciones de oligohidramnios; 11% embarazo con presentación anómala. En cuanto a la clasificación del embarazo, por medio de la escala de Coopland, el 50% se encontraba en alto riesgo; 39% en bajo riesgo y el 11% en extremo riesgo. **Discusión:** El municipio de Zacapa fue la que presentó mayor número de gestantes de riesgo. Entre las complicaciones preexistentes más frecuentes se encontró oligohidramnios, presentación anómala y muerte fetal. Esta investigación servirá como referente para proporcionar conocimiento respecto al perfil de las gestantes de riesgo que se atienden en la consulta externa de Alto Riesgo del Hospital Regional de Zacapa, para que los profesionales involucrados en su atención desempeñen un rol que permita contribuir al control y prevención de las complicaciones en ellas y en la reducción significativa de la mortalidad materna.

Palabras Clave: Embarazo de riesgo, escala de Coopland

^{1y2} Coordinador de la Carrera de Médico y Cirujano, CUNORI y revisor de Tesis, Dr. Edwin Mazariegos; dr_mazariegos@yahoo.es

² Revisor de tesis.

³ Asesor de tesis.

⁴ Investigadora.

EPIDEMIOLOGICAL AND CLINICAL CHARACTERIZATION OF PATIENTS WITH OBSTETRIC RISK

Karla A. Rivera ⁴, Dr. Ronaldo A. Retana ³, Dr. Carlos Arriola ², Dr. Edwin D. Mazariegos ^{1y2}

Universidad de San Carlos de Guatemala, Centro Universitario de Oriente, CUNORI, finca el Zapotillo zona 5 Chiquimula
tel. 78730300 ext. 1027.

ABSTRACT

Introduction: The risk pregnancies are those cases in which, due to coinciding during pregnancy, during delivery or in the neonate, biomedical, psychological and social or other circumstances, they are accompanied by a higher rate of maternal and perinatal morbidity and mortality than that of the general population. **Material and methods:** a transversal descriptive study was carried out in 360 patients with obstetric risk treated in the outpatient clinic of High Obstetric Risk of the Zacapa Regional Hospital from January 2013 to December 2017. **Results:** the 75% of the pregnant women were between 16-34 years old with; 76% from Zacapa; 50% of the population has studies at the primary level; 70% of the population was in free union and 72% housewife; 76% had no medical history; 74% had a history of cesarean section. 63% had not used any method of family planning and 54% had a number of 5 or less prenatal check-ups. 24% had an adequate nutritional status according to gestational age; 17% presented complications of oligohydramnios; 11% pregnancy with abnormal presentation. Regarding the pregnancy classification, by means of the Coopland scale, 50% were at high risk; 39% at low risk and 11% at extreme risk. **Discussion:** The department of Zacapa was the one that presented the greatest number of pregnant women at risk. Among the most frequent preexisting complications were oligohydramnios, anomalous presentation and fetal death. This research will serve as a reference to provide knowledge about the profile of pregnant women at risk in the outpatient High Risk of the Regional Hospital of Zacapa, so that the professionals involved in their care play a role that allows to contribute to control and prevention of complications in them and in the significant reduction of maternal mortality.

Key words: Risk pregnancy, Coopland scale, prenatal control.

^{1y2}Coordinador de la Carrera de Médico y Cirujano, CUNORI y revisor de Tesis, Dr. Edwin Mazariegos; dr_mazariegos@yahoo.es

² Revisor de tesis.

³ Asesor de tesis.

⁴ Investigadora.

Introducción:

El embarazo de riesgo es aquel en que la probabilidad de enfermedad o muerte antes, durante o después del parto es mayor que lo habitual para la madre como para el niño.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) cada día pierden la vida 1,500 mujeres a causa de complicaciones durante el embarazo, parto y post parto. Según los registros del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), en Guatemala, en los últimos nueve años han muerto 2,431 mujeres a causa de complicaciones relacionadas con el parto, muchas de las cuales son prevenibles.

En la actualidad, la salud de la madre continúa siendo un problema en la mayoría de los países en desarrollo, debido a las condiciones de inequidad y vulnerabilidad en que vive la mayor parte de sus poblaciones y de las deficiencias estructurales en la prestación de los servicios de salud. Para el caso de la población de mujeres en edad reproductiva, su perfil epidemiológico se caracteriza por presentar enfermedades y muertes ligadas especialmente a eventos obstétricos.

La atención primaria de salud permite identificar tempranamente las numerosas causas directas e indirectas que nos pueden ocasionar complicaciones durante la gestación y así provocar la muerte en el embarazo. Las complicaciones obstétricas y perinatales son causadas por factores en su mayoría modificables tales como: pacientes que no llevaron control prenatal, control prenatal inadecuado, problemas socioeconómicos de acceso a servicios de salud, factores biológicos, enfermedades degenerativas, entre otros. Por esta razón, se pretende estudiar las características epidemiológicas y clínicas de las pacientes con riesgo Obstétrico que se atienden en la consulta externa de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Regional de Zacapa a través de una boleta de recolección de datos.

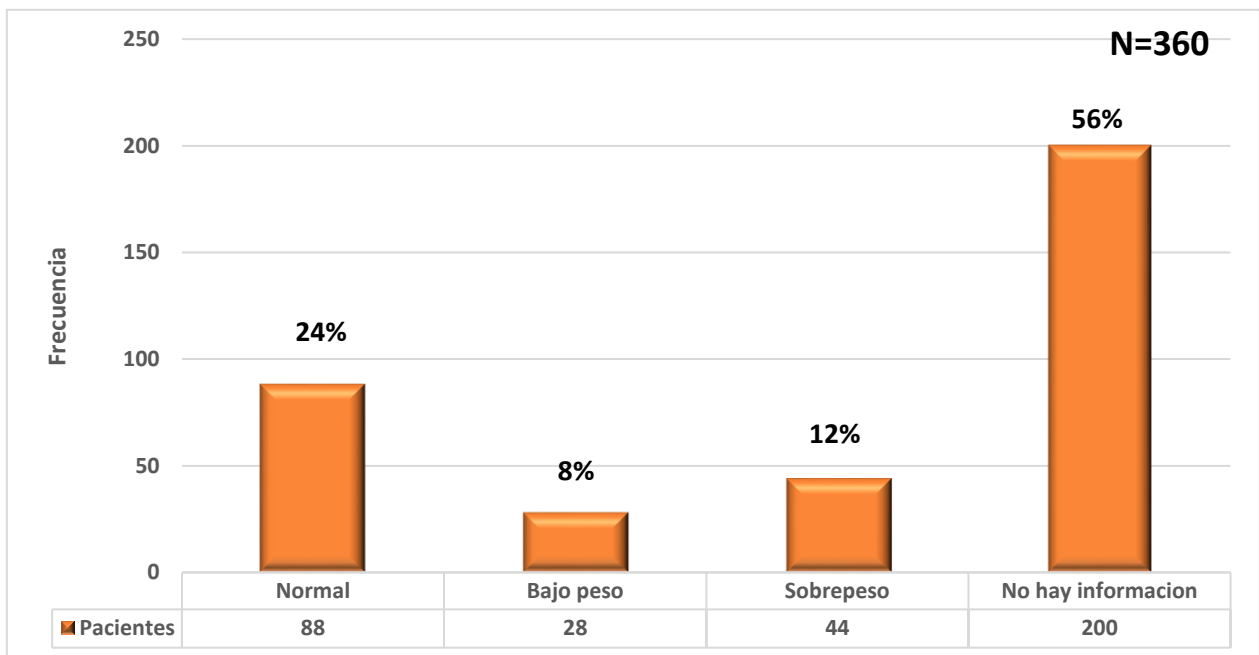
Materia y métodos:

La presente investigación consistió en un estudio de tipo descriptivo transversal sobre las principales características epidemiológicas y clínicas de las pacientes con embarazo de riesgo que fueron atendidas en la consulta externa de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Regional de Zacapa, durante enero de 2013 a diciembre de 2017. Se revisaron 360 expedientes clínicos y por medio de la boleta de recolección de datos se recolectó y ordenó la información necesaria que nos permitió de esta forma identificar los factores de riesgo para el desarrollo de actividades que permitan disminuir o prevenir complicaciones obstétricas.

Resultados y discusión:

La población que mayormente se atiende en la consulta externa se encuentran en el grupo etario de 16-34 años con 75% del total de los casos. El 76% de los pacientes afectados residen en Zacapa; 10% residentes en El Progreso; 7% residentes de Chiquimula y 7% en Izabal. En cuanto a su estado civil reporto encontrarse unida a su pareja con un 70%, casada con un 22% y en minoría 8% solteras. La escolaridad de las pacientes es un factor importante para tomar en cuenta, debido a que dependiendo de ello se comprenderá mejor y por consiguiente se tendrá un manejo adecuado del embarazo durante el control prenatal. En su mayoría, los estudios correspondientes al nivel primario son los más frecuentemente encontrados con un 50%, seguido de las personas que no tienen ningún grado de escolaridad con un 24%, nivel básico con un 16%, diversificado con 7% y en su minoría nivel universitario con un 3%.

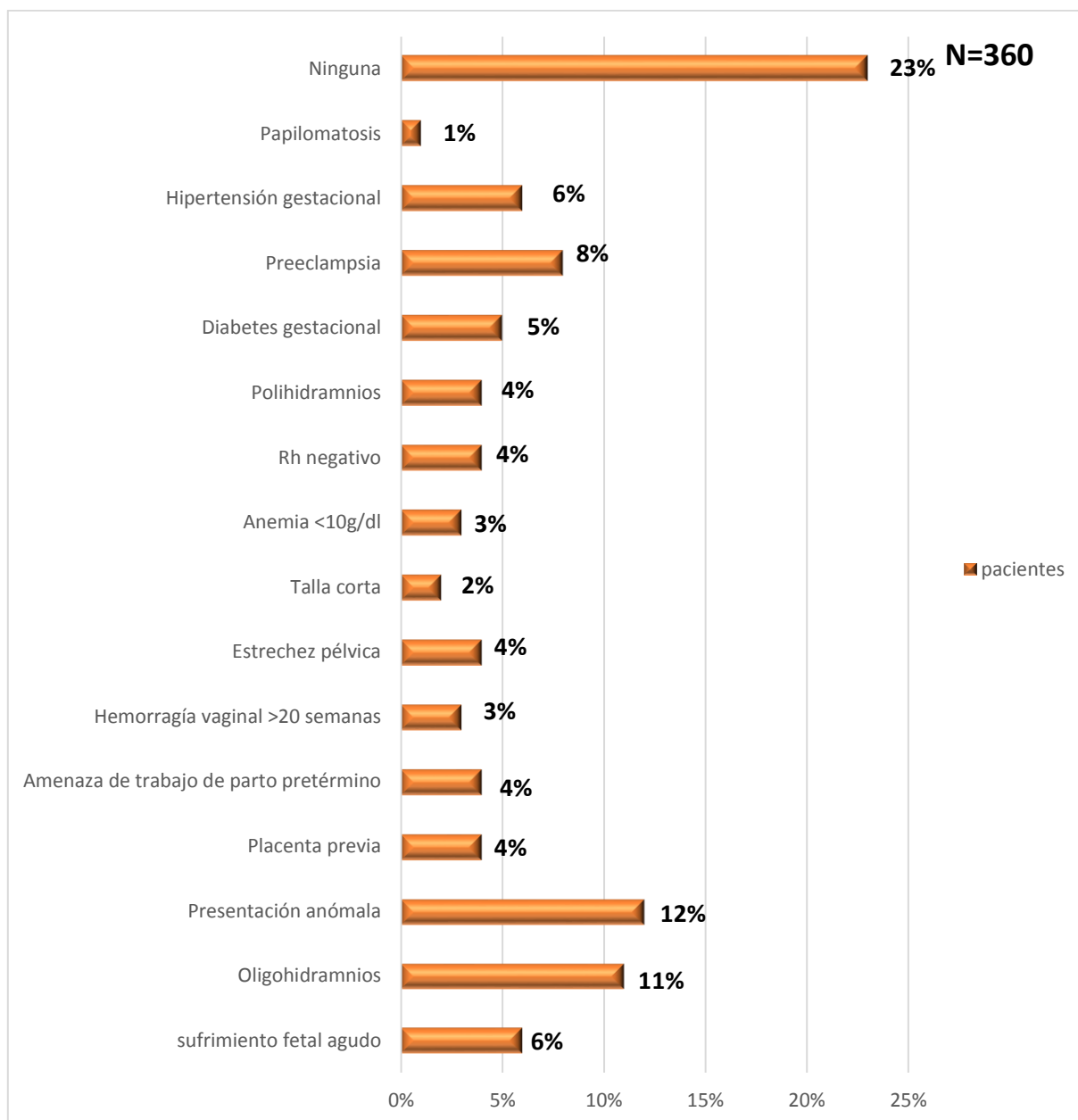
Dentro del estado nutricional de las pacientes con riesgo obstétrico, un 24% presentaban peso normal de acuerdo con la edad gestacional que tenía al momento del control prenatal, un 12% presentaba sobrepeso y un 8% tenía un bajo peso. El 56% restante no se identificó el estado nutricional ya que no se encontraba ningún dato de peso o de talla para sacar el IMC. Esto es un dato alarmante ya que, al no tener información adecuada sobre la alimentación de la paciente embarazada, no se obtiene conocimiento del estado nutricional, que es de vital importancia para ella misma como para el bebé en gestación. En las pacientes que se estudiaron con riesgo obstétrico se observó que un 54% tenían 5 o menos número de controles prenatales y el 46% tuvieron 6 o más controles.



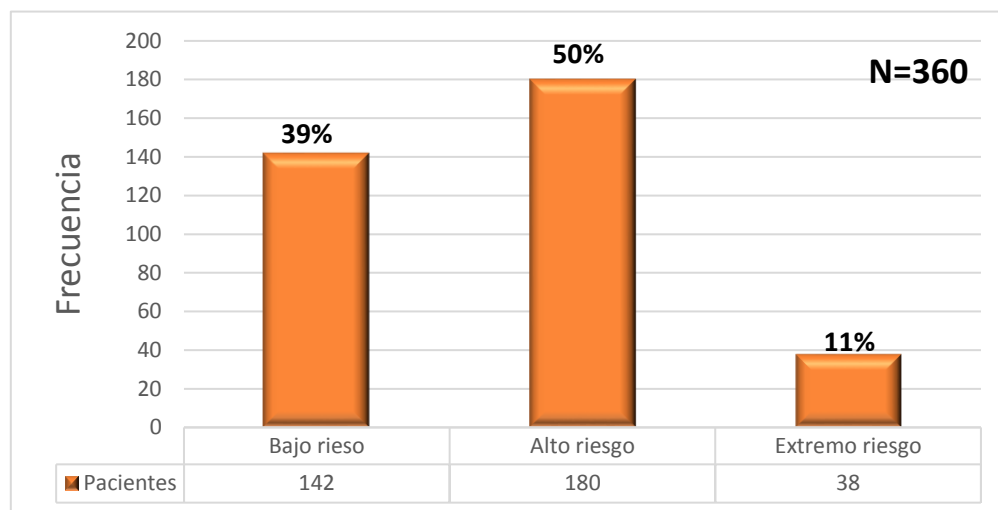
Durante el primer control prenatal de las pacientes con riesgo obstétrico se obtuvo información acerca de los antecedentes médicos de los cuales el 11% presentaban diabetes mellitus II, 9% hipertensión arterial, 2% asma, 1% epilepsia, 1% artritis reumatoide y el 76% restante no presentaba ningún antecedente médico. En los antecedentes quirúrgicos el más frecuente fue cesárea con un 74% ya que es un criterio importante de riesgo obstétrico. El 6% apendicectomía, 2% colecistectomía, 1% hernioplastia, 5% presentaba cualquier exploración pélvica como algún legrado intrauterino (LIU) o Aspiración Manual Endouterina (AMEU), etc. El 12% no presentaba ningún antecedente quirúrgico. Dentro de los antecedentes traumáticos, alérgicos y toxicológicos, se observó que la mayoría no presentaba ningún antecedente de importancia. Dentro de los antecedentes gineco obstétricos de las pacientes gestantes con riesgo se determinó que 61% presentaban hijos con un peso adecuado al momento de nacer, el 10% con bajo peso, 9% macrosomía y el 18% eran pacientes embarazadas por primera vez. El 89% no tuvo ningún embarazo múltiple y solo 11% si habían tenido gemelos en alguna ocasión. La planificación familiar es esencial para lograr el bienestar y la autonomía de las mujeres y, al mismo tiempo, apoyar la salud y el desarrollo de las comunidades. Por lo que fue un dato investigado en las pacientes con riesgo obstétrico

donde se obtuvo que el 63% de las pacientes no tuvo planificación familiar y solo el 37% si utilizo algún método de planificación familiar. Dentro de los más destacados es el método inyectable con un 25%, 9% píldora y 3% método natural.

Las complicaciones más frecuentemente encontradas en las pacientes embarazadas que son atendidas en la consulta externa de Alto Riesgo son oligohidramnios con un 70% de los casos, seguido de pacientes que presentaban embarazo con presentación anómala con un 11%; 10% de las pacientes habían tenido uno o más muertes fetales, 8% de las pacientes presentaron estrechez pélvica y preeclampsia que es una enfermedad peligrosa tanto para la madre como para el bebé, que puede sufrir una disminución de su crecimiento. El 7% de las pacientes tuvieron trabajo de parto pretérmino; 5% sufrimiento fetal agudo ya sea por taquicardia fetal o bradicardia fetal. También el 5% presentaron diabetes gestacional, es una complicación frecuente con una prevalencia de 1 a 7% de los embarazos en el país. 4% tuvieron muerte neonatal y placenta previa.



Se ha observado por medio de la escala de Coopland que el 50% de las pacientes atendidas en la consulta externa de Alto Riesgo, presentan un embarazo de alto riesgo, dato importante ya que la mitad de la población si es catalogada adecuadamente, el 39% se encuentra en bajo riesgo ya que solo presenta cesárea anterior que equivale a dos puntos y no es criterio de alto riesgo. Pero se observa que el 11% de las pacientes presentan un extremo riesgo el cual debe ser manejado multidisciplinariamente y con equipo especial para su adecuado control.



Agradecimientos:

A la Universidad de San Carlos de Guatemala y al Centro Universitario de Oriente por brindarme en sus instalaciones la formación como profesional. Al Hospital Regional de Zacapa por ser mi segundo hogar en los últimos tres años de estudio, donde aprendí el valor de la amistad, adquirí conocimientos profesionales y me enseñó el valor de la perseverancia, tolerancia y belleza de nuestra carrera.

Bibliografía:

- Arias, F. 1994. Guía práctica para el embarazo y el parto del alto riesgo. 2 ed. Madrid, España, Mosby, Doyma, Libros. XIII, 475 p.
- Ellington, AV; Salazar Mayén, VL. 2014. Eficiencia de la hoja de clasificación de riesgo obstétrico y perinatal, utilizada en el Hospital Regional de Zacapa (en línea). Tesis Lic. Chiquimula, Guatemala, USAC-CUNORI. 74 p. Consultado 08 feb. 2018. Disponible en <http://cunori.edu.gt/descargas/EFICIENCIA DE LA HOJA DE CLASIFICACION DE RIESGO OBSTTRICO Y PERINATAL UTILIZADA EN EL HOSP.pdf>
- OMS (Organización Mundial de la Salud, Guatemala). 2010. Guías mortalidad materna (en línea, sitio web). Guatemala, OPS/OMS. Consultado 05 ene. 2018. Disponible en http://www.paho.org/gut/index.php?option=com_content&view=article&id=264:guias-mortalidad-materna&Itemid=213
- Rigol Ricardo, O. 2004. Obstetricia y ginecología (en línea). Habana, Cuba, Editorial Ciencias Médicas. 438 p. Consultado 01 mar. 2018. Disponible en https://apuntesdemedicina.files.wordpress.com/2012/01/ginecologia_obstetricia.pdf
- Suárez Ojeada, EN. 1982. El enfoque de riesgo en la atención perinatal y maternoinfantil (en línea). Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana 92(6):482-493. Consultado 05 ene 2018. Disponible en <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/17118/v92n6p482.pdf?sequence=>

Velázquez Gómez, BE. 1997. Evaluación de la utilización de la tabla de Coopland modificada como alternativa en el diagnóstico de embarazos de alto riesgo obstétrico (en línea). Tesis Lic. Guatemala, USAC, Facultad de Ciencias Médicas. 30 p. Consultado 08 feb. 2018. Disponible en http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_7660.pdf