



TEMA:

Control prenatal

NOMBRE DEL DOCENTE:

Óscar Fabián Gonzales

NOMBRE DE LA ALUMNA:

Amalia López López

GRADO Y GRUPO:

Octavo cuatrimestre semiescolarizado

TEMA

Factores de riesgo (edad y multiparidad) presentes en las embarazadas que acuden a control prenatal en la Unidad médica Rural (IMSS) de la localidad de cantioc durante el año 2018 a 2019.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El embarazo de riesgo hace referencia a aquel en el que se detectan una o más circunstancias o factores que, por su naturaleza, pueden suponer un riesgo para la gestación actual, pudiendo afectar negativamente a los resultados maternos fetales.

Tal es el caso del estudio que se realizó de dos comunidades con un grupo de 25 usuarias gestantes de las que acuden a control prenatal en la unidad médica rural de la localidad de cantioc, durante el año 2018 a 2019. Se observó como factor de riesgo la Multiparidad ya que son frecuentes en las dos comunidades de gestantes de entre 25 y 43 años de edad, procreando de entre 5 a 15 hijos por usuaria. Y de acuerdo a los estudios analíticos. La Multiparidad y la edad son un factor de riesgo por la mortalidad materna y la mortalidad fetal.

Por otro lado estos factores de riesgo también pueden asociarse con otros problemas que son adquiridas durante la gestación de y acuerdo al control de la variable.

De la publicación 2016 de autor Ávila Acosta, Milenny Del Pilar, del hospital belén de Trujillo, llevo a cabo un estudio analítico, observacional de casos y controles, La población de estudio estuvo constituida por [174](#) gestantes con adecuado control prenatal; quienes se dividieron en 2 grupos: con y sin diabetes gestacional. La frecuencia de Multiparidad en pacientes con diabetes gestacional fue 24%. La frecuencia de Multiparidad en pacientes sin diabetes gestacional fue 8%. La Multiparidad es factor de riesgo para diabetes gestacional con un odds ratio de [3.37](#) el cual fue significativo. El promedio de paridad fue significativamente superior en las gestantes con diabetes en comparación con las gestantes sin diabetes. En conclusión La Multiparidad es factor de riesgo asociado a diabetes gestacional en pacientes atendidas en el Hospital Belén de Trujillo.

Rev. Med Chile 2014; 142: 168-174

O.A. Reyes

Departamento de Ginecología y Obstetricia, Maternidad del Hospital Santo Tomás, Panamá.

En este artículo define que la hemorragia postparto es una de causas de morbilidad y mortalidad materna considerando como un factor de riesgo asociado a la gran Multiparidad. Las pacientes grandes multíparas tienen un riesgo 2,8 veces mayor de presentar episodios de hemorragia posparto en comparación con las pacientes de paridad menor. Estas pacientes se caracterizan también por ser de mayor edad y tener controles prenatales de menor calidad.

Posterior al análisis de la base de datos de la Sala de Labor de la Maternidad del Hospital Santo Tomás, se puede evidenciar que la gran multiparidad sí se debe considerar un factor de riesgo importante para la hemorragia posparto (2,8x). La paciente GM ha sido evaluada en otros estudios, obteniéndose similares resultados (riesgo de 2---4 veces mayor de hemorragia posparto) 14---16. La explicación de este hallazgo se puede encontrar en el hecho de que no es la contracción del útero lo que previene la hemorragia, sino la retracción de la fibra Miometral. En consideración la multiparidad si es un factor de riesgo para la hemorragia postparto.

La edad es uno de los antecedentes biogeográficos que permite identificar los factores de riesgo a lo largo del ciclo de vida de las personas, tal es el caso de la mujer sobre la edad fértil periodo que caracteriza a la mujer sobre el proceso de ovulación y el embarazo.

Rev. Med Chile 2014; 142: 168-174

De la unidad de Medicina Materno Fetal, división de obstetricia y ginecología, escuela de Medicina, Pontificia universidad católica de Chile. Santiago, Chile.

Enrique donoso, Jorge a. Carvajal, Claudio vera, José a. Poblete

En este artículo nos menciona que la edad también es uno de los factores de riesgo que las gestantes padecen siendo adolescentes o mujeres de edad avanzada. El embarazo antes de los 20 y después de los 35 años, se asocia a un El embarazo en mujeres de 35 o más años se asocia a un aumento del riesgo de presentar una serie de patologías propias de la gestación y una mayor frecuencia de patologías maternas crónicas, que traen como consecuencia una mayor probabilidad de muerte materna y perinatal. El embarazo a partir de los 35 años es considerado como embarazo materno de edad avanzada. En Chile, se ha

reportado el mayor riesgo de morbi mortalidad materna y perinatal del embarazo en adolescentes y en edad materna avanzada.

Embarazo en mujeres menores de 20 años. El grupo de adolescentes de 10-14 años fue uno de los rangos de mayor mortalidad materna, fetal, neonatal e infantil, originando las clásicas formas en "J" o en "U" de las curvas de mortalidad. La tasa de mortalidad materna en adolescentes de 10-14 años, pese a ser una de las más altas (33,86/100.000 NV) no fue significativamente mayor que la del grupo control (OR 3,86; IC95% 0,90-16,53), estimación limitada por el bajo número de casos en un estrato etario con baja frecuencia del evento (2 muertes maternas). Sin embargo, las adolescentes de 15-19 años son el grupo de menor mortalidad materna (8,76/100.000 NV), muy inferior al promedio del período (18,57/100.000 NV). Postulamos que esta baja tasa de mortalidad materna para adolescentes de 15-19 años se debe a que las adolescentes chilenas no recurren habitualmente al aborto inducido para controlar su fecundidad.

Embarazo en mujeres de 35 o más años Demostramos claramente una mayor mortalidad fetal, neonatal, infantil y materna en los grupos de mujeres de 35 o más años. Reportamos la natalidad significativamente ascendente en las mujeres mayores de 40 años, que trajo como consecuencia un cambio del perfil epidemiológico de la población obstétrica chilena y un estancamiento de los indicadores de mortalidad materna y perinatal. La postergación de la maternidad a edades avanzadas es un fenómeno demográfico característico de los países desarrollados y en los cercanos al desarrollo, por lo que debemos respetar las decisiones de las mujeres debidamente informadas con un adecuado consejo preconcepcional

JUSTIFICACION

El propósito de esta investigación del control prenatal es conocer los factores de riesgos a las que se enfrentan las usuarias embarazadas durante el proceso de la gestación, poder verificar las anomalías en tiempos oportunos, así también llevar el control de los trimestres, transmitirles conocimiento a las gestantes sobre el autocuidado y detectar cualquier signo de alarma que pongan en riesgo la salud de la madre como el feto, su mayor objetivo es garantizar las mejores condiciones de salud para la embarazada y el feto durante la gestación y, posteriormente una óptima atención del parto. Esta actividad es una responsabilidad de carácter institucional y debe ser llevada cabo por un profesional de la salud capacitado para atender a la gestante durante y después de su parto. En ella debe ser indicado el número de consultas que la embarazada debe realizar durante su embarazo.

El factor de riesgo es la característica o atributo biológico ambiental y social que cuando está presente se asocia con un aumento de la posibilidad de sufrir daño la madre, el feto o ambos. **Los problemas con mayor frecuencia se asocia a morbimortalidad son; los prematuros, la asfixia perinatal, las malformaciones congénitas y las infecciones.** De ahí que las estrategias del control prenatal están orientadas a la prevención, diagnóstico y oportuno tratamiento de las patologías que condicionan. Los problemas que se asocian a la morbimortalidad materna son: hemorragia obstétrica, las infecciones del síndrome hipertensivo del embarazo y las enfermedades maternas pre gestacionales.

En nuestro país el comportamiento de captación y control prenatal se ha caracterizado por ser tardío (último trimestre de la gestación) y en número promedio bajo, con un número elevado de madres que no llevan el control adecuadamente, hasta resultar una posible complicación al término de la gestación implicando poner en riesgo la vida del feto y de la madre gestante y posterior a llegar a un parto pretérmino o si en los casos hasta un aborto

OBJETIVO GENERAL

Analizar los factores de riesgo (edad y Multiparidad) presentes en las embarazadas que acuden a control prenatal en el IMSS de la localidad de cantioc durante el año 2018 a 2019.

OBJETIVO ESPECÍFICO

- ✓ Determinar el número de gestas de las usuarias que acuden a control prenatal en la UMR de la localidad de cantioc durante el año 2018 a 2019.
- ✓ calcular la incidencia de embarazadas de alto riesgo por edad que acuden a control prenatal en la UMR de la localidad de cantioc durante el año 2018 a 2019.
- ✓ Demostrar la incidencia de alto riesgo por multiparidad en embarazadas que acuden a control prenatal en la UMR de la localidad de cantioc en el año 2018 a 2019.
- ✓ Identificar la comunidad con mayor presencia de mujeres embarazadas de alto riesgo por edad que acuden al control prenatal en el UMR de la localidad.
- ✓ Identificar la comunidad con mayor presencia de mujeres embarazadas de alto riesgo por Multiparidad que acuden a control prenatal en la UMR de la localidad de cantioc.
- ✓ incidencia de embarazos de alto riesgo por año en la UMR de la localidad de cantioc

MARCO TEÓRICO

Para el médico de finales del siglo XX, el término control prenatal quizá constituye algo tan rutinario. De hecho en nuestra generación hace parte del cambio constante, de la mudanza vertiginosa hacia las facilidades brindadas por la expansión tecnológica propia de nuestra civilización. Los primeros veinte años de este siglo fueron determinantes en este avance específico de la obstetricia.

Situación de la obstetricia en el siglo XIX

Para los primeros años del siglo XX se destacan dos autores en lo que luego constituirá la base para la instalación del control prenatal como disciplina: John W. Bailantyne y J.W. Williams de Edimburgo y de la universidad John Hopkins,

Para la segunda mitad del siglo XIX en Europa y en los Estados Unidos de Norteamérica las preocupaciones fundamentales giraban alrededor del quehacer del médico como partero. Surge la ginecología como área quirúrgica que comienza a separarse de la cirugía general.

Hasta 1900 poco se habló de control prenatal algunos autores de manera aislada hacen referencia a la higiene del embarazo y a los cuidados especiales de la mujer que aún no ha dado a luz, Charles M. Green, de Harvard. Destaco la higiene en el embarazo: para el año 1912 ya se ha señalado la coexistencia de la proteinuria y la hipertensión arterial en los casos de eclampsia. La visión experimental del siglo XIX, ya ha permitido un importante cúmulo de datos relacionados con la patología del embarazo. Al iniciarse el siglo XX se ha establecido con bastante madurez una mentalidad de anatomía-fisiológica y experimental

Control preconcepcional

El estudio preconcepcional se refiere al cuidado de la mujer antes de la concepción del embarazo con el objetivo de practicar el cuidado unificando criterios y acciones para la promoción, prevención, diagnóstico y referencia oportuna de la paciente al nivel de atención correspondiente. Y también para lograr un mejor estado posible en los futuros padres, realizando acciones para minimizar los factores de riesgo y afecciones que se pudieran presentar y que podrían poner en peligro la vida del bebé y de la madre y disminuir su impacto en la medida posible.

Importancia del control preconcepcional

- Brindar a cada pareja información sobre Salud Reproductiva de manera clara, para que puedan tomar decisiones adecuadas: Consejería en

Anticoncepción para planificar el momento, la cantidad de embarazos y el tiempo transcurrido entre éstos, evitando así los intervalos intergenésicos menores a 24 meses.

- Informar acerca de los cuidados que requieren tanto el embarazo como su etapa previa.
- Identificar los factores de riesgo de cada embarazo, incluyendo los antecedentes personales y familiares, así como las conductas poco saludables y los factores ambientales.
- Ayudar a la paciente a reconocer su propio estado de salud previo al embarazo, a realizar cambios en las conductas de riesgo y a llevar a cabo los tratamientos necesarios para lograr un embarazo saludable.
- Identificar a las parejas con riesgo genético aumentado y brindarles información adecuada para que realicen las consultas específicas y tomen decisiones reproductivas adecuadas.

Cuando una mujer planea embarazarse es necesario que reciba una valoración clínica y exámenes necesarios. Si el profesional considera que no tiene el mejor estado de salud le dará las indicaciones para alcanzarlo. A esto se llama consulta pre gestacional, y en Jalisco ya se está impulsando esta estrategia de orientación previa tanto a la mujer como a su pareja. Las medidas pueden ser desde un régimen alimenticio y nutricional hasta control de glucosa y otras condiciones como enfermedades crónicas que no son más un impedimento para lograr un embarazo exitoso y tener un bebé sano. Mondragón Galindo mencionó, por ejemplo, que el consumo de ácido fólico previo al embarazo y durante el primer trimestre de gestación es una de las medidas más sencilla un defecto congénito. Estos son algunos de los puntos principales que toda pareja debe acatar antes de planear un embarazo para que durante el periodo gestacional se eviten riesgos, afecciones o malformaciones durante el periodo de la concepción.

Control prenatal

Se entiende por control prenatal, a la serie de entrevistas o visitas programadas de la embarazada con los integrantes del equipo de salud, con el objetivo de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y la crianza.

Objetivos del control prenatal

- Brindar contenidos educativos para la salud de la madre, la familia y la crianza.
- Prevenir, diagnosticar y tratar las complicaciones del embarazo.
- Vigilar el crecimiento y vitalidad del feto.

- Detectar y tratar enfermedades maternas clínicas y subclínicas.
- Aliviar molestias y síntomas menores asociados al embarazo.
- Preparar a la embarazada física y psíquicamente para el nacimiento.

Pero el objetivo principal del control prenatal es Identificar a aquellas personas que están en mayor riesgo y para realizarla no se precisan instalaciones costosas entre otras cosas que solo generan gastos adicionales, pero si se requiere el uso sistemático de una historia clínica que recoja y documente toda información pertinente y aparatos que anuncien con anterioridad la existencia de un inesperado riesgo mayor. El control prenatal adecuado en cantidad, calidad, contenidos, oportunidad y diferenciado acorde al riesgo contribuye positivamente a la salud familiar y es un claro ejemplo de medicina preventiva.

Características del control prenatal

Precoz

La primera visita debe efectuarse tempranamente, en lo posible durante el primer trimestre de la gestación. Esto permite la ejecución oportuna de las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud que constituyen la razón fundamental del control. Además, torna factible la identificación temprana de los embarazos de alto riesgo, aumentando por lo tanto la posibilidad de planificar eficazmente el manejo de cada caso en cuanto a las características de la atención obstétrica que debe recibir.

Periódico

La frecuencia de los controles prenatales varía según el grado de riesgo que presenta la embarazada. Para la población de bajo riesgo se requieren 5 controles.

Completo

Los contenidos mínimos del control deberán garantizar el cumplimiento efectivo de las acciones de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud.

La consulta prenatal es el segundo paso del embarazo saludable, señaló Margarita Mondragón Galindo, coordinadora del Programa Estatal de Salud Materna y Perinatal de la Secretaría de Salud Jalisco (SSJ). El primero incluso es anterior: la planeación y suplementación adecuada de la madre, para que esté en condiciones óptimas. En esta etapa es recomendable que la mujer consuma ácido fólico.

Por ello, tan pronto se sabe embarazada, la mujer debe acudir a sus consultas de control, donde recibe cuidados prenatales, recomendaciones de nutrición, se monitorean sus signos y los síntomas que pudiera presentar a lo largo del embarazo. En este espacio debe despejar todas sus dudas e inquietudes sin tener pena de preguntar. La mujer embarazada debe seguir un estilo de vida saludable, llevar una alimentación balanceada, mantener una actividad física moderada, y evitar hábitos que ponen en peligro la vida del feto principalmente, tales hábitos como: consumo de alcohol, consumo de drogas etc.

Las mujeres embarazadas deben ponerse las vacunas recomendadas por el médico, como la vacuna contra la influenza, y solo tomar medicamentos y vitaminas y suplementos bajo prescripción médica.

Enfoque de riesgo perinatal

El enfoque de riesgo se fundamenta en el hecho de que no todos los individuos tienen la misma probabilidad o riesgo de padecer un daño determinado, sino que para algunos, dicha probabilidad es mayor que para otros.

Esta diferencia establece un gradiente de necesidades de cuidados que va desde un mínimo para las mujeres con bajo riesgo –o baja probabilidad– de presentar un daño, hasta un máximo, sólo necesario para aquéllas con alta probabilidad de sufrir problemas vinculados al proceso reproductivo.

La evaluación del riesgo no es una tarea sencilla. El concepto de riesgo es fundamentalmente probabilístico y la cadena que asocia un factor de riesgo con un daño no siempre está definida.

En algunos, por ej.: el daño muerte fetal, deriva claramente de un factor; en otros, la relación es mucho más difícil de establecer por desconocimiento del factor o factores intervinientes o por dificultad en establecer el peso individual de cada uno de ellos, cuando el problema es multifactorial.

Los primeros sistemas de evaluación de riesgo fueron elaborados sobre la base de la observación y la experiencia de sus autores, y sólo recientemente han sido sometidos a evaluaciones, persistiendo dudas sobre su eficacia como discriminador del mismo. Los sistemas basados en puntajes adolecen todavía de exactitud respecto del valor asignado a cada factor y a las asociaciones de ellos, y hay grandes variaciones de acuerdo a su aplicación a individuos o poblaciones.

El uso simple de listados, permite separar a las embarazadas en dos grupos. Existen características cuya presencia en la embarazada la califican de alto riesgo y la excluyen del control prenatal de bajo riesgo. Esto es imprescindible para la

toma de decisiones sobre estudios ulteriores, la frecuencia de los controles y la derivación oportuna al nivel de complejidad correspondiente.

Debemos asegurar que todas las instituciones donde se producen nacimientos sean capaces de resolver las emergencias que pueden ocurrir. En más de la mitad de los nacimientos en los que se presenta alguna complicación, no existen factores de riesgo previamente establecidos.

Estos son algunos de los factores de riesgo que debe ser evaluado en todas las embarazadas.

- Edad < de 17 años o > de 35 años.
- Desocupación personal y/o familiar.
- Analfabetismo.
- Desnutrición.
- Obesidad.
- Dependencia de alcohol, drogas ilícitas y abuso de fármacos en general.
- Tabaquismo.
- Violencia Doméstica

Patologías maternas previas al embarazo

- Cardiopatías.
- Neuropatías.
- Endocrinopatías
- Hemopatías.
- Hipertensión arterial.
- Epilepsia.
- Enfermedades Infecciosas

Antecedentes obstétricos

- Muerte perinatal en gestación anterior.
- Antecedente de recién nacido con malformaciones del tubo neural
- Amenaza de parto prematuro en gestas anteriores.
- Recién nacido con peso al nacer < de 2500 g, igual > a 4000 g.
- Aborto habitual o provocado.
- Cirugía uterina anterior.
- Hipertensión.
- DBTgestacional en embarazos anteriores.
- Nuliparidad o Multiparidad.
- Intervalo intergenésico < de 2 años

Patologías del embarazo actual

- Desviaciones en el crecimiento fetal.
- Embarazo múltiple.
- Oligoamnios/ polihidramnios.
- Ganancia de peso inadecuada.
- Amenaza de parto pretérmino o gestación prolongada.
- Preclampsia.
- Hemorragias durante la gestación.
- Ruptura prematura de membranas ovulares.
- Placenta previa.
- Diabetes gestacional.
- Hepatopatías del embarazo
- Malformaciones fetales.
- Madre con factor RH negativo con o sin sensibilización.
- Óbito fetal.
- Enfermedades Infecciosas: TBC, Sífilis, HIV; Rubéola; Citomegalovirus, Parvovirus B19; Varicela, Herpes Genital, HPV, Hepatitis A, B y C, Chagas, Toxoplasmosis Aguda.

Los múltiples casos a la que está expuesta la mujer embarazada durante la gestación, son realmente de riesgo para mujer y el feto, encontramos en los diversos artículos de libros y revistas que cada factor ataca de manera agresiva llegando hasta el grado de la mortalidad materna y fetal.

Tal es el caso de La **gran Multiparidad (GM)** está fuertemente relacionada con causas de incapacidad, enfermedad y muerte entre mujeres en edad reproductiva en países en desarrollo, así como con alteraciones en la salud feto-neonatal de gran relevancia social y familiar. Resultaron variables asociadas a GM: edad al primer parto, connotación negativa hacia métodos anticonceptivos y nacionalidad. Otras asociaciones significativas fueron antecedentes de abuso sexual y maltrato, bajo nivel educativo y migraciones, así como pobreza estructural. No tuvo peso el antecedente de familia numerosa o edad de la madre de la GM. Se propone considerar estos aspectos al momento de elaborar estrategias de intervención y Programas de apoyo de estas mujeres particularmente vulnerables; así como capacitación del equipo de salud para reducir sus riesgos. A nivel comunitario, posibilitar la transferencia de los resultados y proyectar la experiencia a instituciones hospitalarias de similares características.

Otro caso se realizó en un estudio descriptivo retrospectivo de la población gestante afectada por VIH desde enero del año 2000 hasta enero de 2014 en el

Complejo Hospitalario Universitario de Vigo. Se seleccionaron todas las gestantes infectadas por el VIH de la consulta de Obstetricia de alto riesgo, y se definieron para el estudio variables maternas, gestacionales, intraparto y neonatales. Las variables maternas recogidas fueron: la edad, la paridad, el tiempo de evolución de la infección por VIH, el estadio de la enfermedad, el valor basal e intraparto de la carga viral. Entre las variables gestacionales se incluyeron el tratamiento antirretroviral y la realización de amniocentesis. Se analizaron como variables intraparto la realización de la profilaxis con zidovudina, el tipo de parto y la realización de episiotomía. Las variables neonatales fueron: la edad gestacional en el momento del nacimiento, el peso y el sexo del recién nacido, la puntuación en el test de Apgar a los 5 minutos y la afectación por el VIH del recién nacido. El control de la gestación se realiza en la Consulta de Alto Riesgo Obstétrico en estrecha relación con la Unidad de VIH y en colaboración con el médico de atención primaria, psicólogo, trabajador social y matrona. En la primera visita se realiza una historia clínica detallada, una exploración general y obstétrica, y se solicitan las pruebas de control gestacional habituales además de las necesarias para el despistaje de otras infecciones de transmisión sexual (ITS). Se completa el estudio por parte del infectólogo solicitando la carga viral y los niveles de CD4 basales, así como el estudio de las resistencias farmacológicas. Se establecen además las indicaciones de tratamiento antirretroviral.

Según datos de ONUSIDA, una media de 35 millones (33,2 millones-37,2 millones) de personas en el mundo conviven con el VIH, de los cuales 15,7 millones son mujeres y 2,1 millones son menores de 15 años (1). El virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) representan uno de los problemas de salud más relevantes a escala mundial. Es importante desde el momento de la concepción (por la posible transmisión de la infección a la pareja), y con especial trascendencia a lo largo de la gestación, por la susceptibilidad fetal y neonatal (transmisión vertical). Por ello, es primordial combatir la transmisión vertical durante el embarazo en toda mujer gestante infectada por este virus. El objetivo es conocer la tasa de transmisión vertical, así como estudiar los resultados perinatales asociados a las gestantes infectadas por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) en el Complejo Hospitalario Universitario de Vigo.

La población incluida en el estudio correspondió a un total de 100 gestantes seropositivas. Entre ellas, la edad media fue de 33 años (17-45 años) con un 78% de multíparas. La principal vía de transmisión del VIH en esta población de embarazadas fue la vía sexual, que representa un 51% de los casos, seguida por la vía parenteral (48%), y un 1% por la vía de transmisión vertical. Además, el 50% de las pacientes presentó una coinfección por el VHC y el 9% por el VHB. El

tiempo medio de evolución de la enfermedad fue de 7 años, el 41% de las pacientes estaba en un estadio A1 de la clasificación CDC del año 1993 y el 9% presentaba una situación clínica con criterios de SIDA. El 98% de las pacientes de nuestro estudio recibió tratamiento antirretroviral durante la gestación, el 2% restante rechazó la terapia. En los casos en los que no la recibieron fue debido a la imposibilidad temporal, al llegar la paciente al hospital en la segunda etapa del parto. El tiempo medio de horas de bolsa rota fue de 7 horas, con un mínimo de 0 y un máximo de 31 horas. En este último caso, la paciente acudió a nuestro centro tras 30 horas desde la amniorrexis espontánea en su domicilio. En el grupo de las cesáreas programadas, el tiempo medio de horas de rotura prematura de membranas fue de 0 horas, pues esta se produjo en el momento de la cirugía. La vía de finalización de la gestación fue en el 68% de los casos mediante una cesárea, indicándose intraparto en el 13% de estas (n = 13) y con carácter urgente en 3 casos (2 por riesgo de inicio de pérdida de bienestar fetal y 1 por una sospecha de desprendimiento prematuro de placenta). En el 28% de los casos, las gestaciones finalizaron mediante un parto vaginal eutócico y solamente en un 4% fue necesaria su instrumentación.

Tipo de estudio

El estudio que se realizó en este presente trabajo es de tipo analítico, observacional.

El estudio analítico, se caracterizan porque pretenden descubrir una hipotético relación entre algún factor de riesgo y un determinado efecto, es decir pretenden establecer una relación causal entre dos fenómenos naturales.

Estudio observacional, pretende describir un fenómeno dentro de una población de estudio y conocer su distribución de la misma.

Área de estudio

Centro de salud comunitario

Unidad comunitaria de primer nivel con disponibilidad de atención sanitario, equipo necesario para vacunación, atención a pacientes con enfermedades leves, control de embarazos.

Unidad ubicado en la comunidad de cantioc municipio de tila Chiapas, a 11 kilómetros del ejido tila Chiapas.

Camino a cantioc, a un costado de la tienda conasupo sobre el camino principal paraje cantioc col. Tila Chiapas c.p. 29910



Población

En un estudio observacional, de una localidad de aproximadamente 800 habitantes, un grupo de mujeres acudieron a control prenatal en la unidad médica rural durante los años 2018 a 2019, en la localidad de cantioc municipio de Tila Chiapas, se dieron a conocer que uno de cada 100 mujeres embarazadas están asociados a embarazos de alto riesgo tales como la edad, la Multiparidad entre otros factores.

Muestra: Grupo de 23 de mujeres embarazadas con factores de riesgo por (edad y Multiparidad) que acuden a control prenatal en el IMSS de la localidad de cantioc.

Definición de las unidades de estudio

Criterios de inclusión

- ✓ incidencia de embarazadas de alto riesgo por edad que acuden a control prenatal en la UMR de la localidad de cantioc.

- ✓ incidencia de alto riesgo por Multiparidad en embarazadas que acuden a control prenatal en la UMR de la localidad de cantioc en el año 2018 a 2019.

Criterios de exclusión

- usuarias que no reciben control en tiempo preciso
- embarazadas que reciben control pero que no estén afiliadas en la unidad médica rural de cantioc
- incidencias de embarazo de alto riesgo por año

Variables

Control prenatal: conjunto de actividades sanitarias que reciben las embarazadas durante la gestación

Incidencias: medida del número de casos nuevos de una enfermedad en un periodo determinado.

Edad: tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento

Multiparidad: se dice de la mujer que ha tenido varios partos. Se acepta que una mujer es múltipara cuando tiene masa de cinco partos.

Localidad: división territorial o administrativa genérica para cualquier núcleo de población, con identidad propia.

Métodos y modelos de análisis de datos

| embarazos de alto riesgo por edad | | |
|-----------------------------------|-----------------|------------|
| edad | número de casos | Porcentaje |
| 15-19 años | 6 | 14% |
| 21-25 años | 7 | 19.25% |
| 27-33 años | 5 | 25.35% |
| 34-43 años | 5 | 31.85% |
| | | 90% |



Cantidad de embarazos de alto riesgo por edad = (11)

La grafica representa que la incidencia de embarazos de alto riesgo por edad es de 45.85%, calculando que la edad promedio para que la mujer pueda tener hijos es a partir de los 20 a los años de edad en adelante, y los de mayor riesgo son las gestantes de 20 años para abajo y los de 35 en adelante.

Incidencia de embarazos de alto riesgo por edad

$$11/23 \cdot 100 = 47.82$$

□ Durante el año 2018 a 2019 por cada 1000 mujeres embarazadas ha habido una tasa de incidencia de 47.82 % con embarazos de alto riesgo por edad que acuden a control prenatal en el IMSS de la localidad de cantioc.

| factores de riesgo por Multiparidad | | | | |
|-------------------------------------|----------------|-----------------|-------------|--|
| edad | núm. De gestas | número de hijos | Porcentajes | |
| 15 | 1 | 1 | 0.15 | |
| 16 | 2 | 1 | 0.32 | |
| 17 | | 4 | 0.68 | |
| 18 | 2 | 3 | 0.54 | |
| 19 | 1 | 1 | 0.19 | |
| 21 | 3 | 2 | 0.42 | |
| 25 | 4 | 5 | 1.25 | |
| 27 | 1 | 9 | 2.43 | |
| 28 | 1 | 9 | 2.52 | |
| 30 | 1 | 4 | 1.2 | |
| 32 | 1 | 2 | 0.64 | |
| 33 | 1 | 3 | 0.99 | |
| 34 | 1 | 7 | 2.38 | |
| 36 | 1 | 10 | 3.6 | |
| 39 | 2 | 12 | 4.68 | |
| 43 | 1 | 15 | 6.45 | |

Cantidad de embarazos de alto riesgo por Multiparidad = (6)

$$6/23*100= 20.06$$

En este caso de 23 embarazadas ha habido una tasa de incidencia de 20.06 % casos con embarazos de alto riesgo por Multiparidad que acuden a control prenatal en el IMSS de la localidad de cantioc.

Bibliografía

- Dr. Ignacio Asprea Dr. Oscar García Lic. Obstétrica Carolina Nigri. (Edición 2013). Control preconcepcional, prenatal y puerperal. *Dirección Nacional de Maternidad e Infancia, argentina.*
- Enrique Donoso, J. A. (2014). La edad de la mujer como factor de riesgo de mortalidad materna, fetal, neonatal e infantil. *rev Med chile 2014; 142: 168-174.*
- J.Ortega y Gasset, c. A. (OCT.1991). ASPECTOS HISTORICOS DEL CONTROL PRENATAL. *MEDICINA U.P.B. MEDELLIN(COLOMBIA)*, 83-90.
- Laura González Rodríguez¹, S. E. (2016;59(1)). Resultados perinatales asociados a las gestantes infectadas por el virus de la inmunodeficiencia humana en el Complejo Hospitalario Universitario de Vigo . *Revista Oficial de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia*, 3-6.
- Susacasaa, S. (2014). Análisis de factores sociodemográficos como determinantes de la multiparidad extrema y su relación con la morbimortalidad materna. *Hospital Materno Infantil Ramón Sardá, vol. 33, núm. 3, 2014, pp. 110-118, Autónoma de Buenos Aires.*

