



UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CUENCA

COMUNIDAD
EDUCATIVA AL
SERVICIO DEL PUEBLO

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE MEDICINA

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO, OBSTÉTRICO Y COMPLICACIONES EMBARAZO
DE ALTO RIESGO EN USUARIAS DEL “HOSPITAL VICENTE CORRAL
MOSCOSO”, AÑO 2018.**

**TRABAJO DE GRADUACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
MÉDICA**

AUTORA:

ANDREA ESTEFANÍA BRAVO CHICA

DIRECTORA Y ASESORA:

DRA. JEANNETH PATRICIA TAPIA CÁRDENAS

CUENCA - ECUADOR

2019

RESUMEN

ANTECEDENTES: las gestaciones de riesgo predisponen a complicaciones, las cuales repercuten en la morbilidad y mortalidad materna y neonatal, con serias repercusiones no sólo en la esfera familiar sino también social.

OBJETIVO: determinar el perfil epidemiológico, obstétrico y complicaciones embarazo de alto riesgo en usuarias del “Hospital Vicente Corral Moscoso”, año 2018.

MATERIALES Y MÉTODOS: estudio observacional, descriptivo, transversal. Se revisó mediante muestreo aleatorio simple 222 historias clínicas de gestantes con alto riesgo que cumplieron con los criterios de inclusión. Se aplicó estadística descriptiva, para variables cuantitativas se utilizó media y desviación estándar y para cualitativas frecuencias y porcentajes.

RESULTADOS: el grupo etario entre 20 a 24 años se presentó en un 35.1%, unión libre en 45.5%, de áreas urbanas en 65.3% y un 61.3% instrucción secundaria; 58.6% fueron categorizadas gestantes de muy alto riesgo, el 67.6% tuvieron > 5 controles prenatales, 50% eran nulíparas, 66.7% embarazos a término con vía de parto mediante cesárea en el 76.6%. El 99.5% presentaron complicaciones durante su embarazo, la infección de vías urinarias se encontró en el 25.7%; el 52.7% tuvo alteraciones durante el parto, prevaleciendo las distocias en un 34.2%; en el puerperio el 46.4% presentaron alteraciones, siendo la anemia la más común con el 34.2%. El 46.6% de neonatos presentó complicaciones, la prematurez predominó en un 22.4%.

CONCLUSIONES: fue elevada la frecuencia de complicaciones durante la gestación, parto, puerperio y neonatales en gestantes categorizadas con alto y muy alto riesgo obstétrico.

PALABRAS CLAVE: embarazo, riesgo, complicaciones.

ABSTRACT

BACKGROUND: risk gestations predispose to complications, which have an impact on maternal and neonatal morbidity and mortality, with serious repercussions not only in the family but also in the social sphere.

OBJECTIVE: to determine the epidemiological profile, obstetric and high risk pregnancy complications in users of the "Vicente Corral Moscoso Hospital", year 2018.

MATERIALS AND METHODS: observational, descriptive, cross-sectional study. 222 clinical records of pregnant women at high risk who met the inclusion criteria were reviewed by simple random sampling. Descriptive statistics were applied, for quantitative variables means and standard deviation were specified and for qualitative frequencies and percentages.

RESULTS: the age group between 20 and 24 years old showed up in 35.1%, free union in 45.5%, of urban areas in 65.3% and 61.3% secondary education; 58.6% were categorized as very high-risk pregnant women, 67.6% had > 5 prenatal controls, 50% were nulliparous, 66.7% full-term pregnancies with cesarean delivery in 76.6%. 99.5% of the complications found during pregnancy, urinary tract infection were found in 25.7%; 52.7% had alterations during childbirth, dystocia prevailing in 34.2%; in the puerperium, 46.4% of alterations, anemia being the most common with 34.2%. 46.6% of infants presented complications, respiratory distress predominated in 19.6%.

CONCLUSIONS: increases the frequency of complications during pregnancy, childbirth, puerperium and neonatal in pregnant women categorized with high and very high obstetric risk.

KEY WORDS: pregnancy, risk, complications.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

RESUMEN	2
ABSTRACT	3
CAPÍTULO I	11
1.1. INTRODUCCIÓN	11
1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	12
1.3. JUSTIFICACIÓN	14
CAPÍTULO II	16
2. FUNDAMENTO TEÓRICO	16
2.1. ANTECEDENTES	16
2.2. BASES TEÓRICAS	18
2.2.1. Embarazo	18
2.2.2. Clasificación según semanas de gestación	18
2.2.3. Control prenatal	19
2.2.4. Embarazo de riesgo	20
2.2.5. Clasificación de Riesgo Obstétrico	20
2.2.6. Complicaciones de los embarazos de alto riesgo	23
2.2.6.1. Complicaciones maternas	23
2.2.6.2. Complicaciones neonatales en embarazos de riesgo	26
CAPÍTULO III	27
3. OBJETIVOS	27
3.1 OBJETIVO GENERAL	27
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	27
CAPÍTULO IV	28
4. DISEÑO METODOLÓGICO	28
4.1. Tipo de estudio	28
4.2. Área de estudio	28
4.3. Población de estudio	28
4.4. Muestra	28
4.5. Unidades muestrales	28
4.6. Criterios de inclusión y exclusión	28
4.7. Variables	29

4.8. Métodos, técnicas e instrumentos para la recolección de la información	29
4.9. Aspectos éticos	30
CAPÍTULO V	31
5. RESULTADOS	31
5.1. Caracterización sociodemográficas de la población de estudio.....	31
5.2. Características obstétricas de la población de estudio	32
5.3. Complicaciones maternas	33
5.3.1. Complicaciones durante la gestación	33
5.3.2. Complicaciones durante la labor de parto y el parto.....	35
5.3.3. Complicaciones durante el puerperio.....	36
5.4. Características y complicaciones neonatales	38
CAPÍTULO VI	41
6. DISCUSIÓN.....	41
CAPÍTULO VII	45
7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	45
7.1. CONCLUSIONES.....	45
7.2. RECOMENDACIONES.....	46
8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	47
ANEXO 1: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	55
ANEXO 2: FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	58
ANEXO 3: PRESUPUESTO	59
ANEXO 4: CRONOGRAMA	59
ANEXO 5: MUESTREO ALEATORIO SIMPLE	60
ANEXO 6: OFICIO BIOÉTICA	62
ANEXO 7: OFICIO DE COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN.....	63
ANEXO 8: OFICIO DE AUTORIZACIÓN HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO	64
ANEXO 9: INFORME ANTIPLAGIO	65
ANEXO 10: RUBRICA PARES REVISORES 1	66
ANEXO 11: RUBRICA PARES REVISORES 2	67
ANEXO 12: RUBRICA REVISIÓN DE DIRECCIÓN DE CARRERA	68
ANEXO 13: INFORME DE CULMINACIÓN DE TRABAJO DE TITULACIÓN.....	69

DEDICATORIA

Dedico este trabajo de titulación a mis padres: Edison y Elisa, quienes con su amor, paciencia y esfuerzo me han permitido llegar a cumplir hoy un sueño más, gracias por inculcar en mí el ejemplo de esfuerzo y valentía, el no temer a las adversidades porque Dios está siempre conmigo.

A mis hermanas Elisa y Soledad, por su cariño y apoyo incondicional durante todo este proceso, porque con sus oraciones, consejos y palabras de aliento hicieron de mí una mejor persona. En especial a mi sobrino José Andrés, cuyo amor y grandes manifestaciones de afecto me impulsaron a seguir adelante.

Este trabajo es para ustedes, los amo mucho.

Andrea Estefanía Bravo Chica

AGRADECIMIENTO

Quiero expresar mi gratitud a Dios, por ser mi guía y acompañarme en el transcurso de mi vida, brindándome paciencia y sabiduría para culminar con éxito cada una de las metas que me he propuesto.

Un agradecimiento a todas las personas quienes fueron parte de este trabajo, en especial a mi tutora y amiga Dra. Jeanneth Tapia quien me supo transmitir sus conocimientos y su amor a la Ginecología.

Finalmente quiero agradecer a mi universidad, por haberme permitido formarme en ella y brindarme las herramientas para culminar esta hermosa carrera.

Andrea Estefanía Bravo Chica



CLAUSULA DE PROPIEDAD INTELECTUAL

Yo, Andrea Estefanía Bravo Chica, autora del trabajo de titulación, **"PERFIL EPIDEMIOLÓGICO, OBSTÉTRICO Y COMPLICACIONES EMBARAZO DE ALTO RIESGO EN USUARIAS DEL "HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO", AÑO 2018"**, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación, son de exclusiva responsabilidad de su autor.

Cuenca, 02 de diciembre del 2019.

Andrea Estefanía Bravo Chica

CI: 0105273247

CLÁUSULA DE LICENCIA Y AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL

Yo, Andrea Estefanía Bravo Chica, en calidad de autora y titular de los derechos morales y patrimoniales del trabajo de titulación: **"PERFIL EPIDEMIOLÓGICO, OBSTÉTRICO Y COMPLICACIONES EMBARAZO DE ALTO RIESGO EN USUARIAS DEL "HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO", AÑO 2018"**, de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN, reconozco a favor de la Universidad Católica de Cuenca una licencia gratuita, intransferible, no exclusiva, para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Así mismo, autorizo a la Universidad Católica de Cuenca para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el Repositorio Institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 02 de diciembre del 2019



Andrea Estefanía Bravo Chica

CI: 0105273247

CARTA DE COMPROMISO ÉTICO

Yo, Andrea Estefanía Bravo Chica, con cédula de ciudadanía N° 0105273247, autora del trabajo de investigación previo a la obtención de título de Médico, con el tema **"PERFIL EPIDEMIOLÓGICO, OBSTÉTRICO Y COMPLICACIONES EMBARAZO DE ALTO RIESGO EN USUARIAS DEL "HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO", AÑO 2018"**, mediante la suscripción del presente documento me comprometo a que toda la información recolectada se utilizará estrictamente para el análisis y desarrollo de la investigación, los datos estadísticos obtenidos serán de manera confidencial y no se revelará a personas ajenas a este proyecto.

La matriz utilizada para la recolección de datos que se realiza tiene fines académicos. Los datos que se recolectaran permitirá conocer el perfil epidemiológico, obstétrico y complicaciones del embarazo de alto riesgo en usuarias del Hospital Vicente Corral Moscoso; las personas que no participen en este proyecto de investigación no podrán conocer ninguna información que permita la identificación de las personas participantes.

Cuenca, 02 de diciembre del 2019



Andrea Estefanía Bravo Chica

CI: 0105273247

CAPÍTULO I

1.1. INTRODUCCIÓN

La gestación genera profundas modificaciones anatómicas y fisiológicas en el organismo materno, dichos cambios permiten que las mujeres embarazadas se expongan a condiciones biológicas de gran susceptibilidad para desarrollar distintas patologías que podrían afectar la salud materna y del producto, con diversos riesgos que van desde el aborto, las malformaciones congénitas, los trastornos hipertensivos de la gestación, el bajo peso al nacer y en algunos casos hasta la mortalidad materna y/o neonatal (1).

Se denomina embarazo de alto riesgo a aquellas gestaciones que presentan determinados factores que elevan la probabilidad de desarrollar morbilidad y/o mortalidad tanto en la madre como en el feto o el recién nacido (1) (2) (3).

La gestación en sí implica riesgos a las mujeres que se encuentran en dicho periodo fisiológico, no obstante, hay ciertos factores que potencian esta posibilidad de enfermar o morir durante el embarazo, parto y/o puerperio (4), entre ellos se han descrito: la nuliparidad, multiparidad, el bajo nivel socioeconómico, la edad de la madre, el hábito de fumar, la historia obstétrica de eventos adversos (abortos, óbitos fetales, partos prematuros, bajo peso al nacer, trastornos hipertensivos), las hemorragias durante la gravidez, al ruptura prematura de membranas, entre otros (4) (5).

En este contexto, el control prenatal adecuado en gestantes de alto riesgo, es sin duda una herramienta fundamental, para detectar complicaciones en estas mujeres que potencialmente podrían desarrollar patologías que requieran intervenciones tempranas donde que si se detectan y se tratan correctamente podría salvarse la vida de la madre y el feto (6).

A nivel nacional las políticas públicas impulsadas por el gobierno promueven desde hace algunos años la maternidad segura, donde se ha puesto especial

énfasis en estrategias que impulsan el control prenatal, detección y control sobre todo en gestaciones de riesgo, con la finalidad de reducir no solo la muerte materna sino también la neonatal, sin embargo, aún falta mucho camino por recorrer en este campo (7).

Por lo expuesto y dada la envergadura del tema planteado y las consecuencias que puede producir en el dúo madre e hijo nos ha llevado a plantear la presente investigación, cuya finalidad es visibilizar las características epidemiológicas, obstétricas y complicaciones de las madres calificadas con embarazos de alto riesgo en el Hospital Vicente Corral Moscoso.

1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Según cifras de la Organización Mundial de la Salud, diariamente fallecen alrededor de 830 personas por complicaciones atribuidas al embarazo, parto o puerperio; en el año 2015 se produjeron aproximadamente 303.000 muertes en dichas etapas sobre todo en países con bajos recursos económicos (6) (8) y concretamente en América Latina 9300 mujeres murieron por su condición de gravidez (9). Alrededor del 75% de muertes maternas están relacionadas a complicaciones como: hemorragias graves, trastornos hipertensivos de la gestación, infecciones y abortos peligrosos (7).

La razón de muerte materna (RMM) en el año 2015 en países de bajos recursos económicos se ubicó en 239 mujeres por cada 100.00 nacidos vivos, en comparación con países desarrollados donde se reportaron 12 por cada 100.00 nacidos vivos (10), dicho indicador se eleva dramáticamente ante diferentes factores como: el nivel socio económico, los antecedentes maternos, el acceso a servicios sanitarios, o la edad, por ejemplo, el hecho que una gestante de 15 años acabe muriendo por causas maternas es de 1 en 4900 en países industrializados y de 1 en 180 en naciones consideradas en vías de desarrollo (6).

Según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), en el Ecuador en el año 2015, la RMM fue de 44.58 por cada 100.000 nacidos vivos (11), y para el

2018 esta se redujo a 36.22, notificándose hasta la semana 52 de dicho año, 154 muertes maternas, de ellas 81.17% se dieron antes de los 42 días del puerperio y las principales causas de fallecimientos fueron: enfermedad hipertensiva 20.78%, hemorragia obstétrica 14.94%, embarazo que termina en aborto 11.03% y las causas no obstétricas 22.07%; las provincias que notificaron un mayor número de defunciones fueron: Guayas con 53 muertes, Pichincha y Chimborazo con 17 y 10 respectivamente (12).

El embarazo de alto riesgo constituye sin duda un problema de salud pública, pues las complicaciones inherentes a dichas gestaciones, así como el proceso de nacer en mujeres catalogadas como riesgo podría incidir directamente en las tasas de muerte materna y neonatal, estimándose que alrededor del 20% de grávidas categorizadas como alto riesgo, son responsables de alrededor del 80% de resultados perinatales adversos (2).

Es por ello que se ha planteado la necesidad de una atención prenatal integral en dichas pacientes, además del requerimiento de instrumentos de reconocimiento de factores de riesgo durante el periodo preconcepcional y en el embarazo, así como la identificación del desarrollo del feto en las mejores condiciones maternas y al momento de la labor del parto, con el objetivo de reducir el número de intervenciones y obteniendo un recién nacido sano (2).

No obstante, a pesar de la evidente necesidad de control prenatal especializado se estima que únicamente el 51% de mujeres que residen en países con bajos recursos económicos se benefician de dicha atención, pues son varias las razones que evitan que dichas gestantes busquen cuidado durante su embarazo como: la pobreza, la distribución geográfica en relación al centro de salud, las prácticas culturales, la falta de servicios básicos y transporte, entre otros; lo cual como es evidente da como resultado miles de embarazos sin control óptimo, así como partos no asistidos por profesionales de salud (6).

La reducción de los fallecimientos por causa del embarazo, parto o puerperio, es sin duda un tema de especial interés a nivel mundial, tanto que está considerado

como uno de los objetivos del desarrollo sostenible y de la estrategia mundial de la salud de la mujer, estableciéndose como metas que la RMM se reduzca a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos y que ningún país exponga una RMM que supere la media mundial (6). Ciertamente dichas metas resultan ser bastante difíciles de cumplir ya que son varias las barreras a sortear dependiendo del área geográfica a la que se haga referencia con factores que afectan dicho proceso como son: edad, etnia, estado civil, escolaridad, número de embarazos, accesibilidad a servicios de salud, nivel socioeconómico, entre otros (4).

Por lo expuesto, nos hemos planteado la presente investigación, cuya finalidad es poner en evidencia el perfil epidemiológico, obstétrico y las complicaciones de los embarazos de alto riesgo, en una institución de referencia como lo es el Hospital Vicente Corral Moscoso, pues de esta manera intentamos contribuir con información veraz y oportuna, que visibilice la realidad local de las gestantes con embarazos de alto riesgo. Por ello, nos hemos planteado la siguiente pregunta de investigación ¿Cuál es el perfil epidemiológico, obstétrico y las complicaciones del embarazo de alto riesgo en usuarias atendidas en el Hospital Vicente Corral Moscoso, año 2018?

1.3. JUSTIFICACIÓN

Desde una perspectiva investigativa el presente estudio se sustenta dentro de las prioridades de investigación del Ministerio de Salud Pública, en el área materna y neonatal, con las líneas de investigación de perfil epidemiológico.

Las principales beneficiarias serán de manera primordial las gestantes con embarazos de alto riesgo atendidas en el Hospital Vicente Corral Moscoso, ya que los resultados de la presente investigación contribuirán a exponer la realidad epidemiológica y obstétrica de las gestantes catalogadas con embarazos de alto riesgo en la institución participante, además visibilizarán las complicaciones presentadas por dichas madres y sus neonatos, de manera que con esta información se pueda prestar mayor atención en las decisiones que puedan tomarse en las mujeres con gestaciones de riesgo, no sólo durante el control

prenatal, parto y/o puerperio, sino también en la posibilidad de procrear un nuevo ser en dichas condiciones de riesgo.

Los resultados obtenidos en nuestro estudio serán puestos a consideración de las autoridades del Hospital Vicente Corral Moscoso, además serán difundidos por las plataformas virtuales de la Universidad Católica de Cuenca; finalmente se tiene planteado realizar una publicación en formato artículo en una revista indexada.

El presente estudio es factible, viable y tuvo impacto, debido a que se contaron con los recursos humanos, económicos y metodológicos para cumplir con los objetivos y el cronograma propuesto.

CAPÍTULO II

2. FUNDAMENTO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES

Cacho M. y García A. en el año 2019 en Cuenca-Ecuador han realizado una investigación de tipo observacional, descriptivo y retrospectivo, acerca del embarazo de alto riesgo y sus factores asociados a 325 gestantes, en donde se pudo comprobar que el 61,8% pertenecía a gestantes de alto riesgo y el 20,3% a embarazadas de muy alto riesgo, en su gran mayoría pasaban de los 35 años (38,6%), el 71.5% estaban casadas, un 65.9% residían en áreas urbanas y el 54.7% tenían instrucción superior (13).

Uguña D. y Guamán, en Cuenca en el año 2019, realizaron un estudio cuantitativo, descriptivo y retrospectivo a 1175 mujeres gestantes mayores de 35 años, con el propósito de determinar las complicaciones materno-fetales, revelando una prevalencia de un 35%, en el cual el 56,7% equivalen a gestantes de instrucción primaria, el 56.9% estaban casadas, el 96,3% correspondía a mujeres multigestas y el 50.6% la vía de parto fue vaginal. Entre las complicaciones más comunes maternas en estas pacientes se encontró que: un 33% correspondió a preeclampsia, a hipertensión gestacional 16,3%, rotura temprana de membranas un 22,1% y el 25.3% otras complicaciones. En cuanto a las complicaciones neonatales el 19.2% de niños las presentaron, de ellos el 61.9% tuvo bajo peso, el 29.3% fueron prematuros y un 14.3% retardo del crecimiento intrauterino, con un porcentaje de mortalidad del 11.5% y un 4% de malformaciones (14).

Reyes P. en el 2016 en Esmeraldas, en su investigación de orden descriptiva, sobre factores de riesgo obstétricos en 55 gestantes, reveló que el 42% eran adolescentes de edades comprendidas de 12 a 16 años, el 46% residían en zonas urbano marginales, un 44% instrucción secundaria y el 49% solteras. En lo que respecta a características obstétricas un 42% eran primigestas, el 36% se realizó

tres controles prenatales, conllevando a complicaciones como parto pre término (27%), seguido por preclampsia (16%) y placenta previa (7%) (15).

Mediavilla, en Ibarra, en el año 2017, realizó un estudio con enfoque cuantitativo no experimental y de cohorte transversal a 15 mujeres embarazadas con la finalidad de determinar la prevalencia de los riesgos obstétricos en gestantes, demostrando que el 58% eran pacientes de 27 a 30 años, el 58% de instrucción secundaria y el 75% unión libre. El 11% tenían antecedentes diabéticos, el 50% de hipertensión y 1% de preeclampsia; el 42% sobrepeso y la obesidad estaba representado en un 17% (16).

Morales, también en el 2017, realizó una investigación de tipo observacional, descriptivo y de cohorte transversal, revisando 172 historias clínicas, el 82.5% de tenían edades entre 35 a 40 años, el 46.5% de instrucción secundaria. Un 76% correspondía a mujeres multíparas, el 80.3% tuvieron partos a término, el 81,1% tuvo más de 5 controles prenatales y un 62.2% parto por cesárea. En cuanto a las complicaciones el 63% presentó preeclampsia, el 26,7% hipertensión gestacional, el 3,7% eclampsia, el 12.2% ruptura prematura de membranas, el 6% amenaza de parto pre término, el 4% diabetes gestacional y un 12,33% placenta previa (17).

Rodríguez et al, 2017, reveló que los factores que están relacionados con el embarazo de riesgo son las enfermedades previas al embarazo como la hipertensión arterial, diabetes mellitus o cardiopatías, la etapa adolescente o mujeres mayores a 35 años, el status socioeconómico (18). Por otro lado, Romero et al, 2015 a través de su estudio manifiesta que los factores que tienen mayor relación con el embarazo de riesgo son los embarazos múltiples, considerándolo un alto riesgo obstétrico debido a la alta morbilidad y mortalidad de la madre y/o el feto (19).

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1. Embarazo

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS) el embarazo según términos médicos inicia cuando concluye la fecundación, es decir empieza en el instante que el óvulo fertilizado se establece en la pared uterina, esto ocurre alrededor de unos 5 a 6 días posterior a la fecundación, a partir de ello el organismo comienza a recibir señales alertando su preparación para que consienta el progreso y evolución de una célula que se convertirá en embrión, dando lugar a la gestación (20).

De tal manera, el embarazo es una etapa natural biológica de la mujer para la reproducción de la vida, este proceso genera una serie de cambios en su fisiología, metabolismo e inclusive en su morfología (21), estas transformaciones que experimenta se las puede considerar normales si no influyen negativamente en el desarrollo evolutivo de la maternidad (22).

Por otro lado, la etapa de embarazo se calcula a partir del primer día de la última menstruación, información única que sirve de orientación para los médicos, ya que no se puede definir el periodo exacto de ovulación; en consecuencia, un embarazo puede durar alrededor de 38 a 42 semanas, tiempo suficiente para que se encuentre a término, aunque los ginecólogos coinciden que puede presentarse un margen de error en la fecha estimada del parto, lo que corresponde que se puede adelantar 2 semanas o haber un retraso de 1 semana (23).

2.2.2. Clasificación según semanas de gestación

La gestación tiene una duración media de 280 días o 40 semanas, por lo general se divide al embarazo en tres trimestres, el primero hasta las 14 semanas, el segundo hasta la semana 28 y el tercero incluye de la semana 29 a la semana 42 de la gestación; siendo así cada período conformado por 14 semanas cada uno. Esta clasificación es empleada para describir ciertos problemas obstétricos, por ejemplo un mayor número de abortos espontáneos se observa durante el primer

trimestre, mientras que los trastornos hipertensivos prevalecen durante el tercer trimestre; a pesar de esto, el uso clínico de los trimestres suele ser impreciso, por lo que hoy en día se designa la edad gestacional mediante semanas completas y días (24).

Otros autores a su vez, consideran que el embarazo se puede diferenciar en dos etapas esenciales, la primera es la fase embrionaria que corresponde al proceso de fecundación que dura alrededor de ocho semanas, y desde la novena semana el embrión se designa con el nombre de feto hasta la expulsión del mismo lo que se determinaría como la segunda fase; a partir del parto se presenta el estado terminal en donde se consideran dos posibilidades que son: nacido vivo o defunción fetal (25,26).

2.2.3. Control prenatal

Se considera al control prenatal como una serie de acciones sanitarias periódicas, que implican la realización de algunos estudios como: diversos exámenes, ultrasonidos y la recolección de ciertos datos creando con ello un historial que ayudará en el seguimiento de su evolución clínica con la finalidad de prevenir, descubrir o corregir alguna complicación que afecte el proceso de gestación y así lograr un embarazo satisfactorio (27).

Los sistemas de salud pública deben consignar una excelente asistencia durante todo el embarazo, alumbramiento y posterior al parto (28). Además, la atención prenatal debe ser prestada por personal médico calificado con la intención de garantizar una evolución saludable tanto de la madre como del producto de la gestación; así también se debe procurar atender a madres adolescentes con el mismo trato que las demás (29).

Por otra parte, la OMS estima que un embarazo de bajo riesgo conlleva como mínimo la realización de cinco controles prenatales, los mismos que deben ser asistidos por médicos especializados (30). Así mismo, hasta las 32 semanas de gestación los controles deben ser uno por mes; entre la semana 33 y 36 deben

realizarse cada 15 días y a partir de las 37 semanas hasta el final del embarazo 1 consulta semanal, no obstante, en los embarazos de alto riesgo el número de controles prenatales dependerá de cada caso en particular en dependencia de las patologías que compliquen dicha gestación (28,31).

2.2.4. Embarazo de riesgo

El embarazo de riesgo es una condición peligrosa en la que está expuesta la madre y/o el feto, ya sea por factores sociales, ginecológicos o clínicos y que por lo general necesitan mayores cuidados y atención para salvaguardar la vida de ambos (32).

A nivel mundial, el embarazo de riesgo se lo considera un problema de salud pública con una prevalencia de morbilidad perinatal del 45%, la incidencia de los embarazos de riesgo se está incrementando con el pasar del tiempo de 20 al 30% (4).

El embarazo de riesgo puede ser ocasionado por varios factores (26), entre los que están: la edad en etapas extremas de la vida reproductiva, como adolescentes (38,39) o mujeres mayores de 35 años (40,41), el embarazo múltiple, enfermedades previas al embarazo; sobrepeso, obesidad y delgadez, hábitos como el alcoholismo, tabaquismo y la drogadicción; nivel socioeconómico bajo, riesgo laboral, entre otros (4).

2.2.5. Clasificación de Riesgo Obstétrico

A lo largo del embarazo se pueden presentar riesgos, los mismos que se clasifican en: bajo riesgo, alto riesgo y muy alto riesgo:

El embarazo de bajo riesgo: se determina un embarazo de bajo riesgo cuando antes, durante o después del alumbramiento la madre adquiere alguna enfermedad leve o corre el riesgo de contraerla (33).

El embarazo de alto Riesgo y muy alto riesgo: son aquellos en los cuáles se tiene la certeza o existe mayor probabilidad de presentar estados patológicos, o condiciones anormales que acompañan la gestación y el parto, los mismos que ponen en riesgo la salud de la madre y el producto, dentro de esta clasificación se incluyen madres que provengan de condiciones socioeconómicas precarias. En Brasil, existe la prevalencia de embarazos de alto riesgo en un 20% con complicaciones que amenazan el bienestar de la madre y del feto debidas a alguna enfermedad durante el parto o por tratarse de una secuela que fue contraída antes del proceso de gestación (34,35)

Según Costa et al, en el año 2010, se considera que un embarazo de alto riesgo implica que una mujer en estado de gestación manifieste altas probabilidades de problemas de salud que en muchas ocasiones se presentan inesperadamente sin previo aviso, además se asocia a ello ciertos factores que pueden ser la causa de éstas complicaciones (32).

El embarazo de alto 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 (4). Por otro lado, se llama “de alto riesgo” al embarazo en el cual el pronóstico materno y/o fetal es potencialmente sub óptimo en comparación a un embarazo normal (2). Asimismo, un embarazo del alto riesgo puede representar consecuencias fatales como la muerte de la madre o del feto durante la etapa del parto o después de él, y que en los peores de los casos pueda ocurrir el deceso de ambos (4).

La OMS considera que gran parte de la mortalidad materna se debe a una serie de complicaciones como: abundantes sangrados vaginales, infecciones graves que pueden provocar abortos, muerte fetal, hipertensión arterial manifiesta como preeclampsia o eclampsia, además se puede asociar a ello el empeoramiento de enfermedades preexistentes antes del embarazo y por condiciones o estilos de vida precarios que influyen al propicio de un panorama desfavorable tanto para la madre como para el bebé (22,36).

Según el Ministerio de Salud Pública el embarazo de bajo y alto riesgo se caracteriza por (37):

Tabla 1: Clasificación de riesgo obstétrico

Bajo riesgo	Alto riesgo	Muy alto riesgo
Edad menor de 16 años o mayor de 35 años	Anemia grave (Hb menor 25%)	Amenaza de parto prematuro: antes de la semana 37
Baja escolaridad	Cardiopatía 2: paciente obligada a una limitación ligera de actividad física	Dependencia a drogas y abuso de fármacos en general, incluyendo automedicación
Bajo peso preconcepcional	Cirugía uterina previa	Violencia familiar, historia de abuso sexual, físico y emocional
Malnutrición preconcepcional (IMC menor a 18,5 o mayor a 30)	Diabetes gestacional	Cardiopatías 3 o 4: paciente obligada a una limitación acentuada de su actividad física o en la que está provocada su descompensación.
Múltiples compañeros sexuales	Embarazo gemelar	Diabetes pregestacional
Enfermedades hereditarias	Embarazo prolongado: más de 42 semanas	Incompetencia cervical
Anomalía pelviana identificada clínica o radiológicamente	Endocrinopatía (tiroidea, suprarrenal, hipotalámica)	Isoinmunización: Coombs indirecto positivo
Baja estatura materna (menor a 1,45 metros)	Antecedente de sangrado de segundo o tercer trimestre	Malformación fetal confirmada
Cardiopatía 1: que no limite su actividad	Polihidramnios u oligohidramnios	Muerte perinatal recurrente
Gestante con Rh negativo	Historia obstétrica desfavorable	Placenta previa
Gran multiparidad	Enfermedades infecciosas tipo TORCH	Preeclampsia grave: TA diastólica mayor o igual a 110 mmHg o TA sistólica mayor o igual a 140 mmHg
Hemorragia del primer trimestre	Preeclampsia leve: TA diastólica mayor o igual a 90 mmHg	Patología asociada grave
Impcompatibilidad Rh	Sospecha de malformación fetal	Retardo de crecimiento intrauterino
Período intergenésico menor de 12 meses o mayor de 5 años	Presentación anómala: constatada tras la semana 38	Rotura prematura de membranas

Esfuerzo físico excesivo, carga horaria, exposición a agentes físicos, químicos y biológicos, incluyendo agentes anestésicos, solventes y pesticidas

VIH con o sin tratamiento, SIDA

Desocupación personal y/o familiar
Vivienda y condiciones sanitarias deficientes
Fecha de última menstruación incierta
Incremento de peso excesivo o insuficiente (mayor a 15kg o menor a 5kg)
Infección urinaria baja o bacteriuria asintomática
Planificación familiar (embarazo programado o no programado)
Condiciones psicosociales y estrés
Síntomas neurovegetativos
Inadecuado soporte familiar y de pareja
Condiciones socioeconómicas desfavorables
Control insuficiente de la gestación: menos de 4 visitas prenatales o 1 visita tras la semana 20 de gestación
Infertilidad previa: dos años o más
Fumadora habitual

Fuente: Guía de Práctica Clínica de Control prenatal (37).

2.2.6. Complicaciones de los embarazos de alto riesgo

2.2.6.1. Complicaciones maternas

Las complicaciones maternas en la gestación son un indicio de que existe algún problema persistente trascendental, en donde si no se recibe la adecuada atención por un facultativo sanitario puede desencadenar un enlace de mortalidad (42). En este sentido, la OMS expone que existe mayor probabilidad de mortandad materna en países subdesarrollados que en países desarrollados con una prevalencia de 100 a 200 veces mayor y esta mortalidad es aún más acentuada si la gestante presente riesgo obstétrico (4).

Gonzaga et al, en el año 2014, expresaron que la mayor parte de las causas que provocan la muerte a mujeres en estado de gestación en países subdesarrollados son complicaciones como: la preeclampsia y eclampsia, hemorragias durante o después del parto, infecciones genitales post parto, amenaza de aborto o muerte fetal (43), embarazo extrauterino, embolia del torrente sanguíneo provocado por corioamnionitis, ruptura de la cavidad uterina, entre otras (44).

Mejía et al, en el 2014, confieren que los problemas de salud que se presentan con mayor frecuencia en mujeres gestantes son: riesgo de amenaza de parto pretérmino con un porcentaje del 11,7%, inflamaciones en el tracto urinario que incide en un 7,4%, alteraciones de la presión arterial presentes en embarazo con un 6,8%, propagación de infección genital con un 5,6%, y rotura anticipada del saco amniótico con un índice del 4,3% (27,45), además otra de las causas puede ser crecimiento inesperado de la placenta cubriendo la mayor parte del cuello del útero lo cual puede ocasionar severas hemorragias durante el embarazo o en el momento del parto (46).

Según el Instituto Mexicano del Seguro Social en el año 2013 el embarazo de dos o más fetos representa el 3% de la totalidad de los nacimientos, aunque no sea consecuente tiene más posibilidades de complicaciones en comparación con las gestaciones de un solo feto, en este tipo de evento ocurre con más frecuencia el parto pretérmino con una prevalencia del 17% (47).

Dentro de las alteraciones más comunes que pueden presentarse en gestantes de alto riesgo tenemos:

- **Infección del tracto urinario**

La infección del tracto urinario (ITU) es una de las complicaciones que se presenta con mayor frecuencia durante la gestación, ya que es provocada por bacterias que producen alteraciones funcionales y/ morfológicas repercutiendo de manera directa en la salud de la madre y/o feto. Las formas de presentación son: bacteriuria asintomática, cistitis y pielonefritis (48). Al respecto, Costa et al, en Brasil 2016 realizó un estudio a 61 mujeres con embarazos de alto riesgo de los cuales el 52,5% de su muestra presentó infección del tracto urinario (49).

- **Ruptura prematura de membranas**

A la ruptura prematura de membranas (RPM) se la define como la ruptura de la barrera natural que rodea al bebé, ocasionando la pérdida de líquido amniótico

antes de las 37 semanas de gestación (50), lo que provoca una emergencia obstétrica y/o perinatal, considerando que la gestante y el feto pretérmino quedan expuestos a la contaminación de gérmenes que se alojan en el cuello uterino y en el conducto vaginal (51). En este sentido, Quilca, en Ibarra 2017, realizó un estudio acerca de los riesgos obstétricos y perinatales de mujeres embarazadas mayores de 35 años, con una población de 172 casos, de los cuales el 12,2% presentó ruptura prematura de membranas (17).

- **Vaginosis**

La vaginosis es considerada una infección vaginal que se caracteriza por un exceso de flujo vaginal debido a un desbalance natural de las bacterias que habitan en la vagina (microorganismos patógenos), ocasionando disuria, prurito vulvar, dispareunia e irritación (52). La infección vaginal durante el embarazo de riesgo es considerado un problema de salud pública, ya que puede producir múltiples complicaciones como RPM, bajo peso al nacer y parto pretérmino, comprometiendo directamente al embarazo, al parto y al puerperio (53).

- **Complicaciones hipertensivas**

Otras de las complicaciones frecuentes en el embarazo es la presencia de trastornos hipertensivos, considerándolos como un grave factor de riesgo en la mortandad materna y perinatal , entre ellos está la preeclampsia, eclampsia y la hipertensión gestacional (54,55).

Preeclampsia: se determina por el incremento de la presión arterial después de las 20 semanas de embarazo; además, está asociada a una proteinuria superior a 0,3 g/24 h (54). Se ha podido observar que la preeclampsia se produce con mayor frecuencia en mujeres nulíparas (56). Moreira et al, en Brasil 2017, a través de un estudio sobre las características principales de las mujeres embarazadas de alto riesgo, demostró que existe una prevalencia de preeclampsia del 20,6% (57).

Eclampsia: es mucho más grave que la preeclampsia, ya que está caracterizado por causar convulsiones o coma y problemas cerebrales en muchos de los casos irreversibles (38), además, está relacionada con accidentes cerebrovasculares isquémicos (56). Reyes P. en el 2016 en Esmeraldas, mediante un estudio acerca de los factores de riesgos obstétricos, con una población de 55 embarazadas, reveló que 16% presentó eclampsia (15).

2.2.6.2. Complicaciones neonatales en embarazos de riesgo

Las mujeres con gestaciones de riesgo por su condición presentan una mayor frecuencia de complicaciones y/o repercusiones en sus neonatos tales como: prematuridad, bajo peso al nacer, con defectos congénitos, asfixia, hiperbilirrubinemia, entre otros (58).

En esta línea, los recién nacidos de madres con diabetes gestacional tienen mayor riesgo de contraer hiperbilirrubinemia, debido a la mayor masa de células rojas, eritropoyesis inefectiva e inmadurez hepática para la conjugación y excreción de la bilirrubina; además de estar expuesto a cambios neurológicos tempranos que frecuentemente se dan por asfixia perinatal, alteraciones metabólicas: hipoglicemia, hipocalcemia e hipomagnesemia y lesiones del plexo braquial (59).

La Rosa A. en el 2017 realizó un estudio analítico de corte retrospectivo a una población de 62 madres, en el cual demostró que los recién nacidos presentaron sepsis neonatal en un 6,5%, seguido por complicaciones respiratorias en un 96,8% en el cual incluyó la enfermedad de membrana hialina, neumotórax y apnea; hipoglicemia en un 3,2% (60). Por otro lado, Macías et al, en México 2018 reveló que las complicaciones neonatales más frecuentes son la asfixia perinatal, el Apgar menor de siete al primer minuto, dificultad respiratoria (41).

Además la prematuridad es otra de las complicaciones más comunes en mujeres con alto riesgo obstétrico, y según la edad gestacional al nacer estas se categorizan desde neonatos con prematuros extremos con edades gestacionales menores de 28 hasta los tardíos los menores de 37 semanas (61).

CAPÍTULO III

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

- Describir el perfil epidemiológico, obstétrico y las complicaciones de gestantes con embarazo de alto riesgo atendidas en el Área de Gineco-Obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso durante el periodo enero-diciembre del 2018.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar sociodemográficamente a la población de estudio según: edad, estado civil, residencia e instrucción.
- Determinar las características obstétricas en la población de estudio según: categoría de riesgo, controles prenatales, paridad, edad gestacional y vía de parto.
- Identificar las complicaciones maternas durante la gestación, el parto y el puerperio inmediato y/o mediato.
- Clasificar a los neonatos según: semanas de gestación al nacer y peso.
- Describir las complicaciones fetales de los neonatos de las madres participantes.

CAPÍTULO IV

4. DISEÑO METODOLÓGICO

4.1. Tipo de estudio

Se trató de un estudio observacional, descriptivo y transversal.

4.2. Área de estudio

El estudio se realizó en el “Hospital Vicente Corral Moscoso” de la ciudad de Cuenca provincia del Azuay, perteneciente a la Zona de Salud 6.

4.3. Población de estudio

El universo estuvo constituido por 2277 gestantes categorizadas con embarazos de alto riesgo cuyo parto haya sido atendido en el Área de Gineco - Obstetricia del “Hospital Vicente Corral Moscoso” de Cuenca, durante el periodo enero-diciembre del año 2018.

4.4. Muestra

De acuerdo con universo descrito de 2277 embarazadas categorizadas con embarazos de alto riesgo atendidas en la institución participante y en base a una prevalencia del 20% de gestaciones de riesgo descritas en otra investigación (2), con un nivel de confianza del 95% y un porcentaje de error del 5% se determinó una muestra de 222 participantes. Para la selección de las unidades muestrales se aplicó un muestreo aleatorio simple (anexo 3).

4.5. Unidades muestrales

Gestantes categorizadas con embarazos de alto riesgo atendidas en el el Área de Gineco - Obstetricia del “Hospital Vicente Corral Moscoso” de Cuenca, durante el periodo enero-diciembre del año 2018 que cumplan los criterios de inclusión.

4.6. Criterios de inclusión y exclusión

4.6.1. Criterios de inclusión

- Historias clínicas de gestantes categorizadas con embarazos de alto riesgo, cuyo parto haya sido atendido en el “Hospital Vicente Corral Moscoso” de la ciudad de Cuenca, durante el año 2018.

4.6.2. Criterios de exclusión

- Historias clínicas con datos incompletos.

4.7. Variables

4.7.1. Descripción de variables

- Variables sociodemográficas: edad, estado civil, residencia e instrucción.
- Variables obstétricas: edad gestacional, paridad, categoría de riesgo, número de controles prenatales, vía de parto y complicaciones maternas.
- Variables neonatales: peso al nacer según edad gestacional, semanas de gestación al nacer por Capurro y complicaciones neonatales.

4.7.2. Operacionalización de variables (anexo 2).

4.8. Métodos, técnicas e instrumentos para la recolección de la información

4.8.1. Método: observacional.

4.8.2. Técnica: revisión de expedientes clínicos.

4.8.3. Instrumentos: el instrumento de recolección de datos (anexo 1) fue elaborado por la autora de la presente investigación, dicho cuestionario tuvo varias secciones, la primera que recogió variables sociodemográficas tales como: edad, estado civil, residencia e instrucción; la segunda, se trató sobre variables obstétricas como: semanas de gestación, categoría de riesgo, paridad controles prenatales, vía de parto y complicaciones maternas durante la gestación, parto y puerperio y la tercera abarcó las variables neonatales. Para la clasificación de embarazos de alto riesgo o muy alto riesgo se aplicó la tabla factores de riesgo modificables y no modificables del Ministerios de Salud Pública (62).

4.8.4. Procedimientos para la recolección de la información

Una vez que el protocolo del estudio fue aprobado por el Comité de Bioética de la Universidad Católica de Cuenca, se solicitó la autorización para la recolección de la información al Director del Hospital Vicente Corral Moscoso.

Posteriormente en el Departamento Estadística de la institución participante se solicitó la matriz con los números de historias clínicas de gestantes categorizadas con alto riesgo obstétrico, luego de lo cual se realizó un muestreo aleatorio simple, definiéndose las unidades muestrales en función de los criterios de inclusión; inmediatamente se procedió al llenado de los formularios de recolección de datos y a la tabulación de la información en una matriz de Excel y finalmente se analizó la información mediante el programa Statistical Package for the Social Sciences versión 15 (SPSS 15).

4.8.5. Plan de tabulación y análisis de datos

La información fue analizada mediante el programa SPSS 15 MB, los datos fueron presentados por medio de tablas personalizadas, en referencia al tipo de variables se aplicaron media aritmética y desviación estándar para las cuantitativas y para las cualitativas frecuencias y porcentajes.

4.9. Aspectos éticos

- Se contó con la autorización del Comité de Bioética de la Universidad Católica de Cuenca y de las autoridades del Hospital Vicente Corral Moscoso.
- Se guardó absoluta confidencial con la información de las historias clínicas de las pacientes, para ello se codificaron los formularios de recolección de datos con números de tres dígitos.
- La información tanto en físico como en digital fue custodiada por la autora de la presente investigación.
- La autora declara que no tienen conflictos de interés con las participantes de la investigación.

CAPÍTULO V

5. RESULTADOS

5.1. Caracterización sociodemográficas de la población de estudio

Tabla 2

Distribución según características sociodemográficas de 222 gestantes atendidas en el Área de Ginecología y Obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso durante enero-diciembre del 2018.

	Recuento	Porcentaje
Edad*		
≤ 19 años	54	24.3
20 a 24 años	78	35.1
25 a 29 años	36	16.2
30 a 34 años	32	14.4
≤ 35 años	22	9.9
Total	222	100
Estado civil		
Soltera	59	26.6
Casada	59	26.6
Unión libre	101	45.5
Divorciada	1	0.5
Viuda	2	0.9
Total	222	100
Residencia		
Urbana	145	65.3
Rural	77	34.7
Total	222	100
Instrucción		
Primaria	60	27
Secundaria	136	61.3
Superior	26	11.7
Total	222	100

*Media: 24.8 años Desviación estándar \pm 6.7

Fuente: base de datos

Elaboración: Andrea Bravo

En la tabla 2 se puede observar la distribución según características sociodemográficas de las 222 madres participantes, donde la media de edad fue de 24.8 años con una desviación estándar de \pm 6.7, el grupo etario de entre 20 a 24 años fue el más frecuente con 35.1%, seguido de las adolescentes en un

24.3%. En cuanto al estado civil el 45.5% indicaron estar unión libre, el 65.3% residentes en áreas urbanas y un 61.3% de instrucción secundaria.

5.2. Características obstétricas de la población de estudio

Tabla 3

Distribución según características obstétricas de 222 gestantes atendidas en el Área de Ginecología y Obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso durante enero-diciembre del 2018 según: categoría de riesgo, controles prenatales, paridad, semanas de gestación y vía de parto.

	Frecuencia	Porcentaje
Categoría de riesgo		
Alto riesgo	92	41.4
Muy alto riesgo	130	58.6
Total	222	100
Controles prenatales *		
0 a 5 controles	72	32.4
> de 5 controles	150	67.6
Total	222	100
Paridad *		
Nulípara	111	50
Primípara	58	26.1
Múltipara	53	23.9
Total	222	100
Semanas de gestación *		
26 a 36.6	74	33.3
37 a 41.6	148	66.7
Total	222	100
Vía de parto		
Vaginal	52	23.4
Cesárea	170	76.6
Total	222	100

*Controles prenatales media 6.4 desviación estándar \pm 2.4

*Paridad media 0.9 desviación estándar \pm 1.2

*Semanas de gestación media 37.1 \pm 3.3

Fuente: base de datos

Elaboración: Andrea Bravo

De las 222 expedientes clínicos revisados en lo que a características obstétricas se refiere pudimos evidenciar que el 58.6% de mujeres fueron categorizadas con embarazos de muy alto riesgo versus un 41.4% de alto riesgo, no obstante, a pesar de dicha consideración un 32.4% de gestantes tuvieron menos de 5 controles prenatales (media 6.4 con una desviación estándar de \pm 2.4). Respecto

a la paridad el 50% fueron nulíparas (media de partos de 0.9 con una desviación estándar de ± 1.2), un 66.7% tuvo embarazos a término y un 33.3% fueron prematuros (media de semanas de gestación 37.1 con una desviación estándar de ± 3.3), la vía de parto más frecuente fue la cesárea en el 76.6% de los casos (tabla 3).

5.3. Complicaciones maternas

Tabla 4
Prevalencia de complicaciones en 222 embarazos atendidas en el Área de Ginecología y Obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso durante enero-diciembre del 2018 durante: la gestación, labor de parto y puerperio.

	Frecuencia	Porcentaje
Complicaciones durante la gestación		
Sí	221	99.5
No	1	0.5
Total	222	100
Complicaciones en la labor del parto y parto		
Sí	117	52.7
No	105	47.3
Total	222	100
Complicaciones en el puerperio		
Sí	103	46.4
No	119	53.6
Total	222	100

Fuente: base de datos
Elaboración: Andrea Bravo

La prevalencia de complicaciones durante la gestación de las 222 pacientes categorizadas con embarazos de alto y muy alto riesgo durante el periodo de estudio fue de 99.5%, durante la labor de parto y el parto fue de 52.7% y en el puerperio de 46.4% (tabla 4).

5.3.1. Complicaciones durante la gestación

Tabla 5
Complicaciones durante el embarazo de 222 gestantes atendidas en el Área de Ginecología y Obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso durante enero-diciembre del 2018.

		Frecuencia	Porcentaje
Infección de vías urinarias	Sí	57	25.7
	No	165	74.3
	Total	222	100
Ruptura prematura de membranas	Sí	44	19.8
	No	178	80.2
	Total	222	100
Preeclampsia con criterios de severidad	Sí	43	19.4
	No	179	80.6
	Total	222	100
Vaginosis	Sí	32	14.4
	No	190	85.6
	Total	222	100
Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta	Sí	20	9
	No	202	91
	Total	222	100
Alteraciones líquido amniótico	Sí	20	9
	No	202	91
Tipo alteración líquido amniótico	Anhidramnios	2	10
	Oligohidramnios	16	80
	Polihidramnios	2	10
	Total	20	100
Retardo del crecimiento intrauterino	Sí	18	8.1
	No	204	91.9
	Total	222	100
Amenaza de parto prematuro	Sí	18	8.1
	No	204	91.9
	Total	222	100
Anemia	Sí	8	3.6
	No	214	96.4
	Total	222	100
Diabetes gestacional	Sí	6	2.7
	No	216	97.3
	Total	222	100
Eclampsia	Sí	6	2.7
	No	214	96.8
	22	1	0.5
	Total	221	100
Placenta previa	Sí	4	1.8
	No	218	98.2
	Total	222	100
Otros	Sí	19	8.6
	No	203	91.4
	Total	222	100

Fuente: base de datos
Elaboración: Andrea Bravo

En cuanto a las complicaciones que presentaron las 222 mujeres durante su periodo de gestación, pudimos evidenciar que las alteraciones que con mayor frecuencia se presentaron fueron: la infección de vías urinarias en un 25.7%, la ruptura prematura de membranas en un 19.8%, la preeclampsia con criterios de severidad en un 19.4% y la vaginosis en un 14.4% (tabla 5).

Fueron menos comunes, aunque no menos importantes otras patologías tales como: el desprendimiento prematuro de placenta normoinsera en un 9% y con el mismo porcentaje las alteraciones líquido amniótico, de las cuales la más frecuente fue el oligohidramnios con el 80% de los casos. Además el retardo del crecimiento intrauterino y la amenaza de parto prematuro mostraron un 8.1% seguidos de pacientes con anemia, diabetes gestacional, eclampsia y placenta previa con el 3.6% 2.7%, 2.7% y 1.8% respectivamente (tabla 5).

En un 8.6% de gestantes se presentaron otras complicaciones durante la gestación tales como: Síndrome de Hellp, Virus de Inmunodeficiencia adquirida (VIH), sífilis, toxoplasmosis, tirotoxicosis, hipotiroidismo, influenza, tuberculosis pulmonar, neumonía adquirida en la comunidad, apendicitis aguda con plastrón apendicular, coledoclitiasis aguda, pielonefritis aguda, exéresis de tumor cerebral, consumo de sustancias (cocaína y marihuana) y depresión (tabla 5).

5.3.2. Complicaciones durante la labor de parto y el parto

Tabla 6
 Complicaciones durante la labor del parto y el parto en 222 gestantes atendidas en el Área de Ginecología y Obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso durante enero-diciembre del 2018.

	Frecuencia	Porcentaje
Estado fetal no tranquilizador		
Sí	44	19.8
No	178	80.2
Total	222	100
Distocias		
Sí	76	34.2
No	146	65.8
Total	222	100
Tipo de distocias		
Maternas dinámicas	18	23.7
Canal pelvi-vaginal	29	38.2
Fetales	26	34.2
Ovulares	3	3.9
Total	76	100
Otras		
Sí	18	8.2
No	202	91.8
Total	222	100

Fuente: base de datos
 Elaboración: Andrea Bravo

En relación a las complicaciones durante la labor de parto y el parto encontramos que en el 19.8% de pacientes se diagnosticó de estado fetal no tranquilizador, además un 34.2% presentaron distocias, de ellas el 38.2% se debieron a dificultades en el canal pelvi-vaginal, seguidas de distocias fetales con el 34.2%. Se encontraron otras complicaciones en el 8.2% de los casos como: prolongación de la primera etapa del labor de parto, corioamnioitis, desgarros cervicales y perineales y emergencia hipertensiva (tabla 6).

5.3.3. Complicaciones durante el puerperio

Tabla 7
Complicaciones durante el puerperio en 222 gestantes atendidas en el Área de Ginecología y Obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso durante enero-diciembre del 2018.

	Frecuencia	Porcentaje
Anemia		
Sí	76	34.2
No	146	65.8
Total	222	100
Clasificación de la anemia		
Leve	33	42.9
Moderada	39	50.6
Grave	5	6.5
Total	77	100
Hemorragia posparto		
Sí	31	14
No	191	86
Total	222	100
Shock hipovolémico		
Sí	3	1.4
No	219	98.6
Total	222	100
Otros		
Sí	24	10.8
No	198	89.2
Total	222	100

Fuente: base de datos
Elaboración: Andrea Bravo

De las complicaciones registradas durante el puerperio inmediato y mediato, se pudo evidenciar que en un 34.2% se presentó anemia, categorizándose en un 50.6% de moderada y un 42.9% leve. En un 14% de los casos se diagnosticó de hemorragia posparto y en un 1.4% shock hipovolémico; se observaron otras complicaciones en un 10.8% como: sepsis, neumonía intrahospitalaria, atelectasia, infección de sitio quirúrgico, cefalea pos punción, rosácea, emergencia hipertensiva, crisis convulsivas, infección del tracto urinario, síndrome urémico hemolítico, intoxicación por magnesio, insuficiencia renal aguda, hipotiroidismo subclínico, trastornos psiquiátricos como crisis de ansiedad, trastorno de adaptación, episodio depresivo) (tabla 7).

5.4. Características y complicaciones neonatales

Tabla 8

Características neonatales de 230 recién nacidos hijos de madres atendidas en el Área de Ginecología y Obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso durante enero-diciembre del 2018.

RECIÉN NACIDOS PREMATUROS					
		Frecuencia	Porcentaje		
Clasificación de acuerdo a la edad gestacional al nacer			Clasificación según peso al nacer		
Extremo		3	6.1		
Muy prematuro		10	20.4	Prematuro adecuado	37 75.5
Prematuro moderado		10	20.4	Prematuro pequeño	12 24.5
Prematuro Tardío		26	53.1	Prematuro grande	0 0
Total		49	100	Total	49 100
RECIÉN NACIDOS A TÉRMINO					
		Frecuencia	Porcentaje		
Clasificación de acuerdo a la edad gestacional al nacer			Clasificación según peso al nacer		
A término precoz		69	38.1	A término adecuado	149 82.3
A término completo		110	60.8	A término pequeño	26 14.4
A término tardío		2	1.1	A término grande	6 3.3
Total		181	100	Total	181 100

*Media semanas gestación según Capurro 36.2 desviación estándar \pm 7.3

*Media de peso 2640 desviación estándar \pm 801.7

Apgar 1 minuto media 8 desviación estándar \pm 1.9

Apgar 5 minutos media 8 desviación estándar \pm 1.8

Fuente: base de datos

Elaboración: Andrea Bravo

De los 230 recién nacidos, 49 fueron prematuros, de ellos el 53.1% se categorizaron como tardíos y en igual frecuencia con el 20.4% fueron prematuros moderados y muy prematuros; en cuanto a la clasificación de peso al nacer al realizar una relación entre peso y semanas de gestación según las tablas de Lubchenco y Battaglia observamos que el 75.5% de recién nacidos prematuros fueron adecuados para la edad gestacional (tabla 8).

Por otra parte de los 181 recién nacidos a término, el 60.8% fueron catalogados como neonatos a término completo, no obstante, el 38.1% se categorizaron como a término precoz. Respecto a la clasificación según peso al nacer el 82.3% fueron adecuados para la edad gestacional (tabla 8).

Tabla 9
Complicaciones en 238 neonatos hijos de gestantes de alto o muy alto riesgo atendidas en el Área de Ginecología y Obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso durante enero-diciembre del 2018.

	Frecuencia	Porcentaje
Complicaciones neonatales		
Sí	111	46.6
No	127	53.4
Total	238	100.0
Prematurez		
Sí	49	22.4
No	181	77.6
Total	230	100.0
Distrés respiratorio		
Sí	45	19.6
No	185	80.4
Total	230	100.0
Hiperbilirrubinemia		
Sí	2	0.9
No	228	99.1
Total	230	100.0
Hipoglicemia		
Sí	5	2.2
No	225	97.8
Total	230	100.0
Óbito		
Sí	8	3.4
No	230	96.6
Total	238	100.0
Otras complicaciones		
Sí	11	4,8
No	219	95,2
Total	230	100.0

Fuente: base de datos
Elaboración: Andrea Bravo

El 46.6% de neonatos hijos de madres categorizadas bajo la denominación de gestaciones de alto y muy alto riesgo desarrollaron complicaciones, de las cuales la más común fue la prematurez con el 22.4%, seguida del distrés respiratorio en un 19.6%, no obstante aunque en menor frecuencia se presentaron otras

alteraciones como: el óbito fetal en un 3.4%, la hipoglicemia 2.2%, la hiperbilirrubinemia con el 0.9% y un 6.5% de neonatos presentaron otras complicaciones como: incompatibilidad ABO y RH, arritmias cardíacas, cefalohematoma, toxoplasmosis, retinopatía, malformaciones (tabla 9).

CAPÍTULO VI

6. DISCUSIÓN

La gestación es un evento donde la mujer se enfrenta a tres situaciones: la existencia de un nuevo ser, los cambios fisiológicos y la aceptación de su nuevo rol social (63). Sin embargo, además de estos aspectos, antes y durante el periodo de la gravidez pueden evidenciarse diversos factores que podrían poner en riesgo la vida de una mujer y del producto de la gestación, desarrollando un embarazo de alto riesgo, el cual es definido como aquel en el cual el pronóstico materno y/o fetal es potencialmente subóptimo en comparación con el embarazo normal (2).

Nuestra investigación se enfocó en buscar las características epidemiológicas, obstétricas y complicaciones maternas y neonatales de gestantes catalogadas con embarazos de alto riesgo en el Hospital Vicente Corral Moscoso, por lo que se revisaron 222 expedientes clínicos de madres que cumplieron con los criterios de inclusión, observando que según características sociodemográficas: el grupo etario de entre 20 a 24 años fue el más frecuente con 35.1%, seguido de las adolescentes en un 24.3%; un 45.5% de estado civil unión libre, el 65.3% residentes en áreas urbanas y un 61.3% de instrucción secundaria.

Resultados que son similares a los reportados por Melo, en el año 2014 en Brasil, identificó que de 97 gestantes categorizadas con alto riesgo obstétrico, el 57.7% tuvieron rangos de edad entre 20 a 34 años, el 75.3% de estado civil unión libre e instrucción secundaria (64); en este mismo país, Paiva et al, en su estudio en gestantes brasileñas concluyeron que el 79.8% de embarazadas catalogadas con embarazos de riesgo tuvieron edades de entre 15 a 34 años, el 48.3% con unión libre y el 48.5% de instrucción secundaria (65); igualmente Soni et al, en su investigación donde buscó poner en evidencia los factores de riesgo a urgencias obstétricas, encontró el grupo de edad entre 20 a 24 años fue el más frecuente con el 29.5%, seguido de adolescentes con el 19.2% (66) y Hernández et al, en una población de 145 gestantes, identificaron que las mujeres entre 19 a 25 años presentaron riesgo obstétrico en un 12.5% (5).

No obstante, nuestros resultados discrepan con las conclusiones de autores como: Cacho M. y García A., en Cuenca en el año 2019, encontraron que las mujeres que fueron catalogadas con embarazos de alto riesgo tuvieron edades mayores a 35 años en un 38,6%, el 71.5% estaban casadas y el 54.7% de instrucción superior (13); igualmente Uguña D. y Guamán, en esta misma ciudad en el año 2019, el 56,7% tuvieron instrucción primaria y el 56.9% estaban casadas (14). Martínez, en Colombia, en el 2015, encontraron que de 123 gestantes con alto riesgo obstétrico el 13.1% fueron adolescentes (4).

Igualmente, Fawed Reyes O. et al, y Vélez et al, observaron que el 33,68% de las participantes categorizadas con riesgo obstétrico tuvieron rangos de edad entre 10 a 19 años con el 42.1% y el 13.2% respectivamente (67) (68). Costa et al, en su investigación con 61 gestantes de alto riesgo en Brasil, identificaron que el 82% tuvieron edades entre 15 a 35 años y un 52.5% estaban casadas (49). Zárate y Avilés, encontraron un 34% de mujeres con embarazos de alto riesgo, de las cuales el 80% tuvieron edades entre 30 a 34 años (69). Jantsch, en el 2014, evidenciaron que predominaron las grávidas entre 30 a 34 años con el 29.4%, respecto a la instrucción el 50.6% tuvieron educación básica (70).

En lo que respecta a características obstétricas, en nuestra serie pudimos observar que el 67.6% de gestantes catalogadas con riesgo obstétrico tuvieron más de 5 controles prenatales, el 50% fueron nulíparas y en un 76.6% la vía de parto fue por cesárea, resultados coincidentes a los presentados por autores como: Quilca et al, donde el 81,1% de gestantes de alto riesgo tuvieron más de 5 controles prenatales y en un 62.2% partos por cesárea (17); al igual que Melo, en Brasil, año 2014, el 66% tuvo más de 7 consultas prenatales (64) y Costa et al, identificaron que la vía de parto más común en este grupo de embarazadas de riesgo fue de 80.3% (49); Paiva y Moreira, por su parte concluyeron que las mujeres nulíparas mostraron una mayor frecuencia de gestaciones de riesgo con el 44.8% y 35.3% respectivamente (57) (65).

Sin embargo, estas cifras discrepan con investigaciones como: Reyes P, en el año 2016 en Esmeraldas, pues el 36% se realizó únicamente tres controles prenatales (15); en cuanto a la paridad, Quilca et al, y Costa et al, encontraron que un 76% y el 70.5% correspondieron a mujeres multíparas respectivamente (17) (49). Uguña D. y Guamán, en Cuenca en el año 2019, identificaron que en el 50.6% la vía de en gestantes con alto riesgo obstétrico fue la vaginal (14).

Dentro de las complicaciones maternas de las gestantes categorizadas con riesgo obstétrico encontramos que: la infección de vías urinarias se presentó en un 25.7%, la ruptura prematura de membranas en un 19.8%, la preeclampsia con criterios de severidad en un 19.4% y la vaginosis en un 14.4%; además respecto las alteraciones durante la labor de parto, lo más frecuente fue un 19.8% de estado fetal no tranquilizador y el 34.2% de distocias. Finalmente en el puerperio un 34.2% se presentó anemia y un 14% hemorragia posparto.

En la línea de complicaciones maternas y neonatales en embarazos de riesgo, es importante especificar que según la revisión en la literatura biomédica, las cifras respecto a esta problemática son muy variables, en dependencia de los diferentes autores, el tipo de investigación y la muestra aplicada, es así que Costa, et al, en Brasil en el año 2016, en su investigación con 61 mujeres de alto riesgo evidenciaron que la infección del tracto urinario se presentó en un 52.5% de las gestantes (49). Martínez, en Colombia en el 2015, concluyeron que el 13.8% de mujeres presentaron amenaza parto prematuro (4), Moreira, identificó que el 20.6% tuvo preeclampsia, el 19.1% ruptura prematura de membranas, 10.3% parto prematuro, 10.3% placenta previa y 17.6% diabetes gestacional (57). Por su parte Jantsch, en el 2014, encontró que el 12.9% de gestantes con alto riesgo presentaron diabetes gestacional (70), y Fawed et al, observaron que el 6.05% tuvo ruptura prematura de membranas, anemia en el 5.26%, en cambio durante el parto se presentaron un 28.15% de casos de desgarros perineales y el 3.42% parto precipitado (67).

En este sentido, en nuestro país, varios autores también muestran diversas complicaciones en gestaciones de riesgo, es así que Uguña D. y Guamán, en Cuenca en el año 2019, en 1175 mujeres gestantes mayores de 35 años, revelaron una prevalencia de un 35% (14), de ellas se encontró que: un 33% correspondió a preeclampsia, la hipertensión gestacional 16,3%, rotura temprana de membranas un 22,1% y el 25.3% otras complicaciones (14). Quilca, en el 2017, encontró que 63% presentó preeclampsia, el 26,7% hipertensión gestacional, el 3,7% eclampsia, el 12.2% ruptura prematura de membranas, el 6% amenaza de parto pre término, el 4% diabetes gestacional y un 12,33% placenta previa (17) y Reyes, en el 2016 en Esmeraldas, observó que el parto pre término se presentó en el 27%, seguido por pre eclampsia en un 16% y placenta previa en el 7% (15).

En lo que respecta a complicaciones neonatales en niños hijos de madres con riesgo obstétrico en nuestra serie encontramos que el 46.6% desarrollaron complicaciones, siendo el distrés respiratorio la más común en un 19.6%, y en menor frecuencia observamos óbito fetal en un 3.4% e hipoglicemia en un 2.2%.

La Rosa A. en el 2017, en su investigación con 62 madres, demostraron que los recién nacidos presentaron sepsis neonatal en un 6,5%, seguido por complicaciones respiratorias en un 96,8% en el cual incluyó la enfermedad de membrana hialina, neumotórax y apnea e hipoglicemia en un 3,2% (60). Por otro lado, Macías et al, en México 2018 reveló que las complicaciones neonatales más frecuentes son la asfixia perinatal, el Apgar menor de siete al primer minuto, dificultad respiratoria (41). Uguña D. y Guamán En cuanto a las complicaciones neonatales el 19.2% de niños las presentaron, de ellos el 61.9% tuvo bajo peso, el 29.3% fueron prematuros y un 14.3% retardo del crecimiento intrauterino, con un porcentaje de mortalidad del 11.5% y un 4% de malformaciones (14).

CAPÍTULO VII

7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

7.1. CONCLUSIONES

- Se revisaron 222 expedientes clínicos de pacientes categorizadas con alto riesgo obstétrico en el Hospital Vicente Corral Moscoso, encontrándose que el grupo etario entre 20 a 24 años fue el más frecuente, así como el estado civil unión libre, residentes en áreas urbanas y de instrucción secundaria.
- Respecto a características obstétricas, más de la mitad de pacientes fueron categorizadas con embarazos de muy alto riesgo con más de 5 controles prenatales, nulíparas con embarazos a término cuya vía de parto en su mayoría fue por cesárea.
- Casi todas las gestantes con embarazos de alto o muy alto riesgo presentaron complicaciones durante la gestación, la mitad de ellas durante la labor de parto y casi la mitad durante el puerperio.
- La infección de vías urinarias, la ruptura prematura de membranas y la preeclampsia con criterios de severidad fueron las complicaciones más frecuentes durante el embarazo. En cambio, durante la labor de parto y el parto las distocias fueron las complicaciones más comunes seguidas del estado fetal no tranquilizador. Finalmente, durante el puerperio inmediato y mediato, se pudo evidenciar que las madres presentaron anemia y hemorragia posparto.
- De los 238 hijos de madres con gestaciones de alto riesgo, 8 se obitaron y 230 se consideraron como recién nacidos, donde 49 fueron prematuros y 181 a término; de los neonatos prematuros, más de la mitad fueron categorizados como tardíos gestación y más de la mitad fueron adecuados para la edad gestacional. Por su parte los neonatos a término la mayoría fueron catalogados como a término precoz adecuado para la edad gestacional.
- Casi la mitad de neonatos hijos de madres categorizadas bajo la denominación de gestaciones de alto y muy alto riesgo desarrollaron complicaciones, de ellas la más frecuente fue la prematurez.

7.2. RECOMENDACIONES

- Es importante que en todas las instituciones de salud se categorice el riesgo obstétrico durante la gestación, ya que ello contribuirá a la prevención y el manejo de las patologías que puedan complicar el embarazo, repercutiendo directamente en la morbilidad y mortalidad del binomio madre e hijo.
- Deberían elaborarse programas educativos con influencia no solo en gestantes sino también en mujeres en etapa reproductiva, de manera que ellas puedan identificar los factores de riesgo modificables y no modificables que pueden complicar el embarazo, además de motivarlas sobre la importancia de realizarse controles prenatales oportunos y de calidad.
- Finalmente consideramos que la Universidad Católica de Cuenca y la Unidad Académica de Salud y Bienestar, deberían estimular la realización de investigaciones sobre riesgo obstétrico y complicaciones maternas y neonatales mediante la aplicabilidad de diferentes diseños metodológicos que abarquen diversas poblaciones de gestantes tanto en el ámbito local como regional.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Carvajal J, Ralph C. Manual de Obstetricia y Ginecología [Internet]. 2017. Disponible en: <https://medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2018/04/Manual-Obstetricia-Ginecologia-2017.pdf>
2. Donoso B, Oyarzún E. Embarazo de alto riesgo. Medwave [Internet]. 1 de junio de 2012 [citado 11 de enero de 2019];12(05). Disponible en: </link.cgi/Medwave/PuestaDia/Practica/5429>
3. Artal R. Factores de riesgo para el embarazo de alto riesgo [Internet]. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es/hogar/salud-femenina/embarazo-de-alto-riesgo/factores-de-riesgo-para-el-embarazo-de-alto-riesgo>
4. Martínez Royert J, Pereira-Peñate M. Caracterización de las gestantes de alto riesgo obstétrico (ARO) en el departamento de sucre 2015. Rev Científica Salud Uninorte [Internet]. 8 de octubre de 2016 [citado 7 de enero de 2019];32(3). Disponible en: <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/view/9137>
5. Hernández OB, Quintero JAC, López LAM, Ocaño AF, Peña SLP. Nivel de riesgo obstétrico en mujeres embarazadas que acuden a un centro de primer nivel de atención. 2017;8. Disponible en: <http://sanus.uson.mx/revistas/articulos/3-SANUS-3-02.pdf>
6. Organización Mundial de la Salud. Mortalidad materna [Internet]. 2016 [citado 11 de enero de 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/maternal-mortality>
7. Ministerio de Salud Pública de Ecuador. Control Prenatal. Guía de Práctica Clínica. [Internet]. 2015. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/GPC-CPN-final-mayo-2016-DNN.pdf>
8. Organización Mundial de la Salud. Mortalidad materna [Internet]. Nota descriptiva; 2016 [citado 9 de diciembre de 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>
9. Organización Panamericana de la Salud. Reducción mortalidad materna en 11 países de la Región [Internet]. 2014 [citado 9 de septiembre de 2018]. Disponible en: https://www.paho.org/clap/index.php?option=com_content&view=article&id=220:reduccion-mortalidad-materna-en-11-paises-de-la-region&Itemid=354&lang=es

10. Donoso E, Carvajal JA, Vera C, Poblete JA. La edad de la mujer como factor de riesgo de mortalidad materna, fetal, neonatal e infantil. Rev Médica Chile [Internet]. febrero de 2014 [citado 11 de enero de 2019];142(2):168-74. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-98872014000200004&lng=es&nrm=iso&tlng=pt
11. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Estimación de la Razón de Mortalidad Materna en el Ecuador [Internet]. Disponible en: http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion_y_Demografia/Nacimientos_Defunciones/2016/RMM_Nota_metodologica_INEC_2016.pdf
12. Ministerio de Salu Pública de Ecuador. Mortalidad evia...d.d..d.dd. [Internet]. 2018. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/07/Gaceta-SE-52-MM.pdf>
13. Chacho Amay MA, García Salinas AE. Embarazo de alto riesgo y factores asociados en el “Hospital José Carrasco Arteaga”, Cuenca, Enero - Junio, 2018. 2019 [citado 16 de julio de 2019]; Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/32018>
14. Uguña Quilli DM, Guamán Pichisaca EE. Complicaciones materno fetales en gestantes mayores de 35 años. Hospital Vicente Corral Moscoso, 2015-2017. 2019 [citado 16 de julio de 2019]; Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/31948>
15. Reyes P. Factores de riesgo obstétrico en embarazadas del Hospital Delfina Torres de Esmeraldas [Internet]. [Esmeraldas]: Pontificia Universidad Católica del Ecuador; 2016. Disponible en: <https://repositorio.pucese.edu.ec/bitstream/123456789/890/1/REYES%20ARB%20OLEDA%20%20PAULETT.pdf>
16. Haro M, Johana L. Prevalencia de riesgos obstétricos durante el embarazo en gestantes de la Comunidad de Tanguarín, 2017. 30 de mayo de 2017 [citado 16 de julio de 2019]; Disponible en: <http://repositorio.utn.edu.ec/handle/123456789/6842>
17. Quilca M, Yesenia J. Riesgos obstétricos y perinatales en embarazadas mayores de 35 años atendidas en el Hospital San Vicente de Paul 2016. 1 de junio de 2017 [citado 16 de julio de 2019]; Disponible en: <http://repositorio.utn.edu.ec/handle/123456789/6852>
18. Rodrigues PLR, Oliveira RR de, Melo EC, Mathias TA de F. Pregnancy complications in Brazilian puerperal women treated in the public and private health systems. Rev Lat Am Enfermagem [Internet]. 8 de enero de 2018 [citado 19 de noviembre de 2019];25(0). Disponible en:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692017000100412&lng=en&tlng=en

19. Romero-Fasolino DM, Hernández-Rodríguez ML, Fasolino A, Liseth M, Maturana D. Complicaciones feto-neonatales del embarazo múltiple. Análisis embriológico. *Rev Obstet Ginecol Venez*. 2015;75:12.
20. Organización Mundial de la Salud. Embarazo en adolescentes: un problema culturalmente complejo [Internet]. WHO. 2009 [citado 19 de noviembre de 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/bulletin/volumes/87/6/09-020609/es/>
21. Iturra-Zamorano RS, Badilla-Otero MC, Velásquez-Muñoz AA. Vivencias de embarazadas de alto riesgo Obstétrico del Hospital San Juan De Dios, en Chile. :5.
22. Amorim TV, Souza ÍE de O, Moura MAV, Queiroz ABA, Salimena AMO, Amorim TV, et al. Perspectivas de los cuidados de enfermería en el embarazo de alto riesgo: revisión integradora. *Enferm Glob* [Internet]. 2017 [citado 16 de julio de 2019];16(46):500-43. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1695-61412017000200500&lng=es&nrm=iso&tlng=es
23. López Araque AB, Linares Abad M, López Medina MD. Percepción de síntomas en primigestas con embarazo en vías de prolongación. *Index Enferm* [Internet]. junio de 2015 [citado 16 de julio de 2019];24(1-2):35-9. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1132-12962015000100008&lng=es&nrm=iso&tlng=es
24. Cunningham G, Leveno K, Bloom S. *Obstetricia*. México: Mcgraw-Hill Interamericana Editores; 2015.
25. Sánchez-Muniz FJ, Gesteiro E, Espárrago Rodilla M, Rodríguez Bernal B, Bastida S. La alimentación de la madre durante el embarazo condiciona el desarrollo pancreático, el estatus hormonal del feto y la concentración de biomarcadores al nacimiento de diabetes mellitus y síndrome metabólico. *Nutr Hosp* [Internet]. abril de 2013 [citado 16 de julio de 2019];28(2):250-74. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0212-16112013000200002&lng=es&nrm=iso&tlng=es
26. Herrera León LI, Martínez Barreiro A, Barros Díaz O. Peso, edad gestacional e historia genésica previa de la gestante. *Rev Cuba Salud Pública* [Internet]. diciembre de 2007 [citado 16 de julio de 2019];33(4):0-0. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0864-34662007000400005&lng=es&nrm=iso&tlng=es

27. Valencia TM, Betancur NS. Complicaciones en gestantes que asisten a control prenatal en una institución de segundo nivel. *Cult Cuid* [Internet]. 2014 [citado 16 de julio de 2019];11(2):50-61. Disponible en: <https://revistas.unilibre.edu.co/index.php/cultura/article/view/3819>
28. Hospital Universitario de Ceuta. Guía de cuidados en el embarazo [Internet]. Disponible en: http://www.ingesa.mscbs.gob.es/estadEstudios/documPublica/internet/pdf/Guia_cuidados_embarazo.pdf
29. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo [Internet]. 2016. Disponible en: <http://www.clap.ops-oms.org/publicaciones/9789275320334esp.pdf>
30. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo [Internet]. 2018. Disponible en: https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/anc-positive-pregnancy-experience/es/
31. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Embarazo [Internet]. 2014. Disponible en: https://www.unicef.org/ecuador/CARTILLA_1_CRECER_17-12-2014.pdf
32. Costa M da C, Bezerra Filho JG, Andrade Bezerra MG, Veríssimo de Oliveira MI, Carvalho de Oliveira RM, De Vasconcelos Silva AR. Gestación de riesgo: percepción y sentimientos de las mujeres embarazadas con amniorrexe prematuro. *Enferm Glob* [Internet]. octubre de 2010 [citado 30 de julio de 2019];(20):0-0. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1695-61412010000300006&lng=es&nrm=iso&tIng=es
33. Ministerio de Salu Pública de Ecuador. Clasificación de riesgo obstétrico [Internet]. Disponible en: <https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/ANEXO%202%20-%20CLASIFICACI%C3%93N%20DE%20RIESGOS%20OBST%C3%89TRICOS.pdf>
34. Ministerio de Salu Pública de Ecuador. Control Prenatal. Guía de Práctica Clínica. [Internet]. 2016. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/GPC-CPN-final-mayo-2016-DNN.pdf>
35. Rodrigues ARM, Rodrigues DP, Viana AB, Arm R, Dp R, Ab V, et al. Cuidado de enfermería durante el embarazo de alto riesgo: revisión integradora. :12.

36. Organización Mundial de la Salud. ¿Por qué siguen muriendo tantas mujeres durante el embarazo y el parto? [Internet]. 2015. Disponible en: <https://www.who.int/features/qa/12/es/>
37. Coordinación Zonal 5, Ministerio de Salud Pública de Ecuador. Clasificación del riesgo obstétrico [Internet]. Disponible en: <https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/ANEXO%20-%20CLASIFICACION%20DE%20RIESGOS%20OBST%20TRICOS.pdf>
38. Vásquez CRV, Colcha HEM. Incidencia de preeclampsia y eclampsia en pacientes con embarazo de alto riesgo obstétrico: Embarazo precoz. RECIMUNDO [Internet]. 7 de agosto de 2018 [citado 19 de noviembre de 2019];2(3):539-49. Disponible en: <http://www.recimundo.com/index.php/es/article/view/309>
39. Okumura JA, Maticorena DA, Tejeda JE, Mayta-Tristán P. Embarazo adolescente como factor de riesgo para complicaciones obstétricas y perinatales en un hospital de Lima, Perú. Rev Bras Saúde Materno Infant [Internet]. diciembre de 2014 [citado 19 de noviembre de 2019];14(4):383-92. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292014000400383&lng=es&tlng=es
40. Lafaurie V. MM, Antolinez R. P. Una mirada de género al embarazo después de los 35 años: experiencias de mujeres atendidas por la red de salud de Bogotá D.C. Rev Colomb Enferm [Internet]. 23 de octubre de 2015 [citado 30 de julio de 2019];9(9):95. Disponible en: <http://revistacolombianadeenfermeria.unbosque.edu.co/article/view/569>
41. Edad materna avanzada como factor de riesgo perinatal y del recién nacido. 2018;(2):8.
42. Aguirre ET, Balderas EM, Torres MMD. Condición laboral asociada a complicaciones en el embarazo en noreste de México. 2014;8.
43. Gonzaga-Soriano MR, Zonana-Nacach A, Anzaldo-Campos MC, Olazarán-Gutiérrez A. Atención prenatal y mortalidad materna hospitalaria en Tijuana, Baja California. Salud Pública México [Internet]. febrero de 2014 [citado 30 de julio de 2019];56(1):32-9. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0036-36342014000100005&lng=es&nrm=iso&tlng=es
44. Zorrilla AD, Segovia MR. Ingresos a Unidad de Cuidados Intensivos de mujeres durante el embarazo y periodo puerperal. Rev Nac [Internet]. junio de 2017 [citado 30 de julio de 2019];9(1):49-60. Disponible en: http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2072-81742017000100049&lng=pt&nrm=iso&tlng=es

45. Ticona-Rebagliati D, Torres-Bravo L, Veramendi L, Zafra-Tanaka JH. Conocimientos y prácticas sobre signos de alarma de las gestantes atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre- Niño San Bartolomé, Lima, Perú. :8.
46. Avila S, Alfaro T, Olmedo J. Generalidades sobre placenta previa y acretismo placentario. 2016;6(3):11-20. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcliescmed/ucr-2016/ucr163c.pdf>
47. Instituto Mexicano de Seguro Social. Diagnóstico y Manejo del embarazo múltiple. Evidencias y Recomendaciones [Internet]. 2013. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/628GRR.pdf>
48. Marín S. Infecciones urinarias en gestantes adolescentes y complicaciones en el embarazo y el recién nacido del Hospital San Jose de Callao 2013 [Internet] [Universidad San Martín de Porres]. [Lima]; 2015. Disponible en: http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/2410/3/marin_s.pdf
49. Costa LD, Cura CC, Perondi AR, França VF, Bortoloti DS. Perfil Epidemiológico de pacientes con embarazo de alto riesgo. Cogitare Enferm [Internet]. 24 de junio de 2016 [citado 7 de enero de 2019];21(2). Disponible en: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/44192>
50. Universidad Industrial de Santander. Bucaramanga, Colombia, Téllez G DA, Ramírez F S, Parada B NS, Fernández-Niño JA, Universidad Industrial de Santander. Bucaramanga, Colombia. Inducción del parto versus manejo expectante en ruptura prematura de membranas pretérmino: revisión sistemática y metanálisis. Rev Univ Ind Santander Salud [Internet]. 24 de marzo de 2017 [citado 19 de noviembre de 2019];49(1):45-55. Disponible en: <http://revistas.uis.edu.co/index.php/revistasaluduis/article/view/6193/6420>
51. Gutiérrez Ramos M. Manejo actual de la rotura prematura de membranas en embarazos pretérmino. Rev Peru Ginecol Obstet [Internet]. julio de 2018 [citado 19 de noviembre de 2019];64(3):405-14. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2304-51322018000300014&lng=es&nrm=iso&tlng=es
52. Rojas Jimenez S, Lopera Valle JS, Rodríguez Padilla LM, Martínez Sánchez LM. Infecciones vaginales en pacientes gestantes de una clínica de alta complejidad de Medellín-Colombia. Arch Med Manizales [Internet]. 30 de junio de 2016 [citado 19 de noviembre de 2019];16(1):32-42. Disponible en: <http://revistasum.umanizales.edu.co/ojs/index.php/archivosmedicina/article/view/790>
53. García L, Estrada J, Proenza L. Infección vaginal en gestantes y su influencia en la morbilidad y mortalidad perinatal. 2017;21(2). Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/multimed/mul-2017/mul172f.pdf>

54. Bryce Moncloa A, Alegría Valdivia E, Valenzuela Rodríguez G, Larrauri Vigna CA, Urquiaga Calderón J, San Martín San Martín MG. Hipertensión en el embarazo. Rev Peru Ginecol Obstet [Internet]. 16 de julio de 2018 [citado 19 de noviembre de 2019];64(2):191-6. Disponible en: <http://www.spog.org.pe/web/revista/index.php/RPGO/article/view/2077>
55. Nápoles Méndez D. Nuevas interpretaciones en la clasificación y el diagnóstico de la preeclampsia. MEDISAN [Internet]. abril de 2016 [citado 19 de noviembre de 2019];20(4):516-29. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1029-30192016000400013&lng=es&nrm=iso&tlng=es
56. Rosas M, Borrayo G, Madrid A, Ramirez E, Pérez G. Hipertensión durante el embarazo: el reto continúa. 2016;54(1):93-111. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/4577/457746536007.pdf>
57. Moreira ARM. High-risk pregnancy: analysis of health determinants. Sanare [Internet]. 2017;16:23-8. Disponible en: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/viewFile/1135/620>
58. Martínez J. La maternidad en madres de 40 años. 2016;42(3):451-8. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/rcsp/2016.v42n3/451-458/es>
59. Arizmendi J, Carmona Pertuz V, Colmenares A, Gómez Hoyos D, Palomo T. Diabetes gestacional y complicaciones neonatales. Rev Med [Internet]. 30 de noviembre de 2012 [citado 19 de noviembre de 2019];20(2):50. Disponible en: <http://revistas.unimilitar.edu.co/index.php/rmed/article/view/1200>
60. Rosa A. Complicaciones en recién nacidos de madres adolescentes tempranas en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza de mayo del 2008 a mayo del 2012. 2015;15(1):14-20. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/hm/v15n1/a03v15n1.pdf>
61. Ministerio de Salu Pública de Ecuador. Guía de práctica clínica: recién nacido prematuro [Internet]. 2015. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2016/09/GPC-Rec%C3%A9n-nacido-prematuro.pdf>
62. Ministerio de Salu Pública de Ecuador. Guía de Práctica Clínica de Control Prenatal [Internet]. 2015. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/GPC-CPN-final-mayo-2016-DNN.pdf>
63. Zamorano RSI, Otero MCB, Muñoz AV. Vivencias de embarazadas de alto riesgo Obstétrico del Hospital San Juan De Dios, en Chile. Rev CONAMED [Internet]. 2017 [citado 16 de julio de 2019];22(4):174-8. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6436676>

64. Melo WA de, Alves JI, Ferreira AA da S, Souza VS de, Maran E. Gestação de alto risco: fatores associados em município do noroeste paranaense. Espaço Para Saúde - Rev Saúde Pública Paraná [Internet]. 23 de noviembre de 2016 [citado 7 de enero de 2019];17(1):83. Disponible en: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/espacoparasaude/article/view/24981>
65. Paiva DS de BS, Nunes HH de M, Moreira SF da S, Ferreira MGS. Pré-natal de alto risco em um serviço de referência: perfil sociodemográfico e clínico. Rev Eletrônica Acervo Saúde [Internet]. 2019 [citado 16 de enero de 2019];11(2):e136-e136. Disponible en: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/136>
66. Soni-Trinidad C, Gutiérrez-Mateos A, Rosa-Moreno FJS, Reyes-Aguilar A. Morbilidad y mortalidad materna y factores de riesgo asociados con una urgencia obstétrica. Ginecol Obstet México [Internet]. 15 de febrero de 2015 [citado 7 de enero de 2019];83(02):96-103. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=56701>
67. Fawed O, Erazo A, Gastañaga MEP, Ibañez Estrella A, Velasco Alvarado KR, Palacios Díaz A, et al. Complicaciones Obstétricas en Adolescentes y Mujeres Adultas con o sin Factores de Riesgo Asociados, Honduras 2016. Obstetric Complications in Adolescent and Adult Women with or without Associated Risk Factors, Honduras 2016. Arch Med [Internet]. 2016 [citado 7 de enero de 2019];12(4):1-7. Disponible en: <http://imed.pub/ojs/index.php/ar/article/view/1916>
68. Vélez JEV, Morales LEH, Gómez FA, Betancourt ALH, Duque JAP. Resultados materno perinatales en la consulta de alto riesgo, Ses Hospital De Caldas, 2009-2011. Hacia Promoc Salud. 2013;14.
69. Zarate Flores E, Avilés Sánchez ME. Tipología familiar en mujeres con embarazo de alto riesgo y bajo riesgo derecho habientes de la UMF 220 Toluca 2011-2012. 2013 [citado 7 de enero de 2019]; Disponible en: <http://ri.uaemex.mx/handle/20.500.11799/14027>
70. Jantsch PF, Carreno I, Pozzobon A, Adami FS, Leal CDS, Mathias TC da S, et al. Principais características das gestantes de alto risco da região central do Rio Grande do Sul. Rev Destaques Acadêmicos [Internet]. 4 de noviembre de 2017 [citado 7 de enero de 2019];9(3). Disponible en: <http://univates.br/revistas/index.php/destaques/article/view/1534>

ANEXOS

ANEXO 1: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA
Edad	Tiempo que ha vivido una persona contando desde su nacimiento.	Cronológica	Historia clínica	Numérica
Estado civil	Condición de una persona según su situación legal en el registro civil en función de si tiene o no pareja.	Legal	Historia clínica	1. Casada 2. Soltera 3. Unión libre 4. Divorciada 5. Viuda
Residencia	Es el lugar o sitio donde vive una persona.	Geográfica	Historia clínica	1. Urbana 2. Rural
Instrucción	Grado de estudios alcanzados.	Educativa	Historia clínica	1. Sin instrucción 2. Primaria 3. Secundaria 4. Superior 5. Otra
Edad gestacional	Período comprendido desde el primer día de la última menstruación normal hasta el nacimiento o evento gestacional en estudio. Se mide en semanas y días completos.	Biológica	Historia clínica	Numérica

Número de controles prenatales	Actividades y procedimientos periódicos ofrecidos por el equipo de salud a la embarazada para identificar factores de riesgo y enfermedades que afecten el curso normal del embarazo y la salud del recién nacido/a.	Obstétrica	Historia clínica	Numérica
Paridad	Mujer que ha parido por vía vaginal o cesárea uno o más productos vivos o muertos con peso de 500 gramos o más, o de más de 20 semanas de gestación.	Biológica	Historia clínica	Nominal 1. Nulípara 2. Multípara
Clasificación según edad gestacional	Clasificación del recién nacido de acuerdo a la edad gestacional al nacer	Biológica	Historia clínica	1. Prematuro extremo 2. Muy prematuro 3. Prematuro moderado 4. Prematuro tardío 5. Término precoz 6. Término completo 7. Término tardío
Riesgo obstétrico	Valoración del riesgo obstétrico según factores de riesgo modificables y no modificables descritos en el instrumento del Ministerio de Salud Pública del Ecuador	Biológica	Historia clínica	1. Alto riesgo 2. Muy alto riesgo
Clasificación según peso y semanas de gestación	Clasificación del recién nacido según las curvas de Lubchenco basada en el peso y la edad gestacional, aplicable	Biológica Ponderal	Historia clínica	1. Adecuado para la edad gestacional 2. Pequeño para la edad gestacional

	a prematuros y neonatos a término.			3. Grande para la edad gestacional
Complicaciones maternas	Amplia gama de trastornos que existen durante el embarazo o el posparto, independientemente del momento de su aparición que puede darse durante el embarazo y/o puerperio inmediato o mediato.	Biológica Obstétrica	Historia clínica	Nominal 1. Trastornos hipertensivos 2. Infección de vías urinarias 3. Parto prematuro 4. Hemorragia posparto 5. Otras
Complicaciones neonatales	Amplia gama de trastornos que pueden presentar los recién nacidos hijos de madres con embarazos de alto riesgo	Biológica Clínica Neonatal	Historia clínica	Nominal 1. Bajo peso al nacer 2. Retardo del crecimiento intrauterino 3. Prematurez 4. Malformaciones 5. Síndrome distres respiratorio 6. Otras

ANEXO 2: FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA
UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
TEMA "PERFIL EPIDEMIOLÓGICO Y PERFIL EPIDEMIOLÓGICO, OBSTÉTRICO Y
COMPLICACIONES EMBARAZO DE ALTO RIESGO EN USUARIAS DEL "HOSPITAL VICENTE
CORRAL MOSCOSO", AÑO 2018.

Código de formulario: _____ Historia clínica: _____

SECCIÓN I: CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

Edad: _____

Estado civil:

1. Soltera
2. Casada
3. Unión libre
4. Divorciada
5. Viuda

Residencia: 1. Urbana 2. Rural

Instrucción: 1. Analfabeta
2. Primaria
3. Secundaria
4. Superior
5. Otra: _____

SECCIÓN II: CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS

Número de partos anteriores: _____

Semanas de gestación: _____

Número de controles prenatales: _____

Vía del parto 1. Parto vaginal 2. Cesárea

Complicaciones durante la gestación (registradas en el carnet o descritas en la historia clínica): 1. Sí 2. No

¿Cuáles? _____

Complicaciones durante la labor de parto: 1. Sí 2. No

¿Cuáles? _____

Complicaciones durante el parto: 1. Sí 2. No

¿Cuáles? _____

Complicaciones durante el puerperio inmediato o mediato: 1. Sí 2. No

¿Cuáles? _____

SECCIÓN III: CARACTERÍSTICAS NEONATALES

Peso al nacer: _____ Semanas de gestación por Capurro: _____

Apgar al minuto: _____ Apgar a los 5 minutos: _____

Complicaciones neonatales: 1. Sí 2. No

¿Cuáles? _____

Andrea Estefanía Bravo Chica
0105273247
tefi_b95@hotmail.com

ANEXO 3: PRESUPUESTO

Fuentes	Discriminación detallada de Recursos	Unidades que se Requieren	Valor de cada Unidad (USD)	Costo Total (USD)
Autora del estudio	Computadora	1	--	--
	Impresora	1	--	--
	Hoja A4	2000	0.01	20.00
	Impresiones	2000	0.02	40.00
	Fotocopias	1000	0.01	10.00
	Internet (horas)	300	0.1	30.00
	Lápiz	10	0.6	6.00
	Borrador	3	0.2	0.60
	Alimentación	80	1	80.00
	Transporte	60	1	60.00
	Varios	1	90	90.00
	Computadora	1	0	0.00
TOTAL	--	--	USD	336.60

ANEXO 4: CRONOGRAMA

ACTIVIDADES	TIEMPO EN MESES								RESPONSABLES
	2019								
	1	2	3	4	5	6	7	8	
Presentación y aprobación del protocolo									Investigadora Directora
Elaboración del marco teórico									Investigadora Directora
Revisión de los instrumentos de recolección de datos									Investigadora
Recolección de los datos									Investigadora
Análisis e interpretación de los datos									Investigadora Directora
Elaboración y presentación de la información									Investigadora Directora

ANEXO 5: MUESTREO ALEATORIO SIMPLE

E Muestreo simple aleatorio
X

Datos y resultados

Archivo de trabajo:

Tamaño poblacional:

Tamaño de muestra:

Tamaño poblacional: 2277
 Tamaño de muestra: 222
 Número de los sujetos seleccionados

3	23	32	43	46	76	85
98	112	114	124	128	130	136
143	156	158	163	169	189	193
197	199	206	229	243	256	258
261	264	275	293	304	316	318
326	387	401	414	415	430	431
435	456	467	474	491	497	509

E Muestreo simple aleatorio
X

Datos y resultados

Archivo de trabajo:


Tamaño poblacional:

Tamaño de muestra:

510	527	535	541	551	558	559
566	575	588	609	614	642	644
648	662	664	694	698	701	705
715	717	722	725	728	732	734
743	752	763	764	780	807	821
882	905	926	928	935	939	944
946	953	960	964	965	975	986
990	1003	1013	1020	1025	1032	1066
1069	1077	1105	1107	1111	1145	1163
1178	1202	1203	1223	1233	1248	1249
1251	1264	1268	1292	1316	1324	1336

Muestreo simple aleatorio

Datos y resultados


Archivo de trabajo:  Tamaño poblacional:

Tamaño de muestra:

1371	1380	1387	1390	1414	1425	1431
1440	1466	1468	1481	1485	1492	1498
1503	1509	1531	1532	1533	1535	1544
1553	1571	1576	1577	1588	1591	1593
1609	1622	1623	1631	1641	1647	1668
1702	1714	1724	1745	1748	1753	1756
1768	1780	1791	1793	1796	1798	1801
1813	1818	1819	1823	1824	1836	1850
1851	1863	1881	1885	1903	1912	1918
1923	1925	1939	1946	1969	1976	1984
1986	1989	1991	2005	2008	2011	2037

Muestreo simple aleatorio

Datos y resultados

Archivo de trabajo:  Tamaño poblacional:

Tamaño de muestra:

1702	1714	1724	1745	1748	1753	1756
1768	1780	1791	1793	1796	1798	1801
1813	1818	1819	1823	1824	1836	1850
1851	1863	1881	1885	1903	1912	1918
1923	1925	1939	1946	1969	1976	1984
1986	1989	1991	2005	2008	2011	2037
2042	2051	2063	2064	2066	2073	2089
2091	2097	2101	2161	2167	2169	2174
2181	2196	2199	2239	2257		

ANEXO 6: OFICIO BIOÉTICA



Cuenca, 8/8/2019

El Comité Institucional de Bioética en Investigación en Seres Humanos de la Universidad Católica de Cuenca, Carrera de Medicina.

CERTIFICA

Que ha conocido, analizado y aprobado el **proyecto de investigación** titulado

Perfil epidemiológico, obstétrico y complicaciones embarazo de alto riesgo en usuarias del "Hospital Vicente Corral Moscoso", año 2018.

Trabajo de titulación realizado por Andrea Estefania Bravo Chica

Código: Br47PerME14

DR. CARLOS FLORES MONTESINOS

RESPONSABLE COMITÉ DE BIOÉTICA

ANEXO 7: OFICIO DE COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN



**UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CUENCA**
COMUNIDAD EDUCATIVA AL SERVICIO DEL PUEBLO

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE MEDICINA Y ENFERMERÍA

Cuenca, 08 de agosto de 2019.

Señor Doctor.
Oscar Chango Sigüenza
GERENTE DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO
Su despacho. -

De mis consideraciones:

Con un atento saludo me dirijo a usted, para solicitar de la manera más comedida su autorización para que el estudiante de la Carrera de Medicina BRAVO CHICA ANDREA ESTEFANIA con CI: 0105273247, puedan permitirle realizar su trabajo de investigación en su distinguido hospital, con la finalidad de recopilar información, que requiere para el desarrollo de su trabajo, de titulación cuyo tema ha aprobado sido revisado como factible y lleva como titulo: "PERFIL EPIDEMIOLÓGICO, OBSTÉTRICO Y COMPLICACIONES DEL EMBARAZO DE ALTO RIESGO EN MUJERES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, AÑO 2018". La Investigación será dirigida por la Dra. Jeanette Tapia, especialista en Ginecología y Obstetricia, docente de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica de Cuenca.

En espera de poder contar con su apoyo para el desarrollo de esta importante actividad académica, agradezco de antemano y me suscribo de usted.

Atentamente:

Hospital Vicente Corral Moscoso
DIRECCIÓN MEDICA

FIEL COPIA DEL ORIGINAL	
FOJA N°	De
Fecha	08/08/2019
Firma	RICHARDO BUAMAN



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA
UNIDAD DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA MEDICINA



DEPARTAMENTO UNIDAD TITULACIÓN
LCDA. CAREN PRIETO F. MGS.

Responsable de Titulación Carrera de Medicina-Matriz de la Universidad Católica de Cuenca

ANEXO 8: OFICIO DE AUTORIZACIÓN HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO



Ministerio
de Salud Pública



HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO
UNIDAD DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

Oficio N° 115-UDI-HVCM-2019

Cuenca, 15 de Agosto del 2019

Licenciada

CAREM PRIETO F. MGS.

RESPONSABLE DE TITULACIÓN CARRERA DE MEDICINA Y ENFERMERÍA DE LA
UNIVERSIDAD CATOLICA DE CUENCA

Presente

De mis consideraciones:

Luego de un cordial saludo, se informa que el estudio de investigación titulado: "PERFIL EPIDEMIOLÓGICO, OBSTÉTRICO Y COMPLICACIONES DEL EMBARAZO DE ALTO RIESGO EN MUJERES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, AÑO 2018" fue analizado por la Comisión de Docencia e Investigación de este centro, concluyendo como factible.

Por la favorable atención a la presente, anticipamos nuestro sincero agradecimiento.

Atentamente,



Dr. Marcelo Merchán.

RESPONSABLE DE LA UNIDAD DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN
DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCO (E)

ANEXO 9: INFORME ANTIPLAGIO

revisión de tesis

INFORME DE ORIGINALIDAD

8%

INDICE DE SIMILITUD

6%

FUENTES DE
INTERNET

0%

PUBLICACIONES

6%

TRABAJOS DEL
ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1

dspace.ucuenca.edu.ec

Fuente de Internet

5%

2

Submitted to Universidad Católica De Cuenca

Trabajo del estudiante

3%

Excluir citas

Activo

Excluir coincidencias

< 250 words

Excluir bibliografía

Activo

ANEXO 10: RUBRICA PARES REVISORES 1



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA
 COMUNIDAD EDUCATIVA AL SERVICIO DEL PUEBLO



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA
 UNIDAD DE TITULACIÓN
 UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR – CARRERA DE MEDICINA



UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR – CARRERA DE MEDICINA – UNIDAD DE TITULACIÓN

Rubrica 5 Pares Revisores

La presente rubrica hace referencia a la revisión que realizarán dos docentes de la carrera de medicina, uno afín al tema y otro por parte del Departamento de Titulación, quienes a posterior formarán parte del jurado de sustentación de tesis, se evaluará el cumplimiento de las normativas de presentación de trabajo final de tesis y su contenido. Este documento es calificado sobre 5 puntos por cada docente designado, obteniéndose una calificación total de los dos docentes de 10 puntos.

Tema: Feril epidemiológica distético y complicaciones embarazo de alto riesgo en usuarios del Hospital Viente Cuero Rosales, año 2018

Nombre del estudiante: Andrea Estefanía Bravo Chica

Director: Dra. Jeanneth Patricia Topa Corderos

Nombre de par revisor:

PROCESO	EVALUACIÓN			
	Cumple	Cumple parcialmente	No cumple	Calificación
Estructura de tesis	✓			1 / 5
Redacción Científica	✓			1 / 5
Pensamiento crítico	✓			1 / 5
Marco teórico	✓			1 / 5
Anexos	✓			1 / 5
Total	✓			5 / 25

CONCLUSIÓN*	
Tesis apta para sustentación	✓
Tesis apta para sustentación con modificaciones	
Tesis no apta para sustentación	

* Marcar con una x lo que corresponde

Observaciones y recomendaciones:

Dr. Leonardo Mejía C.
 COD. N° 13281

Firma y sello de responsable

Firma de aceptación del estudiante

ANEXO 11: RUBRICA PARES REVISORES 2



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA
COMUNIDAD EDUCATIVA AL SERVICIO DEL PUEBLO



UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR – CARRERA DE MEDICINA – UNIDAD DE TITULACIÓN

Rubrica 5 Pares Revisores

La presente rubrica hace referencia a la revisión que realizarán dos docentes de la carrera de medicina, uno afín al tema y otro por parte del Departamento de Titulación, quienes a posterior formarán parte del jurado de sustentación de tesis, se evaluará el cumplimiento de las normativas de presentación de trabajo final de tesis y su contenido. Este documento es calificado sobre 5 puntos por cada docente designado, obteniéndose una calificación total de los dos docentes de 10 puntos.

Tema: Perfil epidemiológico obstétrica y complicaciones en embarazos de alto riesgo en usuarios del Hospital Vicente Solís Mazaño

Nombre del estudiante: Andrea Estefanía Bravo Chiva

Director: Dra. Jeanneth Patricia Tapia Córdova

Nombre de par revisor:

PROCESO	EVALUACIÓN			Calificación
	Cumple	Cumple parcialmente	No cumple	
Estructura de tesis	X			2/5
Redacción Científica	X			2/5
Pensamiento crítico	X			2/5
Marco teórico	X			2/5
Anexos	X			2/5
Total	5			5/5

CONCLUSIÓN*	
Tesis apta para sustentación	X
Tesis apta para sustentación con modificaciones	
Tesis no apta para sustentación	

* Marcar con una x lo que corresponde

Observaciones y recomendaciones:

Firma y sello de responsable

Firma de aceptación del estudiante

Manuel Vega y Pio Bravo

ANEXO 12: RUBRICA REVISIÓN DE DIRECCIÓN DE CARRERA



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA
COMUNIDAD EDUCATIVA AL SERVICIO DEL PUEBLO

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR – CARRERA DE MEDICINA – UNIDAD DE TITULACIÓN

Rubrica – Revisión final por parte de Dirección de Carrera de Medicina

Tema: *Fenil epidemiológicos, clonéticos y conpl usiones embociso de alto riesgo en usuarios del Hospital Vicente Wavel Manzan, año 2018*

Nombre del estudiante: *Andrea Estefania Bravo Chiva*

Nombre del responsable de la calificación

Director: *Dra. Jeanneth Patricia Tapia Cardenas*

Asesor: *Dra. Jeanneth Patricia Tapia Cardenas*

PROCESO	EVALUACIÓN				
	Cumple	Cumple parcialmente	No cumple	Calificación	
				Aprobado	reprobado
Estructura de tesis	<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	
Redacción Científica	<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	
Pensamiento crítico	<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	
Marco teórico	<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	
Anexos	<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	

* Marcar con una x lo que corresponde

CONCLUSIÓN*	
Tesis apta para sustentación	<input checked="" type="checkbox"/>
Tesis apta para sustentación con modificaciones	<input type="checkbox"/>
Tesis no apta para sustentación	<input type="checkbox"/>

* Marcar con una x lo que corresponde

Observaciones y recomendaciones:

DR. FREDDY CÁRDENAS

Firma y sello del Director o Representante de

Andrea Bravo Chiva

Firma de aceptación del estudiante

ANEXO 13: INFORME DE CULMINACIÓN DE TRABAJO DE TITULACIÓN



UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

Informe Nro.: UCACUE-UTCM-029-2019-I
Cuenca, 02 de diciembre de 2019

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA
UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE MEDICINA

INFORME DE CULMINACIÓN DE TRABAJO DE TITULACIÓN "TRABAJO DE TITULACIÓN"

Antecedentes: para el internado septiembre 2018 – agosto 2019, se realizó el respectivo cronograma para la realización del trabajo de titulación, para su estricto cumplimiento por parte de los estudiantes, el mismo que fue aprobado por el departamento de titulación y de dirección de carrera. Para culminar el trabajo de titulación el estudiante debe haber conseguido todas las rúbricas de calificación de director y asesor, y finalmente las rúbricas de pares revisores, para poder solicitar sustentación del trabajo con el oficio de aval del director del mismo.

Informe: La alumna BRAVO CHICA ANDREA ESTEFANÍA, ha cumplido todos los requisitos para solicitar fecha de sustentación del Trabajo de Titulación: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO, OBSTÉTRICO Y COMPLICACIONES EMBARAZO DE ALTO RIESGO EN USUARIAS DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, AÑO 2018, obteniendo las siguientes notas:

1. Rúbricas de director y asesor: 40/40
2. Rúbrica de pares revisores: 10/10
3. Sustentación de tema tesis: pendiente/50
4. Total: 50/100

Revisores: DR. LAURO MEJÍA / DR. ESTEBAN PADRÓN
Director: DRA. JEANNETH TAPIA/ Asesor: DRA. JEANNETH TAPIA
Conclusiones: de acuerdo a lo antes expuesto se concluye:

El/la estudiante ha cumplido los requisitos de ley para poder sustentar su Trabajo de Titulación y obtener los 50 puntos restantes de la nota global de su opción de titulación.

Recomendaciones: de acuerdo a todo lo expuesto, en este presente informe se recomienda lo siguiente:

- a. Realizar los trámites pertinentes para la designación de jurado y fecha de sustentación del Trabajo de Titulación de la alumna antes mencionada.

Atentamente,

Dr. Julio Ojeda S.

Coordinador (E) de la Unidad de Titulación de la Carrera de Medicina de la UCACUE

