REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

FACULTAD DE OBSTETRICIA Y PUERICULTURA

SEGUNDA ESPECIALIDAD

FACTORES DE RIESGO PRECONCEPCIONAL QUE INFLUYEN EN LA SALUD DEL RECIÉN NACIDO. HOSPITAL APLAO - ENERO A JUNIO DEL 2014

Tesis presentada por:

OBST. : TORRES HUARACHA, Katherine Valery

Para obtener el Título de segunda Especialidad en:

BIENESTAR FETAL

AREQUIPA - PERÚ

2014

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

DEDICATORIA

Doy las gracias a Dios por ser Él,quien me colma de bendiciones quien me acompaña noche y día a seguir en mi vida.

A mis padres y hermano por el constante apoyo y confianza que depositan en mí y a esa persona hoy incógnita que estuvo en los buenos y malos momentos (17 de cada mes).

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

INDICE GENERAL

RESUMEN ……. IV

ABSTRACT ……..V

INTRODUCCIÓN……VI

CAPITULO I: PLANTEAMIENTO TEÓRICO ……. PAG 7

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN …… PAG 8

OBJETIVOS …….. PAG 11

MARCO TEÓRICO ……. PAG 12

HIPÓTESIS …….. PAG 58

CAPITULO II: PLANTEAMIENTO OPERACIONAL ……. PAG 59

CAPITULO III: RESULTADOS…… PAG 64

DISCUSIÓN ……. PAG 76

CONCLUSIONES …… PAG 78

RECOMENDACIONES ……. PAG 79

PROPUESTA DE INTERVENCIÓN …… PAG 80

BIBLIOGRAFÍA …….. PAG 89

HEMEROGRAFÍA …… PAG 90

ANEXOS ……... PAG93

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

RESUMEN

El siguiente trabajo tuvo como objetivo determinar los factores de riesgo preconcepcional que influyen en la salud del recién nacido.

El diseño del estudio fueexplicativo, analítico y retrospectivo y se desarrolló en el servicio de Gineco – Obstetricia durante los meses de Enero a Junio del 2014 en el Hospital Aplao.

La muestra fue constituida por 93 historias clínicas las cuales reúnen los criterios de inclusión; se elaboró un cuestionario que obtenía las variables para la recolección de la información.

Los factores preconcepciones de riesgo muestran que el 15.1% de las madres tuvieron de 12 -19 años y el 11.8% tuvieron >= 36 años. El 10.8% de las madres tuvieron primaria incompleta. El 24.7% de la población en estudio son solteras. El 35.5% de las madres son primíparas. El IMC valorado como sobrepeso se encuentra en un 39.8% de la población. El 66.7% no consumen suplemento vitamínico (ácido fólico). El 45.2% presentan anemia leve. Más del 70% de las madres atendidas no cuentan con vacunas establecidas.

Conclusión:

Se encuentra influencia en la salud del niño, las madres >= 36 años tienen recién nacidos de bajo peso (50%), las primíparas tiene niños de bajo peso (66.7 %) y pre término (50 %), las madres con IMC valorado como sobrepeso tiene niños pre término (37.5%) y grandes para la edad gestacional (75%).

Palabras claves: Factor, Riesgo, Preconcepcional.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

ABSTRACT

The next job was to determine risk factors preconception that influence the health of newborns.

The study design was explanatory, analytical and retrospective and developed in the service of Gynecology - Obstetrics during the months of January to June 2014 in the Aplao Hospital.

The sample was comprised of 93 medical records which meet the inclusion criteria; a questionnaire that gathered the variables for data collection was developed.

The risk factors preconceptions show that 15.1% of mothers had 12 -19 years and 11.8% were> = 36 years. 10.8% of the mothers had not completed primary. 24.7% of the study population are single. 35.5% of the mothers were primiparous. The IMC rated as overweight in 39.8% of the population. 66.7% do not consume vitamin supplements (folic acid). 45.2% have mild anemia. Over 70% of mothers have met established vaccines.

Finding:

Influence is on the health of children, mothers> = 36 years with low birth weight (50%), primiparous has underweight children (66.7%) and preterm (50%), mothers with IMC Rated as overweight has term (37.5%) and large for gestational age (75%) children pre.

Keywords: Factor, Risk, Preconceptional.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

INTRODUCCIÓN

Históricamente se ha intentado reducir la mortalidad materna a través del control prenatal, la atención del parto por personal capacitado y los cuidados durante el puerperio, sin embargo un factor de riesgo sigue siendocualquier rasgo, característica o exposiciónde sufrir una enfermedad o lesión. Se debe comenzar a emplear la atención preconcepcional como medida eficaz de disminuir la morbi - mortalidad materna y lograr productos de la concepción sanos y de mayor vitalidad.

En la actualidad, dado el incremento de pacientes en edad fértil al consultorio de planificación familiar, tenemos una excelente oportunidad para ampliar y extender el Consejo Preconcepcional, así como evaluar posibles riesgos.

Una consulta Preconcepcional "planificada" se debe realizar en un intervalo de un año antes del embarazo. El objetivo de este proyecto es reconocer los factores de riesgo preconcepcional como medida preventiva que se debe añadir a la consulta diaria. Se recopilo la información de 93 historias clínicas de partos atendidos en el Hospital Aplao.

La investigación está organizada en el I capitulo planteamiento teórico, II capitulo planteamiento operacional, III capitulo en resultados. Además contiene discusión, conclusiones, recomendaciones, bibliografía y anexos correspondientes.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO TEÓRICO

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

1 PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 ENUNCIADO

Factores de Riesgo Preconcepcional que influyen en la salud del recién nacido. Hospital Aplao - Enero a Junio del 2014.

1.2 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

a) AREA DEL CONOCIMIENTO

AREA GENERAL : Ciencias de la Salud

AREA ESPECÍFICA : Gineco – Obstetricia

ESPECIALIDAD : Obstetricia

LINEA : Factores de Riesgo Preconcepcional

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

b) ANALISIS U OPERACIÓN DE VARIABLE

VARIABLE	INDICADOR	SUBINDICADOR
FACTORES DE RIESGO PRECONCEPCIONAL	**FACTORES SOCIO CULTURALES**	Edad
		Estudios
		Estado Civil
		Ocupación
	DIMENSIÓN CLÍNICA	Antec. Familiares
		Antec. Personales
		Paridad
		IMC
		Suplemento vitamínico
		Sustancias Nocivas
	DIMENSIÓN BIOQUÍMICA	Hemoglobina
		Grupo Sanguíneo
		Factor Rh
		Glucosa
		Toma de Papanicolaou
		Examen Completo De Orina
	DIMENSIÓN INMUNOLÓGICA	Rubeola
		Hepatitis B
		Antitetánica
SALUD DEL RECIÉN NACIDO	**EDAD GESTACIONAL**	Pre término
		Término
		Post Término
	PESO RECIÉN NACIDO	Bajo Peso Edad Gestacional
		Peso Adecuado Edad Gestacional
		Peso Grande Edad Gestacional
	TEST APGAR	Normal
		Hipoxia Moderada
		Hipoxia Severa

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

c) INTERROGANTES BÁSICAS

1. ¿Cuáles son los factores de riesgo preconcepcional según los factores socio culturales, las dimensiones clínicas, bioquímicas e inmunológicas en el Hospital Aplao?
2. ¿Cómo es la salud de los recién nacidos según la edad gestacional, peso y Apgar?
3. ¿Cuáles son los factores de riesgo preconcepcional que influyen en la salud del recién nacido?

d) TIPO DE INVESTIGACIÓN

Documental: Porque se recopiló información de las historias clínicas en el Servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Aplao.

Nivel de investigación:

Estudio es explicativo, analítico y retrospectivo ya que se tomará la información de las historias clínicas.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

1.3 JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

El presente estudio contribuye al conocimiento de la población específicamente aquellos que estén relacionados a ciencias de la salud ya que se tratara de explicar los factores de riesgo que influyen en la salud del recién nacido de esta manera poder reducir la morbi - mortalidad materna perinatal presentados a la actualidad.

El siguiente estudio se justifica por las políticas investigativas de la Facultad de Obstetricia y Puericultura y por el interés propio de quien investiga, agregando que es factible por estar laborando en el Hospital Aplao; además se cuenta con el personal calificado y desde el punto de vista económico no demandara mayor costo.

2. OBJETIVOS

2.1.Determinar los factores de riesgo preconcepcional según los factores socioculturales, las dimensiones clínicas, bioquímicas e inmunológicas en el hospital Aplao.

2.2 Conocer la salud del recién nacido según la edad gestacional, el peso y Apgar.

2.3.Relacionar los factores de riesgo preconcepcional que influyen en la salud del recién nacido.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

3. MARCO TEÓRICO

3.1 MARCO CONCEPTUAL

3.1. ATENCIÓN PRECONCEPCIONAL

"Es el conjunto de acciones en salud que se realizan con una mujer sola, con un hombre solo o con una pareja; incluyen actividades de promoción, prevención, valoración del riesgo concepcional y de intervención en las condiciones que pudieran afectar un futuro proceso de gestación".

El objetivo de la atención preconcepcional es aminorar los riesgos biosicosociales y del ambiente para que un futuro embarazo se desarrolle en las mejores condiciones, tanto para la mujer, la familia y el o la hija que deseen procrear. Es una estrategia efectiva para contribuir a la mejor calidad de vida de las personas a lo largo de su ciclo vital y a través de todos los Programas de Salud mencionan que "el éxito de la atención preconcepcional reside en la identificación temprana de las gestantes con factores de riesgo. Se les dará su valor clínico y planificará la adecuada atención de éstas, con la finalidad de evitar o disminuir en lo posible el daño materno y perinatal".

MINSA (2001) señala que, en relación al proceso reproductivo, se han implementado las siguientes estrategias preventivas:

• Reemplazo y advertencia sobre drogas teratogénicas.

• Prevención de cretinismo a través de suplemento de yodo.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

• Prevención de defectos del cierre del tubo neural. Suplementación de ácido fólico.

• Vacunación contra la rubéola.

A. Consejería Preconcepcional

"Proceso de comunicación personal y de análisis conjunto entre la o el prestador de salud y la pareja o la mujer u hombre, usuarios/as potenciales y activos/as, mediante el cual se les ofrece los elementos que les ayuden a tomar una decisión voluntaria, consciente e informada acerca de la conveniencia, desde el punto de vista de su estado de salud, acerca de los hijos e hijas que desean procrear". [1]

Así mismo, informales como pueden aplazar este proyecto de vida, si las condiciones de salud no son las mejores en el momento de la consejería. La consejería u orientación debe ser aplicada adecuándose a las características de la población a la que va dirigida, tomando en cuenta el enfoque de género, etnia, cultura, etapa del ciclo de vida y condiciones socioeconómicas.

B. Cuidado Preconcepcional

El cuidado Preconcepcional debe iniciarse en las edades más tempranas de la mujer. La mujer debe saber que ciertos aspectos nutricionales y del cuidado de su salud impactarán en la evolución de su futuro embarazo, en el desarrollo intrauterino de su bebe y en el desarrollo de su hijo después del nacimiento. El

[1]CABRERA VELEZ R, la consulta preconcepcional en la atención primaria, pag 209

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

cuidado y asesoramiento preconcepcional debe evaluar e informar acerca de los riesgos del estilo de vida, genéticos, médicos y psicológicos.

El mismo se define como un conjunto de intervenciones que tienen como propósito identificar y modificar factores de riesgo cuando sea posible. Los que corresponden a variables demográficas y médicas que directa o indirectamente, están relacionadas con factores causales de las malformaciones o con el mal resultado perinatal.

3.2FACTOR DE RIESGO

Un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión. Entre los factores de riesgo más importantes cabe citar la insuficiencia ponderal, las prácticas sexuales de riesgo, la hipertensión, el consumo de tabaco y alcohol, el agua insalubre, las deficiencias del saneamiento y la falta de higiene.

En epidemiología un factor de riesgo es toda circunstancia o situación que aumenta las probabilidades de una persona de contraer una enfermedad o cualquier otro problema de salud.En el caso de los diferentes tipos de cáncer, cada uno tiene diferentes factores de riesgo.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

Los factores de riesgo son aquellas características y atributos (variables) que se presentan asociados diversamente con la enfermedad o el evento estudiado. Los factores de riesgo no son necesariamente las causas, sólo sucede que están asociadas con el evento. Como constituyen una probabilidad medible, tienen valor predictivo y pueden usarse con ventajas tanto en prevención individual como en la comunidad.

El término "factor de riesgo" fue utilizado por primera vez por el investigador de enfermedades cardiacas Thomas Dawber en un estudio publicado en 1961, donde atribuyó a la cardiopatía isquémica determinadas situaciones como son la presión arterial, el colesterol o el hábito tabáquico.

3.3 FACTORES DE RIESGO PRECONCEPCIONAL

3.3.1 FACTORES SOCIO CULTURALES

3.3.1.1 EDAD

La edad materna influye tanto en aspectos psicológicos como fisiológicos. Las adolescentes, que con frecuencia presentan embarazos no deseados, pueden no asumir suficientemente la responsabilidad de un embarazo, con las consecuencias psicológicas negativas que este hecho puede conllevar. Las gestantes de 15 a 19 años tienen con mayor frecuencia hijos con bajo peso, prematuros y las tasas de mortalidad infantil son mayores. Las causas no están claras y se cree que puede estar influenciados por la inmadurez biológica, estatus social bajo, cuidados preconcepcionales y prenatales inadecuados, conductas inadecuadas o mal estado nutricional.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

Se considera alto riesgo en el embarazo cuando las gestantes son menores de quince años o primíparas de más de treinta y cinco años de edad. La morbimortalidad fetal es alta entre las gestantes muy jóvenes y en la edad avanzada para el primer embarazo.

3.3.1.2 GRADO DE INSTRUCCIÓN

El factor educativo es también importante ya que según el Instituto Nacional de Estadística (INE), el 25% de los embarazos sucede en adolescentes que tenían como tenían como máximo grado de instrucción el ciclo secundario

Es un indicador indirecto, ya que la escolaridad se asocia a niveles de vida, alimentación, acceso a información.

Las mujeres en edad fértil deben ser educadas en la necesidad y el beneficio de la asistencia preconcepcional. Sólo así, siempre que deseen un embarazo acudirán a valorar su estado de salud antes del mismo. Todo el equipo de Atención Primaria y especialmente el médico de familia debe transmitir a la mujer en edad fértil las posibilidades de realizar un estudio preconcepcional. Se debe establecer un proceso de información entre la población en edad reproductiva y los recursos humanos y técnicos a distintos niveles, de tal modo que sea posible delimitar, los casos de riesgo, valorar el riesgo individual, agotar los recursos diagnósticos, y proporcionar la información necesaria para que el individuo o pareja pueda tomar decisiones adecuadas y beneficiosas para su situación.[2]

[2] PÉREZ ÁGUILA, P. Comportamiento del riesgo preconcepcional en mujeres fértiles, pag 300

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

La educación antes de la concepción no debe dar a la mujer una opinión respecto a la conveniencia de quedase embarazada, decisión que, a pesar de los riesgos, es muy personal y se basa en numerosas variables, además de en la información médica.

3.3.1.3 ESTADO CIVIL

La relevancia del estado civil en los niveles de bienestar social de las mujeres, remite a aspectos generales sobre las condiciones de vida, los derechos legales, las sanciones socio-culturales, e incluso los derechos y beneficios económicos asociados con el estado civil de las personas en un sistema social (sobre todo en el caso de una sociedad en vías de modernización, que mantiene costumbres, valores y normas sociales tradicionales en torno de la familia y el papel de la mujer en la misma).

Es el estado civil referido por las mujeres.

Las categorías posibles fueron:

- Casada: se consideró aquellas que tenían una relación marital legalmente establecida.

- Soltera: se consideró la que no tenía una relación estable.

- Unida: se consideró aquellas que mantuvieron una relación estable, con convivencia familiar, por 6 meses o más al momento de aplicar el instrumento, pero que no estaban casadas legalmente

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

 Divorciada: se consideró aquella que estando previamente casada, efectuaron la ruptura de sus relaciones maritales legalmente ante las autoridades correspondientes.

3.3.1.4 OCUPACIÓN:

En términos generales, la mujer que trabaja fuera de la casa muestra mayor riesgo reproductivo, incluyendo subfertilidad, abortos y malformaciones, que de ama de casa; observación inexplicada en la que coinciden los resultados de varios autores.

- ✓ Pesticidas: Agrupa a un conjunto de compuestos con características químicas y actividades biológicas heterogéneas. Según su actividad, estos compuestos se clasifican en herbicidas, insecticidas, molusquicidas, fungicidas y rodenticidas, y por tanto, son útiles no sólo en la industria agrícola, donde se los emplea para proteger cultivos y aumentar rendimientos de cosechas, sino también a nivel doméstico, donde se los usa con frecuencia para eliminar insectos o roedores.

- ✓ Disolventes orgánicos: Son productos químicos capaces de disolver otras sustancias.Algunos de los disolventes orgánicos más comunes son los alcoholes, losdesengrasantes, los diluyentes de pintura y quitaesmaltes. Un estudio realizado enCanadá en 1999 comprobó que las mujeres que estaban expuestas a disolventes en sutrabajo durante el primer trimestre del embarazo tenían una probabilidad 13 veces mayorque las mujeres no expuestas de

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

tenerun bebé con algún defecto de nacimientoimportante, como espina bífida, pie zambo, defectos del corazón y sordera.

3.3.2 DIMENSIÓN CLÍNICA

3.3.2.1 ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

a) ENFERMEDADES CRÓNICAS

De entre los datos recogidos en la historia clínica resultarán de especial interés el conocimiento de las enfermedades crónicas actuales o pasadas que puedan condicionar el desarrollo del futuro embarazo.

Además del riesgo inherente a la propia enfermedad se suman los efectos adversos que la medicación crónica asociada puede suponer. Éste es el momento idóneo para evaluar el tratamiento seguido y hacer los ajustes precisos.

Las pacientes deben ser informadas del efecto de la gestación sobre la enfermedad y de ésta y de su medicación en el feto; éste puede ser el caso de mujeres con diabetes, asma, enfermedad inflamatoria intestinal, psicosis maníaco-depresiva, patología autoinmune, artritis reumatoide, enfermedades cardiacas, renales, tiroideas o fenómenos tromboembólicos, hipertensión arterial (HTA), infección por el virus de la hepatitis B (VHB), infección por el VIH (virus de la inmunodeficiencia humana), tuberculosis o fenilcetonuria.

b) HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Las mujeres hipertensas pueden ver agravada su enfermedad durante la gestación. Es prioritario evaluar el tratamiento antihipertensivo.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

Como primera medida se debe recomendar dieta y reposo y según la evolución se añadirá tratamiento farmacológico, preferiblemente con alfametildopa, fármaco relativamente seguro; como fármacos de segunda elección se utilizan los betabloqueantes.

c) ASMA

El asma es una de las enfermedades médicas más frecuentes en mujeres en edad fértil.

Se han realizado estudios comparativos sobre el riesgo gestacional entre pacientes asmáticas y no asmáticas encontrando que no existen diferencias significativas en la incidencia de preeclampsia, mortalidad perinatal, partos pretérmino, crecimiento intrauterino retardado (CIR) o malformaciones congénitas entre los dos grupos.

El embarazo, sin embargo, puede modificar la evolución del asma, sobre todo en pacientes con asma moderada o severa que podrían tener un agravamiento de sus síntomas particularmente en el último trimestre de gestación. Algunos autores, realizando el seguimiento de las gestaciones de mujeres asmáticas han detectado que 1/3 de las gestantes mejoraban de los síntomas del asma, 1/3 empeoraban y otro tercio no modificaba su evolución; además se ha detectado concordancia de la evolución del asma en cada embarazo.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

d) ENFERMEDAD TIROIDEA

En el tratamiento del hipotiroidismo la L-tiroxina no presenta teratogenicidad. Los fármacos antitiroideos y el yodo radiactivo deben excluirse del tratamiento, utilizándose con preferencia el propiltiouracilo para el tratamiento del hipertiroidismo de la futura gestante.

e) EPILEPSIA

En la epilepsia tanto la enfermedad por sí sola, como los fármacos utilizados para su control son dos factores teratógenos comprobados, aunque parece que para la evolución del embarazo es más negativa la presencia de crisis epilépticas incontroladas que los efectos adversos asociados a la medicación. No obstante, se debe mantener la dosis de medicación mínima que controle el riesgo de crisis epiléptica; incluso algunos autores recomiendan retirar la medicación si en los dos o tres años previos no se han presentado crisis.[3]

Afecta a 1/300 mujeres en edad reproductiva, asociándose a un moderado riesgo para microcefalia y retardo de crecimiento intrauterino. En tanto que la microcefalia parece ser causada por la propia epilepsia, el retardo del crecimiento intrauterino resulta de la interacción de la epilepsia con la medicación anticonvulsivante utilizada.

[3]CASINI S, HERTZ M, ANDINA E. Guía de control prenatal y embarazo normal. Pag 220

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

f) DIABETES

La OMS define como diabetes mellitus a un estado crónico de hiperglucemia, que puede derivar de múltiples factores ambientales y genéticos, los que a menudo actúan conjuntamente. La hiperglucemia puede ser consecuencia de la fatla de secreción de insulina o de la presencia de factores que se oponen a su acción.

La diabetes materna no gestacional, por ser preconcepcional, afecta al embrión en gestación, produciendo defectos congénitos, específicamente malformaciones blastogénicas, cardiopatías y cuadros polimalformativos. Además, las alteraciones metabólicas aumentan marcadamente la probabilidad de muerte pre y perinatal.

Clasificación:

1. Diabetes pre gestacional. Es aquella diabetes conocida y diagnosticada en una paciente no embarazada. Se reconocen dos tipos diferentes: tipo 1 (insulinodependiente o juvenil) y tipo 2 (no insulinodependiente, estable del adulto)

2. Diabetes gestacional. Es la diabetes que se inicia o pesquisa por primera vez durante la gestación. En este grupo se distinguen categorías clínicas de diferente severidad, pronóstico y tratamiento.

El término DG surgió del análisis de los antecedentes obstétricos (macrosomía y muerte intrauterina inexplicables) de las mujeres en las que se manifestaba clínicamente la diabetes mellitus.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

La frecuencia de DMG varía entre 2 y 17 % según distintas publicaciones de diferentes regiones. Epidemiológicamente se reconocen como factores de riesgo para contraer una diabetes gestacional a múltiples factores dietéticos, ambientales, familiares, genéticos, patológicos y obstétricos.

g) CARDIOPATÍAS

La asociación entre cardiopatía y embarazo oscila del 1 al 4%. En la mayoría de los países latinoamericanos, las cardiopatías ocupan el primer lugar en la lista de causas obstétricas indirectas de mortalidad materna. Los riesgos para la vida de la embarazada y la de su hijo están aumentadas, aunque la mayor parte de las mujeres con enfermedad cardiaca cursan embarazos sin mayores dificultades.

El embarazo en estas condiciones acarrea problemas clínicos especiales que deben ser conocidos y tratados.

Frecuentemente la cardiopatía se conoce desde antes del comienzo del embarazo, sin embargo algunas mujeres llegan al control prenatal ignorando su estado cardiológico. En estos casos será el obstetra el responsable de detectar el problema y referir a la paciente al cardiólogo para su seguimiento en conjunto.

El control preconcepcional adquiere en estas circunstancias un rol destacado. Ante una cardiopatía conocida, un buen estudio cardiológico funcional previo permite asesorar a la mujer sobre el momento oportuno para iniciar un embarazo seguro o sobre la conveniencia de no asumir un embarazo, según el grado de compromiso funcional cardiovascular existente.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

h) NEFROPATÍAS

Teniendo en cuenta que la gestación representa una importante sobrecarga para la función renal, el desarrollo de un embarazo en una nefrópata ensombrece el pronóstico materno fetal, especialmente si existe insuficiencia renal. Esto se pone de manifiesto no sólo durante la gestación sino también después de ella, por cuanto el embarazo puede desencadenar un agravamiento irreversible de la enfermedad renal, como consecuencia de lo cual la supervivencia materna disminuye.

3.3.2.2 ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS Y REPRODUCTIVOS

PARIDAD

Es más riesgosa la primera gestación (sobre todo si concomitan otros factores), así como cuando ha habido más de 3 partos.

- ✓ Abortos espontáneos, malformaciones congénitas y muertes perinatales: Pudieran estarrelacionados con factores orgánicos y genéticos que deben ser estudiados antes delembarazo.
- ✓ Recién nacidos de bajo peso y pretérminos*:* Pueden repetirse en próximas gestaciones ypudiese existir alguna causa previa que lo favorezca: enfermedades crónicas, hábito defumar, malformaciones uterinas, miomas, etc.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

3.3.2.3 ÍNDICE DE MASA CORPORAL

La evaluación preconcepcional debemos identificar malos hábitos nutricionales, sobrepeso o delgadez y problemas como bulimia, pica o suplementación vitamínica inadecuada.

- ✓ IMC: Índice de masa corporal

$$IMC = \frac{\text{Peso (kg)}}{\text{Talla2 (m)}}$$

Bajo peso: < 18,5

Normal: 18,5 - 24,9

Sobrepeso: 25 – 29,9

Obesidad: > 30

El embarazo constituye una de las etapas de mayor vulnerabilidad nutricional en la vida de la mujer. Existe una importante actividad anabólica que determina un aumento de las necesidades nutricionales con relación al periodo preconcepcional. La desnutrición materna pregestacional o durante el embarazo se asocia un mayor riesgo de morbimortalidad infantil, en tanto que la también constituye un factor importante de riesgo, al aumentar algunas patologías del embarazo, la proporción de niños macrosómicos y por ese mecanismo, las distosias y complicaciones del parto.

El incremento de peso gestacional no es la única variable que determina el pronóstico del embarazo, parto y puerperio. Sin embargo, tiene la ventaja que

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

puede ser modulado a través del control prenatal. La ganancia de peso debe ser definida específicamente para cada gestante, considerando fundamentalmente el peso preconcepcional o estado nutricional en el primer control prenatal. También es importante considerar la estatura materna (mayor ganancia a mayor talla), la edad (mayor ganancia en madres adolescentes) y los antecedentes de patologías o embarazos previos.

IMC pregestacional o en el primer trimestre del embarazo < de 20. Mujeres embarazadas con bajo IMC pregestacional deberán ser referidas para una completa evaluación dietética y nutricional y una monitorización de la ganancia de peso periódica en cada visita prenatal. El riesgo de bajo peso de nacimiento puede ser reducido con una ganancia ponderal total entre 12,5 y 18,0 Kg, lo que equivale aproximadamente a 0,5 Kg por semana. Las causas de IMC bajo deben ser identificadas precozmente en el embarazo. Aunque un IMC cercano a 20 puede reflejar una condición de normalidad, se hace imperativo buscar otras causas que se puedan beneficiar con una intervención.

IMC pregestacional entre 20 y 24.9. Una mujer con peso saludable tiene el menor riesgo de obtener un RN de bajo peso o macrosómico. Mujeres con pesos pregestacionales en este rango deben ganar entre 11,5 y 16,0 Kg en total o alrededor de 0,4 Kg semanales, durante el segundo y tercer trimestre.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

IMC pregestacional entre 25 y 29,9. Más frecuentemente presentan diabetes gestacional, hipertensión y macrosomía fetal, particularmente si la ganancia de peso es alta. Embarazadas con un IMC sobre 25 deben ser referidas a evaluación nutricional y dietética. Se recomienda una ganancia de peso entre 7,0 y 11,5 Kg en total o aproximadamente 0,3 Kg por semana durante el segundo y tercer trimestre.

IMC pregestacional mayor de 30. Las mujeres con un IMC sobre 30 deben ganar alrededor de 6 a 7 Kg (0,2 Kg/semanales) y no deben ser sometidas a tratamientos para reducir el peso, ya que aumenta el riesgo de mortalidad.[4]

3.3.2.4 SUPLEMENTO VITAMÍNICO: ÁCIDO FÓLICO

El ácido fólico es una vitamina hidrosoluble del grupo B. Se considera un nutriente esencial, lo que significa que el ser humano no es capaz de sintetizarlo. Las únicas fuentes de folatos son la dieta y la síntesis a partir de algunas bacterias intestinales. Su estructura está determinada por un anillo de pteridina, ácido p-amino benzoico y una "cola" de 1 a 6 moléculas de ácido glutámico. Se encuentra principalmente en vegetales de hoja verde, hígado y riñón. El déficit de ácido fólico es uno de los déficit aislados de vitaminas más frecuentes. Las principales causas de deficiencia son una ingesta inadecuada o problemas de absorción y las interferencias producidas por medicamentos como metotrexato y algunos anticonvulsivantes. Otra causa importante de deficiencia es el embarazo ya que el feto en desarrollo consume rápidamente los depósitos maternos de ácido fólico.

[4]UAUY R, ATALAH E, BARRERA C, BEHNKE E. Alimentación y nutrición durante el embarazo. Pag 70

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

El ácido fólico tradicionalmente se ha asociado en medicina a la anemia macrocítica. Sin embargo, en la actualidad se sabe que deficiencias marginales o alteraciones de su metabolismo se asocian a otras patologías frecuentes como malformaciones congénitas y enfermedades cardiovasculares. Los folatos tienen principalmente dos efectos fisiológicos importantes: son un cofactor para enzimas que sintetizan ADN y ARN y son necesarios para la conversión de homocisteína a metionina.

Durante el desarrollo fetal precoz la síntesis de ácidos nucleicos y proteínas está en su nivel más alto y los requerimientos maternos de folatos aumentan rápidamente durante este período. Cuando el nivel de folatos es insuficiente se inhibe la síntesis de ácidos nucleicos y las células no son capaces de producir suficiente ADN para las mitosis. Además como resultado de la inhibición del ciclo de metilación se produce una incapacidad de metilar proteínas, lípidos y mielina.

El déficit de ácido fólico ocasiona daños en la formación de la médula espinal y el cerebro. Los defectos del tubo neural (DTN), son malformaciones muy graves del Sistema Nervioso Central. Dentro de ellos encontramos la anencefalia, espina bífida y encefalocele.

Factores genéticos y medioambientales que reducen la disponibilidad de tetrahidrofolato predisponen a los defectos del tubo neural. Esta es una estructura embrionaria que debe cerrarse entre la tercera y cuarta semana de la gestación, por lo que las acciones preventivas para reducir o eliminar su aparición deben realizarse antes de que la mujer quede embarazada.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

Los defectos de cierre del tubo neural (DTN), son las malformaciones congénitas más frecuentes después de las cardiopatías congénitas. Ocurren con una frecuencia de 1 a 3 por cada 1000 nacimientos, siendo de los defectos que más contribuyen a la mortalidad infantil y a la discapacidad, cuando no se diagnostican prenatalmente.

Las cardiopatías congénitas constituyen el 50% de todos los defectos congénitos y de ellas el 50% causan muerte en el primer año de vida. Algunas de ellas dependen de la migración de las células de la cresta neural cardiaca. Se ha involucrado a un gen en el transporte de folatos (RFC-1), cuyas variantes polimórficas G80/G80 y G80/A80 están estadísticamente asociados a estos defectos, por lo que en este caso, también el ácido fólico sería una herramienta útil para su prevención.

Muchos estudios han reportado aumento en el riesgo de enfermedad coronaria isquémica, asociada con ingestas bajas ó niveles sanguíneos bajos de folatos, calculándose que hasta un 10% de los padecimientos coronarios pueden deberse a hiperhomocisteinemias.

Estudios realizados de forma aleatoria han evidenciado que un suplemento de ácido fólico preconcepcional previene los defectos del tubo neural y otras malformaciones. Se ha asociado con la aparición de paladar hendido y labio leporino, malformaciones del tractus urinario como la extrofia de vejiga, de las extremidades, defectos abiertos de la pared abdominal como la gastrosquisis u onfalocele.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

Además de ayudar a prevenir determinados defectos congénitos, el ácido fólico cumple otras funciones importantes durante el embarazo. Las mujeres embarazadas necesitan ácido fólico adicional para la eritropoyesis, también ayuda al rápido crecimiento de la placenta y el feto lo necesita para producir nuevo ADN a medida que se multiplican las células.

Las mujeres que tienen dificultades en metabolizar el ácido fólico presentan mayor riesgo de tener hijos con Síndrome Down. Estudios recientes han reportado una mutación de la enzima metiltetrahidrofolatoreductasa, relacionada con la reducción de su actividad, conllevando a un metabolismo anormal del fólico y un riesgo de 2.6 a 3,2 veces mayor de tener descendencia afectada con Síndrome Down.

Para mujeres que se preparan para un embarazo se recomienda el consumo de 400 microgramos al día de la forma sintética del ácido fólico como mínimo. En Cuba, una dosis ideal diaria sería una tableta de 1000 microgramos (1 miligramo). Si se ha tenido un hijo anterior con un defecto congénito abierto la dosis que recomendamos es de 5 miligramos al día, que de hecho es la indicación más frecuente de los médicos cubanos.

Se recomienda administrar el ácido fólico junto a la Vitamina B12 (1000 microgramos de vitamina B12 junto a 400 microgramos de ácido fólico), ya que si no se acompaña pudiera llevar a esconder las necesidades de B12, crea un desbalance entre las concentraciones de ambas vitaminas, se desarrolla una

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

deficiencia de cobalamina con anemia megaloblástica y afectación del sistema nervioso, produciéndose daño neurológico.

3.3.2.5 SUSTANCIAS NOCIVAS

a) ALCOHOL

El alcoholismo constituye uno de los primeros problemas de salud pública en la mayoría de los países y afecta de manera diferencial a hombres y mujeres.

El impacto que tiene el consumo de sustancias en la vida y salud de las mujeres se relaciona con los roles, funciones y expectativas que les son asignados, entre ellas el cuidado y continuidad de la familia. Es por eso que la ingesta de alcohol durante el embarazo representa una problemática particular debido a que afecta la salud de la madre y la del producto.

En el caso de las mujeres en edad reproductiva no gestante, la ingesta de alcohol puede provocar ciclos menstruales irregulares y períodos anovulatorios (la menstruación que ocurre sin ovulación).

Durante el embarazo la mujer alcohólica tiene un riesgo elevado de presentar importantes complicaciones obstétricas. Además, aumenta el riesgo de que los niños nazcan con bajo peso, diversas anomalías congénitas y afecta el desarrollo conductual y del aprendizaje.

El alcohol y sus metabolitos atraviesan la placenta y actúan sobre el feto produciendo en el 85% de los casos, deficiencias del crecimiento pre y post natal que no solo explican el bajo peso en el recién nacido para la edad gestacional, sino también la pobre respuesta a la intervención nutricional durante toda la infancia.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

Es posible que los 160 g menos de peso promedio vinculados a la ingestión de una taza diaria de alcohol, se expliquen en términos de restricción del crecimiento celular durante períodos críticos y su repercusión en el desarrollo normal del cito esqueleto. No existe ningún nivel "seguro" en la ingesta de alcohol, por lo que debe aconsejarse la abstinencia total de este hábito, durante el embarazo.[5]

b) TABACO

El hábito de fumar se ha ido incrementando en los últimos años sobre toda en la población femenina, siendo este nocivo hábito responsable de numerosos trastornos como abortos, bajo peso al nacer, crecimiento intrauterino retardado, partos pretérmino, entre otros. En la bibliografía consultada se apreciaron trabajos como el realizado por Bortman M., donde las mujeres que tenían como habito el tabaquismo presentaron 6.5 veces más probabilidad de tener óbito fetal que las no fumadoras.

Rodríguez A y Hernández I, su estudio realizado plantearon que el 59,3% de las mujeres con riesgo preconcepcional eran fumadoras y gran parte de estas presentaron complicaciones como Crecimiento Intrauterino Retardado (CIUR), bajo peso al nacer, enfermedad hipertensiva gravídica entre otras.

Esto es importante para ambos miembros de la pareja debido al humo pasivo durante el embarazo o después de nacido el bebé – investigaciones handemostrado que los niños expuestos al humo pasivo tienen también una mayor posibilidad de

[5]BAER JS, SAMPSON PD, BARR HM y cols. Year longitudinal analysis of the effects of prenatal alcohol exposure on young adult drinking. Pag 386

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

padecer problemas de salud, debido a que la nicotina provocan alteraciones circulatorias con daño del lecho vascular placentario lo que atenta contra la nutrición y oxigenación fetal.

c) DROGAS

El consumo de marihuana reduce la fertilidad tanto masculina como femenina. En el caso de las mujeres, el frecuente consumo de esta droga a largo plazo podría elevar notablemente las probabilidades de infertilidad por problemas menstruales. El consumo de marihuana podría detener la ovulación, de acuerdo a los resultados arrojados por una serie de estudios. Se estima que la sustancia psicoactiva THC (tetrahidrocannabinol) contenida en la marihuana suprimiría la función del hipotálamo, inhibiendo el funcionamiento hormonal normal.

El consumo de drogas durante el embarazo afecta al estado nutricional materno y aumenta el riesgo de malformaciones congénitas y morbilidad neonatal.

Sabemos que el consumo de marihuana durante el embarazo afecta seriamente la salud del feto, pero también antes del embarazo hemos de evitar el consumo de esta droga si se desea una preparación para un futuro embarazo.

3.3.3 DIMENSIÓN BIOQUÍMICA

3.3.3.1 HEMOGLOBINA

Anemia: es la disminución de la concentración de hemoglobina en sangre por debajo del límite normal para la edad, sexo y estado fisiológico. Su presencia en el

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

embarazo se asocia con un aumento del riesgo de mortalidad materna, de parto de pretérmino y de bajo peso al nacer.

Las anemias más características de la etapa del embarazo son las anemias nutricionales:

- Anemia por déficit de hierro.

- Anemia por déficit de vitaminas: folatos y vitamina B12.

El límite de hemoglobina y hematocrito para definir anemia en personas que viven al nivel del mar son:

Grupo	Hemoglobina por debajo de	Hematocrito por debajo de
Mujeres no embarazadas	12.0 g/dl	36%
Mujeres embarazadas	11.0 g/dl	33%

3.3.3.2 GRUPO SANGUÍNEO Y FACTOR RH

Sistema ABO. Desde el punto de vista bioquímico este sistema antigénico está constituido por glucoesfingolípidos de amplia distribución, presentes en los eritrocitos, leucocitos, plaquetas, células endoteliales, epiteliales y en algunos casos también en forma soluble. Estos antígenos pueden estar ausentes (grupo O), expresar solamente antígeno A (grupo A), sólo antígeno B (grupo B), o ambos (grupo AB). Además en el suero de cada individuo se encuentran de manera constante anticuerpos naturales que reaccionan con los antígenos ausentes en sus hematíes.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

Sistema Rh. Habitualmente la tipificación del sistema Rh se define como positivo si se detecta en los eritrocitos el antígeno proteico D, y negativo si este no está presente. Se habla entonces de individuos Rh (D) positivo o Rh (D) negativo.

3.3.3.3 ENFERMEDAD HEMOLÍTICA PERINATAL (EHP)

a) POR CONFLICTO RH (D)

La enfermedad hemolítica perinatal por conflicto Rh (D) constituye una inmunohematopatía grave para el producto de la gestación por la anemia que le provoca, que puede llevar al desarrollo de graves complicaciones y hasta la muerte. Esta situación se genera cuando una madre Rh (D) negativo presenta aloanticuerpos contra el antígeno D del sistema Rh (D) positivos fetales determinando una hemólisis extravascular.

b) POR INCOMPATIBILIDAD ABO

Aunque la EHP incompatibilidad ABO es más frecuente, no produce afectación fetal sino posnatal en general luego de las 36 horas de vida, razón por la cual habitualmente no se investigan estos anticuerpos en el embarazo. Su incidencia y severidad no muestran un comportamiento universal, pues en países anglosajones es una entidad clínica muy benigna y es muy raro que el recién nacido requiera de exanguinotransfusión. Sin embargo, en países de Sudamérica, el Caribe, medio oriente, asia y África, la incompatibilidad ABO es causa de EHP posnatal severa. Está determinada por la presencia de anticuerpos anti A o anti B inmunes del tipo IgG principalmente en madres del grupo O con fetos A o B. Si bien esta

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

incompatibilidad es bastante frecuente (15%), sólo algunos desarrollan EHP posnatal. Como mencionamos, los antígenos del sistema ABO no sólo se detectan en eritrocitos, se expresan también en tejido epitelial, endotelial, en forma soluble y en la placenta, ejerciendo un efecto protector en el feto y están poco desarrollados al nacer, razón por la cual la severidad de la afectación es menor que en la EHP por anti D. [6]

3.3.3.4 GLUCOSA

Diabetes: las gestantes diabéticas tienen de 2 a 3 veces más riesgo que la gestante no diabética de presentar complicaciones como aborto espontáneo, alteraciones congénitas (malformaciones óseas, alteraciones cardiovasculares, defectos del tubo neural y alteraciones génito-urinarias), preclampsia o parto prematuro. El factor causal de estas anomalías no está comprobado, aunque sí se ha demostrado que el control estricto de la glucemia en el periodo preconcepcional y durante la organogénesis ha reducido el riesgo de malformaciones fetales y abortos espontáneos; por lo tanto, es importante en las pacientes diabéticas planificar sus embarazos de forma que mantengan una glucemia basal menor de 100 mg/dl y postprandial menor de 140 mg/dl. La tensión arterial (TA), función renal y la posibilidad de padecer retinopatía o neuropatía deben ser evaluadas antes de la concepción. Con respecto a la medicación, no se deben administrar antidiabéticos orales. El primer escalón del tratamiento de las diabéticas que planifican una gestación es la dieta para controlar los niveles de glucemia y, si aún así no se

[6]SCHWARCZ, SALA, DUVERGES. Obstetricia. 6ta Edición. Pág 224

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

mantienen en los rangos mencionados anteriormente, habría que comenzar tratamiento con insulina, preferiblemente humana, por su menor poder antigénico.

3.3.3.5 ORINA

a) INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO:

Se encuentra entre las infecciones más comunes padecidas por la mujer embarazada, cuyo espectro clínico abarca desde la bacteriuria asintomática, la uretritis y cistitis, hasta la pielonefritis que involucra la pelvis y cálices renales y el parénquima renal. A pesar de ser una enfermedad sistémica que se puede presentar fuera del embarazo ciertos factores que se desarrollan a lo largo del mismo predisponen la aparición de este cuadro infeccioso.

Los gérmenes que producen las infecciones urinarias, son en general gramnegativos, aislándose en un 80% La Escherichiacoli y en menor proporción Proteusmirabilis, Klebsiella y Aerobacter. El 5 al 15% restante corresponde a gérmenes grampositivos, siendo el estafilococo el germen más frecuentemente aislado.

Los factores predisponentes para la aparición de las diferentes infecciones del tracto urinario que se desarrollan como consecuencia de ciertos cambios producidos en el embarazo son: dilatación de pelvis, cálices y uréteres que se producen por la acción de factores hormonales y mecánicos obstructivos. Otro de los factores contribuyentes al desarrollo de esta infección es el aumento del reflujo

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

vesicoureteral. La compresión mecánica producida por el aumento del tamaño uterino es la principal causa de hidroureter e hidronefrosis, pero la relajación del musculo liso, inducida por progesterona, también puede estar asociada a estas patologías. Las diferencias entre el pH urinario y la osmolalidad, la glucosuria y la aminoaciduria inducida por el embarazo pueden facilitar el crecimiento bacteriano.

La vía de infección predominante es la ascendente y se produce como consecuencia del ascenso de gérmenes que se encuentran en vejiga o que llegan a ella como consecuencia de procesos infecciosos del aparato genital o de la región perianal.

b) COLOR URINARIO.

La orina normal es semi-transparente y de color amarillo claro. Es más clara cuando se encuentra diluida, y oscura cuando está concentrada. Puede ser blanca, como en el caso de piuria, o presencia de cristales; o roja-cafesosa, en el caso de hematuria. La orina también puede ser amarillenta-cafesosa en caso de coluria (pigmentos biliares en la orina). Por medicamentos la orina puede cambiar de color.

c) PROTEÍNAS URINARIAS.

Normalmente la excreción de proteínas es menor a 150 mg al día. En caso de haber proteinuria, la principal proteína urinaria en pacientes con enfermedades

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

renales es la albúmina. Niveles elevados de proteinuria, que persisten en varias mediciones, deben ser tomados en consideración ya que implican anormalidades en la permeabilidad glomerular. Las globulinas predominan en alteraciones tubulares y en proliferación de las células plasmáticas (por ejemplo mieloma múltiple). La cantidad de proteinuria indica la gravedad de la enfermedad, y en un mismo enfermo, el aumento o disminución sirve para evaluar la progresión.

Proteinuria se define como una concentración de proteínas en la orina mayor a 300 mg/24 horas. Si es mayor de 3.5 g/24 horas, generalmente se asocia a Sd. nefrótico, donde sus causas más frecuentes son todo tipo de glomerulopatías, enfermedades sistémicas del tejido conectivo, diabetes mellitus, mieloma múltiple, amiloidosis, alteraciones circulatorias, como insuficiencia cardíaca crónica, pericarditis, trombosis de la vena renal; algunas infecciones bacterianas y virales, tumores y linfoma, entre otros.

d) PH URINARIO.

El pH urinario normalmente es alrededor de 6.0, y varía dependiendo del estado ácido-base sistémico, entre 4.5 y 8.0. Su mayor uso clínico ocurre en pacientes con acidosis metabólica, donde el pH de la orina puede disminuir a niveles bajo 5.0. En este caso, si la orina está alcalina, significa que hay un proceso de acidificación renal, como en el caso de acidosis tubular aguda.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

e) CONCENTRACIÓN URINARIA

La concentración urinaria es una respuesta al control de la osmolalidad y volemia plasmática. De esta forma, su mejor forma de medición es la osmolalidad, y debe ser correlacionada con el estado clínico. Generalmente el riñón normal puede producir una osmolalidad que es 4 ó 5 veces mayor que la plasmática siendo su valor normal aproximadamente 800 mOsm, concentración que varía según el grado de hidratación del paciente. Esta medición es más útil en los estados de hiponatremia, hipernatremia, poliuria u oliguria. El valor normal es aproximadamente 1.020 por kg de orina.

f)GLUCOSA.

Normalmente el túbulo contorneado proximal reabsorbe toda la glucosa filtrada, si ésta se encuentra en concentraciones bajo 180 mg/dl. De esta forma, glucosuria puede ocurrir como un hecho aislado (secundaria a hiperglicemia) o como manifestación de daño renal (glucosuria renal), donde es comúnmente asociada a otras manifestaciones en el caso de disfunción tubular proximal, como hiperfosfatemia, hipouricemia, aminoaciduria, acidosis tubular aguda, etc. Estas asociaciones son parte del Sd. de Fanconi, que puede resultar en variadas enfermedades, como mieloma múltiple, o acidosis tubular aguda o crónica.

No es recomendable monitorizar la diabetes mellitus con niveles de glucosa urinaria ya que no determina la presencia de hiperglicemia leve-moderada. Además depende del volumen orinado y su valor refleja la concentración

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

plasmática media de glucosa, y no el nivel en un momento de muestra determinado.

g) CUERPOS CETÓNICOS

Estos elementos son producto de la oxidación de ácidos grasos, y normalmente no aparecen en la orina. En casos de cetoacidosis diabética, en ayunas, y en la intoxicación por metanol, su producción se encuentra aumentada, por lo que es posible detectarlos en la orina.

h) BACTERIAS.

La presencia de bacterias en la muestra se debe principalmente a infección (ITU), a pesar que en numerosas veces se debe a contaminación, especialmente en muestras femeninas. Para identificar la(s) bacteria(s) de la infección se solicita el cultivo bacteriano llamado urocultivo.

i) ERITROCITOS.

Se llama hematuria a la presencia de glóbulos rojos en la orina. Puede ser macro y/o microscópica. El cambio del color, no refleja necesariamente el grado de la pérdida de sangre ya que 1 ml en 1lt induce un cambio de color visible. Por otra parte, se puede observar orina de color café-rojiza sin la presencia de eritrocitos, como es en el caso de hemoglobinuria y mioglobinuria. La hematuria microscópica se define como la presencia de más de 5 eritrocitos por campo microscópico de gran aumento. Se puede originar en cualquier segmento del

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

tracto urinario. Cuando se presenta con dolor son causadas por nefrolitiasis, infarto renal o ITU.

j) LEUCOCITOS.

Generalmente se ven neutrófilos en infecciones, donde el urocultivo generalmente es positivo. Además de neutrófilos, se pueden observar eosinófilos y linfocitos, donde la presencia de eosinófilos indicaría nefritis intersticial aguda, y de los últimos, una infiltración renal, como en la enfermedad túbulo-intersticial crónica.

3.3.3.6 SÍFILIS

La sífilis repercute severamente sobre el embarazo, especialmente sobre el producto, comprometiendo su evolución. Origina graves alteraciones congénitas y es causa frecuenta de muerte fetal y del recién nacido. Los siguientes son los efectos más importantes de la sífilis sobre el embarazo:

a. Es causa de aborto tardío, a partir de las 16 semanas de gestación.

b. Produce retraso del crecimiento fetal.

c. Origina muerte fetal (25%) y muerte del recién nacido (25 a 30%).

d. En las gestantes sifilíticas la placenta es grande y se presenta pálida por fibrosis intersticial.

e. En el recién nacido, pueden ser signos de sífilis: la rrinitis persistente, linfadenopatía, exantema, hemorragia, ictericia, ascitis e hidropesía.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

f. La sífilis congénita, por infección del feto durante la vida intrauterina, tiene las siguientes manifectaciones:

oOsteocondritis

o Periostitis

o Frente olímpica, prominente

o Dientes de Hutchinson

o Sordera

oNeuro- sífilis

La sífilis neonatal, se produce cuando el feto se infecta al nacer en el conducto del parto, debido a que la madre ha contraído la enfermedad en la etapa avanzada del embarazo.

La prueba del VRDL (VeneralDiseaseResearchLaboratory) debe practicarse como investigación rutinaria en el control prenatal, desde la primera consulta. Si hay sospecha, peligro de contagio o riesgo repetirse en el tercer trimestre. Esta es una prueba sencilla y de bajo costo para el despistaje.

3.3.3.7 VIH

Las mujeres con riesgo de infección deben evitar el embarazo hasta tanto se les someta a la detección de anticuerpos séricos HIV. Las pruebas se repetirán en caso de gestación.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

Aunque en el embarazo los linfocitos T mantienen sus funciones, en general hay disminución de la inmunidad celular y humoral, especialmente para algunos virus, lo que podría hacer a la gestante susceptible al HIV.

El virus del SIDA causa infecciones congénitas en el recién nacido, iniciándose la enfermedad intraútero. La transmisión durante el parto, sea vaginal o abdominal, está también demostrada. En los casos de neonatos que fueron diagnosticados de SIDA, las madres pertenecían a grupos de alto riesgo.

La precocidad con la que muchos recién nacidos han desarrollado el SIDA, evidencia la infección transplacentaria del feto. [7]

En la consulta preconcepcional es importante identificar a las pacientes que presentan mayor probabilidad de infección por VIH; constará en la historia si la paciente o su pareja han tenido conductas de alto riesgo, antecedente de transfusiones, infección por VHB o enfermedades de transmisión sexual. A estas mujeres se les ofrecerá la realización de serología específica.

Es importante ofrecer unos cuidados preconcepcionales con actualizada información sobre VIH, medidas encaminadas a evitar el embarazo e informar sobre la actitud a tomar en caso de gestación, considerándose la posibilidad de un aborto terapéutico.

Los avances en el tratamiento de las mujeres seropositivas gestantes han demostrado disminuir la transmisión vertical del VIH hasta un 8,3%.

[7] ABARCA, K. 2003. Infecciones en la mujer embarazada transmisibles al feto. Rev. chil. Infectol. (Chile). v.20 supl.1

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

3.3.3.8 PAPANICOLAOU

El cáncer de cuello es el más frecuente de los tumores malignos del aparato genital femenino. Según algunas estadísticas alcanza el 59%. Su incidencia en realidad varía de una región a otra y también de acuerdo a estratos sociales, grupos étnicos y costumbres.

En nuestro medio tiene elevada frecuencia y de acuerdo a las investigaciones de E. Valdivia Ponce se presenta en 59.5/100.000, mujeres mayores de 20 años, mientras en el embarazo señala la incidencia de uno por cada dos mil gestantes.

El cáncer de cuello, cuyas manifestaciones se inician en la época reproductiva, si se encuentra coincidiendo con el embarazo, ya sea en formas precancerosas o de carcinoma invasor; por ello es sumamente importante su detección rutinaria durante la gestación, aprovechando la asistencia de la mujer al control prenatal, que quien sabe de otra manea no se sienta obligada a la consulta para el despistaje de cáncer.

El diagnóstico debe ser precoz y es posible hacerlo desde las etapas precancerosas, mediante la citología exfoliativa, favorecida por la accesibilidad del cérvix uterino a la exploración y a la toma fácil y simple de la muestra. La citología (Papanicolaou) según las técnicas regladas actualmente es un proceso rutinario y práctico para descubrir precozmente el cáncer de cuello uterino, haciendo posible el diagnóstico de los precursores de la enfermedad o sea la displasia y el carcinoma in situ.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

La colposcopia, biopsia, cono y técnicas iconográficas como la pielografía, a veces la tomografía computarizada y la resonancia magnética son medios que se usan para establecer el diagnóstico, precisar la etapa clínica y consecuentemente establecer el tratamiento indicado.

3.3.4 DIMENSIÓN INMUNOLOGICA

3.3.4.1 RUBÉOLA

La primoinfección materna con el virus de la rubéola en el primer trimestre de gestación puede producir alteraciones fetales en un 50% de los casos incrementándose el riesgo de aborto espontáneo y recién nacido muerto y en un 35% si se produce en el segundo trimestre. De un 15 a un 20% de la población general no tiene inmunidad contra esta enfermedad. El médico de Atención Primaria debe detectar y proceder a la vacunación de la población femenina no inmunizada, antes de la gestación y aconsejar sobre los métodos para evitarla en los 3 meses siguientes.

3.3.4.2 TOXOPLASMA

La prevención de la toxoplasmosis en la mujer gestante es motivo de debate y además no se dispone actualmente de una vacuna para la inmunización. En parte de Europa se realiza el *screening*rutinario de toxoplasmosis en gestantes para identificar a las pacientes no inmunes y prevenir casos de infección congénita mediante el cambio de los hábitos de conducta: evitar el contacto con heces de gatos y comer carne poco cocinada o no congelada previamente. Otros autores

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

sostienen que sólo se debe determinar la serología antitoxoplasma, clamidia, tuberculosis o VIH en mujeres con riesgo alto2. Incluso Leuzzi sostiene que por la baja prevalencia de infección aguda por toxoplasma en gestantes y la imprecisión de las pruebas diagnósticas no es necesario realizar este tipo de *screening*y que es preferible el consejo preventivo a las gestantes.

Las gestantes con toxoplasmosis aguda presentan un riesgo del 40 al 50% de infección fetal y de un 10% en neonatos. La infección congénita es más frecuente en gestantes que presentan la enfermedad en el tercer trimestre de gestación y las secuelas de la infección tardía son menores. Sin embargo cuando la infección se presenta en el periodo periconcepcional o en el primer trimestre, puede producir lesiones neurológicas severas en el feto e incluso muerte intraútero.

3.3.4.3 HEPATITIS

El 90% de los portadores crónicos de VHB han sufrido la infección de forma asintomática; por ello muchas mujeres desconocen que lo son. Las gestantes que presentan una serología positiva del HbsAg o HBeAg tienen de un 70 a un 90% de posibilidades de transmitir a sus hijos la infección perinatal y el 85 al 90% de los niños infectados serán portadores crónicos del VHB, con un 25% de posibilidades de presentar hepatitis crónica, cirrosis o carcinoma hepatocelular en la edad adulta. Un estudio prospectivo ha demostrado la reducción de la incidencia de carcinoma y cirrosis de hasta un 75% en hijos de madres HbsAg positivo con la administración de la inmunoglobulina anti-VHB y de la vacuna anti-VHB antes de las 48 horas tras el nacimiento.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

3.3.4.4 ANTI-TETÁNICA

La vacuna antitetánica y antidiftérica están indicadas en pacientes embarazadas, podemos iniciar la vacunación a partir del segundo trimestre de gestación, aunque deben iniciarse en la consulta preconcepcional si el calendario vacunal así lo exige.

Las vacunas de virus vivos atenuados (sarampión, rubéola, parotiditis, triple vírica, varicela, cólera oral) no deben ser administradas en gestantes y se debe evitar el embarazo en los tres meses siguientes a la vacunación. Reviste gran importancia la inmunización contra el virus de la rubéola en pacientes que deseen una gestación.

La vacunación con virus muertos no está contraindicada en el embarazo o los meses previos a la gestación. Entre ellas, tiene especial interés la vacunación contra la gripe, en gestantes durante el periodo de campaña vacunal y en pacientes que deseen quedar embarazadas y que la gestación coincidirá con el periodo epidémico.

Igualmente es un buen momento para iniciar la vacunación antihepatitis B si las condiciones epidemiológicas de la mujer lo hacen recomendable.

3.4SALUD DEL RECIÉN NACIDO

3.4.1 VALORACIÓN GESTACIONAL

La valoración de la edad gestacional después del nacimiento fue descrita por la escuela de médicos franceses, cuyos estudios permitieron adoptar técnicas para

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

estimarla sobre la base de la evaluación neurológica del neonato, la cual fue modificada posteriormente por Amiel-Tison (1968) quien evaluaba la postura del neonato, su tono activo y pasivo, algunos reflejos primarios y reacciones de enderezamiento. De gran importancia fue el establecimiento de la relación de la edad gestacional por la evaluación neurológica y algunas características físicas externas del neonato creado por Dubowitz y Goldberg (1970). En el transcurso del tiempo se han creado diferentes métodos de evaluación, algunos basados en:

1. Examen somático o criterios fisicos externos.
2. Examen neurológico.
3. Método combinado (somatico y neurológico)
4. Somatometría.
5. Distribución del unto cebaceo.
6. Examen de la cápsula vascular anterior del cristalino.
7. Maduración bioeléctrica.

3.4.2 MÉTODO DE CAPURRO

Este método fue obtenido mediante un estudio protocolizado y prospectivo basado en el trabajo de Dubowitz y tiene dos formas de evaluación:

Capurro A.

El método está basado en cinco parámetros clínicos y dos parámetros neurológicos y presenta un margen de error de ± 8,4 días cuando es realizado por un explorador entrenado. Los signos que se han de evaluar son los siguientes:

a) Somáticos:

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

- Formación del pezón.
- Textura de la piel.
- Forma del pabellón auricular.
- Tamaño del nódulo mamario.
- Surcos plantares.

b) Neurológicos:

- Signo de la bufanda.
- Caída de la cabeza.

Para realizar el cálculo de la edad gestacional, cada signo se evalúa de forma independiente según el *test* ; se realiza una suma aritmética para obtener un puntaje total, y con una constante (K= 200) se obtiene dicha edad en días de la forma siguiente:

Edad gestacional (días) = 200 + Total de puntos

Capurro B.

Este método es el Capurro inicial simplificado por clínicos pediatras y bioestadísticos del Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP), en el Uruguay y utiliza cinco características físicas externas; suprime los dos parámetros neurológicos.

Este es el método ideal que se ha de utilizar si el recién nacido presenta depresión neurológica; presenta un margen de error de ± 9,2 días y los signos que se han de evaluar son los siguientes:

Somáticos:

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

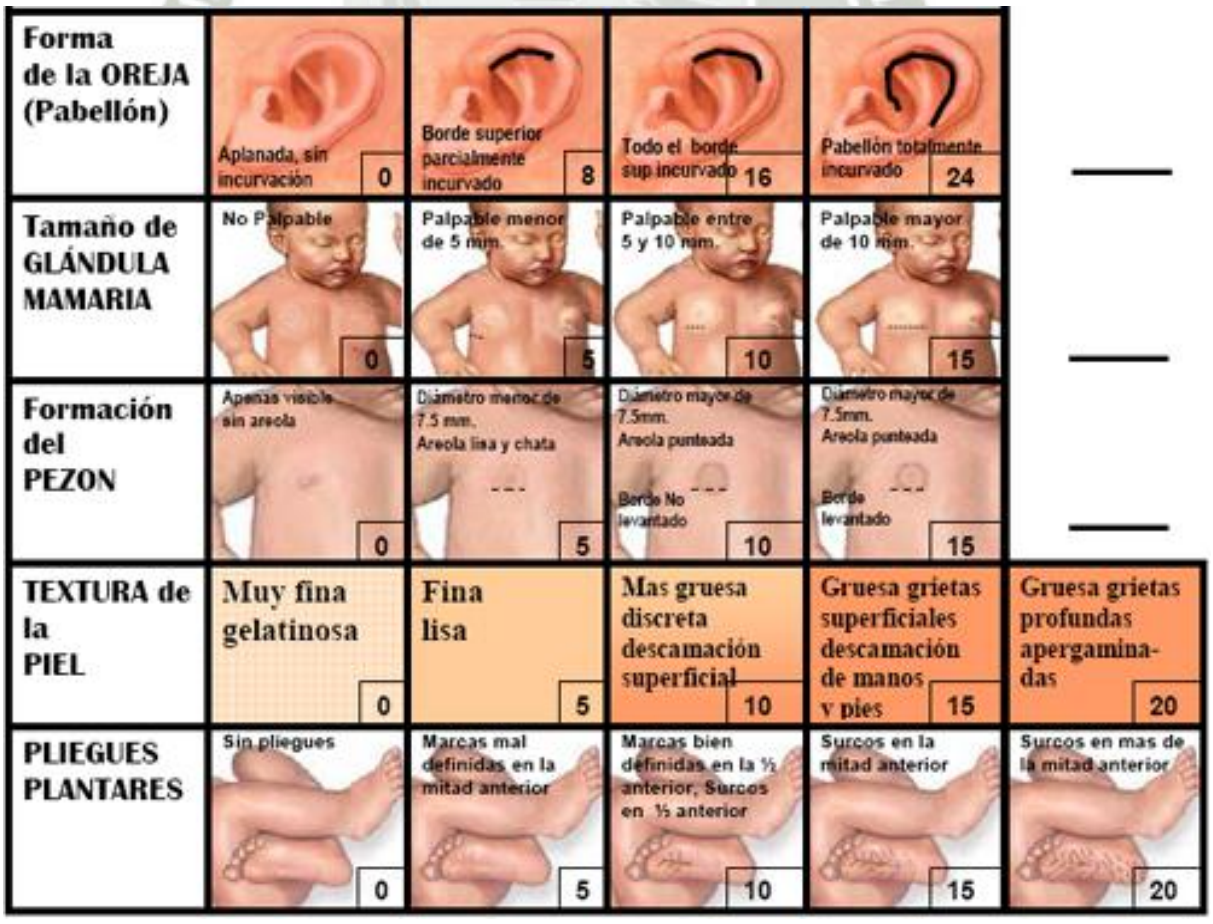
- Forma de la oreja.
- Tamaño de la glándula mamaria.
- Formación del pezón.
- Textura de la piel.
- Pliegues plantares.

Para realizar el cálculo de la edad gestacional, se procede igual al Capurro A, pero utilizando la constante K = 204.

Edad gestacional (días) = 204 + Total de puntos

La edad gestacional en días y en semanas se relacionan entre sí de la forma siguiente:

a) Menos de 259 días o menos de 37 semanas.



Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

b) De 259 a 297 días o entre 37 y 41 semanas.

c) Con 297 días y más o 42 semanas y más.[8]

3.4.3 TEST APGAR

Es la primera prueba para evaluar a un recién nacido, se lleva a cabo en la sala de alumbramiento inmediatamente después del nacimiento del bebé. Esta prueba fue desarrollada por la anestesista Virginia Apgar en 1952 para saber lo más rápidamente posible el estado físico de un recién nacido y para determinar cualquier necesidad inmediata de cuidados médicos adicionales o tratamientos de emergencia.

Por lo general, la prueba se le administra al bebé en dos ocasiones: la primera vez, un minuto después del nacimiento y la segunda vez, cinco minutos después del nacimiento. A veces, si el estado físico del bebé resulta preocupante o y si el resultado de la segunda prueba es bajo, se puede evaluar al bebé por tercera vez 10 minutos después del nacimiento.

Se utilizan cinco factores para evaluar el estado físico del bebé y cada factor se evalúa siguiendo una escala del 0 al 2, siendo 2 la máxima puntuación posible. Los factores son los siguientes:

Nos permite calificar al recién nacido como:

[8]GÓMEZ GÓMEZ M, clasificación de los niños recién nacidos. Revista mexicana de Pediatria. pp 32-39

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

SIGNO	0	1	2
LATIDOS CARDIACOS POR MINUTO	AUSENTE	MENOS DE 100	100 O MÁS
ESFUERZO RESPIRATORIO	AUSENTE	IRREGULAR O DÉBIL	REGULAR O LLANTO
TONO MUSCULAR	FLACIDEZ	FLEXIÓN MODERADA DE EXTREMIDADES	MOVIMIENTOS ACTIVOS
IRRITABILIDAD REFLEJA	SIN RESPUESTA	MUECAS	LLANTO VIGOROSO O TOS
COLOR DE PIEL Y MUCOSAS	PALIDEZ O CIANOSIS GENERALIZADA	CIANOSIS DISTAL	ROSADO COMPLETAMENTE

Normal: 7 a 10 puntos

Hipoxia moderada: 4 a 6 puntos

Hipoxia severa: 0 – 3 puntos

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

3.2 ANÁLISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

3.2.1QUEVEDO FREITES, Gilberto;VÁZQUEZ ORTIZ, Marta; ZULUETA YATE, Morayma; FERNÁNDEZ CHARÓN,Eddy; RUZ DOMÍNGUEZ' Josefa.(19)

"Comportamiento del riesgo preconcepcional en el consultorio médico El Turagual de Venezuela." Rev Cubana Med Gen Integr vol.28 no.2 Ciudad de La Habana abr.-jun. 2012

Objetivo:describir el riesgo preconcepcional en mujeres de 12 a 49 años de edad, atendidas en el consultorio El Turagual, municipio Motatán.

Participantes:

El universo estuvo constituido por las 134 pacientes registradas como riesgo reproductivo en el periodo mencionado.

Resultados:

Predominó el grupo de edades entre los 35 a 49 años de edad, y el estado civil soltero. Los factores de riesgo más frecuentes fueron: la inestabilidad sexual, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus, respectivamente. Los métodos anticonceptivos más usados fueron los dispositivos intrauterinos, seguido de las píldoras anticonceptivas.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

3.2.2 VARONA DE LA PEÑA,Florinda; HECHAVARRÍA RODRÍGUEZ,Nerys; ORIVE RODRÍGUEZ, Nora (24)

"Pesquisa de los riesgos preconcepcional y prenatal Centro Provincial de Genética Médica de Las Tunas, Cuba 2007-2008."Rev Cubana ObstetGinecol v.36 n.4 Ciudad de la Habana oct.-dic. 2010

Objetivo: evaluar el riesgo reproductivo a nivel comunitario

Participantes:

Se recogieron los datos relacionados con el universo de mujeres a estudiar y las evaluadas por la Red de Genética, a partir de los que se calcularon la cobertura del servicio en la provincia, como la razón porcentual entre evaluadas y captadas. Se distribuyeron los casos evaluados de acuerdo con el municipio de procedencia, el nivel de riesgo (alto o bajo) y su clasificación: por cromosomopatías, hemoglobinopatías, malformaciones congénitas, teratogenicidad / mutagenicidad y otras afecciones hereditarias.

Resultados:

Durante el año 2008 se evaluaron en toda la provincia 1 881 mujeres entre 15 y 49 años, de las cuales se clasificaron con algún riesgo genético preconcepcional un total de 1 034 (55,0 %). El 2007 cursó con 1 525 féminas evaluadas y 1 210 clasificadas con riesgo.

Durante el 2008 se evaluaron en toda la provincia 6 634 gestantes, para determinar en ellas la presencia de algún tipo de riesgo genético prenatal, cifra

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

superior a las 5 746 atendidas durante el 2007, aunque la diferencia se relaciona más con el incremento del número de embarazos observado en el último año.

3.2.3 DUARTES WAHL Heidi.(5)

"Prácticas de autocuidado preconcepcional de mujeres urbanas, que ingresan al control prenatal, en el consultorio urbano Victor Domingo Silva, de la ciudad de Coyhaique." Enero 2008. Universidad Austral de Chile. Facultad de Medicina

Objetivo: Conocer las prácticas de autocuidado preconcepcional y los factores que las condicionan de mujeres urbanas que ingresan al control prenatal en el Consultorio urbano Víctor Domingo Silva, beneficiarias del Fondo Nacional de Salud (FONASA) de la ciudad de Coyhaique, durante enero 2008.

Participantes:

Universo de 60 embarazadas ingresadas al control prenatal, beneficiarias del Fondo Nacional de Salud, atendidas en el consultorio urbano.

Resultados:

En relación al perfil sociobiodemográfico, los datos obtenidos demuestran que el 80% de las mujeres embarazadas estudiadas son > de 19 años y en su mayoría solteras (60%), tal como se muestra en el gráfico N° 1, con pareja > 5 años de relación (37%).

En relación a la prevención de defectos del cierre del tubo neural mediante la suplementación de ácido fólico, el 10% de la población está con suplemento.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

3.2.4 DRA. ALMARALES SARMIENTO,Geisy; DRA. TAMAYO PEÑA,Dulce; DR. PUPO DAMAS, Henry. (1)

"Factores de riesgos reproductivos preconcepcionales en pacientes del Centro de Salud Soibada en Timor Leste, agosto 2006 a enero 2007."Correo Científico Médico de Holguín 2008;12

Objetivo: determinar el comportamiento de algunos factores de riesgos reproductivos preconcepcionales en pacientes del Centro de Salud Soibada, Manatuto en Timor Leste, en el periodo desde agosto 2006 a enero 2007.

Participantes:

Se realizó un estudio descriptivo, transversal con un universo y muestra que estuvo constituido por 167 mujeres que fueron controladas como riesgo reproductivo preconcepcional.

Resultados:

La edad constituye un factor fundamental relacionado con el riesgo materno tanto en las edades inferiores a 20 años como en las mayores de 35. El grupo de edad de 36 a 49 años fue predominante, con un 50,9%, el nivel de escolaridad que predominó fue de analfabetas (47,3%), así como la unión consensual (43,7%) en relación con su estado civil. En cuanto a la paridad prevalecieron las mujeres que tenían de cuatro a seis hijos con un 27,5% y entre los antecedentes obstétricos, el período intergenésico corto (46,6%).

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

4.HIPÓTESIS

Dado que existen múltiples factores de riesgo preconcepcional.

Es probable que algunos de ellos sean condicionantes de la salud del recién nacido.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

CAPÍTULO II

PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

Publicación autorizada con fines académicos e investiga
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

1.- TÉCNICA

Se obtuvo información mediante la revisión documental de las historias clínicas.

2.- INSTRUMENTO

Se utilizóla historia clínica como ficha de recolección de datos.

3.- MATERIAL DE VERIFICACIÓN

- Material de escritorio.
- PC Pentium IV.
- Impresora.

4.- CAMPO DE VERIFICACIÓN

4.1.- UBICACIÓN ESPACIAL

El trabajo se realizó en la Ciudad de Arequipa Distrito de Aplao.

Ámbito Institucional del Hospital Aplao.

Anexo II.

4.2.- UBICACIÓN TEMPORAL

El presente estudio tiene una visión temporal: Retrospectivo.

El presente estudio tiene un corte temporal: Transversal.

Corresponde al periodo comprendido entre los meses de enero a junio del 2014.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

4.3.- UNIDADES DE ESTUDIO

El universo es de 150 historias clínicas de partos atendidos en el Hospital Aplao 2014.

- Criterios de inclusión:

✓ Historias clínicas de partos atendidos en el Hospital Aplao durante los meses de enero a junio del 2014.

- Criterio de exclusión:

✓ Historias clínicas de partos atendidos de madres con patologías previas a la gestación.

Simulación de la muestra:

$$n = \frac{(Z_{\alpha/2})^2 * N * p * q}{(N-1) * E^2 + (Z_{\alpha/2})^2 * p * q}$$

DONDE:

n = Tamaño de la muestra

N = Total de la población

α = Error tipo I

$Z_{\alpha/2}$ = Nivel de confianza o seguridad

p = Proporción esperada

q = 1-p

E = Error de estimación

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

$$n = \frac{(1{,}96)^2 * 150 * 0{,}5 * 0{,}5}{(150-1) * 0{,}063^2 + (1{,}96)^2 * 0{,}5 * 0{,}5} = 93$$

5.- ESTRATEGIAS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

5.1.- ORGANIZACIÓN

- ✓ Autorización.- Jefe del departamento de Gineco – Obstetricia. El Gineco – Obstetra Edgar Sánchez Mamani.
- ✓ Formalización.- Se recopiló la información de 93 historias clínicas.

5.2.- RECURSOS

- ✓ Recursos humanos
  - ➢ La autora.
  - ➢ La asesora: Sra. Carmen Gago de Zegarra
  - ➢ El asesor estadístico.
  - ➢ Grupo recolector de datos.
- ✓ Recursos físicos
  - ➢ Instalaciones del Hospital Aplao, Distrito Aplao –Arequipa.
  - ➢ Registro de atenciones de los partos atendidos en el Hospital Aplao.
- ✓ Recursos financieros
  - ➢ Autofinanciamiento de la autora.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

6.- ESTRATEGIAS PARA MANEJAR DATOS

6.1 NIVEL DE SISTEMATIZACIÓN

Para el procesamiento de los datos se procedió a registrar los datos, asignando valores numéricos a cada ítem o categoría; para luego convertirlos al sistema digital y su posterior análisis estadístico, en el Programa Estadístico SPSS 17.0 for Windows.

6.2 NIVEL DE ESTUDIO DE DATOS

Se trabajara con tablas univariables y de contingencia para expresar las frecuencias absolutas y relativas, para el contraste de la hipótesis se aplicó las pruebas estadísticas de Chi cuadrado. Las pruebas estadísticas se realizaron con un nivel de riesgo del 5%.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

CAPÍTULO III

RESULTADOS

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

RESULTADOS PRIMERA VARIABLE:

FACTORES DE RIESGO PRECONCEPCIONAL

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

TABLA Nº. 1

FACTORES SOCIOCULTURALES DE LAS MADRES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL APLAO

FACTORES SOCIOCULTURALES	Nº.	%
EDAD		
12-19	14	15,1
20-27	40	43,0
28-35	28	30,1
>=36	11	11,8
ESTUDIOS		
Primaria incompleta	10	10,8
Primaria completa	4	4,3
Secundaria incompleta	15	16,1
Secundaria completa	36	38,7
Superior no universitario	23	24,7
superior universitario	5	5,4
ESTADO CIVIL		
Soltera	23	24,7
Conviviente	64	68,8
Casada	6	6,5
OCUPACIÓN		
Ama de casa	75	80,6
Profesional	4	4,3
Obrera - Comerciante	9	9,7
Estudiante	5	5,4
TOTAL	93	100

FUENTE: Elaboración Personal

La tabla Nº. 1, muestra que el 15,1% de las madres atendidas en el Hospital de Aplao presento edades entre 12 a 19 años y el 11,8% fueron edades de 36 años a más; ambas siendo población de riesgo.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

TABLA Nº. 2

DIMENSIÓN CLÍNICA EN LAS MADRES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL APLAO

DIMENSIÓN CLÍNICA	Nº.	%
ANTECEDENTES FAMILIARES		
PATOLÓGICOS	85	91,4
No	8	8,6
Si		
ANTECEDENTES PERSONALES	79	84,9
PATOLÓGICOS	14	15,1
No		
Si	33	35,5
PARIDAD	35	37,6
Nulípara	25	26,9
Primípara		
Multípara	1	1,1
ESTADO NUTRICIONAL	44	47,3
Bajo peso	37	39,8
Normal	11	11,8
Sobrepeso		
Obesa	31	33,3
SUPLEMENTO ÁCIDO FÓLICO	62	66,7
Si	93	100
No		
TOTAL		

FUENTE: Elaboración Personal

La tabla Nº. 2, muestra que el 8,6% de las madres atendidas en el Hospital de Aplao presentaron antecedentes familiares como hipertensión arterial, embarazos múltiples y cáncer, el 15.1% de ellas tienen antecedentes personales como cirugía pélvica y aborto recurrente y el 37,6% de las madres son primíparas. Asimismo se muestra que el 39,8% de ellas tienen sobrepeso y el 66,7% de las madres no consumen suplemento ácido fólico.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

TABLA Nº. 3

DIMENSIÓN BIOQUÍMICA EN LAS MADRES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL APLAO

DIMENSIÓN BIOQUÍMICA	Nº.	%
HEMOGLOBINA		
Normal	47	50,5
Anemia leve	42	45,2
Anemia moderada	4	4,3
EXAMEN DE ORINA		
Normal	57	61,3
Anormal	18	19,4
Sin examen	18	19,4
PAPANICOLAUO		
Normal	35	37,6
Sin examen	58	62,4
TOTAL	93	100

FUENTE: Elaboración Personal

La tabla Nº. 3, muestra que el 45.2% de las madres atendidas en el Hospital de Aplao presentaron tienen anemia Leve, el 19.4% de ellas tienen examen de orina anormal o no se les realizo examen de orina y el 62.45 de las madres atendidas no se les realizo la prueba de Papanicolaou.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

TABLA Nº. 4

DIMENSIÓN BIOQUÍMICA – COMPARACIÓN DE HEMOGLOBINA

I TRIMESTRE Y III TRIMESTRE

HEMOGLOBINA	PRIMER TRIMESTRE		TERCER TRIMESTRE	
	Nº.	%	Nº.	%
Normal	47	50,5	77	82,8
Anemia leve	42	45,2	16	17,2
Anemia moderada	4	4,3	0	0,0
TOTAL	93	100	93	100

FUENTE: Elaboración Personal

La tabla Nº. 4, muestra que el 45,2% de las madres atendidas tuvieron anemia leve en el I trimestre del embarazo mientras que para el III trimestre disminuyeron a un 17,2%.; lo que demuestra que si hay un adecuado consumo del sulfato ferroso.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

TABLA Nº. 5

DIMENSIÓN INMUNOLÓGICA EN LAS MADRES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL APLAO

DIMENSIÓN INMUNOLÓGICA	Nº.	%
RUBÉOLA		
Si	17	18,3
No	76	81,7
HEPATITIS		
Si	15	16,1
No	78	83,9
ANTITETÁNICA		
Si	35	37,6
No	58	62,4
TOTAL	93	100

FUENTE: Elaboración Personal

La tabla Nº. 5, muestra que más del 50% de las madres atendidas no se les administro las vacunas correspondientes.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

RESULTADOS SEGUNDA VARIABLE:

SALUD DEL RECIÉN NACIDO

Publicación autorizada con fines académicos e investigativo
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

TABLA Nº. 6

SALUD DEL RECIÉN NACIDO ATENDIDO EN EL HOSPITAL APLAO

SALUD DEL RECIÉN NACIDO	Nº.	%
PESO RECIÉN NACIDO		
BPEG	6	6,5
PAEG	79	84,9
PGEG	8	8,6
EDAD GESTACIONAL		
Pretérmino	8	8,6
Término	82	88,2
Pos término	3	3,2
APGAR		
Hipoxia Moderada	3	3,2
Normal	90	96,8
TOTAL	93	100

FUENTE: Elaboración Personal

La tabla Nº.6, muestra que el 6,5 % de los recién nacidos atendidos en el hospital de Aplao tuvieron bajo peso al nacer, el 8,6% tuvieron alto peso al nacer, el 8.6% de los mismos son pre terminó y el 3,2% de los recién nacidos tuvieron hipoxia moderada.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

TABLA Nº. 7

RELACIÓN ENTRE LOS FACTORES PRECONCEPCIONALES Y EL PESO DEL RECIÉN NACIDO ATENDIDO EN EL HOSPITAL APLAO

FACTORES	PESO DEL RECIEN NACIDO						Estadísticos	
	Bajopeso		Normal		Altopeso			
	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	X^2	Sig
EDAD								
12-19	1	16,7	12	15,2	1	12,5		
20-27	1	16,7	36	45,6	3	37,5	101.05	P<0.05
28-35	1	16,7	23	29,1	4	50,0		
>=36	3	50,0	8	10,1	0	0,0		
PARIDAD								
Nulípara	1	16,7	30	38,0	2	25,0		
Primípara	4	66,7	27	34,2	4	50,0	21.98	P<0.05
Multípara	1	16,7	22	27,8	2	25,0		
IMC								
Bajopeso	1	16,7	0	0,0	0	0,0		
Normal	1	16,7	43	54,4	1	12,5		
Sobrepeso	3	50,0	27	34,2	6	75,0	88.12	P<0.05
Obesa	1	16,7	9	11,4	1	12,5		
ÁCIDO FÓLICO								
Si	2	33,3	27	34,2	2	25,0		
No	4	66,7	52	65,8	6	75,0	0.28	P>0.05
HB								
Normal	4	66,7	37	46,8	6	75,0		
Anemia leve	2	33,3	38	48,1	2	25,0	24.32	P<0.05
Anemia moderada	0	0,0	4	5,1	0	0,0		
TOTAL	6	100	79	100	8	100		

FUENTE: Elaboración Personal

La tabla Nº 7, según la prueba de chi cuadradomuestra que el peso del recién nacido guarda relación, el 50% evaluados con bajo peso para la edad gestacional tuvieron madres con edades >= 36 años siendo estas población de riesgo. El 75% de los recién nacidos con alto peso al nacimiento tuvieron madres con IMC de sobrepeso.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

TABLA Nº. 8

RELACIÓN ENTRE LOS FACTORES PRECONCEPCIONALES Y LA EDAD GESTACIONAL DEL RECIÉN NACIDO ATENDIDO EN EL HOSPITAL APLAO

FACTORES	EDAD GESTACIONAL						Estadísticos	
	Pre termino		Término		Pos término			
	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	X^2	Sig
EDAD								
12-19	1	12,5	13	15,9	0	0,0		
20-27	1	12,5	37	45,1	2	66,7	13.77	P<0.05
28-35	2	25,0	25	30,5	1	33,3		
>=36	4	50,0	7	8,5	0	0,0		
PARIDAD								
Nulípara	2	25,0	29	35,4	2	66,7		
Primípara	4	50,0	30	36,6	1	33,3	53.44	P<0.05
Multípara	2	25,0	23	28,0	0	0,0		
IMC								
Bajopeso	1	12,5	0	0,0	0	0,0		
Normal	2	25,0	42	51,2	1	33,3		
Sobrepeso	3	37,5	32	39,0	1	33,3	48.22	P<0.05
Obesa	2	25,0	8	9,8	1	33,3		
ÁCIDO FÓLICO								
Si	3	37,5	26	31,7	2	66,7		
No	5	62,5	56	68,3	1	33,3	1.66	P>0.05
HB								
Normal	4	50,0	40	48,8	3	100		
Anemia leve	4	50,0	38	46,3	0	0,0	5.18	P>0.05
Anemia moderada	0	0,0	4	4,9	0	0,0		
TOTAL	8	100	82	100	3	100		

FUENTE: Elaboración Personal

La tabla Nº.8, según la prueba de chi cuadrado muestra que la edad gestacional del recién nacido guarda relación en un 50% pre término tuvieron madres con edades > = 36 años. El 37,5% de los recién nacidos evaluados como Pretérmino tuvieron madres con un IMC de sobrepeso.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

TABLA Nº. 9

RELACIÓN ENTRE LOS FACTORES PRECONCEPCIONALES Y EL APGAR DEL RECIÉN NACIDO ATENDIDO EN EL HOSPITAL APLAO

FACTORES	APGAR				Estadísticos	
	Hipoxia moderada		Normal			
	Nº.	%	Nº.	%	X^2	Sig
EDAD						
12-19	1	33,3	13	14,4		
20-27	0	0,0	40	44,4	78.78	P<0.05
28-35	2	66,7	26	28,9		
>=36	0	0,0	11	12,2		
PARIDAD						
Nulípara	1	33,3	32	35,6		
Primípara	1	33,3	34	37,8	13.1	P>0.05
Multípara	1	33,3	24	26,7		
IMC						
Bajo peso	1	33,3	0	0,0		
Normal	1	33,3	44	48,9	87.12	P<0.05
Sobrepeso	0	0,0	36	40,0		
Obesa	1	33,3	10	11,1		
ÁCIDO FÓLICO						
Si	0	0,0	31	34,4	0.39	P>0.05
No	3	100	59	65,6		
HB						
Normal	2	66,7	45	50,0		
Anemia leve	1	33,3	41	45,6	8.61	P<0.05
Anemia moderada	0	0,0	4	4,4		
TOTAL	3	100	90	100		

FUENTE: Elaboración Personal

La tabla Nº.9, según la prueba de chicuadrado muestra que la evaluación del Apgar del recién nacido guarda relación con edad materna, IMC materno y Hb representando estadística significativa (P<0.05).

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

Datos brindados por el MINSA informa que mitad de las gestaciones no son programadas y la identificación del embarazo ocurre una o dos semanas luego del retraso menstrual, cuando ya ocurrió una etapa crítica del desarrollo embrionario. De esta forma la mujer está expuesta a agentes ambientales nocivos, por lo que se pierde la oportunidad de promoción de la salud.

La atención preconcepcional es una base de evaluación de la mujer en edad fértil de manera integral como el estado de completo bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de enfermedades.

En el presente trabajo de investigación se observó que al analizar la edad de las madres atendidas existe mayor predominio entre 20 - 27 años (43%) mientras que en el trabajo de investigación de Dr. Gilberto Quevedo Freites,Marta Eugenia Vázquez Ortiz, Morayma Zulueta Yate,Eddy Fernández Charón,Josefa Eugenia Ruz Domínguez de la Rev. Cubana Med Gen Integr vol.28 no.2 Ciudad de La Habana abr.-jun. 2012(19), la edad de mayor predominio fue de 35-49 años (47,6%). En cuanto al estado nutricional de las gestantes encontramos que el 1,1 % tiene bajo peso y el 39,8% tienen sobrepeso mientras que en el trabajo de investigación de Toribio Morejón Antonia de Jesús. Estupiñan Hernández Madelin, Domínguez Bofill Sandra de la Rev. Medica electron 30 nov – dic 2008 (23), predominan las madres con bajo peso.

En cuanto al peso del recién nacido observamos que un 6,5 % tuvieron bajo peso al momento del nacimiento mientras que en el trabajo de investigación de Dr.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

Manuel Ticona Rendón, Diana Huanco Apaza de laRev. Cubana ObstetGinecol vol.37 no.3 Ciudad de la Habana jul.-set. 2011(22),se observó que un 13,5% tuvieron bajo peso al momento del nacimiento.

Así mismo el 3.2% de los recién nacidos son post termino, el 3,2% de los recién nacidos tuvieron hipoxia moderada mientras que en el trabajo de Dr. Santiago Lau López, Dr. C. Aída Rodríguez Cabrera, Dr. C. María del Carmen Pría Barros(16)queidentificó como alteración fundamental un líquido amniótico disminuido, el que comprometió a 8 gestantes, de las cuales 3 tuvieron un verdadero oligohidramnio, fenómeno este que se vincula con la deficiencia en el crecimiento fetal. Un señalamiento adicional es la proporción del 3,0 % de gestantes con trastornos placentarios en la reevaluación.

Una visión conjunta, biopsicosocial, nos puede dar la clave para un buen control y promoción de la salud preconcepcional, adaptando las recomendaciones a las condiciones particulares de cada mujer.; es decir, que la misma condición de riesgo no repercute de forma igual en cada mujer o pareja, por lo que debemos hacer un enfoque y análisis individualizado en cada caso. Por lo tanto, no puede hacerse una clasificación esquemática del riesgo preconcepcional, pero sí debemos tener en cuenta una serie de criterios principales de la salud de la madre que nos ayuden a la identificación oportuna del riesgo prenatal en la etapa pre concepcional.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

CONCLUSIONES

PRIMERA

Los factores de riesgo relevantes fueron la edad materna, se muestra que el 15,1% oscila entre 12-19 años y el 11.8 % > = 36 años; El estado nutricional de la madre valorado como bajo peso fue del 1.1 % mientras que el sobrepeso se observó en un 39,8%; La falta de consumo del suplemento de ácido fólico se observó en un 66,7 % del total de las madres atendidas; El dosaje de hemoglobina materna, al I trimestre; se encontró que el 45,2% tuvieron anemia leve mientras que al III trimestre, bajo a un 17,2%.

SEGUNDA

En la evaluación del total de recién nacidos, se encontró que el 6,5% tuvo bajo peso para la edad gestacional y el 8,6 %grande para la edad gestacional, mientras que el 8,6% fueron pre término al nacimiento y el 3,2% presentaron hipoxia moderada al momento de la evaluación.

TERCERA

Las madres de >= 36 años de edad tuvieron niños con bajo peso para la edad gestacional en un 50%, pre término en un 50%. Las madres primíparas, tuvieron niños con bajo peso en un 66,7%. El 75% de los niños evaluados como grandes para la edad gestacional, tiene madres con IMC valorado como sobrepeso.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

RECOMENDACIONES

PRIMERA

Capacitación activa sobre consejería preconcepcional a todo el personal de obstetricia dando énfasis a la edad materna y el estado nutricional de la madre.

SEGUNDA

Brindar consejería preconcepcional con labor de extensión y proyección social en las instituciones educativas de esta manera educar sobrela importancia de la hemoglobina normal, el consumo oportuno de ácido fólico y el estado nutricional de la madre de esta manera evitar recién nacidos con bajo peso y pre termino al nacimiento.

TERCERA

Las actividades preventivas promocionales deben estar enfocadas hacia las mujeres en edad fértil,promoviendo el trabajo en conjunto con las instituciones gubernamentales, de esta manera organizar a las instituciones sociales y grupos de liderazgo comunal que tienen influencia en la población femenina.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

IMPLEMENTACIÓN DE HOJA DE EVALUACIÓN DE RIESGO PRECONCEPCIONAL EN EL HOSPITAL APLAO

INTRODUCCIÓN

El riesgo preconcepcional son todas las condiciones pre existentes que incrementan la probabilidad de complicaciones o daño, esto está condicionado por diversos factores, enfermedades o circunstancias únicas o asociada las mismas que pueden repercutir de manera desfavorable en el binomio, durante el embarazo, parto o puerperio.

PROPÓSITO

Lograr el bienestar de la mujer antes, durante y después del embarazo, logrando así productos sanos y de mayor vitalidad.

OBJETIVOS

Objetivo general:

- Identificar y modificar condiciones que puedan representar riesgos para la salud sexual y reproductiva de la mujer, para la salud materna y perinatal.

Objetivos Específicos:

- Implementar intervenciones que permitan eliminar, modificar o disminuir el riesgo de morbilidad, muerte materna y perinatal.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

- Garantizar la asesoría oportuna para la toma de decisiones reproductivas, adecuado a la condición especial de la paciente, para las mujeres con riesgo reproductivo.

ACTIVIDADES

1. Presentación de resultados de investigación a la Dirección del Hospital Aplao.
2. Coordinación con responsables de la Estrategia Salud Sexual y Reproductiva.
3. Programa de actividades en la atención Preconcepcional.
   - Obstetriz como responsable
   - Participación de otros profesionales brindando así atención integral
   - La evaluación de riesgo preconcepcional estará incluida en la primera consulta prenatal.
   - Serán ofrecidas de forma obligatoria.
   - Todo el personal de salud que labora en el Hospital debe tener conocimiento y los beneficios de dicha hoja de evaluación.
   - El personal de Obstetricia debe estar capacitado en Atención Preconcepcional.

POBLACIÓN OBJETIVO:

Se programa realizar la hoja de evaluación a 150 gestantes desde Marzo a Diciembre 2015 en el Servicio de Obstetricia – Hospital Aplao.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

FINANCIAMIENTO

La implementación de la hoja de evaluación debe ser financiada por el Programa Estratégico de Salud Materno Perinatal de la Red Castilla Condesuyos La unión.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDAD	FECHA
Presentación del proyecto	Febrero 2015
Evaluación de la hoja de riesgo	Febrero 2015
Implementación en el Servicio de Obstetricia	Marzo 2015

MONITOREO Y EVALUACIÓN

Se realizara control de calidad al llenado de las historias perinatales y corroborar el mismo en el SIP 2000.

La evaluación de la hoja de riesgo se hará trimestralmente en Coordinación con las Responsables de la Estrategia del Hospital Aplao.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

EVALUACIÓN DEL RIESGO PRECONCEPCIONAL

1. **Datos Personales:**

   Edad materna: _____ Edad paterna: _____

2. **Características Socio económicas:**

   Nivel de instrucción: ☐ sin educación ☐ Primaria ☐ Secundaria ☐ Superior

   Ocupación: _____

   Hábitos nocivos:

	EN ELLA:	EN LA PAREJA:
	☐ Tabaco ( ) Nº día	☐ Tabaco ( ) Nº día
	☐ Alcohol	☐ Alcohol
	Habitual ( ) social ( )	Habitual ( ) social ( )
	☐ Drogas	☐ Drogas
	☐ Medicamentos	☐ Medicamentos
Estado civil:	☐ Soltera	☐ viuda
	☐ Casada	☐ divorciada
	☐ Separada	☐ conviviente

3. **Salud Mental:** EN ELLA:

   ☐ Transtorno de ánimo ¿Cuál? _____

   ☐ Enfermedad Psiquiátrica ¿Cuál? _____

4. **Antecedentes Patológicos:**

   Personales:

   ☐ Hipertensión Arterial
   ☐ Diabetes
   ☐ Cardiopatías
   ☐ Infertilidad
   ☐ EPI
   ☐ Cirugías pélvica
   ☐ Tuberculosis
   ☐ Hipertiroidismo
   ☐ Nefropatías
   ☐ ITU
   ☐ Abortos recurrentes
   ☐ Otros

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

Familiares:

- ☐ Hipertensión Arterial
- ☐ Diabetes
- ☐ Cardiopatías
- ☐ Infertilidad
- ☐ Embarazos múltiples
- ☐ Tuberculosis
- ☐ Hipertiroidismo
- ☐ Nefropatías
- ☐ Cáncer
- ☐ Otros

5. Examen Físico:

Peso: _____ IMC _____

Talla: _____

6. Antecedentes Ginecológicos:

Menarquia: _____ IRS: _____ Nº C S: _____

Método anticonceptivo:

☐ Hormonal Oral ☐ Inyectables

☐ Del ritmo ☐ De barrera

7. Examen Ginecológico:

PAP: ☐ Negativo ☐ Positivo ☐ No se hizo

Secreción vaginal:

☐ Sin flujo ☐ Candidiasis ☐ Tricomonas ☐ Vaginosis

8. Exámenes de laboratorio:

Hemoglobina: _____ ☐ Anemia ☐ No Anemia Fecha: _____

Grupo Sanguíneo: ☐ O ☐ A ☐ B ☐ AB

Factor RH: ☐ Negativo ☐ Positivo

Glucosa: _____ ☐ Normal ☐ Anormal Fecha: _____

Orina: _____ ☐ Normal ☐ Anormal Fecha: _____

VIH: ☐ Positivo ☐ Negativo

Sífilis: ☐ Positivo ☐ Negativo

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

9. Inmunizaciones:

Rubéola: ☐ Si ☐ No

Hepatitis B: ☐ Si ☐ No

Antitetánica: ☐ Si ☐ No

VALORACIÓN:

Alto riesgo: > = 30 puntos

Mediano riesgo: 1 – 29 puntos

Bajo riesgo: 0 puntos

LEYENDA:

Cada ☐ es considerado 1 punto.

La hoja de evaluación suma 75 puntos.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

EVALUACIÓN DEL RIESGO PRECONCEPCIONAL

1. **Datos Personales:**

   Edad materna: _____ Edad paterna: _____

2. **Características Socio económicas:**

   Nivel de instrucción: ☐ sin educación
   ☐ Primaria
   ☐ Secundaria
   ☐ Superior

   Ocupación: _____

   Hábitos nocivos:

EN ELLA:	EN LA PAREJA:
☐ Tabaco ( ) Nº día	☐ Tabaco ( ) Nº día
☐ Alcohol	☐ Alcohol
Habitual ( ) social ( )	Habitual ( ) social ( )
☐ Drogas	☐ Drogas
☐ Medicamentos	☐ Medicamentos

   Estado civil:
   ☐ Soltera ☐ viuda
   ☐ Casada ☐ divorciada
   ☐ Separada ☐ conviviente

3. **Salud Mental:** EN ELLA:
   ☐ Transtorno de ánimo ¿Cuál? _____
   ☐ Enfermedad Psiquiátrica ¿Cuál? _____

4. **Antecedentes Patológicos:**

   Personales:

☐ Hipertensión Arterial	☐ Tuberculosis
☐ Diabetes	☐ Hipertiroidismo
☐ Cardiopatías	☐ Nefropatías
☐ Infertilidad	☐ ITU
☐ EPI	☐ Abortos recurrentes
☐ Cirugías pélvica	☐ Otros

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

Familiares:

- Hipertensión Arterial
- Diabetes
- Cardiopatías
- Infertilidad
- Embarazos múltiples
- Tuberculosis
- Hipertiroidismo
- Nefropatías
- Cáncer
- Otros

5. Examen Físico:

Peso: _____ IMC _____

Talla: _____

6. Antecedentes Ginecológicos:

Menarquia: _____ IRS: _____ Nº C S: _____

Método anticonceptivo:

- Hormonal Oral
- Inyectables
- Del ritmo
- De barrera

7. Examen Ginecológico:

PAP: Negativo Positivo No se hizo

Secreción vaginal:

Sin flujo Candidiasis Tricomonas Vaginosis

8. Exámenes de laboratorio:

Hemoglobina: _____ Anemia No Anemia Fecha: _____

Grupo Sanguíneo: O A B AB

Factor RH: Negativo Positivo

Glucosa: _____ Normal Anormal Fecha: _____

Orina: _____ Normal Anormal Fecha: _____

VIH: Positivo Negativo

Sífilis: Positivo Negativo

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

9. Inmunizaciones:

Rubéola: Si No

Hepatitis B: Si No

Antitetánica: Si No

VALORACIÓN:

Alto riesgo

Mediano riesgo

LEYENDA:

Igual o más del 50% Alto Riesgo

Menos del 50% Mediano Riesgo

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

BIBLIOGRAFÍA

1. ALMARALES SARMIENTO, Geisy; TAMAYO PEÑA, Dulce; PUPO DAMAS, Henry**.** Factores de riesgos reproductivos preconcepcionales en pacientes del Centro de Salud Soibada en Timor Leste, 2006 - 2007.
2. BAER JS, SAMPSON PD, BARR HM y cols. Year longitudinal analysis of the effects of prenatal alcohol exposure on young adult drinking. Archives general Psychiatry,60: 386 – 391, 2003.
3. CABRERA VÉLEZ,R.La consulta preconcepcional en Atención Primaria. Evaluación de la futura gestante. Vol. 11 – Núm. 4 – Abril 2001. MEDIFAM 2001; 11: 207-215
4. CASINI S, HERTZ M, ANDINA E. Guía de control prenatal y embarazo normal.2002;21(002)
5. DUARTES WAHL, Heidi.Prácticas de autocuidado preconcepcional de mujeres urbanas, que ingresan al control prenatal, en el consultorio urbano victor domingo silva, de la ciudad de coyhaique. enero 2008.
6. PÉREZ ÁGUILA, P. Comportamiento del riesgo preconcepcional en mujeres fértiles ;2009
7. SCHWARCZ, SALA, DUVERGES. Obstetricia. 6ta Edición.BuenosAires.Editorial. El ateneo. 2005.
8. UAUY R, ATALAH E, BARRERA C, BEHNKE E. Alimentación y nutrición durante el embarazo. Departamento de Obstetricia y Ginecología. Facultad Medicina, Universidad de Chile. 2005.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

HEMEROGRAFÍA

9. ABARCA, K. 2003. Infecciones en la mujer embarazada transmisibles al feto. Rev. chil. Infectol. (Chile). v.20 supl.1. (Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-10182003020100007&lng=es&nrm=iso. Consultado el: 31 de Octubre de 2007).
10. CABRERA CAO, Yanet;ORTEGA BLANCO, Myrna; ORBAY ARAÑA, María; SANZ DELGADO, Licett..Riesgo Reproductivo Preconcepcional: Análisis De Su Comportamiento En Tres Consultorios Médicos. Revista Cubana de Medicina General Integral Ciudad de La Habana may.-ago. 2005
11. CORTES, F; E. HERTRAMPF; R. CASTRO; R. UAUY. 2007. Importancia de la nutrición preconcepcional y de los contaminantes químicos y microbiológicos sobre el pronostico reproductivo**.** (Disponible en: http://www.redsalud.gov.cl/archivos/alimentosynutricion/estrategiaintervencion/nutricionpreconcepcional.pdf. Consultado el 2 de Agosto de 2008).
12. DURÁN, GONZÁLEZ. Estudio de educación preconcepcional de mujeres en edad fértil en dos centros de salud. Rev. MEDICINA GENERAL 2002; 43: 252-262. http://www.medicinageneral.org/abril2002/252-262.pdf.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

13. FERNANDEZ, T.; X. JUNCO; I. RODRIGUEZ; A. LOPEZ; M. SUJO. 2004. Conocimiento de la población sobre el riesgo Preconcepcional y cumplimiento del Programa. (Disponible en: http://www.ilustrados.com/buscar.php?search=preconcepcional&type=and . Consultado el 10 de Septiembre de 2007).
14. GÓMEZ GÓMEZ M, clasificación de los niños recién nacidos. Revista mexicana de Pediatria. Vol. 79, Núm. 1 • Enero-Febrero 2012 pp 32-39
15. LAPPER, M.; N. CHALFIN. 2007. Riesgos ambientales y embarazo. March of dimesfoundation. California, EE.UU. (Disponible en:http://www.nacersano.org/centro/9388_10049.asp. Consultado el: 15 de Octubre de2007).
16. LAU LOPEZ, Santiago; RODRIGUEZ CABRERA, Aida; PRIA BARROS, Maria del Carmen. Problemas de salud en gestantes y su importancia para la atención al riesgo reproductivo preconcepcional. Policlínico Docente Universitario "Mario Muñoz Monroy". Enero 2009 – Diciembre 2010.
17. NAZER H, RAMIREZ F, GuiaNeonatologia. 2002
18. PRENDES, M.; W. GUIBERT; I. GONZALES; F. SERRANO. 2001. Revista cubana demedicina general integral. Riesgo preconcepcional en la consulta de planificaciónfamiliar. Rev. Cubana Med. Gen Integr v.17 n.4. Ciudad de La Habana. jul.-ago.
19. QUEVEDO FREITES GILBERTO, VÁZQUEZ ORTIZ MARTA, ZULUETA YATE MORAYMA, FERNÁNDEZ CHARÓN EDDY, RUZ

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

DOMÍNGUEZJOSEFA.Comportamiento del riesgo preconcepcional en el consultorio médico El Turagual de Venezuela. Rev Cubana Med Gen Integr vol.28 no.2 Ciudad de La Habana abr.-jun. 2012

20. RACHED DE PAOLI, HENRIQUEZ, AGUAJE. Efectividad de dos indicadores antropométricos en el diagnóstico nutricional de gestantes eutróficas y desnutridas. Rev. Scielo – ALAN 2001; 51 (4). Caracas – Venezuela.
21. RODRÍGUEZ A, HERNÁNDEZ I. Factores que inciden en la mortalidad fetal tardía. [En línea]. Rev. Cubana Obstet. Gineco. .2004; 30(2): Disponible en: http//cielo.sld.cu.
22. TICONA RENDON, Manuel; HUANCO APAZA, Diana. Factores de riesgo de la mortalidad perinatal en Hospitales del Ministerio de Salud del Perú .Rev Cubana ObstetGinecol vol.37 no.3 Ciudad de la Habana jul.-set. 2011
23. TORIBIO MOREJON, Antonia de Jesús; ESTUPIÑAN HERNANDEZ, Madelin; DOMINGUEZ BOFILL, Sandra. Riesgo Preconcepcional en mujeres del consultorio Nº 1 del Policlínico Carlos Verdugo. 2008
24. VARONA DE LA PEÑA FLORINDA; HECHAVARRÍA RODRÍGUEZ NERYS; ORIVE RODRÍGUEZ NORA.Pesquisa de los riesgos preconcepcional y prenatal Centro Provincial de Genética Médica de Las Tunas, Cuba 2007-2008. Rev Cubana ObstetGinecol v.36 n.4 Ciudad de la Habana oct.-dic. 2010

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

ANEXO I **INSTRUMENTO**

CARACTERÍSTICAS MATERNAS:

Edad: _____ N HCL: _____

Estudios : _____ Estado civil : _____ Ocupación: _____

DIMENSIÓN CLÍNICA:

ANTC. FAMILIARES

Tuberculosis: ____

Diabetes: ____

Infertilidad: ____

Hipertensión arterial: ____

Hipertiroidismo: _____

Epilepsia: _____

Embarazo múltiples: ____

ANTC. PERSONALES:

Tuberculosis: ____

Diabetes: ____

Infertilidad: ____

Hipertensión arterial: ____

Hipertiroidismo: _____

Epilepsia: _____

Abortos recurrentes: ____

Cirugía pélvica: _____

ANTEC. GINECOOBSTETRICOS: G ___ P ___ A ___ V ____ M____

DIMENSIÓN FÍSICA:

Peso: _____ talla: _____ IMC: _____

Consumo de ácido fólico antes de la gestación: SI ____ NO _____

Consumo de:

Alcohol _____ Tabaco _____ Drogas _____

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

DIMENSIÓN BIOQUÍMICA:

Hemoglobina: _____ Grupo y factor RH: _____

Glucosa: _____ VIH: _____ SÍFILIS: _____

Examen Completo de Orina: _____

Toma de Papanicolau: _____

DIMENSIÓN INMUNOLÓGICA:

Recibió vacunas antes del embarazo en prevención de:

Rubéola _____ Hepatitis B _____ Antitetánica _____

Recibió vacunas durante el embarazo en prevención de:

Rubéola _____ Hepatitis B _____ Antitetánica _____

EVALUACIÓN DEL RECIÉN NACIDO:

Sexo: _____ Peso: _____ EG: _____

Apgar: _____

Espina Bífida: SI _____ NO _____

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

ANEXO II UBICACIÓN GEOGRAFICA - HOSPITAL APLAO



Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis