

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÈDICAS**

The seal of the University of San Carlos of Guatemala is a circular emblem. It features a central figure of a knight on horseback, holding a shield and a sword. Above the knight is a crown. The seal is surrounded by Latin text: "CONSPICUA CAROLINA ACADEMIA COACTEMALENSIS INTER CETERA OBIS" at the top and "PLUS ULTRA" on the sides. The seal is rendered in a light blue and yellow color scheme.

**EVALUACIÓN DE RIESGO OBSTÉTRICO EN MUJERES QUE
ACUDIERON A CONTROL PRENATAL.**

Estudio observacional - descriptivo a realizarse con mujeres que acudieron a control prenatal al Centro de Salud de Santa Cruz del Quiché durante el periodo de abril - mayo del 2002.

EDNA LUCRECIA MONROY RAMIREZ

MEDICA Y CIRUJANA

Guatemala, julio de 2002

INDICE

I.	INTRODUCCION	1
II.	DEFINICIÓN Y DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA	2
III.	JUSTIFICACIÓN	3
IV.	OBJETIVOS	4
V.	MARCO TEORICO	5
VI.	MATERIALES Y MÉTODOS	17
VII.	PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS	22
VIII.	CONCLUSIONES	38
IX.	RECOMENDACIONES	40
X.	RESUMEN	41
XI.	BIBLIOGRAFÍA	42
XII.	ANEXOS	45

I. INTRODUCCIÓN

La referencia oportuna de los embarazos de alto riesgo a centros hospitalarios con áreas de atención obstétrica permite reducir los altos índices de mortalidad materno-infantil. Guatemala continúa presentando tasas elevadas de muerte materna (durante el embarazo, parto o puerperio) y muerte perinatal, siendo el Departamento de El Quiché el tercero con la tasa más alta de este indicador según la Encuesta Nacional de Salud Materno-infantil 98-99.

Durante el presente trabajo de investigación, se realizaron 190 entrevistas a pacientes que acudieron a control prenatal al centro de salud de Santa Cruz del Quiché durante los meses de abril y mayo del presente año. Se utilizó una Escala de Medición de Riesgo Obstétrico con el fin de ponderar diversos parámetros que ponen en riesgo la salud materna y así poder clasificar a las pacientes según el tipo de riesgo obstétrico que presentan, refiriendo de manera oportuna a las embarazadas de alto riesgo al Hospital Nacional Santa Elena de Santa Cruz del Quiché para monitoreo materno-fetal y la atención del parto.

Los resultados obtenidos demostraron que el 66% de la población entrevistada presenta Alto Riesgo Obstétrico obteniendo calificaciones de 4 a 10 puntos. Dentro de este 66%, los factores de riesgo que se encontraron con mayor frecuencia fueron: edad (menores de 19 años y mayores de 35 años), multiparidad, nuliparidad, analfabetismo y dificultad en el acceso a los servicios de salud.

Estos resultados evidencian la necesidad de apoyar y promocionar el control prenatal, ya que con éste, se pueden modificar alguno factores de riesgo y realizar la referencia oportuna, para disminuir los riesgos de morbi-mortalidad materno – infantil. Además extender el programa de planificación familiar con la finalidad de que se reduzcan los embarazos no deseados y se prolongue el espacio ínter genésico.

II. DEFINICIÓN Y DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

De los países de Latinoamérica, Guatemala es el país donde se presentan mayor número de muertes por causas prevenibles asociadas a la maternidad. Según la encuesta Materno – Infantil 1998 / 1999 se presentaron 190 muertes maternas por 100,000 nacidos vivos, cifra elevada y que puede ser mayor ya que aún persiste el subregistro, pudiendo llegar hasta 300 muertes por 100,000 nacidos vivos. (6)

El Departamento del Quiché presentó una tasa de mortalidad materna y neonatal muy alta ocupando el tercer lugar de la República. Además una tasa de fecundidad de 54 por 10,000 nacidos vivos y tasa de natalidad de 239 por 10,000 nacidos vivos que también son muy elevados.

La medición de los factores de riesgo que inciden en la morbi-mortalidad materno infantil se puede realizar por medio de tablas ya establecidas para estimar el grado de riesgo obstétrico que las mujeres presentan. La información obtenida durante la anamnesis y el examen físico permite realizar dicha medición, utilizando una Escala de Medición de Riesgo Obstétrico con que ponderan diversos factores que ponen en peligro la vida de la madre y el niño.

Mensualmente el centro de salud de Santa Cruz del Quiché atiende un promedio de 100 madres gestantes que acuden a control prenatal, en los cuales no se efectúa ninguna clasificación del riesgo obstétrico. Aún cuando sabemos que la adecuada captación de embarazos de alto riesgo y su referencia oportuna al centro hospitalario ayudaría a evitar muchas muertes maternas, ésta no se realiza, lo cual incide en la morbi-mortalidad referida.

Esto marcó la necesidad de identificar las embarazadas que presentan algún grado de riesgo obstétrico, haciendo la medición durante su consulta prenatal al centro de salud de Santa Cruz del Quiché durante el

periodo de abril - mayo del 2002, para su adecuada clasificación y referencia oportuna.

III. JUSTIFICACIÓN

Durante el embarazo la mujer puede presentar mayor riesgo de enfermar o morir por complicaciones propias del mismo como hipertensión inducida por el embarazo, aborto, placenta previa e infecciones o por complicaciones post-parto como hemorragia, infección, tromboembolia, etc. situación que se agrava si la madre presenta alguna patología asociada como desnutrición o si tiene un intervalo ínter genésico corto que repercute en la salud del niño produciendo como consecuencia aumento del riesgo peri o neonatal.

Es por esto que desde 1989 el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social ha decidido priorizar la atención de la población materno - infantil con el fin de reducir la tasa de muerte materna y neonatal. (3)

El departamento de Quiché fue el tercer departamento con mayor tasa de muerte materna y neonatal durante el año 2000. La mayoría de las mujeres embarazadas presentaron embarazos a temprana edad, multiparidad, desnutrición, bajo nivel socio- económico y de escolaridad y carencia de conocimientos sobre signos de peligro durante el embarazo como cefalea, hemorragia vaginal, fiebre, etc. (6)

La situación planteada implica la necesidad de profundizar en el conocimiento del problema por medio del control prenatal a nivel comunitario e institucional enfocándose en la medición de riesgo obstétrico para poder ser referidas oportunamente para la atención especializada que la misma requiera.

IV. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Identificar a las pacientes de riesgo obstétrico que acuden a control prenatal al Centro de Salud de Santa Cruz del Quiché durante el periodo de abril - mayo del 2002.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar embarazos con riesgo obstétrico.
- Clasificar a las pacientes con riesgo obstétrico en bajo o alto riesgo.
- Determinar los factores de riesgo más frecuentemente encontrados en la población estudiada.

V. MARCO TEÓRICO

Se estima que anualmente mueren alrededor de 585,000 mujeres en el mundo por causas relacionadas con el embarazo. Esto representa una muerte materna por minuto. De esta cifra el 99% vive en países en vías de desarrollo. Además, se cree que por cada mujer que muere entre 30 y 100 sufren alguna complicación del embarazo, parto o puerperio. (6, 7)

Guatemala sigue presentando altas tasas de muerte materna, según la Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 98/99 (ENSMI 98/99), anualmente fallecen 190 mujeres por 100,000 nacidos vivos cifra que no es real pues sabemos de la existencia de subregistro lo que elevaría la cifra a 300 muertes por 100,000 nacidos vivos. (3, 6, 11)

Medir la mortalidad materna es importante ya que este indicador refleja y constituye una prueba reveladora de la situación de la mujer, de su entorno, de su acceso a los servicios de salud y de la forma en la cual el sistema de salud responde a sus necesidades. (6)

La alta tasa de mortalidad materna puede deberse a la falta de libertad de decisión de la mujer sobre la reproducción, la falta de educación y orientación sexual y la inaccesibilidad a los servicios de salud por factores sociales, culturales, económicos, religiosos y geográficos. Además la falta de políticas económicas, sociales y culturales, encaminadas al desarrollo integral de las mujeres conllevan a que en las áreas rurales de Guatemala el índice de la mortalidad materna sea cada vez mayor. (2, 12)

La mayoría de las muertes maternas son debidas a causas prevenibles. Según la ENSMI 98/99 el 40% de las muertes en mujeres guatemaltecas se debe a hemorragias durante y después del parto; 21 de cada 100 muertes por complicaciones de aborto y 39% por infecciones. (3, 11)

Esta comprobado que 7 de cada 10 muertes maternas son previsibles con adecuados servicios de salud reproductiva, incluyendo la asistencia prenatal y obstétrica, además de la organización de los recursos de la comunidad para responder a las emergencias obstétricas. (10)

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social tiene como meta para el año 2004 reducir la tasa de mortalidad materna a 95 por 100,000 nacimientos y a 3.8 el número de hijos por mujer que actualmente se ubica en 5. (3)

Esta meta se podría lograr al promover la salud de la mujer y la maternidad segura con el fin de una reducción rápida y sustancial de la morbilidad y mortalidad. (13)

El panorama es similar en cuanto a la situación de salud neonatal pues Guatemala ocupa el segundo lugar en mortalidad infantil con una tasa de 45 por 1000 nacidos vivos. (11) Muchas de estas muertes se producen porque la madre no llevó adecuado control prenatal y no buscó ayuda de médico o comadronas adiestradas para la atención del parto. (14, 18)

Por todos los datos anteriores, nos damos cuenta que es de vital importancia la identificación oportuna de embarazos con riesgo para una atención adecuada y que la mujer tenga un embarazo, parto y puerperio normal. (13)

1. Riesgo

Cuando hablamos de *riesgo*, estamos hablando de una medida que refleja la probabilidad de que se produzca un hecho o daño a la salud (enfermedad o muerte). (16)

El riesgo puede medirse de tres formas dependiendo de la relación entre factores de riesgo y daño a la salud. (16)

- a) Riesgo Absoluto: Esta medida expresa el riesgo que ocurra un daño a una población determinada. Esta población específica comprende a quienes tienen factores de riesgo definidos o quienes no lo tienen. Representa una medida de la probabilidad de pasar del estado de salud al de enfermedad o muerte.

- b) Riesgo Relativo: Es la probabilidad de que un daño a la salud se produzca en sujetos que presenten uno más factores de riesgo. Es una medida de fuerza de la asociación entre dicho factor de riesgo y el daño a la salud.

- c) Riesgo Atribuible: Indica lo que puede esperarse que suceda con el daño a la salud en la comunidad si se suprime el factor de riesgo causal.

Factor de riesgo podemos definirlo como una característica o circunstancia presente en una persona o grupo de personas que se sabe asociada con un aumento en la probabilidad de padecer, desarrollar o estar especialmente expuesta a un proceso mórbido. (16)

Los factores de riesgo pueden ser: Biológicos (edad), ambientales (falta de disposición de excretas), de comportamiento (fumar), relacionados con la atención a la salud (baja calidad de atención), socioculturales (nivel educativo bajo) y económicos (ingreso). (16)

Además la interacción de factores de riesgo biológicos, sumados a otros derivados del medio social y ambiental, aumenta el efecto aislado de cada uno de los factores. (16)

2. Riesgo Obstétrico

Se define así a todo embarazo que potencialmente puede condicionar morbi-mortalidad materna y perinatal, durante el transcurso del embarazo, parto o puerperio. (22)

La identificación temprana de estos embarazos de riesgo permite racionalizar la atención perinatal y concentrar los recursos con equidad, a fin de brindar la atención en el nivel de complejidad que el riesgo requiera. (5)

Se considera muerte materna a toda mujer que muera mientras está embarazada o dentro de los 42 días post-parto, por cualquier causa relacionada o agravada por la gestación o su manejo.

Existen dos formas de clasificar la muerte materna, una por causa **directa** y por causa **indirecta**. Las muertes obstétricas por causa directa incluye las muertes que resultan de complicaciones del embarazo, parto o puerperio (toxemia, hemorragia por placenta previa, aborto, etc.). La mortalidad por causa indirecta se relaciona a las muertes que resultan de enfermedades preexistentes o enfermedades que se desarrollan durante el embarazo y no son debidas a causas obstétricas directas pero que son agravadas por el embarazo (hipertensión previa, insuficiencia renal previa). (22)

Las tasas de mortalidad materna (directa e indirecta) se emplean como unidad internacional para medir este daño y poder compararlo entre los distintos países. (9)

Las causas directas más frecuentes de mortalidad materna en Guatemala son: (11)

- Hemorragia y shock hipovolémico 40 %
- Infecciones 17 %
- Toxemia 14 %
- Complicaciones del aborto 21 %

Existe una serie de factores o alteraciones que individualmente o interrelacionadas van a actuar sobre la salud de la madre, el feto y el recién nacido.

Estos factores podemos clasificarlos como:

a) Características de la madre

La *edad* de la mujer gestante es uno de los factores que pueden incidir en la salud materno-fetal. El periodo ideal para la reproducción de la mujer es el comprendido entre los 20 y 34 años de edad, pues fuera de este intervalo aumenta el peligro de morbi-mortalidad materna e infantil. Cuando el embarazo se presenta en mujeres menores de 15 años o en mayores de 39 años, estas tienen cinco veces mas probabilidad de morir en comparación con embarazos de mujeres de 20 a 34 años. (23)

Las complicaciones que más presentan las mujeres menores de 18 años durante el embarazo son: Toxemia del embarazo (preeclampsia-eclampsia), niños prematuros, niños con bajo peso al nacer.

En embarazos de mujeres mayores de 35 años se presentan como complicaciones la toxemia del embarazo, alteración de las contracciones uterinas durante el trabajo de parto e infecciones o adherencias anormales de la placenta, niños con malformaciones, diabetes gestacional. (22)

El *peso* de la madre también influye en el bienestar materno-fetal en cualquiera de los dos extremos obesidad o desnutrición. La obesidad presente durante la gestación trae como consecuencia complicaciones similares a la de la mujer mayor de 35 años. . La desnutrición en muchas mujeres embarazadas aumenta el riesgo de que se produzca nacimientos de niños o niñas con bajo peso, quienes a su vez están propensos a enfermarse repetidamente lo que perpetúa el círculo vicioso de la desnutrición. (15, 23)

b) Antecedentes médicos

Se refiere a toda información sobre la salud de la madre, enfermedades, operaciones, fracturas, etc. Debemos obtener información de la madre sobre enfermedades como **hipertensión arterial**, la cual puede finalizar como preeclampsia, además de producir niños con bajo peso al nacer, muerte fetal intra – útero y desprendimiento prematuro de placenta. (22, 23)

Cualquier **cardiopatía** obliga a considerarlo como factor de riesgo en nuestro medio por la alta incidencia de fiebre reumática. Además estas producen alteraciones en la circulación sanguínea, que se incrementa durante la gestación. (22)

La gestante **diabética** tiene mayor riesgo de presentar abortos espontáneos, malformaciones congénitas, muerte fetal, embarazo post-término, macrosomía fetal, polihidramnios. (23)

La **nefropatía** más frecuentemente encontrada en la mujer embarazada son las infecciones del tracto urinario crónicas que se asocia con un aumento en la frecuencia de trabajo de parto pretérmino y muerte fetal intra – útero. (23)

c) Antecedentes obstétricos

Corresponde a toda la información sobre número de embarazos, complicaciones en embarazos anteriores, procedimientos quirúrgicos obstétricos, etc.

La **multiparidad** y el **intervalo intergenésico corto** provocan alteraciones en el embarazo. Se ha comprobado que la mujer a partir del quinto embarazo tiene el doble de probabilidad de morir que las mujeres que han tenido su tercer embarazo porque se presentan con mayor frecuencia alteraciones de las contracciones uterinas, hemorragias antes y durante el parto, etc. (23)

El ***aborto*** es considerado un factor reproductivo de riesgo por la alta probabilidad de repetirse y por ser una causa de muerte materna debida a hemorragias, en el caso de abortos espontáneos. En el caso de abortos provocados aumenta el riesgo por hemorragia e infección. (1, 22)

La ***muerte perinatal, premadurez y niños con bajo peso al nacer*** también se considera riesgo porque existe mucha probabilidad de repetirse nuevamente y estos aumentan cuando se asocia a otros factores tales como la edad, multigravidez e intervalo intergenésico corto.

El antecedente de ***cesárea previa*** implica riesgo al momento del parto ya que la presencia de cicatrices uterinas anteriores puede asociarse con una mayor frecuencia de ruptura de la cicatriz uterina. Además puede producir placenta previa y lesiones viscerales accidentales. (23)

La ***preeclampsia – eclampsia*** es una causa importante de morbi-mortalidad materna y tiene una elevada probabilidad de volverse a presentar en un embarazo posterior. Es más frecuente en mujeres primigestas jóvenes y es aún más grave en mujeres mayores de 35 años. (20)

d) Condiciones Socioeconómicas

La falta de educación, el inadecuado acceso a los servicios de salud, desnutrición materna, falta de servicios básicos influyen en el embarazo produciendo complicaciones tanto en la madre como en el niño.

El nivel de riesgo materno está determinado por las prácticas relacionadas con el control prenatal, la atención del parto y el seguimiento post-parto. (9)

Debemos recordar que es durante esta época en que la mujer presenta mayor riesgo de morbimortalidad y el riesgo del niño también aumenta durante este periodo el riesgo de muerte perinatal.

Existen muchos indicadores para medir riesgo perinatal, como el peso al nacer, estado neurológico del niño, maduración psiconeurológica en la

primera infancia, etc. Sin embargo, las tasas de mortalidad siguen siendo el instrumento más utilizado. (9)

La mortalidad fetal se divide en tres componentes: *temprana* (desde la concepción hasta la 19 semana de gestación), *intermedia* (comprendida entre la 20 y 27 semana de gestación) y la *tardía* que ocurre después de las 28 semanas de gestación.(22)

También se utiliza las tasas de mortalidad infantil. Esta es la muerte que ocurre en el primer año de vida. Se puede dividir en **mortalidad neonatal** (desde el nacimiento hasta los 27 días de nacido) y **mortalidad posneonatal** (a partir del 28 día de vida hasta el 1er. año). (9)

La mortalidad neonatal se subdivide en mortalidad neonatal precoz (hasta los 7 días) y tardía (de los 7 a 28 días). La suma de la mortalidad fetal tardía y la neonatal precoz constituye la mortalidad perinatal que es un indicador de la eficacia del proceso reproductivo. (9)

3. Control Prenatal

El control prenatal es el conjunto de acciones y procedimientos que se realizan con periodicidad y sistemáticamente con el fin de prevenir, diagnosticar y proporcionar tratamiento a los factores que puedan condicionar morbimortalidad materna y perinatal. (17)

Internacionalmente se toma como control prenatal al haber llevado nueve citas con médico. Esto sería una visita cada mes después de que sabe que esta embarazada y en el último mes una cita cada 10 o 15 días. (6)

Por medio del control prenatal, el personal de salud puede vigilar la evolución del embarazo y preparar a la mujer para el parto y la crianza del niño. Además por medio del control prenatal se hará énfasis en los factores de riesgo de la madre y cuando esto sea posible se le dará algún tipo de solución. (17)

Aproximadamente el 70% de la población obstétrica no tiene factores de riesgo, su control es simple y no requiere de infraestructura de alto costo. (5)

Guatemala presenta una tasa de mortalidad materna alta sobre todo en los departamentos que tienen una gran proporción de su población en áreas rurales o que tienen una alta proporción de población indígena. (11)

La Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 1998/1999 estima que el número promedio de hijos que una mujer tendría durante su vida reproductiva (15-49 años) es de 6.2 en el área rural de Guatemala. (11)

El fin de todo control prenatal se puede resumir en cinco puntos:
(5, 17)

- Identificar factores de riesgo.
- Diagnosticar la edad de gestación.
- Diagnosticar la condición fetal.
- Diagnosticar la condición materna.
- Educar a la madre.

a) Identificar factores de riesgo:

Desde el punto de vista materno, los factores que más se asocian con morbi-mortalidad materna son las hemorragias obstétricas, abortos, las infecciones, el síndrome hipertensivo del embarazo y las enfermedades maternas pregestacionales.

Se han diseñado varias tablas con factores de riesgo a los cuales se les asigna un puntaje, los que sumados indican la necesidad y el tipo de atención requerido por la madre. El puntaje indica el nivel de atención que requiere la madre es decir nivel primario (puesto de salud), nivel secundario (centro de salud) o nivel terciario (hospital).
(17)

PUNTAJE	RIESGO
0 puntos	Ningún riesgo

1 a 2 puntos	Bajo riesgo
3 o más puntos	Alto riesgo

Anexo 1

Estos puntajes pueden ser arbitrarios ya que no muestran la magnitud real del riesgo.

No es aconsejable adoptar instrumentos elaborados en otros países debido a que los factores de riesgo intervienen en forma diferente en los diversos grupos humanos. El instrumento debe ser fiel reflejo de la realidad nacional y local, basado en el estudio de los problemas de salud prioritarios. (22)

b) Diagnóstico de edad gestacional:

Se puede utilizar para determinar o calcular la edad gestacional el tiempo de amenorrea o la fecha de última menstruación o el tamaño uterino. Para que esta información sea confiable se debería iniciar el control prenatal precozmente para que la paciente no olvide estos datos y para que el volumen uterino / edad gestacional sean adecuados, siempre que el examen sea antes del quinto mes. (5)

También puede utilizarse el ultrasonido para determinar la edad gestacional, pero después del quinto mes su efectividad disminuye. El diagnóstico de la edad gestacional se deberá realizar al segundo control prenatal como máximo ya que su desconocimiento constituye un factor de riesgo para la madre y el niño.

c) Diagnóstico de la condición fetal:

Se efectúa al realizar el examen físico de la madre, determinando la situación, posición y presentación del niño por medio de las maniobras de Leopold. Además se evalúa los latidos cardíacos fetales, los movimientos fetales, la altura uterina, determinación ultrasonográfica de peso fetal y volumen del líquido amniótico cuando el medio lo permite. (5)

d) Diagnóstico de la condición materna:

La evaluación de la condición materna se inicia con una anamnesis personal y familiar en busca de patologías médicas que puedan influir negativamente en la gestación. De igual forma se debe recabar antecedentes obstétricos con el fin de identificar embarazos anteriores con alteraciones como bajo peso al nacer, hemorragias vaginales, partos prematuros, abortos, cesáreas, anormalidades en la presentación del niño, etc.

Es importante también obtener información sobre el entorno socio-cultural de la madre, condición social, área geográfica de residencia, lugar de trabajo, hábitos, vicios, o patologías pregestacionales. Además se deberá realizar un examen físico exhaustivo en busca de factores de riesgo que puedan poner en peligro a la madre o el niño. (5, 17)

e) Educación Materna:

El fin de educar a la madre es poder llevar un control prenatal exitoso. Además una mujer embarazada instruida podrá ayudarnos a expandir la información con sus vecinas, amigas, familia, etc. (21)

Se deberá proporcionar información a la madre sobre los signos y síntomas de alarma, nutrición durante el embarazo, lactancia y cuidados del recién nacido, planificación familiar y espaciamiento de embarazos, preparación para el post-parto.

Además se hará ver a la madre la importancia de realizarse diversos exámenes de laboratorio con el fin de tener un embarazo exitoso. Como mínimo se deberá realizar grupo sanguíneo,

urocultivo, hematología, glicemia, VDRL, determinación de VIH, detección de enfermedades del TORCH, Papanicolau. (5, 17)

La frecuencia con que se llevará el control prenatal esta determinada por la presencia o no de factores de riesgo detectados en esta gestación.

En embarazos sin factores de riesgo, la frecuencia de los controles debe racionalizarse en relación a la magnitud de la población obstétrica.

Normalmente el control prenatal se realiza cada cuatro semanas durante el primero y segundo trimestre, durante el tercer trimestre se realizaran cada vez más frecuentes progresivamente hasta que se realicen cada 7 días a partir de la 36 semana de edad gestacional. (5)

VI. MATERIALES Y MÉTODOS

METODOLOGÍA

● **Tipo de estudio:**

Observacional – Descriptivo

● **Sujeto de estudio:**

Toda mujer embarazada que acudió a control prenatal al Centro de Salud de Santa Cruz del Quiché durante el periodo de abril - mayo del 2002.

● **Población de estudio:**

Se realizó la entrevista al total de pacientes que acudieron a control prenatal al Centro de Salud de Santa Cruz del Quiché durante los meses de abril y mayo del 2002, que fueron 190 mujeres.

● **Criterios de Inclusión:**

- Criterios de Inclusión:
 - Mujeres embarazadas al momento de realizar el estudio y que llevaron su control prenatal en el Centro de Salud de Santa Cruz del Quiché durante abril y mayo del 2002.

● Variables

NOMBRE DE VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN
Riesgo Obstétrico	Situación en la cual la madre presenta diversos factores los cuales aumentan el riesgo de enfermar o morir antes o después del parto.	Probabilidad de que los factores de riesgo (problemas socioeconómicos, fisiológicos o culturales) repercutan en la salud materno – fetal medido a través de la Tabla de Puntaje de Riesgo Obstétrico.	Nominal	Sí o No
Factor de Riesgo	Es la característica o atributo biológico, ambiental o social que cuando se encuentra presente se asocia con un aumento de sufrir un daño a la salud.	Factores diversos que pueden afectar la salud de la madre o el producto de la concepción, al representar un riesgo ya sea social, cultural o fisiológico medidos por puntajes establecidos en la Tabla de Puntaje de Riesgo Obstétrico.	Nominal	Sí o No Tipo de factor
Tabla de Puntaje de Riesgo Obstétrico	Conjunto de factores de riesgo tanto sociales, fisiológicos o culturales que pueden encontrarse en pacientes que presenten riesgo obstétrico.	Factores de riesgo presentes en algunas mujeres embarazadas, los cuales reciben un puntaje que va de 1 a 3.	Nominal	Alto Riesgo Bajo Riesgo Ningún riesgo

● **Boleta de Recolección de datos:**

Se utilizó la Tabla de Medición de Riesgo Obstétrico durante el control prenatal la cual presenta diversos parámetros como edad, antecedentes patológicos personales y obstétricos, información del embarazo actual, condición social y sico-social e información sobre el acceso a servicios de salud. Cada uno de los parámetros recibió un puntaje, los cuales fueron sumados para la posterior clasificación. Dependiendo de la puntuación que obtuvo la paciente se clasificó como sigue:

- 0 puntos **ningún riesgo**
- 1-3 puntos **bajo riesgo**
- 4 o más puntos **alto riesgo**.

● **Ejecución de la investigación:**

La presente investigación se realizó en el Centro de Salud de Santa Cruz del Quiché durante los meses de abril y mayo del 2002 en donde se hizo una entrevista a las pacientes que acudieron a su cita de control prenatal de donde se obtuvo información de factores de riesgo personal. Así mismo se recabó información de la ficha clínica de las pacientes. Esta información se utilizó para completar la tabla de Valoración del Riesgo Obstétrico y posteriormente se realizó una sumatoria de todos los factores de riesgo encontrados clasificando a las pacientes en bajo o alto riesgo obstétrico.

A. ASPECTOS ETICOS DE LA INVESTIGACIÓN

La presente investigación fue únicamente de tipo descriptivo, el trabajo de campo se realizó por medio de encuesta sin interferir en ningún momento en la salud de las pacientes. Sin embargo, se explicó a las mismas el tipo de estudio y se les solicitó su participación voluntaria.

B. RECURSOS

1. Materiales Físicos:

- Centro de Salud de Santa Cruz del Quiché.
- Boleta de recolección de datos.
- Ficha clínica de pacientes.
- Biblioteca de la Facultad de Medicina de la Universidad de San Carlos de Guatemala.
- Biblioteca del INCAP.
- Material de oficina.
- Hospedaje
- Transporte

2. Humanos:

- Coordinador de la Unidad de Tesis de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala.
- Médico Revisor
- Médico Asesor
- Personal médico, paramédico, enfermería y administrativo del Centro de Salud de Santa Cruz del Quiché.
- Interprete de la lengua quiché.
- Estudiante de la carrera de Médico y Cirujano.

3. Económicos:

• Fotocopia de boleta de recolección de datos	Q 200.00
• Transporte, estadía	1,100.00
• Material y equipo de escritorio	400.00
• Impresión de tesis	<u>1,000.00</u>
TOTAL	Q 2,700.00

VII.
PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS
DE RESULTADOS

**EVALUACIÓN DE RIESGO OBSTÉTRICO EN MUJERES QUE
ACUDIERON A CONTROL PRENATAL. AL CENTRO DE SALUD DE
SANTA CRUZ DEL QUICHÉ DURANTE LOS MESES DE ABRIL Y MAYO
DEL 2002.**

Tabla No. 1

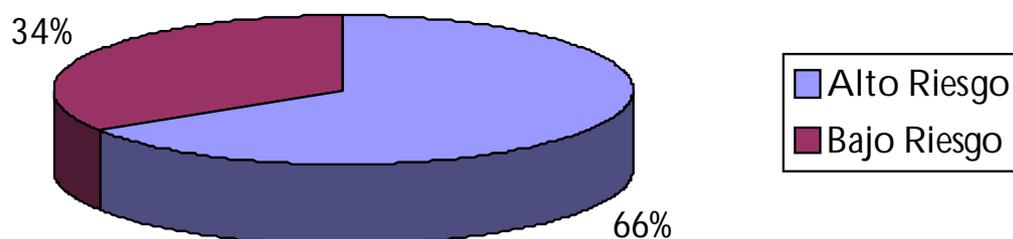
TIPO DE RIESGO OBSTÉTRICO PRESENTADO POR PACIENTES QUE ACUDIERON A CONTROL PRENATAL AL CENTRO DE SALUD DE SANTA CRUZ DEL QUICHÉ DURANTE LOS MESES DE ABRIL Y MAYO DEL 2002.

TIPO DE RIESGO	No. DE PACIENTES	PORCENTAJE
Alto	125	66 %
Bajo	65	34 %
TOTAL	190	100 %

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

Gráfica No. 1

TIPO DE RIESGO OBSTÉTRICO PRESENTADO POR PACIENTES QUE ACUDIERON A CONTROL PRENATAL AL CENTRO DE SALUD DE SANTA CRUZ DEL QUICHÉ DURANTE LOS MESES DE ABRIL Y MAYO DEL 2002.



FUENTE: Boleta de recolección de datos.

Tabla No. 2

FACTORES DE RIESGO ENCONTRADOS CON MÁS FRECUENCIA EN PACIENTES QUE ACUDIERON A CONTROL PRENATAL AL CENTRO DE SALUD DE SANTA CRUZ DEL QUICHÉ DURANTE LOS MESES DE ABRIL Y MAYO DEL 2002.

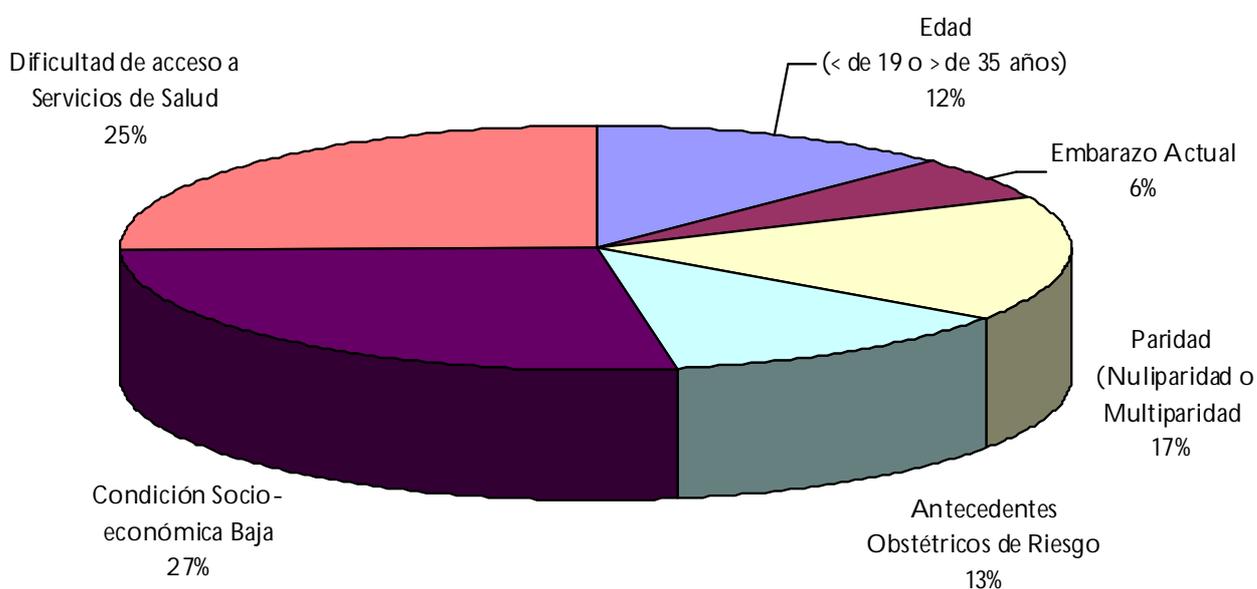
FACTOR DE RIESGO	No. DE PACIENTES	PORCENTAJE
Condición Socioeconómica Baja	205	27 %
Dificultad de Acceso a los Servicios De Salud	187	25 %
Paridad (Multiparidad o Nuliparidad)	124	17 %
Antecedentes Patológicos Obstétricos	93	13 %
Edad (< de 19 o > de 35 años)	92	12 %
Condición de Riesgo en Embarazo Actual	42	6 %
Antecedentes Médicos de Riesgo	0	0 %
Condición Sico-Social	0	0 %

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

NOTA: Basado en 190 entrevistas realizadas. Las pacientes entrevistadas pueden presentar más de un factor de riesgo en algunos parámetros de la presente tabla.

Gráfica No. 2

FACTORES DE RIESGO ENCONTRADOS CON MAYOR FRECUENCIA EN PACIENTES QUE ACUDIERON A CONTROL PRENATAL AL CENTRO DE SALUD DE SANTA CRUZ DEL QUICHÉ DURANTE LOS MESES DE ABRIL Y MAYO DEL 2002.



FUENTE: Boleta de recolección de datos. En base a 190 pacientes por cada factor de riesgo.
NOTA: Las pacientes pueden presentar más de un factor de riesgo por cada parámetro evaluado.

Tabla No. 3

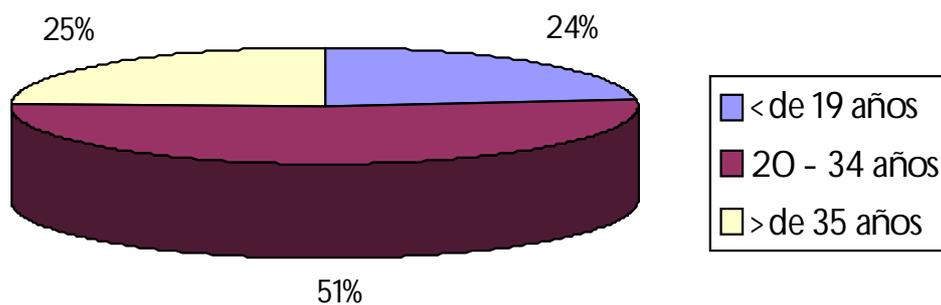
**EDAD DE LAS PACIENTES QUE ACUDIERON A CONTROL
PRENATAL AL CENTRO DE SALUD DE SANTA CRUZ DEL QUICHÉ
DURANTE LOS MESES DE ABRIL Y MAYO DEL 2002**

EDAD	No. DE PACIENTES	PORCENTAJE
20-34 años	98	51 %
> de 35 años	47	25 %
< de 19 años	45	24 %
TOTAL	190	100 %

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

Gráfica No. 3

**EDAD DE LAS PACIENTES QUE ACUDIERON A CONTROL
PRENATAL AL CENTRO DE SALUD DE SANTA CRUZ DEL
QUICHÉ DURANTE LOS MESES DE ABRIL Y MAYO DEL
2002.**



FUENTE: Boleta de recolección de datos.

Tabla No. 4

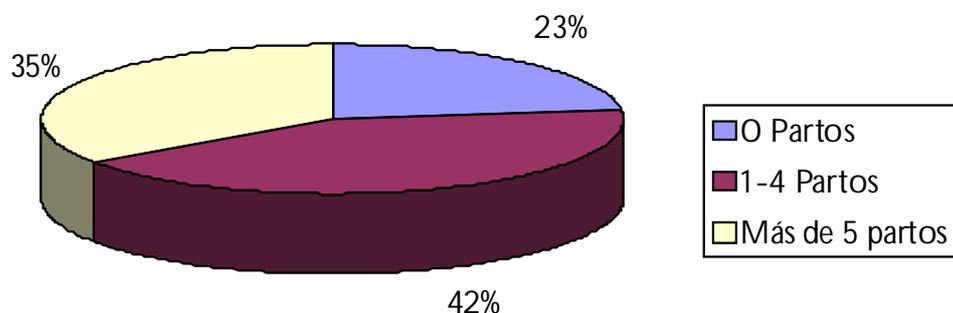
NÚMERO DE PARTOS DE LAS PACIENTES QUE ACUDIERON A CONTROL PRENATAL AL CENTRO DE SALUD DE SANTA CRUZ DEL QUICHÉ DURANTE LOS MESES DE ABRIL Y MAYO DEL 2002.

No. DE PARTOS	No. DE PACIENTES	PORCENTAJE
1-4 partos	66	42 %
Más de 5 partos	80	35 %
0 partos	44	23 %
TOTAL	190	100 %

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

Gráfica No. 4

NÚMERO DE PARTOS DE LAS PACIENTES QUE ACUDIERON A CONTROL PRENATAL AL CENTRO DE SALUD DE SANTA CRUZ DEL QUICHÉ DURANTE LOS MESES DE ABRIL Y MAYO DEL 2002.



FUENTE: Boleta de recolección de datos.

Tabla No. 5

PATOLOGIAS ENCONTRADAS EN EL EMBARAZO ACTUAL DE LAS PACIENTES QUE ACUDIERON A CONTROL PRENATAL AL CENTRO DE SALUD DE SANTA CRUZ DEL QUICHÉ DURANTE LOS MESES DE ABRIL Y MAYO DEL 2002.

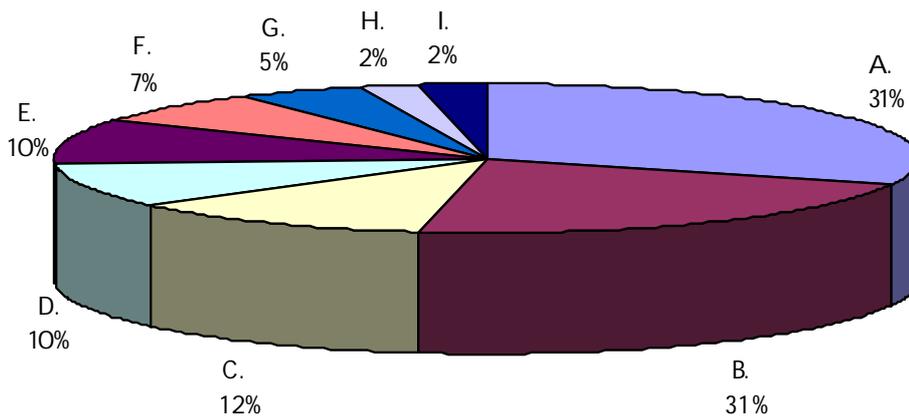
PATOLOGÍA	No. DE PACIENTES	PORCENTAJE
Desnutrición	13	31 %
Disociación Altura Uterina/ Fecha Última Regla	9	21 %
Presentación Anormal	5	12 %
Hipertensión Inducida por el Embarazo	4	10 %
Hemorragia del 1er. Trimestre	4	10 %
Embarazo Múltiple	3	7 %
Polihidramnios	2	5 %
Ruptura Prematura de Membranas	1	2 %
Hemorragia del 2do. Trimestre	1	2 %
TOTAL	42	100 %

FUENTE: Boleta de recolección de datos. Basado en 190 entrevistas realizadas.

NOTA: Basado en 190 entrevistas realizadas. Las pacientes entrevistadas pueden presentar más de un factor de riesgo en la presente tabla.

Gráfico No. 5

PATOLOGIAS PRESENTES EN EL EMBARAZO ACTUAL EN PACIENTES QUE ACUDIERON A CONTROL PRENATAL AL CENTRO DE SALUD DE SANTA CRUZ DEL QUICHÉ DURANTE LOS MESES DE ABRIL Y MAYO DEL 2002.



■ A.	Desnutrición
■ B.	Disociación Altura Uterina/Fecha Última Regla
■ C.	Presentación Anormal
■ D.	Hipertensión inducida por el embarazo
■ E.	Hemorragia del 1er. Trimestre
■ F.	Embarazo Múltiple
■ G.	Polihidramnios
■ H.	Ruptura Prematura de Membranas
■ I.	Hemorragia del 2do. Trimestre

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

Tabla No. 6

**ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS DE RIESGO ENCONTRADOS EN
PACIENTES QUE ACUDIERON AL CENTRO DE SALUD DE SANTA
CRUZ DEL QUICHÉ DURANTE LOS MESES DE ABRIL Y MAYO DEL
2002.**

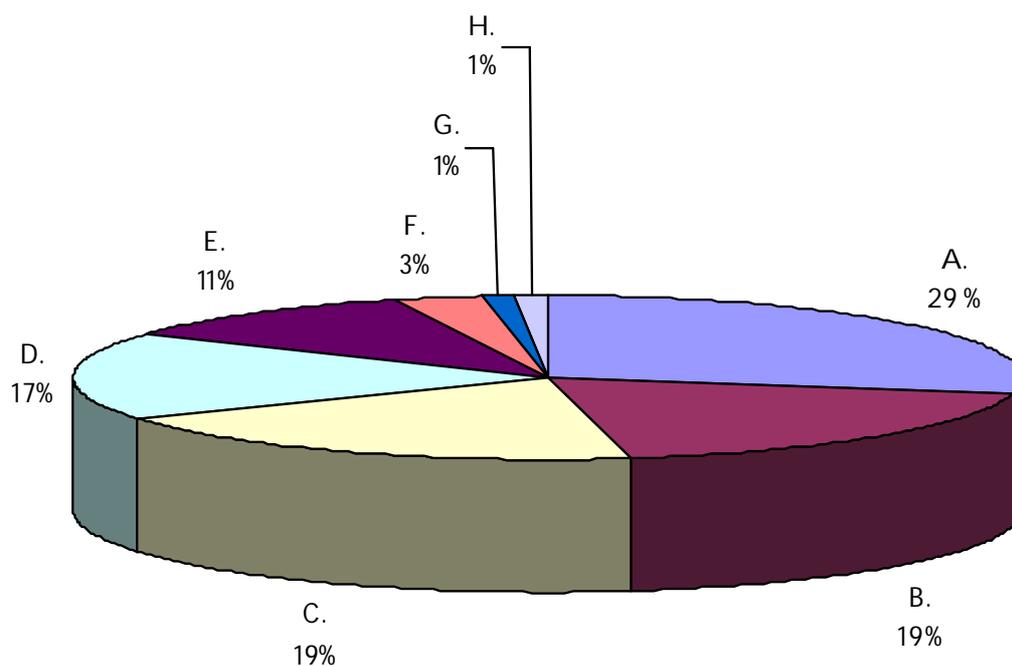
ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS	No. DE PACIENTES	PORCENTAJE
2 o más Abortos	26	29 %
Cesárea Anterior	18	19 %
RN con Peso Menor de 5.8 Lbs.	18	19 %
Mortinato	16	17 %
Parto Prematuro	10	11 %
Macrosomía Fetal	3	3 %
Hipertensión Inducida por el Embarazo	1	1 %
Hemorragia Post-Parto	1	1 %
Historia de Infertilidad	0	0 %
TOTAL	93	100 %

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

NOTA: Basado en 190 entrevistas realizadas. Las pacientes entrevistadas pueden presentar más de un factor de riesgo en la presente tabla.

Gráfico No. 6

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS DE RIESGO EN PACIENTES QUE ACUDIERON A CONTROL PRENATAL AL CENTRO DE SALUD DE SANTA CRUZ DEL QUICHÉ DURANTE LOS MESES DE ABRIL Y MAYO DEL 2002.



■ A. 2 o más Abortos
■ B. RN con peso < de 5.8 lbs.
■ C. Césarea Anterior
■ D. Mortinato
■ E. Parto Prematuro
■ F. Macrosomía Fetal
■ G. Hemorragia Post-Parto
■ H. Hipertensión Inducida por el Embarazo

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

Tabla No. 7

CONDICIÓN SOCIAL DE RIESGO ENCONTRADOS EN PACIENTES QUE ACUDIERON AL CENTRO DE SALUD DE SANTA CRUZ DEL QUICHÉ DURANTE LOS MESES DE ABRIL Y MAYO DEL 2002.

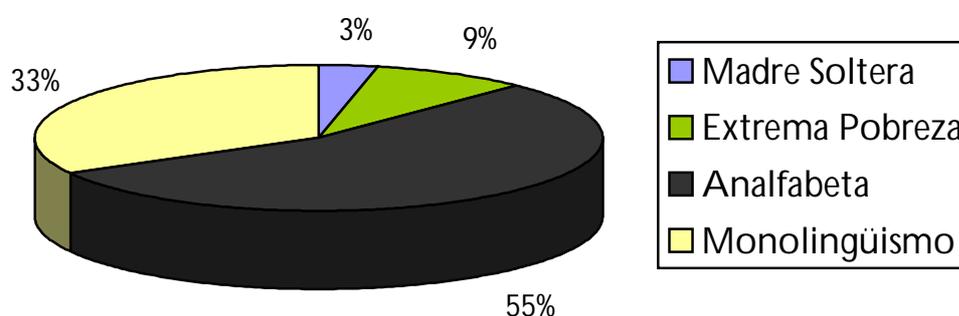
CONDICIÓN SOCIAL	No. DE PACIENTES	PORCENTAJE
Analfabeta	112	55 %
Monolingüismo	68	33 %
Extrema Pobreza	18	9 %
Madre Soltera	7	3 %
TOTAL	205	100 %

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

NOTA: Basado en 190 entrevistas realizadas. Las pacientes entrevistadas pueden presentar más de un factor de riesgo en la presente tabla.

Gráfico No. 7

CONDICIÓN SOCIAL DE RIESGO ENCONTRADOS EN PACIENTES QUE ACUDEN A CONTROL PRENATAL AL CENTRO DE SALUD DE SANTA CRUZ DEL QUICHÉ



FUENTE: Boleta de recolección de datos.

Tabla No. 8

**ACCESO A SERVICIOS DE SALUD DE LAS PACIENTES QUE
ACUDIERON AL CENTRO DE SALUD DE SANTA CRUZ DEL QUICHÉ
DURANTE LOS MESES DE ABRIL Y MAYO DEL 2002.**

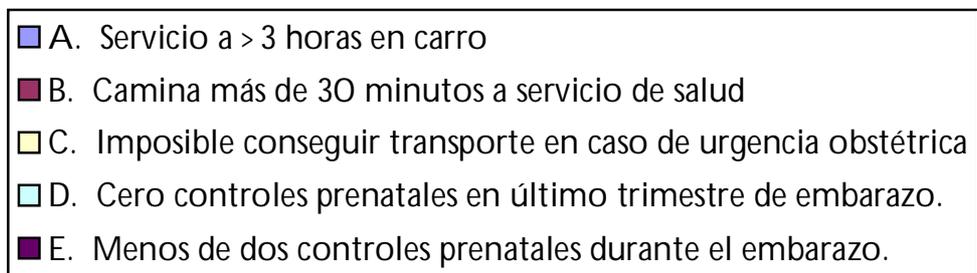
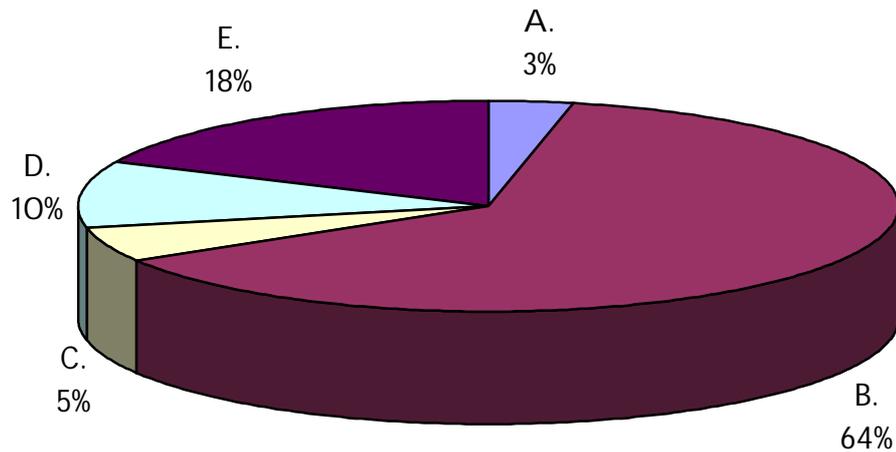
ACCESO A SERVICIOS DE SALUD	No. DE PACIENTES	PORCENTAJE
Camina más de 30 minutos a servicio de salud	118	64 %
Menos de dos controles prenatales en el embarazo	34	18 %
Cero controles prenatales en el último trimestre del embarazo	19	10 %
Imposible conseguir transporte en caso de urgencia obstétrica	10	5 %
Servicio a > 3 horas en carro	6	3 %
TOTAL	187	100 %

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

NOTA: Basado en 190 entrevistas realizadas. Las pacientes entrevistadas pueden presentar más de un factor de riesgo en la presente tabla.

Gráfico No. 8

ACCESO A SERVICIOS DE SALUD DE LAS PACIENTES QUE ACUDIERON A CONTROL PRENATAL AL CENTRO DE SALUD DE SANTA CRUZ DEL QUICHÉ DURANTE LOS MESES DE ABRIL Y MAYO DEL 2002.



FUENTE: Boleta de recolección de datos.

ANÁLISIS DE RESULTADOS

TABLA Y GRÁFICA No. 1:

Los resultados presentados en esta gráfica demuestran que la población embarazada de Quiché sigue siendo población en riesgo de complicaciones o muerte durante el embarazo, parto o puerperio ya que el 66 % de la población entrevistada (125 de 190 pacientes) cursa o cursó con un embarazo de alto riesgo. Debemos recordar que Quiché se presentó como el tercer departamento con mayor tasa de muertes maternas y neonatales durante el año 2000, por lo que se debe de concientizar a la población embarazada para que acuda a controles prenatales periódicos para así disminuir la posibilidad de algún tipo de complicación.

TABLA Y GRÁFICA No. 2:

En esta gráfica vemos que un 27 % de los factores de riesgo fueron debidos a la condición socio-económica (extrema pobreza, monolingüismo y analfabetismo, principalmente) y un 25 % debido a un ineficiente acceso a los servicios de salud. Siendo estos porcentajes más altos en relación con los antecedentes obstétricos, paridad y edad los cuales a pesar de ser un porcentaje menor del 20 % no dejan de tener importancia en el desarrollo del embarazo y parto actual. Además los antecedentes médicos y la condición sico-social no son factores de riesgo presentados en esta población, aunque se debe hacer notar que debido a la falta de conocimiento de las pacientes sobre esta información, estos dos parámetros se ven afectados ya que la mayoría de las pacientes no saben si padecen algún tipo de enfermedad ya que no buscan atención médica.

TABLA Y GRÁFICA No. 3:

El 51 % de la edad de las pacientes se encontró en un rango adecuado para el embarazo quedando un 49 % de la población entrevistada fuera de los límites ideales para la reproducción, pues debemos recordar que cuando

el embarazo se presenta en mujeres menores de 19 años o mayores de 35 años aumenta el peligro de morbi-mortalidad materna e infantil. Sin embargo, es importante recordar que la edad no se puede tomar como el equivalente a una buena condición física para la maternidad, sino que en este entran otros factores como la nutrición, peso y talla ideales, etc.

TABLA Y GRÁFICA No. 4:

En esta gráfica observamos que un 35 % de las mujeres entrevistadas es gran múltipara (más de 5 partos) y un 42 % se encontró dentro de un límite adecuado de paridad (1-4 partos). El 23 % de pacientes era nulípara, lo que podría incluirse como un factor de riesgo debido a la inexperiencia materna y a no poder predecir la respuesta del organismo ante un embarazo.

TABLA Y GRÁFICA No. 5:

Dentro de la patología encontrada un 31 % se debe a la desnutrición, un 21 % a retraso del crecimiento intrauterino y aunque este guarde cierta relación con la desnutrición materna, no pueden desligarse pero tampoco tomarse como uno mismo. Un 12 % de los casos se debió a presentación anormal, factor que no puede ser modificado pero sí disminuir la morbilidad asociada, enviando a las pacientes al hospital nacional para la resolución del parto por cesárea. Existen otros factores de menor frecuencia en esta población como embarazo múltiple, hipertensión inducida por el embarazo, las cuales con una adecuada atención médica durante el resto del embarazo podrán ser controladas.

TABLA Y GRÁFICA No. 6:

El 76 % de los casos con antecedentes obstétricos inadecuados (2 o más abortos 29 %, cesárea anterior 19 %, mortinato 17 % y parto prematuro 11%) incrementan el riesgo obstétrico y están relacionados con el escaso acceso de la población a los servicios de salud, situación que se señala como

uno de los principales factores de riesgo de la población embarazada sobre todo los dos últimos ya que si las pacientes realizaran controles prenatales en todos los embarazos se lograría un mejor monitoreo del crecimiento y bienestar fetal, además se pudieron haber modificado los factores que conllevan a iniciar un parto prematuro. El 19 % de la población ha tenido un recién nacido menor de 5.8 libras que vuelve a mostrar relación con la deficiente alimentación materna y el grado de desnutrición de la misma. (Ver tabla No. 5)

TABLA Y GRÁFICA No. 7:

Dentro de la condición social de riesgo encontramos que el 55 se debe al analfabetismo lo cual provoca que no tengan conocimiento de la importancia de los cuidados prenatales que se deben tener. Además el 33 % lo ocupa el monolingüismo, de donde podríamos inferir que algunas veces no se logrará el éxito en la comunicación médico paciente por la barrera del lenguaje y las pacientes busquen atención de parte de las personas de su propia comunidad que para este caso serían las comadronas.

TABLA Y GRÁFICA No. 8:

En las tablas anteriores pudimos observar que el acceso al servicio médico es un factor determinante ya que por el difícil acceso a los servicios de salud por factores geográficos, culturales y económicos hace que la población no busque atención médica. En esta gráfica podemos observar que uno de los factores que dificultan este acceso es la distancia, ya que un 64 % de la población debe caminar más de 30 minutos al servicio de salud más cercano situación que se traduce en que un 18 % de la población haya tenido menos de dos controles prenatales por personal calificado durante el embarazo y 10 % de la población estudiada haya tenido su primer control prenatal al octavo y noveno mes de embarazo.

VIII. CONCLUSIONES

1. La mayoría de mujeres presentan algún grado de riesgo obstétrico por lo que puede llegar a presentar alguna complicación durante el embarazo, parto o puerperio.
2. La mayoría de factores de riesgo presentados por la población investigada no podrán ser modificados únicamente con la intervención del personal de salud como la extrema pobreza, analfabetismo, monolingüismo, el difícil acceso a servicios de salud, multiparidad ya que son factores que requieren la participación de diversos sectores de la sociedad.
3. El 66 % de la población entrevistada (125 pacientes), presentaron alto riesgo obstétrico debido principalmente a la edad, paridad, poco acceso a los servicios de salud y el perfil socio-económico.
4. La condición socio-económica (madre soltera, extrema pobreza, analfabetismo, monolingüismo) se presentó como el principal factor de riesgo de esta población. La falta de información contribuye a que esta población no tenga conocimiento sobre la importancia del control prenatal, los signos de riesgo durante el embarazo, parto y puerperio, del espaciamiento de embarazos y de la edad adecuada para la maternidad.
5. La dificultad de acceso a los servicios de salud (25 % de los casos) sobre todo por factores geográficos, económicos y culturales incrementa el riesgo presentado en las pacientes ya que es una condición que retrasa o impide acudir al centro o puesto de salud.

6. El 17 y 13 % es de riesgo por la paridad y la edad, situación que no puede desligarse de la condición sico-social de las pacientes. Es de hacer notar que las mujeres en esta población ven con naturalidad los embarazos por arriba de los 35 años e incluso más allá de los 40 años. Otro dato interesante es que de las 190 pacientes entrevistadas, 80 mujeres (35 %) indicaron haber tenido 5 o más partos.

IX. RECOMENDACIONES

1. Informar a la población en general de la importancia del control prenatal, para evitar complicaciones posteriores, realizando campañas de promoción por la radio, por medio del personal de salud, los líderes de las diferentes comunidades, etc.
2. Utilizar la Escala de Medición de Riesgo Obstétrico durante todo control prenatal que se realice tanto en los centros como en los puestos de salud con el fin de poder clasificar los embarazos y referir a las embarazadas de alto riesgo al hospital nacional.
3. Instruir a las comadronas sobre la importancia del control prenatal y enfocarse en que aprendan las señales de peligro en el embarazo para su referencia al hospital. Además solicitar la colaboración de las mismas para que envíen a todas las mujeres embarazadas de su comunidad al servicio de salud para la atención prenatal.
4. Apoyar el programa de planificación familiar con el fin de hacer conciencia a la población de la importancia del espaciamiento adecuado de embarazo, el periodo ideal para la maternidad y de los riesgos de la multiparidad.

X. RESUMEN

Se realizó un estudio observacional descriptivo para evaluar el riesgo obstétrico presentado por las pacientes que acuden a control prenatal al Centro de Salud de Santa Cruz del Quiché, durante los meses de abril y mayo del 2002.

Se tomó como población de estudio a toda mujer embarazada que acudió a su cita durante los mencionados meses obteniéndose al final del estudio un total de 190 pacientes.

Se utilizó la Escala de Medición de Riesgo Obstétrico la cual evalúa diversos parámetros ponderando cada uno de ellos. Dependiendo el puntaje obtenido se puede clasificar los embarazos en **Alto Riesgo**: 4 o más puntos y **Bajo Riesgo** de 0 a 3 puntos.

Se concluye que el 66 % de la población entrevistada se cataloga de embarazo de alto riesgo, por lo que a algunas se les refirió al hospital y al resto se inició monitorización estricta en el centro de salud.

Los factores de riesgo que se presentaron con mayor frecuencia fueron perfil socio-económico bajo con un 27 % y difícil acceso a los servicios de salud con un 25 % por factores geográficos, culturales, religiosos y económicos. La edad de las pacientes y la paridad (12% y 17 % respectivamente) fueron factores encontrados con menos frecuencia pero con bastante significancia ya que el 49 % de la población se encuentra fuera de los límites ideales para la maternidad (menos de 19 años o mayores de 35 años) y el 42 % de la población presentaba multiparidad (más de 5 partos).

Los resultados obtenidos apoyan la necesidad de promocionar el control prenatal y la importancia del mismo dentro de la población en general además de impulsar el programa de planificación familiar como coadyuvante para la disminución de embarazos y el espaciamiento de los mismos.

XI. BIBLIOGRAFÍA

1. Berek, J et al Ginecología de Novak. 12 ed. México: McGraw-Hill, 1997. 1376 p.
2. CIMAC. Incrementa mortalidad materna en mujeres indígenas <http://www.cimac.org.mx/noticias/O1O12311>
3. CIMAC. Reconocen funcionarios la alta mortalidad materna por causas prevenibles. <http://www.cimac.org.mx/noticias/O1O12312>
4. Conde, A. Relación entre salud materna e intervalo entre embarazos. Revista Panamerica de Salud Pública 2000 Dic;8(6): 418-419.
5. Cunningham, R. et al Obstetricia de Williams. 4ed. México: Masson, 1996. 976 p.
6. Engebak, P. et al Mortalidad Materna: Estrategias para disminuir su mortalidad en América Latina y Centro América. Rev.COG 1999 Mayo;9(2): 32-50.
7. Figueroa, R. Iniciativas internacionales para la reducción de la mortalidad materna: muerte materna en América Latina. Rev.COG 1997 Mayo;7(2): 41-44.
8. Frede, D. et al Factores de riesgo asociados a mortalidad perinatal en San Juan Sacatepequez. Rev.COG 1999 Mayo;9(2): 52-57.
9. Guerrero, R. et al Epidemiología. Delaware: Adison, 1986. 217 p.
10. Hernández, R. Planificación familiar solo para mujeres en alto riesgo de morir. <http://www.cimac.org.mx/noticias/99O5O5O9>

11. Hidalgo, E. et al Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 1998-1999. Guatemala:INE, 2000. 130 p.
12. López, M. Seguimiento del programa de Acción de El Cairo en materia de salud reproductiva. <http://www.cimac.org.mx/99050512>.
13. McEvoy, M. et al Investigación operativa para mejorar sistemas de servicios de salud. The population council Inopal I y II 1997, Mayo; 69: 22-24.
14. Moctezuma, S. et al Mortalidad perinatal. Gin. Y Obs de México 2000 Marzo;68: 207-211.
15. Morales, V. et al Factores de riesgo maternos asociados a anencefalia. Gin. Y Obs. De México 2000 Dic;68: 476-479.
16. Organización Mundial de la Salud Gestante con alto riesgo Obstétrico. <http://newweb.who.org>
17. Organización Mundial de la Salud Manual sobre el enfoque de riesgo en la atención materno-infantil. 2ed. Washington: OMS, 1999. 261p.
18. Pebey, A. et al Informe de la Encuesta Guatemalteca de Salud Familiar. Guatemala:INCAP/OPS, 1997. 50p.
19. Pineda, E. et al Metodología de la Investigación. 3ed. Guatemala: OMS, 1997.
20. Romero, J. et al Morbimortalidad materna en Síndrome de Hellp. Gin. Y Obs. De México 2001, Mayo;69: 189-193.

21. Shiber, B. et al Educación y paternidad responsable. Guatemala; CEPAL, 2001. 82 p.
22. Shwartz, R. et al Obstetricia 4ed. España: El Ateneo, 1994. 596 p.
23. Unidad de Planificación Familiar Riesgo Obstétrico Guatemala: MSPAS, 1997. 10 p.

XII. ANEXOS

ESCALA DE VALORACIÓN DEL RIESGO OBST

NOMBRE _____

FECHA _____

PARÁMETROS COLUMNA A	PUNTAJE		PARÁMETROS COLUMNA B
EDAD			PARIDAD
Menor de 19 años	1		0 Partos
Mayor de 35 años	1		Mayor o igual a 5 partos
EMBARAZO ACTUAL			ANTECEDENTES
Hemorragia 1er. Trimestre	1		2 o más abortos
Hemorragia 2°. 3er Trimestre	3		Historia de infertilidad
Anemia Hb. -10 gms.	1		Macrosomía fetal
Embarazo prolongado	1		Parto prematuro
Hipertensión inducida embarazo	2		Rn con peso < de 5.8 lbs
Ruptura prematura de membranas	2		Hemorragia post-parto
Polihidramnios	2		Hipertensión inducida embarazo
Oligohidramnios	3		Cesárea anterior
Bajo crecimiento intrauterino	3		Mortinato
Embarazo Múltiple	3		CONDICIONES MEDICAS
Presentación anormal	3		QUIRURGÍCAS
Isoinmunización Rh	3		Cirugía ginecológica previa
Hipertensión crónica	2		Enfermedad renal crónica
Placenta Previa	3		Diabetes Gestacional
Desnutrición severa	2		Diabetes Mellitus
Trabajo parto prematuro	2		Enfermedades cardíacas
			Enfermedad pulmonar crónica
SUBTOTAL			SUBTOTAL
TOTAL SUMA (A + B + C)			

Bajo riesgo 0 a 3 puntos

Monolingüismo