



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABÍ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE MEDICINA



TRABAJO DE TITULACION

PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
MÉDICO CIRUJANO

TEMA:

“UTILIDAD DE LA TABLA DE COOPLAND EN EL DIAGNÓSTICO
DE EMBARAZOS DE ALTO RIESGO”

AUTORES:

CALDERON MERA MIGUEL ALFREDO

FLORES SANTOS LIDIA CONCEPCIÓN

TUTOR:

DR. GALO PROAÑO ARIAS

REVISOR:

DR. FIDEL MENDOZA MENDOZA

PORTOVIEJO-MANABI-ECUADOR

2017

**“UTILIDAD DE LA TABLA DE COOPLAND EN EL DIAGNÓSTICO
DE EMBARAZOS DE ALTO RIESGO”**

DEDICATORIA

A mis padres que con su apoyo moral y consejos me han dado fuerza para seguir adelante en cada proyecto de mi vida. A todos aquellos que creyeron en mi a lo largo de mi carrera universitaria.

A mi esposa e hija por su confianza, por su amor ustedes son mi principal motivación.

Miguel Calderón Mera

DEDICATORIA

A mi familia que suponen las raíces de mi desarrollo ya que todos y cada uno de ustedes han destinado tiempo para brindarme aportes individuales que servirán a lo largo de mi vida. No podría sentirme más grata con la confianza puesta sobre mi persona especialmente cuando he contado con su apoyo desde que siquiera tengo memoria.

Este nuevo logro es en gran parte gracias a ustedes quisiera dedicar mi tesis a ustedes mi familia y en especial a mis padres que son mi inspiración para superarme cada día.

Lidia Flores Santos

AGRADECIMIENTO

“La raíz de todo bien reposa en la tierra de la gratitud.”— Dalai Lama

Nuestro agradecimiento en primer lugar es dirigida a Dios nuestro señor que con su bendición y protección hemos podido alcanzar con arduo trabajo hemos esta meta tan importante en nuestras vida.

A la Universidad Técnica de Manabí, Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela de Medicina y a mis distinguidos maestros, que con nobleza y entusiasmo, vertieron todo su apostolado en nuestra formación universitaria.

De la misma forma; agradecemos de especial manera a nuestro director de tesis Dr. Galo Proaño y nuestro revisor de Tesis Dr. Fidel Mendoza, quienes con su colaboración, dedicación y paciencia nos ayudaron a la realización de nuestro trabajo de titulación.

Finalmente agradezco a todo el personal que conforma el Hospital General de Jipijapa por su valiosa colaboración.

Los autores

CERTIFICACIÓN DEL REVISOR

DR. GALO PROAÑO ARIAS

TUTOR DE DEL TRABAJO DE TITULACION “UTILIDAD DE LA TABLA DE COOPLAND EN EL DIAGNÓSTICO DE EMBARAZOS DE ALTO RIESGO”

Yo, DR. FIDEL MENDOZA tengo a bien certificar que el presente trabajo de titulación titulado “UTILIDAD DE LA TABLA DE COOPLAND EN EL DIAGNÓSTICO DE EMBARAZOS DE ALTO RIESGO”, ha sido estructurado bajo mi dirección y seguimiento estipulado por el tutor, alcanzado mediante el esfuerzo, dedicación y perseverancia de los autores CALDERON MERA MIGUEL ALFREDO y FLORES SANTOS LIDIA CONCEPCIÓN

Considero que dicho trabajo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la evaluación del jurado examinador del Honorable Consejo Directivo para continuar con el trámite correspondiente de ley.

DR. FIDEL MENDOZA MENDOZA
REVISOR

DR. GALO PROAÑO ARIAS
TUTOR

CERTIFICACIÓN DEL TUTOR

DR. FIDEL MENDOZA MENDOZA

REVISOR DEL TRABAJO DE TITULACION “UTILIDAD DE LA TABLA DE COOPLAND EN EL DIAGNÓSTICO DE EMBARAZOS DE ALTO RIESGO”

Con el fin de dar cumplimiento a las disposiciones legales correspondientes por la Universidad Técnica de Manabí yo, DR. GALO PROAÑO ARIAS, certifico que bajo mi tutoría el presente trabajo de titulación titulado “UTILIDAD DE LA TABLA DE COOPLAND EN EL DIAGNÓSTICO DE EMBARAZOS DE ALTO RIESGO”, se encuentra concluido en su totalidad, y a su vez realizo la petición de su técnica y consciente revisión del trabajo de titulación de los egresados CALDERON MERA MIGUEL ALFREDO y FLORES SANTOS LIDIA CONCEPCIÓN,

El presente trabajo es original de los autores y ha sido realizado bajo mi tutoría y supervisión, habiendo cumplido con los requisitos reglamentarios exigidos para la elaboración de una tesis de grado previo a la obtención del título de MÉDICO CIRUJANO.

Es todo lo que puedo certificar en honor a la verdad.

DR. GALO PROAÑO ARIAS
TUTOR

DR. FIDEL MENDOZA MENDOZA
REVISOR

CERTIFICACIÓN DE AUTORES

CALDERON MERA MIGUEL ALFREDO y **FLORES SANTOS LIDIA CONCEPCIÓN**, egresados de la Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela de Medicina de la Universidad Técnica de Manabí, declaramos que:

El presente Trabajo de titulación titulado: “**UTILIDAD DE LA TABLA DE COOPLAND EN EL DIAGNÓSTICO DE EMBARAZOS DE ALTO RIESGO**”, es de nuestra completa autoría y ha sido realizado bajo absoluta responsabilidad, y con la supervisión del Tutor del Trabajo de titulación, Dr. Galo Proaño y el revisor Dr. Fidel Mendoza realizándose todas las correcciones indicadas por nuestro tutor y revisor

Toda responsabilidad con respecto a las investigaciones con sus respectivos resultados, conclusiones y recomendaciones presentadas en este trabajo de titulación, pertenecen exclusivamente a los autores.

CALDERON MERA MIGUEL ALFREDO

CI: 1314482124

FLORES SANTOS LIDIA CONCEPCIÓN

CI: 131050539-9

CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL DE REVISIÓN Y EVALUACIÓN

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABÍ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE MEDICINA

TEMA:

“UTILIDAD DE LA TABLA DE COOPLAND EN EL DIAGNÓSTICO DE EMBARAZOS DE ALTO RIESGO”,

Sometido a consideración del Tribunal de Revisión y Evaluación designado por el Honorable Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Manabí, como requisito previo a la obtención del título de Médico Cirujano realizado por los egresados, con el cumplimiento de todos los requisitos estipulados en el reglamento general de graduación de la Universidad Técnica de Manabí.

APROBADO:

Dra. Yira Vásquez Giler
DECANA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS
DE LA SALUD

Lcda. Mirian Barreto Rosado Mg.
PRESIDENTA DE LA COMISIÓN DE
TITULACIÓN ESPECIAL DE LA FCS

Ab. Abner Bello Molina
ASESOR JURIDICO

Dr. Galo Proaño.
TUTOR

Dr. Fidel Mendoza
REVISOR

RESUMEN

El presente estudio investigó utilidad de la tabla de Coopland en el diagnóstico de embarazos de alto riesgo.

La investigación es un estudio Descriptivo transversal y prospectivo de tipo cuantitativo. Con una población de 468 utilizando para muestra el 20% es decir 117 pacientes. Durante el periodo establecido se analizaron las historias clínicas y se aplicaron las tablas de Coopland y AIEPI con la finalidad de analizarlos como métodos de diagnósticos para embarazos de riesgo. La tabla de Coopland obtuvo el 38,46 % de los casos de embarazo de alto riesgo mientras que AIEPI solo el 29,05%. Con los datos obtenidos se concluye que la tabla de Coopland tiene una mayor eficacia como método de diagnóstico

PALABRAS CLAVES: Embarazo, Riesgo, Diagnóstico, Coopland

SUMMARY

The present study investigated the usefulness of the Coopland table in the diagnosis of high risk pregnancies.

The research is a descriptive, cross-sectional and prospective study of quantitative type. With a population of 468 using for sample 20% 117 patients. During the established period the clinical histories were analyzed and the Coopland and IMCI tables were applied with the purpose of analyzing them as diagnostic methods for risk pregnancies. The Coopland table obtained 38,46 % of the cases of high risk pregnancies while the AIEPI only 29,05 % With the data obtained it is concluded that the Coopland table has a greater efficacy as a diagnostic method

KEY WORDS: Pregnancy, Risk, Diagnosis, Coopland

CONTENIDO

<i>DEDICATORIA</i>	<i>I</i>
<i>DEDICATORIA</i>	<i>II</i>
<i>AGRADECIMIENTO</i>	<i>III</i>
CERTIFICACIÓN DEL REVISOR	<i>1</i>
CERTIFICACIÓN DEL TUTOR	<i>2</i>
CERTIFICACIÓN DE AUTORES	<i>3</i>
CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL DE REVISIÓN Y EVALUACIÓN	<i>4</i>
<i>RESUMEN</i>	<i>5</i>
<i>SUMARY</i>	<i>6</i>
<i>CAPITULO I</i>	<i>9</i>
<i>INTRODUCCIÓN</i>	<i>9</i>
<i>1.1 CONCEPTUALIZACION DEL TEMA:</i>	<i>9</i>
<i>1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</i>	<i>11</i>
<i>1.3 ANTECEDENTES</i>	<i>13</i>
<i>1.4 JUSTIFICACIÓN</i>	<i>15</i>
<i>1.5 DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA</i>	<i>16</i>
<i>1.6 OBJETIVOS</i>	<i>17</i>
<i>CAPITULO II</i>	<i>18</i>
<i>MARCO TEORICO</i>	<i>18</i>
<i>2.1 PROPOSICIONES TEORICAS GENERALES DEL TEMA INVESTIGADO</i>	<i>18</i>
<i>2.2 TEORIAS ESPECÍFICAS</i>	<i>22</i>
<i>2.3 CONCEPTOS</i>	<i>26</i>
<i>2.5 VARIABLES</i>	<i>26</i>
<i>OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES</i>	<i>28</i>
<i>CAPITULO III</i>	<i>32</i>
<i>DISEÑO METODOLÓGICO</i>	<i>32</i>
<i>3.1 MODALIDAD</i>	<i>32</i>
<i>3.2 TIPO DE INVESTIGACION</i>	<i>32</i>
<i>3.3 PERIODO Y LUGAR DONDE SE DESARROLLA LA INVESTIGACION</i>	<i>32</i>

3.3.1ÁREA DE ESTUDIO.-	32
3.3.2PERIODO DE ESTUDIO	32
3.5 RECOLECCION DE LA INFORMACION	33
3.5.1 FUENTE DE INFORMACION	33
3.5.2 MÉTODOS.....	33
3.5.3 TÉCNICA.....	33
3.5.4 INSTRUMENTOS (VER ANEXO)	34
3.6 RECURSOS.....	34
3.7 PLAN DE RECOLECCION, TABULACION, ANALISIS Y PRESENTACION DE LA INFORMACION	35
3.8 CONSIDERACIONES ETICOS Y LEGALES	35
CAPITULO IV	36
PRESENTACION Y ANALISIS DE LOS RESULTADOS	36
CAPITULO V.....	50
5.1 DISCUSION.....	50
5.2 CONCLUSIONES	52
5.2 RECOMENDACIONES.....	53
ANEXO.....	54
PRESUPUESTO	54
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	55
Bibliografía.....	56

CAPITULO I

INTRODUCCIÓN

1.1 CONCEPTUALIZACION DEL TEMA:

Se conceptualiza al embarazo como el periodo entre que el espermatozoide fecunda al óvulo. Tomándose en cuenta todas las etapas que transcurre durante el desarrollo del feto en el útero, tanto en el aspecto fisiológico, neurológico, metabólico e incluso los cambios morfológicos que sufre la gestante con el fin de proteger el adecuado desarrollo del feto y preparación de lactancia. (Sanabria, 2008)

De igual forma se conoce como control prenatal al cúmulo de procedimientos o acciones periódicos o sistemáticos con el objetivo de prevenir, diagnosticar y tratar a diferentes factores que puedan generar daños tanto materno como fetal. (Pérez Sánchez, A., Donoso Siña, E., 2012)

Por medio de estos controles podemos mantener en continua atención y vigilancia todo el periodo de gestación y permanecer sobre aviso cuando llegue el momento del alumbramiento. Todo esto ayudara a controlar la elevada incidencia de morbilidad perinatal y mortalidad materna. (Pérez Sánchez, A., Donoso Siña, E., 2012)

De igual forma es importante que la atención perinatal que se le brinda a la gestante durante el parto y el puerperio como también al recién nacido este dirigido según las exigencias que se presente como riesgos y nivel de complejidad, aseverando en los pacientes un nivel de riesgo mínimo. (CENTRO ESTATAL DE INFORMACIÓN EN SALUD, 2013)

La normalización de los embarazos de bajo riesgo ayuda a la formulación de estrategias necesarias para los embarazos de alto riesgo. Estas estrategias ayudan a que la mayor parte de los embarazos y partos sean de bajo riesgo, sin embargo su clasificación no permite los minuciosos controles tanto en la etapa pre gravídica, como en el embarazo hasta el parto (CENTRO ESTATAL DE INFORMACIÓN EN SALUD, 2013)

Los factores de riesgo que puedan perjudicar el bienestar tanto materno como fetal en su mayoría se pueden identificar con atención prenatal, gran parte de estos

son prevenibles o transformables con el diagnóstico y tratamiento adecuado y oportuno. (Blanca Hernández Leyva, Juan Antonio Trejo y Pérez, Daniel Luis René Ducoing Díaz, Leopoldo Vázquez Estrada, Patricia Tomé Sandoval, 2011)

Afortunadamente la incidencia de mortalidad materno-fetal en Ecuador ha tenido una notable disminución de 50 por cada 100.000 nacidos, sin embargo esta tasa es 5 a 10 veces más lata comparada a la de países como Canadá o Estados Unidos. Entre los principales factores de riesgos en el embarazo están las hemorragias y la preeclampsia-eclampsia, de igual forma en el parto y puerperio se encuentra sepsis puerperal y abortos. (Blanca Hernández Leyva, Juan Antonio Trejo y Pérez, Daniel Luis René Ducoing Díaz, Leopoldo Vázquez Estrada, Patricia Tomé Sandoval, 2011)

En el Hospital Básico de Jipijapa la demanda de pacientes obstétricas es elevada, y se ha analizado que la tabla de Coopland interviene significativamente en el diagnóstico de embarazos de alto riesgo, motivo por el que surge el interés de realizar una investigación sobre como incide esta escala, para determinar embarazos de alto riesgo, el mismo que tendría la importancia debida por parte de esta casa de Salud y de los investigadores.

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El embarazo de alto riesgo es un problema de salud ya que este tiene una tasa del 20 a 30 % de la totalidad de embarazadas y lo más preocupante es que su incidencia de mortalidad perinatal es del 70 a 80 %. Es por esto que aunque normalmente se conceptualiza al embarazo como un estado fisiológico, Zuspan lo describe como de excepción por los riesgos incluso fatales que le puede producir tanto a la madre como al feto (Dr.Cutié, 2015).

La detección temprana de los factores de riesgo es el punto clave para la prevención de daños materno-fetales, esto se logra con la atención prenatal la cual genera el valor clínico y la adecuada atención de cada embarazo.

La evaluación del riesgo deber ser un proceso eficiente en el cual las variaciones deben mantenerse, disminuir o incrementar según cuáles sean los factores que presente la gestante y las continuas evaluaciones que esta tenga. Existe un sin número de factores de riesgo que una gestante puede presentar algunas con mucha más importancia y efectos negativos sobre el feto que otros.

Para definir un embarazo de alto riesgo se debe englobar no solo a la madre sino también al feto. Es por ello que se conceptualiza un embarazo de riesgo como aquél que establece estadísticamente un riesgo elevado de accidente perinatal ya sea por sus antecedentes patológicos o aquellos que presenten durante la gestación como también por su antecedentes personales o anomalías que se presente en sus condiciones generales permitiendo tomar acciones preventivas y eficaces que mejoren o reviertan el factor de riesgo.

Para la medicina preventiva el valor y la importancia de los factores de riesgo estriban del grado de daño que provoca en la salud, y la prevalencia que tiene en la comunidad y de las estrategias de contingencia que se puedan aplicar. En el Hospital General de Jipijapa existe una gran demanda de pacientes en estado de gestación que presentan diferentes factores de riesgo que pueden dañar su salud y la del feto, siendo necesario la implementación de métodos que ayuden a diagnosticarlo a tiempo y eficazmente.

Frente a esta problemática nos planteamos la siguiente interrogante:

¿Cuál es la utilidad de la tabla de Coopland en el diagnóstico de embarazos de alto riesgo obstétrico?

Subproblemas:

¿Cuáles son los principales factores de riesgo que presentan las pacientes embarazadas incluidas en este estudio?

¿Cuáles son las características demográficas de las embarazadas que presentaron factores de riesgo incluidas en este estudio?

¿Cuál es la relación entre las gestantes clasificadas como alto riesgo por la tabla de Coopland vs AIEPI con los resultados en cuanto a peso y apgar de los recién nacidos hijos de ellas?

1.3 ANTECEDENTES

Estudiar la validez de los sistemas más usados de valoración del riesgo obstétrico en una muestra aleatoria y representativa de las gestantes, en España, Málaga se realizó un estudio transversal de 1.852 embarazos que superaron la semana 28 de gestación y dieron a luz en los hospitales públicos de Andalucía Por medio de las historias clínicas tanto materna como neonatal se logró establecer una confianza, 95% y de precisión, 7,5% que tienen estos sistemas (Aguirre, 2014).

En México se implementó una investigación para determinar cuáles eran las principales causas de embarazos de altos riesgos, este estudio en particular indicó que son: cirugía uterina previa, Atención materna por desproporción presunta o desconocida, aborto no especificado, ruptura prematura de membrana amnióticas, hemorragia precoz del embarazo, partos adolescentes, infección de vías genitourinarias, hipertensión gestacional y productos anormales de la concepción. (Dr. Cortez, 2006)

Así mismo en Chile en un estudio realizado en el año 2013 la mortalidad perinatal fue de 12,8 por 1.000 nacidos vivos y la mortalidad materna de 3,62 por 10.000 nacidos vivos, cifras excelentes para el medio Latinoamericano, pero lejos aún de los países denominados desarrollados, constituyéndose aún en un importante problema de salud pública para el país. (Alvares&Col, 2011)

La importancia de implementar métodos para diagnosticar embarazos de altos riesgos también está en disminuir los casos fatales materno- fetales es así que en Ecuador con el objetivo de caracterizar y analizar las principales causas de riesgo de la morbilidad y mortalidad materna un estudio abarcó Historias Clínicas y registros médicos de defunción obteniendo como resultados un predominio del grupo de edad de 20 a 29 años 67%, baja escolaridad 70%, menos de cinco controles prenatales 41%.La principal causa de morbilidad materna fue la hemorragia postparto con 13 % seguida por el aborto incompleto 4%. Evidenciando como resultado 8 muertes maternas que representa el 5%, en las que predominó el grupo de edad mayor de 30 años con el 38%, las principales causas de muerte materna en este periodo fueron la hemorragia postparto caracterizado por el 38%, seguida por las Infecciones del postparto 37%, y eclampsia 25%.Llama la

atención el 50% de muerte institucional equilibrándose con el 50% de muerte domiciliaria. (Obs. Yupanguí, 2012)

Un estudio realizado en Guatemala sobre la evaluación de la utilización de la tabla de Coopland indicó que después de trabajar con seis instituciones de Salud Pública y de modificar dicha tabla para que sea utilizada por todo el personal por el objetivo de clasificar y diagnosticar correctamente un embarazo de alto riesgo, afirmaron que de 145 casos el 61% coincidieron con el diagnóstico dado por el médico obstetra indicando que es de suma importancia su implementación. (Dr. Velasquez, 2007)

Es notable que diferentes autores indican que la importancia de recurrir a métodos como la implementación de la tabla de Coopland para el diagnóstico de embarazos de altos riesgos es determinante ya que con su intervención oportuna es posible disminuir la incidencia y la gravedad de las principales complicaciones asociadas a los embarazos.

Es por ello que la evidencia basada en los diferentes estudios nos indica sobre la importancia de prevenir o disminuir las muertes materno-fetales mediante un diagnóstico de embarazos de riesgo gracias a la tabla de Coopland, pero a pesar de esto en nuestro país no se han realizado investigaciones acerca de la importancia de la escala de Coopland en el Hospital Básico de Jipijapa.

1.4 JUSTIFICACIÓN

En la atención prenatal se pueden identificar diversos factores de riesgo que puedan afectar la salud materno-fetal; por medio de acciones diagnósticas o terapéuticas y supresión del riesgo en el momento oportuno la gran mayoría pueden ser modificables y hasta prevenibles. (Blanca Hernández Leyva, Juan Antonio Trejo y Pérez, Daniel Luis René Ducoing Díaz, Leopoldo Vázquez Estrada, Patricia Tomé Sandoval, 2011)

El cuidado prenatal debe darse desde los inicios de sospechas del embarazo, esto es algo fundamental que todas las mujeres deben conocer ya que los factores de riesgo pueden aparecer independientemente de la edad de la gestación. (Navas, 2015)

Es por ello que las tácticas del control prenatal están destinadas a la prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno de las enfermedades que ocasionan un sin número de efectos negativos. Según criterios perinatales los principales problemas que se asocian a mortalidad y morbilidad materno fetal hemorragia obstétrica, prematuridad, síndrome hipertensivo del embarazo, la asfixia perinatal, infecciones, malformaciones congénitas y enfermedades maternas pregestacionales. (UC, 2014)

Existen diversos métodos de ayuda para la detección de estos factores estipulando un puntaje que sumado indican el grado de riesgo para el embarazo determinando si es de nivel primario (policlínico general), secundario (policlínico de especialidad) o terciario (intrahospitalario) de atención prenatal. (Alvares&Col, 2011)

Por lo tanto es de gran importancia investigar la utilidad de la tabla de Coopland como alternativa diagnóstica en embarazos de riesgo en las pacientes gestantes y su incidencia en la disminución complicaciones materno-fetales. Razón por la cual se justifica la ejecución de este trabajo investigativo en el Hospital de Jipijapa, el mismo que es factible por que se cuenta con la cantidad adecuada de las pacientes para el estudio

1.5 DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

Área tema de investigación: Salud Pública

Población: Pacientes atendidas en la consulta externa del área de Gineco - Obstetricia

Lugar: Hospital Básico Jipijapa

Tiempo: Enero a Marzo 2017

1.6 OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar la utilidad de la tabla de Coopland en el diagnóstico de embarazos de alto riesgo obstétrico en el Hospital Básico de Jipijapa, Enero - Marzo 2017.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

Determinar los principales factores de riesgo que presentaron las pacientes embarazadas

Identificar las características demográficas de las embarazadas que presentaron factores de riesgo obstétrico incluidas en este estudio

Establecer la relación entre las gestantes clasificadas como alto riesgo por la tabla de Coopland vs. AIEPI con los resultados en cuanto a peso y apgar de los recién nacidos hijos de ellas

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1 PROPOSICIONES TEORICAS GENERALES DEL TEMA INVESTIGADO

Para conceptualizar el control prenatal se puede indicar que es el grupo de acciones clínicas, paraclínicas y también educativas hacia la gestante que se realizan durante los chequeos programados de forma periódica y continua cuya finalidad para el equipo de salud mantener sanos a la madre y a al hijo. (Antúnez, 2013)

Para determinar en qué condición se encuentra el embarazo se realiza una serie de preguntas y exámenes en busca de patologías tanto personales como familiares, para saber si pueden afectar el desarrollo del embarazo y el bienestar materno-fetal

Existen diversos factores que pueden generar riesgo en el embarazo tanto patológicos, demográficos, psicosociales e incluso ambientales pero dentro de los principales están los siguientes:

Diabetes. Esto se da cuando la glucosa en sangre es mayor de 110 mg/dl.

Es fundamental que las mujeres que padecen diabetes realicen una planificación para concebir y los controles necesarios para que su hemoglobina Glicosilada pregestacional se mantenga en <6%. Las embarazadas diabéticas poseen un riesgo de 2-3% más elevado de desarrollar complicaciones que pueden acabar en malformaciones congénitas, aborto espontáneo, parto prematuro y preeclampsia. Aunque la diabetes no está comprobada como factor de estas anomalías lo que si diversos estudios ha demostrado es que su correcto control tanto en el periodo preconcepcional y organogénesis baja significativamente los riesgos ya mencionados. En cuanto al tratamiento es controversial el uso de hipoglucemiantes orales por lo que si el caso lo amerita se recomienda reemplazarlos por insulina. (Donoso & Oyarzún, 2012)

De igual manera siempre es recomendable evaluar antes de la gestación la función renal, presión arterial e incluso si tiene la posibilidad de desarrollar neuropatía o retinopatía o deben ser evaluadas antes de la concepción. (Donoso & Oyarzún, 2012)

Diabetes Gestacional. Este tipo de diabetes se da durante el embarazo que por lo general es diagnosticada en el último trimestre del embarazo, si se desarrolla en una etapa más temprana es posible que la diabetes sea Preconcepcional. La glucosa en el cuerpo es utilizada para producir energía pero cuando esta elevada es perjudicial para la madre y el feto. (Metzger, 2013)

Hipertensión gestacional. Esta se da cuando la presión arterial se altera solo durante el embarazo por lo general pasada las 20 semanas y vuelve a la normalidad después del parto, esta condición es una de la que más consecuencia tiene en la gestación ya que se puede tornar a un estado más grave desarrollando preeclampsia produciendo desprendimiento de placenta, RN con bajo peso o nacimiento prematuro. (Noriega, 2015)

Infecciones genitourinaria. Por lo general los cambios fisiológicos y anatómicos que sufren las embarazadas las vuelven más vulnerables para sufrir este tipo de dolencias, es por ello que es una de las frecuentes entre las gestantes. Esta se puede en cualquier etapa del embarazo y con más frecuencia en aquellas que ya han tenido este tipo de infecciones con anterioridad o ha tenido embarazos seguidos en un corto tiempo, en primerizas o en mujeres > 35. (Aguirre, 2014)

Pérdida de sangre. Esta se caracteriza por un leve sangrado muy parecido al comienzo o final de la menstruación. Mostrándose en la ropa interior como manchas pequeñas de color rojo, rosa o hasta marrón, color que se da cuando la sangre esta seca. (Bethesda, 2014)

Hemorragia. Es propio distinguir entre pérdida de sangre y hemorragia ya que este es un sangrado más intenso y peligroso, se puede dar por diversos factores incluso alguno no relacionados al embarazo tales como infecciones vaginales como vaginosis bacteriana y candidiasis, como también las de trasmisión sexual como gonorrea, herpes, clamidia y tricomoniasis, estas infecciones ocasiona irritación e inflamación en el

cuello uterino provocando sangrado sobre todo después de tener relaciones sexuales. (Bethesda, 2014)

Hepatitis B. En una gestante se diagnostica esta condición por medio de manifestaciones clínicas, factores de riesgo como promiscuidad o consumo de drogas lo cual por si solo es una factor que perjudica al feto y sobre todo por parámetros serológicos de anticuerpos HBeAg reactivos en el suero maternos, si los resultados de laboratorios son no reactivos es aconsejable que se aplique la respectiva vacuna la cual no traerá efectos negativos en el feto. (Valdés, Sepúlveda, Candia, & Lattes, 2010).

Toxoplasma. Esta infección vectorial es ocasionada por el parasito toxoplasma gondii transmitida al humano por medio de animales felinos como el gato, si bien la toxoplasmosis cuando la persona tiene un sistema inmunológico saludable se considera un factor de riesgo leve, sin embargo durante el embarazo esta infección puede ocasionar daños graves en el feto e incluso aborto espontáneo (Cruz, 2017)

VIH.El sistema inmunológico débil de las mejores VIH positivas puede ocasionar complicaciones y contagio del virus al bebe en el embarazo, nacimiento o lactancia. Cuando no se revise tratamiento adecuado el porcentaje de que él bebe se infecte sube un 25 %. Por ellos es recomendable consumir los medicamentos adecuados, estar alerta de tu carga viral y evitar el parto normal y la lactancia. (Infante, 2014)

Es por estos y otros factores que siempre es necesario analizar los siguientes aspectos en una gestante:

Antecedentes obstétricos previos,

RN de bajo peso,

Mortalidad perinatal

Macrosomía

Malformaciones congénitas, etc. (Antúnez, 2013)

Así como también otros aspectos tales como el nivel de educación y actividad laboral ya que si la carga profesional es muy pesada o puede entrar en contacto con agentes tóxicos podría ocasionar un embarazo de riesgo. (Alvares&Col, 2011)

A continuación se presentan algunos factores que afectan su capacidad para trabajar.

Levantar objetos pesados. En una mujer en estado de gestación solo se aconseja levantar pesos menos de 20 libras (9 kg) ya que si levanta objetos más pesados y de forma repetitiva podrá afectar el embarazo. (Burd, 2016)

Exposición a peligros en el trabajo. Existen sustancias toxicas que afectan la salud del feto tales como:

Tintes para el cabello, Medicamentos quimioterapéuticos,

Plomo

Medicamentos quimioterapéuticos

Radiación ionizante (Burd, 2016)

Estrés. El estrés en una condición que en l actualidad afecta a la mayoría de la población mundial pero este puede afectar la salud de feto y en su sistema inmunológico. (Burd, 2016)

Para diagnosticar enfermedades asintomáticas es necesario realizar examen físico en el cual se toma en cuenta todos los factores que podría ocasionar un embarazo de riesgo. Este examen debe incluir los siguientes aspectos:

Ginecológico. En este examen se realiza un evaluación perineal y vulvovaginal para suprimir posibilidades que tenga hemorroides, parásitos externos pubianos y anales, condilomas, vulvovaginitis, entre otros (Alvares&Col, 2011)

Nutricional. Según índice peso/talla ya que tanto la desnutrición u obesidad afecta el desarrollo normal de feto. (Alvares&Col, 2011)

Es importante capacitar a la gestante sobre los diferentes flujos para que sea capaz de identificarlo ya que el flujo genital hemático para que ya que en las primeras 20 semanas este se puede dar por embarazos ectópico, abortos y enfermedad trofoblasto, y en el segundo periodo de gestación puede deberse a desprendimiento placentaria o placenta previa, y el flujo genital blanco se podría dar por rotura prematura de membrana, escape urinario y leucorrea. (CENTRO ESTATAL DE INFORMACIÓN EN SALUD, 2013)

La gestante siempre debe conocer cuantas semanas de embarazo y su posible fecha de parto. La embarazadas y su familia comúnmente se preocupa cuando llegada las 40 semanas de gestación no se percibe señales de parto, por ello es preferible que los médicos siempre eduquen a sus pacientes indicándole que este se puede dar entre las 39 a 41 semanas. (Blanca Hernández Leyva, Juan Antonio Trejo y Pérez, Daniel Luis René Ducoing Díaz, Leopoldo Vázquez Estrada, Patricia Tomé Sandoval, 2011)

De igual forma es importante que sea capaz de reconocer cuando el parto comienza y la señales de aviso para evitar complicaciones como la contractilidad uterina de pre-término. Siempre la gestante debe acudir al médico en presencia de cualquier anomalía incluso en cuadros de fiebre, vómitos, diarrea, dolor abdominal, entre otras. (Blanca Hernández Leyva, Juan Antonio Trejo y Pérez, Daniel Luis René Ducoing Díaz, Leopoldo Vázquez Estrada, Patricia Tomé Sandoval, 2011)

2.2 TEORIAS ESPECÍFICAS

Para la medicina preventiva el control del embarazo tiene una importancia relevante ya que para evitar los accidentes perinatales es necesario poder diagnosticarlos con tiempo e implementar las medidas necesarias para mejorarlos o revertirlos. Es imprescindible recopilar información que ayude a detectar los signos de alerta ante patologías que compliquen los embarazos este control debe ser juicioso y con regularidad. (Dra. V. Herrear, Dr. J. Oliva, Dr. F. Domínguez, 2015)

La escala de Coopland es un método de ayuda para detectar embarazos de riesgo de manera fácil y eficaz, fue Fernando Arias quien por su aplicación y sencillez la destacó, se utilizó ampliamente en Manitoba, Canadá en 1984, llamándose algunas veces Sistema Manitoba de Riesgo y usada por Morrison y Olsen en Inglaterra en 1987, donde demostraron su aplicabilidad que se puede dar para diagnosticar embarazos de ARO. (Velásquez, 2011)

Esta tabla fue creada con el objetivo de dar un enfoque de riesgo ya que esta era una forma más fácil de diferenciar los embarazos que requerían de mayor control, haciendo que la gestante reciba la atención médica adecuada según su grado de riesgo, haciendo así que se estableciera los siguientes parámetros numéricos: (Velásquez, 2011)

Normal: 0- 3 puntos

Riesgo Bajo: 4-7 puntos

Riesgo medio: 8- 10 puntos

Riesgo Alto: > 11 puntos

De ahí que la utilidad de esta tabla se ha venido estudiando desde los años de 1995 y 1998 en instituciones como el Hospital Nacional de Antigua Guatemala, estableciendo modificaciones en la escala numérica para un mejor resultado quedando de la siguiente manera:

Riesgo Bajo: 0-2 puntos

Riesgo medio: 3-6 puntos

Riesgo Alto: >7 puntos

El embarazo de bajo riesgo se lo caracteriza como el proceso de gestación que tiene un riesgo exiguo de que la madre o el feto sufran de alguna enfermedad o condición que perjudique su salud durante el embarazo, parto o puerperio. (Dr. Guerrero & Dr Olmedo, 2013)

Así mismo el embarazo de riesgo medio ya es un estado de gestación un poco más complejo que el antiguo ya que conlleva factores de riesgo que pueden provocar un grado mayor de probabilidad de complicaciones o muerte materno-fetal durante o después de embarazo. (Antúnez, 2013)

El embarazo de riesgo alto es aquel que como su nombre lo indica implica tanto para la madre como para el feto un riesgo significativo y elevado estadísticamente de desarrollar enfermedades o de morir, debido a sus características tanto por sus antecedentes, condiciones generales o anomalías que presenta la gestación y que se podrían extender al parto y al puerperio. (Dr.Cutié, 2015)

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

Historia reproductiva: La mejor forma de conocer la historia reproductiva de una mujer es realizarle de manera profesional las preguntas necesarias para determinar si sus condiciones representan un riesgo en el embarazo. Aquí incluyen factores de riesgo como:

Edad

Paridad

Infertilidad

Peso de recién nacidos anteriores

Toxemia

Cesárea previa

Abortos

Mortalidad neonatal

Trabajo de parto prolongado. (Velásquez, 2011)

Condiciones asociadas: existentes ciertas enfermedades o condiciones que si una gestante las posee crea en su embarazo condiciones negativas. En esta clasificación encontramos las siguientes:

Abarca cirugía ginecológica previa

Enfermedad renal crónica

Diabetes mellitus

Padecimientos cardiacos

Otros desórdenes médicos. (Velásquez, 2011)

Embarazo actual: en este se observa condiciones que presenta la madre durante su presente gestación tomando en cuenta aquellos que podrían afectarla tanto a ella como a su hijo. Aquí tenemos los siguientes parámetros:

Sangrado vaginal antes y después de las 20 semanas

Anemia

Embarazo prolongado

Hipertensión

Ruptura prematura de membranas ovulares

Polihidramnios

Pequeño para edad gestacional

Presentación anómala

Embarazo múltiple

Izoimmunización. (Velásquez, 2011)

Es conveniente indicar que la escala de Coopland es fácilmente modificable según las necesidades que posean los pacientes para una mejor aplicación, ya que su medición se enfoca sobretodo en tomar acciones preventivas a tiempo y de una manera eficaz para cada nivel de riesgo que presente la gestante y disminuir la probabilidad de complicaciones o muertes materno-fetal.

2.3 CONCEPTOS

Embarazo de riesgo. Es aquel que puede presentar factores que perjudiquen la salud tanto de la madre como del feto.

Período neonatal. Se establece entre el nacimiento y los primeros 28 días de vida.

Muertes neonatales son las muertes que se dan entre los 28 días después del nacimiento, están se dividen en muertes neonatales precoces que se dan en la primera semana de vida y muertes neonatales tardías que se da entre los días 7 a 28.

Defunción materna. Es la muerte de la gestante durante el embarazo parto, posparto inclusive dentro de los 45 días del puerperio debido a causas relacionadas al embarazo o agravadas por este.

2.5 VARIABLES

Variable independiente

Tabla de Coopland

Variable Dependiente

Embarazo de Riesgo

OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

VARIABLE 1 : TABLA DE COOPLAND

CONCEPTUALIZACION	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA						
<p>La tabla de Coopland es un método para identificar oportunamente embarazos de riesgo El autor señala 2 puntos de corte que nos definen el bajo riesgo (0-2), riesgo alto (3-6) y extremo riesgo (>=7).</p>	<i>Historia Reproductiva</i>	Edad	<table> <tr> <td><16 años</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>16-35 años</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>>35 años</td> <td>2</td> </tr> </table>	<16 años	1	16-35 años	0	>35 años	2
		<16 años	1						
		16-35 años	0						
		>35 años	2						
Paridad	<table> <tr> <td>0</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>1-4</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>>4</td> <td>2</td> </tr> </table>	0	1	1-4	0	>4	2		
0	1								
1-4	0								
>4	2								
Cesáreas previas	1								
Preeclampsia o hipertensión en embarazos anteriores	1								

Abortos recurrentes o		1
Infertilidad		1
<hr/>		
Hemorragia Postparto o		
remoción de placenta		1
anteriores		
<hr/>		
Peso del RN en partos	RN >4000g	1
anteriores	RN <2500g	1
<hr/>		
Mortalidad fetal tardía o		
neonatal temprana en		1
embarazos anteriores		
<hr/>		
Trabajos de partos anteriores		1
anormal o dificultosos		
<hr/>		
Cirugía ginecológica previa		1

<i>Embarazo Actual</i>	Enfermedad renal Crónica	2
	Diabetes gestacional	2
	Diabetes preconcepcional	3
	Hemorragia	<20 semanas 1 >20 semanas 2
	Anemia	Hb <10 g/l 1
	Embarazo Prolongado	>42 semanas 1
	Hipertensión Arterial	2
	POLIHIDRANMIOS	2
	Embarazo Múltiple	3
	Presentación de frente o Transversa	3
	RH Izoinmunización	3

Variable2: Embarazo de Riesgo

Conceptualización	Dimensión	Indicador	Escala
Embarazo de riesgo es aquél en el que la probabilidad de enfermedad o muerte del hijo y de la madre antes del parto es mayor a la habitual.	Clasificación de riesgo	Embarazo de bajo riesgo obstétrico	0-2
		Embarazo de alto riesgo obstétrico	3-6
		Embarazo de máximo riesgo obstétrico	Más de 7

CAPITULO III

DISEÑO METODOLÓGICO

3.1 MODALIDAD

Tipo cuantitativo

3.2 TIPO DE INVESTIGACION

Descriptivo, prospectivo ya que se obtuvieron al momento de la entrevista con la paciente en la medida que se presentan los casos

3.3 PERIODO Y LUGAR DONDE SE DESARROLLA LA INVESTIGACION

3.3.1ÁREA DE ESTUDIO.- Área Gineco- Obstetricia consulta externa del Hospital Básico de Jipijapa.

3.3.2PERIODO DE ESTUDIO. Enero a Marzo 2017

3.4 POBLACION Y MUESTRA DE LA INVESTIGACION.

3.4.1 POBLACION

La población del estudio cuenta con la totalidad de mujeres embarazadas atendidas en el Hospital general de Jipijapa durante el periodo de estudio la cual está conformada por 468 pacientes.

3.4.2 MUESTRA

La muestra de estudio se obtuvo de forma aleatoria conformada por 117 pacientes es decir el 20% de la población total.

CRITERIOS DE INCLUSION:

- Mujeres embarazadas atendidas en consulta externa del area de Gineco – Obstetricia

CRITERIOS DE EXCLUSION:

- Pacientes no embarazadas atendidas en el area de Gineco – Obstetricia
- Pacientes embarazadas con datos incompletos
- Embarazadas que se negaron a participar

3.5 RECOLECCION DE LA INFORMACION

3.5.1 FUENTE DE INFORMACION

La fuente de informacion es de tipo secundaria, basándose en la historia clinica. Se obtuvo ademas información gracias a la autorización del consejo directivo y del área administrativa

3.5.2 MÉTODOS

Se empleó análisis directo de historia clínicas, Tabla de Coopland y Modelo AIEPI de pacientes que conforman la muestra de estudio.

3.5.3 TÉCNICA

Se utilizaron las siguientes técnicas teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión en cada una de ellas:

Historias clínicas: Se revisará exámenes de laboratorio e historias clínicas de los pacientes

Tabla de Coopland: Se aplicara a las embarazadas atendidas en la consulta externa del área de Gineco-obstetricia un modelo de la tabla de Coopland

Modelo AIEPI: Se revisara los datos obtenidos en el modelo AIEPI del ministerio de salud pública aplicado a cada embarazada atendida en la consulta externa del área de Gineco-obstetricia

3.5.4 INSTRUMENTOS (VER ANEXO)

Para el desarrollo de la presente investigación se realizó ficha de recolección de datos, Tabla de Coopland y Modelo AIEPI

3.6 RECURSOS

3.6.1 RECURSOS INSTITUCIONALES

- Departamento de estadística del Hospital Básico Jipijapa
- Área de Ginecología del Hospital Básico Jipijapa

3.6.2 RECURSOS MATERIALES

- Historias clínicas.
- Equipos de Oficina.
- Guías de práctica clínica
- Conexión a Internet.
- Tabla de Coopland

3.6.3 RECURSOS ECONÓMICOS

La investigación y su desarrollo tienen un costo aproximado de 1700 dólares (mil setecientos dólares) que son cubiertos en su totalidad por los investigadores.

3.7 PLAN DE RECOLECCION, TABULACION, ANALISIS Y PRESENTACION DE LA INFORMACION.

Se recolectaron los datos de forma manual, los mismo que fueron tabulados con el programa Microsoft Excel 2010 para lo cual se elaboró una base de datos. En el análisis de la información se utilizó medidas estadísticas descriptivas tales como frecuencia.

3.8 CONSIDERACIONES ETICOS Y LEGALES

Toda investigación con seres humanos debe realizarse de acuerdo con cuatro principios éticos básicos: el respeto a las personas y su autonomía, la beneficencia, la no maleficiencia y la justicia, se deberá procurar el máximo beneficio comunicando y publicando los resultados del estudio, reducir el daño al mínimo respetando las distintas culturas y costumbres sociales y sobre todo la Confidencialidad que es la determinación de la incompatibilidad de intereses, objetividad científica y defensa de intereses.

Dentro de los aspectos éticos se consideró, la confidencialidad de la información, tratando de identificar cada historia clínica por un número, y siendo anónimas.

En otro aspecto se considera la beneficencia, al entregar estos datos al Servicio de Estadísticas para investigaciones futuras.

CAPITULO IV

PRESENTACION Y ANALISIS DE LOS RESULTADOS

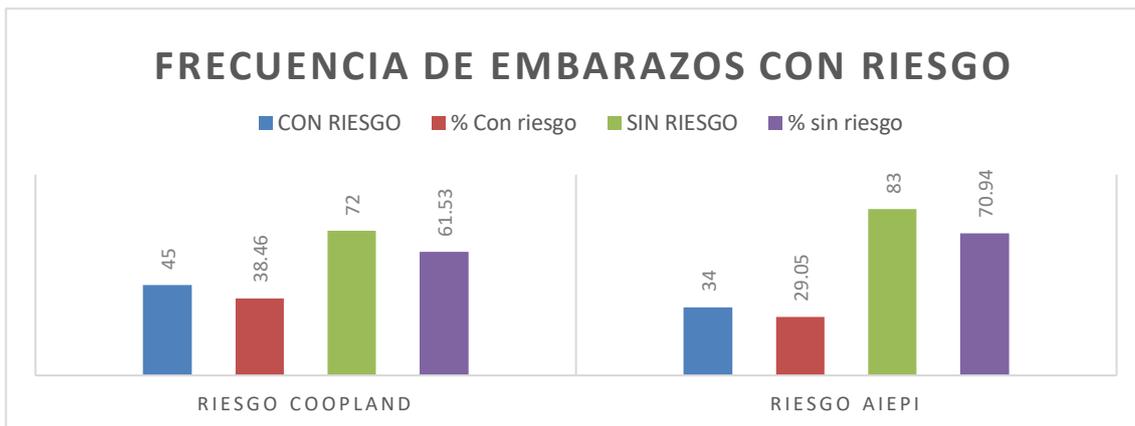
Frecuencia embarazo de riesgo Coopland vs AIEPI de las pacientes atendidas en el Hospital General de Jipijapa, Enero-Marzo 2017

TABLA Y GRAFICO # 1

Rango	F. Coopland	%	F. AIEPI	%
CON RIESGO	45	38,46	34	29,05
SIN RIESGO	72	61,53	83	70,94
Total	117	99,99%	117	99,99%

Fuente de información: Resultados de Tabla Coopland y AIEPI

Elaborado por: Investigadores



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Según la tabla y gráfico 1 se puede indicar la comparación entre la tabla de Coopland y la Tabla de AIEPI que es el método utilizado en el Hospital General de Jipijapa para determinar la presencia de riesgo en embarazo, de las 117 gestantes escogidas como muestra para el estudio 45 es decir el 38,46% se diagnosticaron con embarazo de riesgo con la tabla de Coopland mientras que con AIEPI solo 34 con un 29,05%; lo cual, nos da indicios que la tabla de Coopland posee una mayor efectividad para determinar este estado en las pacientes y ayuda a realizar tratamientos adecuados para mantener el bienestar materno-fetal.

**Frecuencia de tipos de riesgo en embarazo Coopland vs AIEPI de las pacientes
atendidas en el Hospital General de Jipijapa, Enero-Marzo 2017**

TABLA Y GRAFICO # 2

RIESGO COOPLAN	F	%	RIESGO AIEPI	F	%
BAJO RIESGO	25	55,55	CON RIESGO	34	29,05
ALTO RIESGO	11	24,43	SIN RIESGO	83	70,94
SEVERO RIESGO	9	20,01			
Total	45	99,99%		117	99,99%

Fuente de información: Resultados de Tabla Coopland y AIEPI

Elaborado por: Investigadores

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

La tabla y grafico 2 nos indica los tipos de riesgos de embarazos, con la tabla de Coopland se obtiene 3 tipos de grados entre los cuales de 45 casos que se detectaron con riesgos, 25 se catalogan con bajo riesgo con un 56%, 11 en riesgo alto con 24% y 9 en severo riesgo con 20%, mientras que con la Tabla AIEPI solo se establece con riesgo y sin riesgo presentando los mismos resultados de la tabla anterior es decir que de 117, 34 resultaron con riesgo con tan solo un 29% y 83 sin riesgo con un 71%. Esto nos ayuda a corroborar por si solo la eficacia de la tabla de Coopland ya que esta permite clasificar de mejor manera el grado de riesgo que puede tener una mujer en gestación.

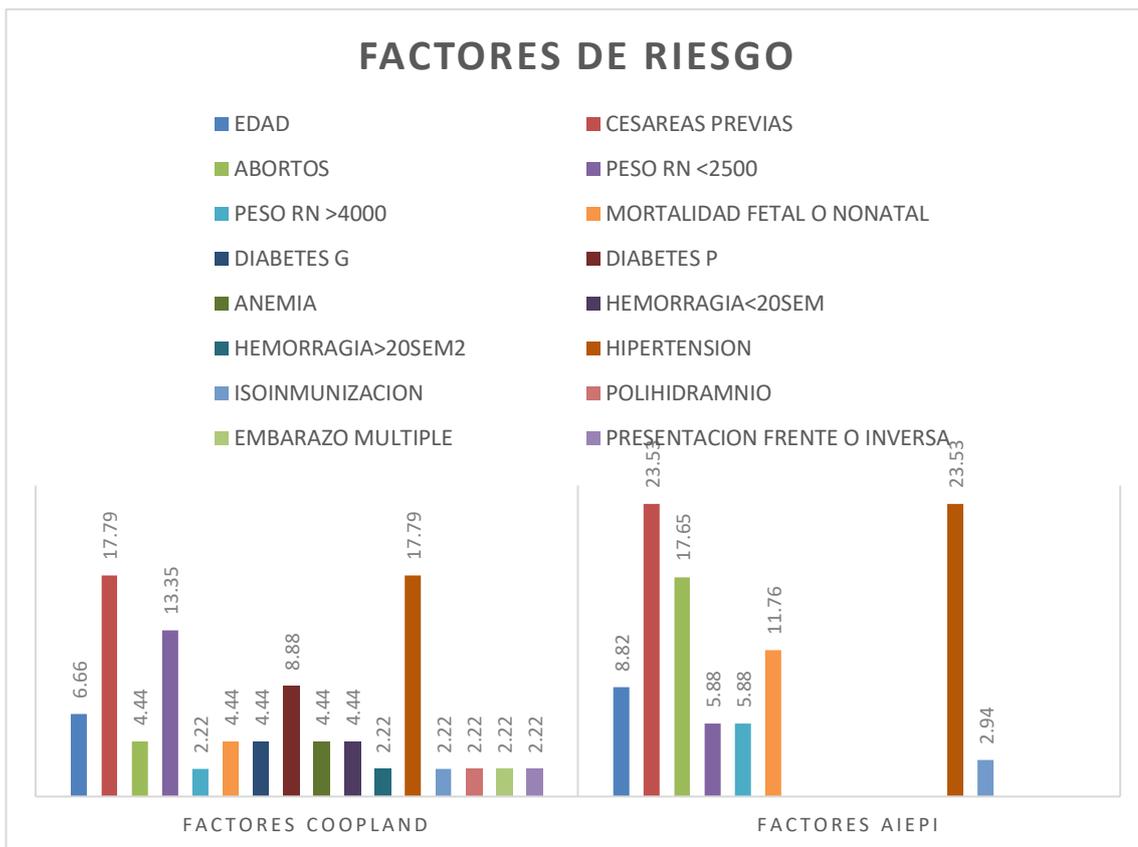
Frecuencia de Factores de riesgo Coopland vs AIEPI de las pacientes atendidas en el Hospital General de Jipijapa, Enero-Marzo 2017

TABLA Y GRAFICO # 3

FACTORES COOPLAND	F	%	FACTORES AIEPI	F	%
EDAD	3	6,66	EDAD	3	8,82
CESAREAS PREVIAS	8	17,79	CESAREAS PREVIAS	8	23,53
ABORTOS	2	4,44	HIJOS ANTERIORES BAJOS DE PESO	6	17,65
PESO DE RN <2500g	6	13,35	MORTALIDAD FETAL	2	5,88
PESO DE RN >4000g	1	2,22	DIABETES GESTACIONAL	2	5,88
MORTALIDAD FETAL O NEONATAL	2	4,44	DIABETES PRECONCEPCIONAL	4	11,76
DIABETES GESTACIONAL	2	4,44	HIPERTENSION	8	23,53
DIABETES PRECONCEPCIONAL	4	8,88	ISOINMUNIZACION	1	2,94
ANEMIA Hb <10g/l	2	4,44			
HEMORRAGIA <20 SEMANAS	2	4,44			
HEMORRAGIA >20 SEMANAS	1	2,22			
HIPERTENSION	8	17,79			
POLIHDAMNIOS	1	2,22			
EMBARAZO MULTIPLE	1	2,22			
PRESENTACION DE FRENTE O INVERSA	1	2,22			
ISOINMUNIZACION	1	2,22			
TOTAL	45	99,99%		34	99,99%

Fuente de información: Resultados de Tabla Coopland y AIEPI

Elaborado por: Investigadores



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En la tabla y gráfico 3 se plantean los principales factores de riesgo que se logran obtener con ayuda de las tablas de Cooplant y AIEPI encontrando similitudes entre ciertos factores tales como edad con 3 casos con un 8,82%, 8 cesáreas previas con un 23,53%, Hijos RN con peso < 2500g con 6 casos dando un 17,65%, 2 mortalidad fetal con 5,88%, 2 casos de Diabetes Gestacional con 5,88%, 4 de Diabetes Preconcepcional con 11,76 %, 8 pacientes con Hipertensión dando 23,53% e Izoimmunización con 1 caso obteniendo un 2,94%; sin embargo además de estos la Tabla de Cooplant logró detectar otros factores de riesgo que AIEPI no, como aborto con 2 casos generando un 4,44%, 1 caso de hijos anteriores con Peso de RN >4000g dando un 2,22%, 2 pacientes con Anemia Hb < 10 g/dl con un 4,44%, 2 casos de Hemorragias <20 semanas con un 4,44% y 1 caso >20 semanas con 2,22%, 1 caso también de Polihidramnios, 1 de embarazo múltiple y por último 1 con presentación de Frente o inversa con un 2,22% cada uno. Lo cual demuestra que la de Tabla de Cooplant posee una mayor especificidad ya que permite distinguir con mayor cautela factores que conlleven a presentar complicaciones.

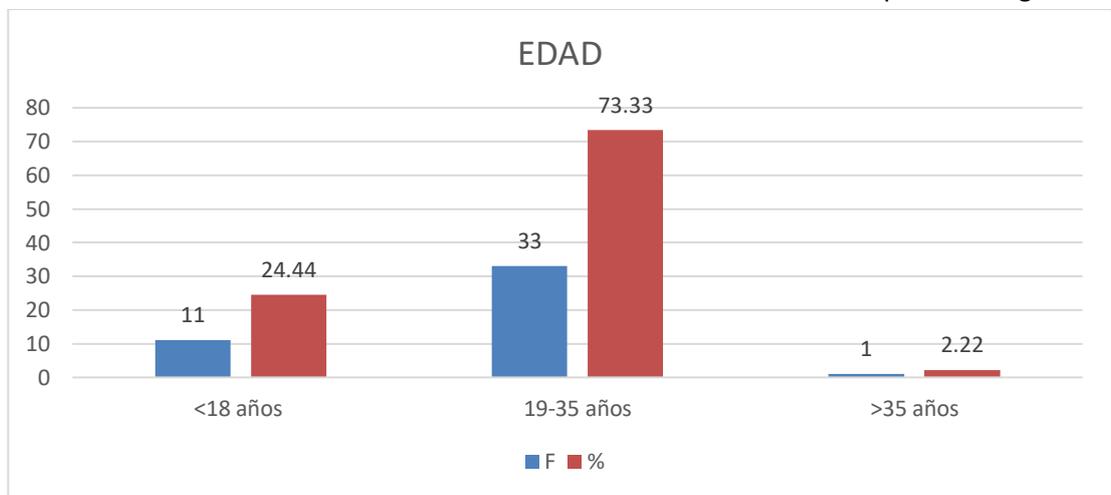
Características demográficas de embarazos de riesgo según la tabla de Coopland

TABLA Y GRAFICO # 4

EDAD	F	%
<18 años	11	24,44
19-35 años	33	73,33
>35 años	1	2,22
Total	45	99,99

Fuente de información: Historia Clínica.

Elaborado por: Investigadores



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

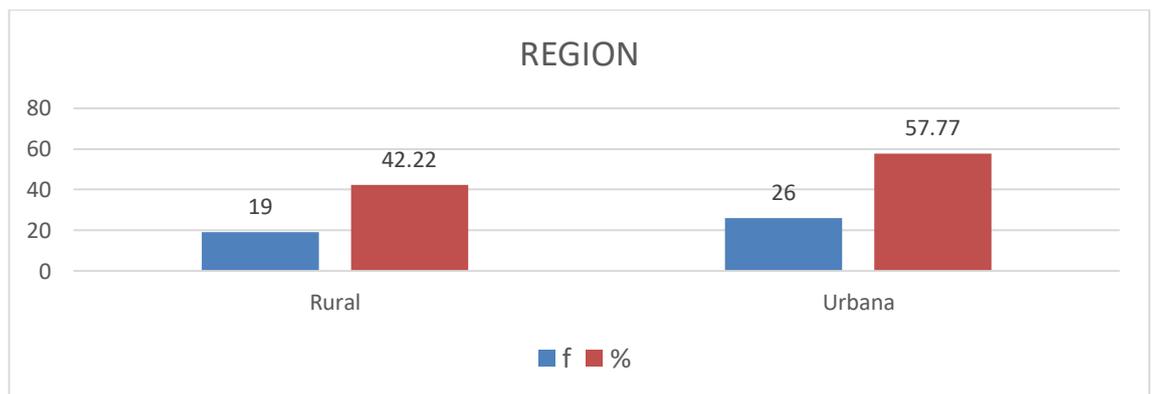
La tabla y gráfico # 4 nos indica que de las 45 pacientes embarazadas con factores de riesgo atendidas en el Hospital General de Jipijapa el 73,33% está entre los 19-35 años de edad, el cual es el rango más adecuado para la fecundación sin embargo el 24,44% tiene <18 años lo cual es un factor de riesgo ya que los problemas se hacen aún mayores conforme la niña es menor, es decir, en mujeres menores a los 15 años el riesgo es peor ya que la probabilidad de morir durante el parto es cuatro veces mayor que el que corren las mujeres adultas al dar a luz a su bebé” (Mutti,2012).

Características demográficas de embarazos de riesgo según la tabla de Coopland

TABLA Y GRAFICO # 5

REGION	f	%
RURAL	19	42,22
URBANA	26	57,77
TOTAL	45	99,99

Fuente de información: Historia Clínica
Elaborado por: Investigadores



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

La tabla y gráfico # 5 indica que el 57,77 % de las Mujeres embarazadas con riesgo atendidas provienen de la Zona Urbana y el 42,22% de la zona Rural las cuales por los lejos que se encuentran del Hospital General de Jipijapa no se realicen los chequeos Médicos adecuados perjudicando la salud materno-fetal y disminuyendo la probabilidad de evitar futuros riesgos en el embarazo.

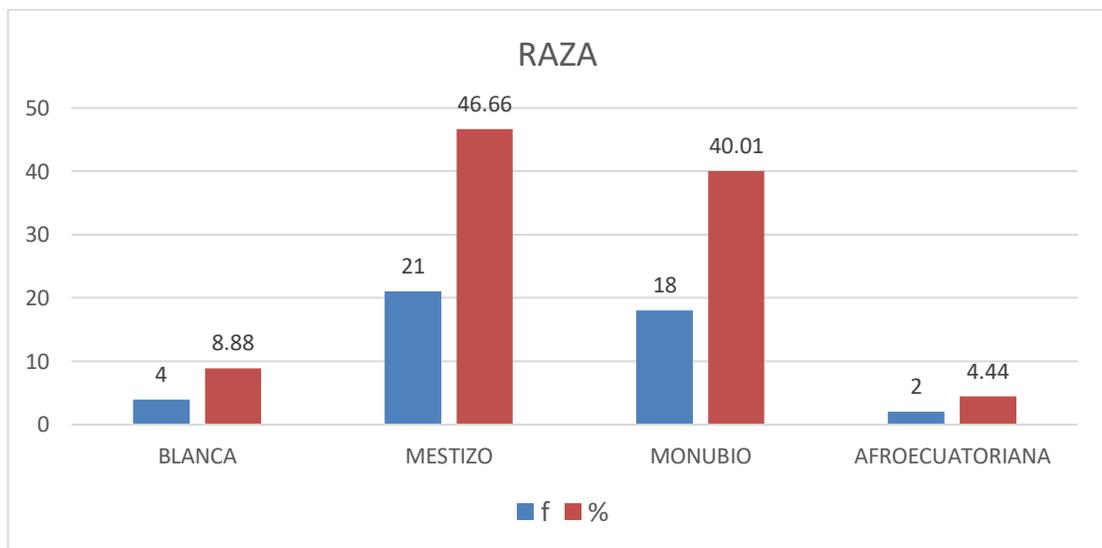
Características demográficas de los embarazos de riesgo según la tabla de Coopland

TABLA Y GRAFICO # 6

RAZA	f	%
BLANCA	4	8,88
MESTIZO	21	46,66
MONTUBIO	18	40,01
AFROECUATORIANA	2	4,44
TOTAL	45	99,99

Fuente de información: Historia Clínica

Elaborado por: Investigadores



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En la tabla y gráfico #6 encontramos que según la clasificación por Etnia tenemos que de 45 gestantes con riesgo el 8,88% se describe como Blanco, el 46,66% como mestizo, seguido por el 40,01% como Montubio y finalmente el 4,44% como afroecuatorianas. Existen estudios que indican que las mujeres de raza negra tienen el 2% más de probabilidad de desarrollar preeclampsia sin embargo en este estudio este no fue un factor independiente para la presencia de factores de riesgo para el embarazo.

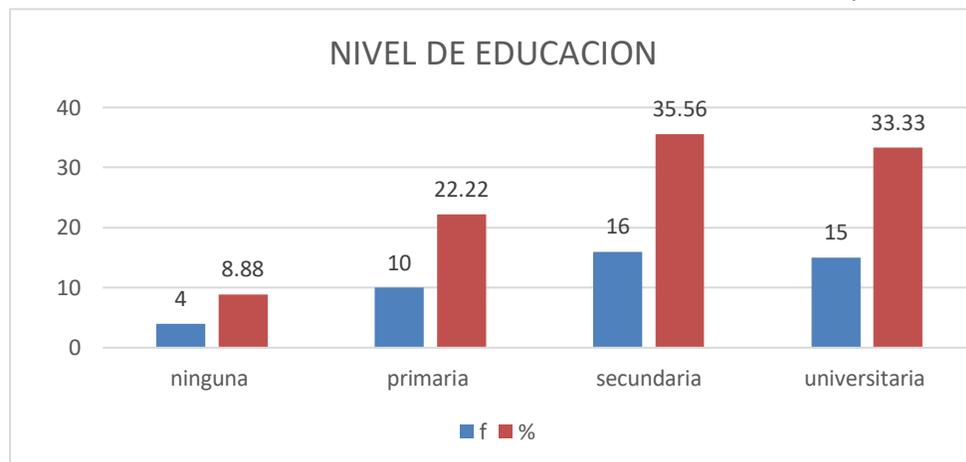
Características demográficas de los embarazos de riesgo según la tabla de Coopland

TABLA Y GRAFICO # 7

EDUCACION	f	%
NINGUNA	4	8,88
PRIMARIA	10	22,22
SECUNDARIA	16	35,56
UNIVERSITARIA	15	33,33
TOTAL	45	99,99

Fuente de información: Historia Clínica

Elaborado por: Investigadores



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

La tabla y Grafico # 7 nos indica que el 35,56% de las pacientes llegaron a nivel secundario y 33,33% al universitario 22,22 % la primaria y el 8,88% ningún nivel educativo. Aunque el nivel educativo no sea un factor determinante en nuestro estudio si podemos decir que por la falta de conocimientos en ciertos casos las gestantes no tienen la precaución de realizarse los controles que un embarazo requiere para específicamente evitar complicaciones.

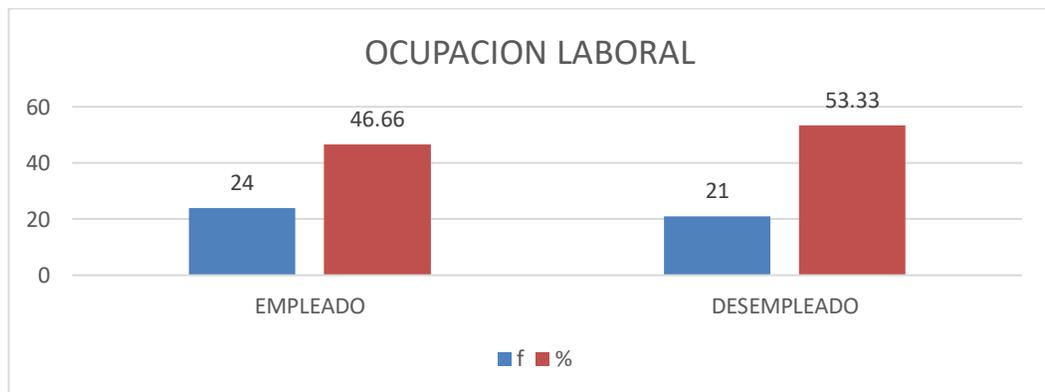
Características demográficas de los embarazos de riesgo según la tabla de Coopland

TABLA Y GRAFICO # 8

OCUPACION	f	%
EMPLEADO	21	46,66
DESEMPLEADO	24	53,33
TOTAL	45	99,99

Fuente de información: Historia Clínica

Elaborado por: Investigadores



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

La tabla y Gráfico # 8 nos indica que el 53,33% si realiza una ocupación laboral lo cual en ciertos casos según el tipo de carga laboral se convierte en un factor de riesgo para la madre y el feto.”Algunos estudios muestran que las mujeres que trabajan en ocupaciones que exigen mucho desgaste físico durante el embarazo levantando cosas pesadas, estando paradas por largos periodos, con horarios irregulares o excesivos, tienen más probabilidades de dar a luz prematuramente, tener niños con bajo peso al nacer y desarrollar presión arterial alta durante la gestación.” (Araujo, 2014)

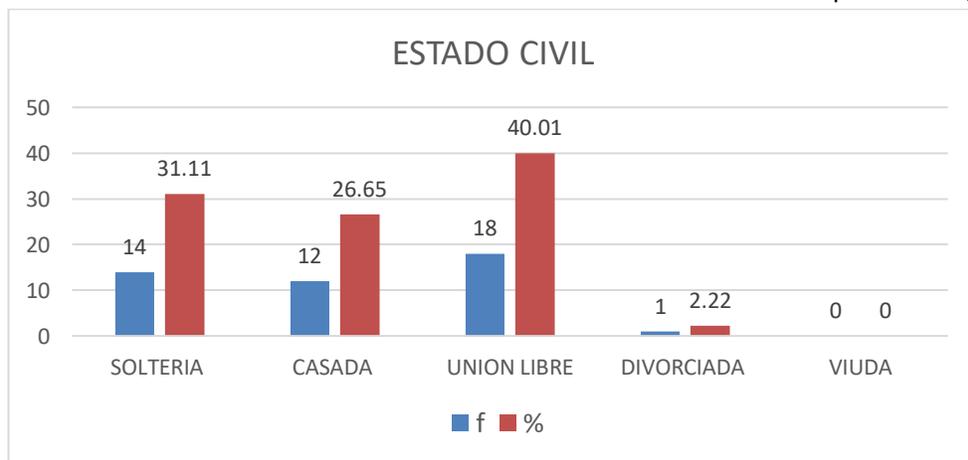
Características demográficas de acuerdo al estado Civil según la tabla de Coopland

TABLA Y GRAFICO # 9

ESTADO CIVIL	f	%
SOLTERIA	14	31,11
CASADA	12	26,65
UNION LIBRE	18	40,01
DIVORCIADA	1	2,22
VIUDA	0	0
TOTAL	45	99,99

Fuente de información: Historia Clínica

Elaborado por: Investigadores



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

La tabla y gráfico # 9 muestra que el 31,11% de gestantes indicaron ser solteras, el 26,65% casadas, el 40,01% mantiene una relación de unión libre, el 2,22% son divorciadas y por último el 0% viudas. Estudios indican que las gestantes que conviven con su pareja en un estado de armonía muestran un 2,2% menos de probabilidad de complicaciones en el embarazo que aquellas que por una u otra razón está pasando este periodo sin apoyo.

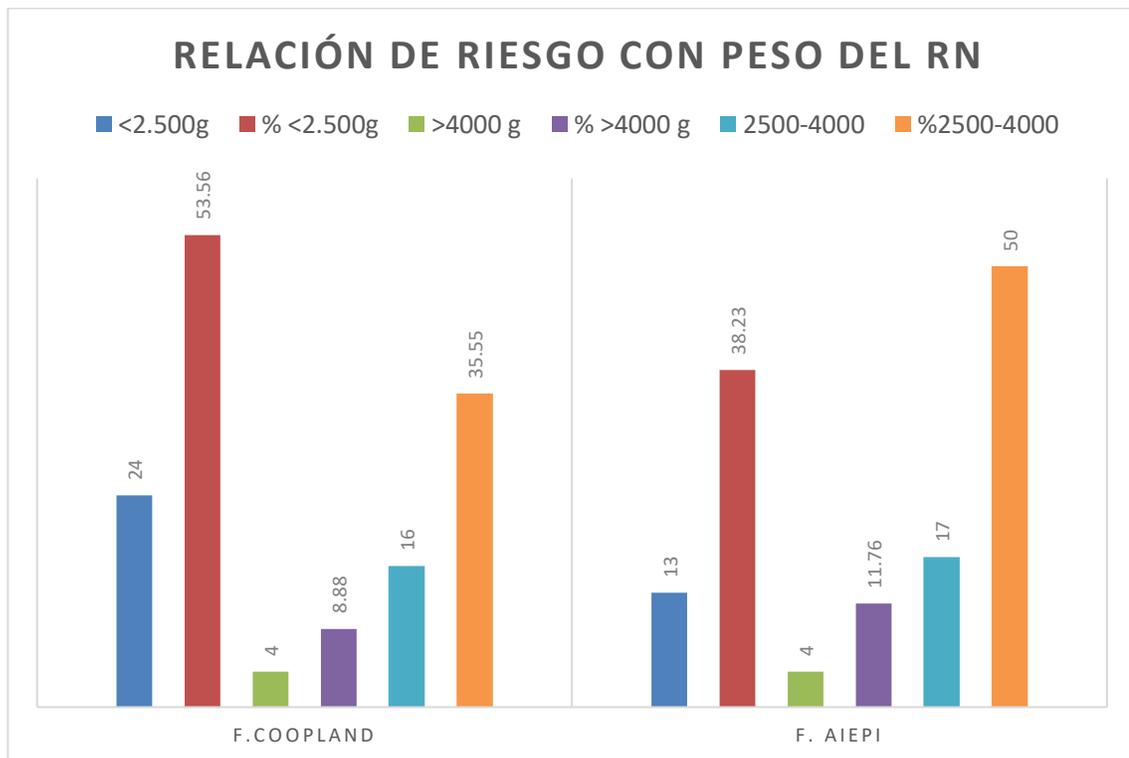
Frecuencia de relación de riesgo obstétrico con peso del RN Coopland vs AIEPI de las pacientes atendidas en el Hospital General de Jipijapa, Enero-Marzo 2017

TABLA Y GRAFICO #10

Rango	F. Coopland	%	F. AIEPI	%
<2.500g	25	55,56%	13	38,23%
>4000g	4	8,88%	4	11,76%
2500-4000g	16	35,55%	17	50,00%
TOTAL	45	99,99%	34	99,99%

Fuente de información: Resultados de Tabla Coopland y AIEPI

Elaborado por: Investigadores



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

La tabla y grafico #10 nos indica la relación de los embarazos de riesgo detectado con la tabla de Coopland y AIEPI en relación al peso que tuvieron los RN, observando que de los 45 casos obtenidos con la Tabla de Coopland 25 nacieron con un peso <2500g es decir 55,56%, mientras que con el AIEPI 13 es decir un 38,23 nacieron con un peso <2500g demostrando claramente que la tabla se Coopland detecto el doble de niños con bajo peso de madres con factores de riesgo.

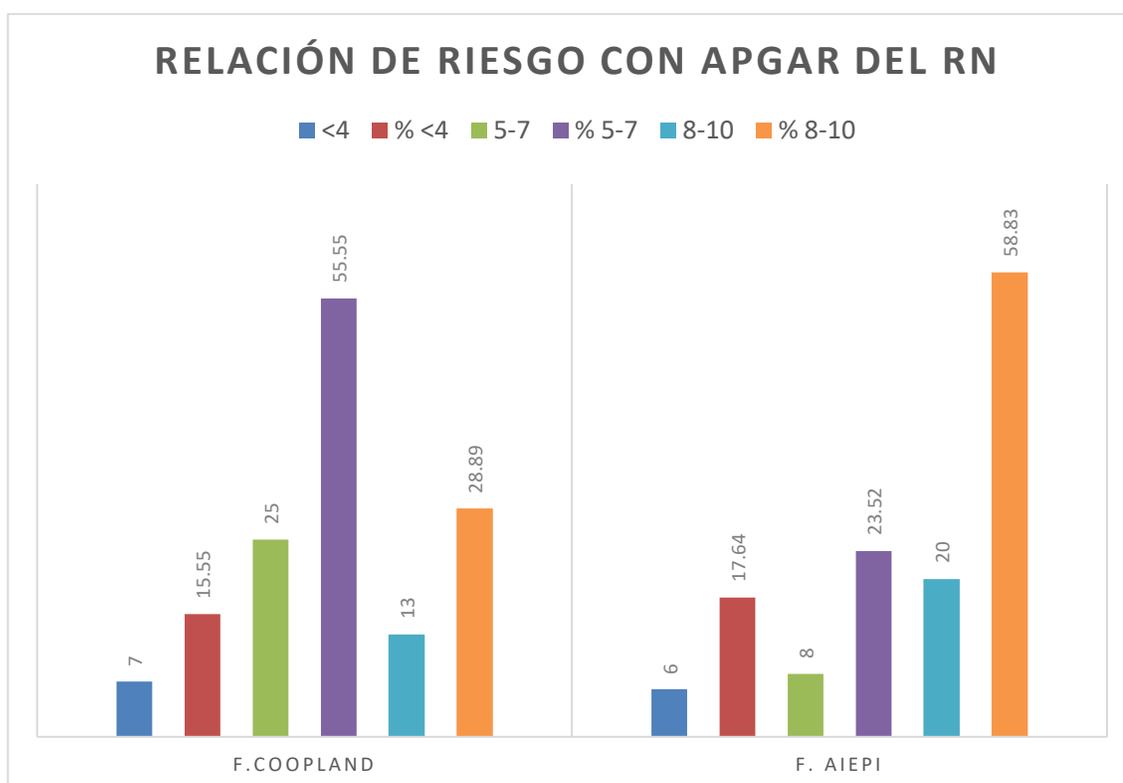
Frecuencia de relación de riesgo obstétrico con apgar del RN Coopland vs AIEPI de las pacientes atendidas en el Hospital General de Jipijapa, Enero-Marzo 2017

TABLA Y GRAFICO #11

Rango	F. Coopland	%	F. AIEPI	%
<4	7	15,55	6	17,64
5-7	25	55,55	8	23,52
8-10	13	28,89	20	58,83
	45	99,99%	34	99,99%

Fuente de información: Resultados de Tabla Coopland y AIEPI

Elaborado por: Investigadores



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

La tabla y gráfico 11 nos indica la relación de los embarazos de riesgos detectado con las tablas de Coopland y AIEPI en relación al apgar que tuvieron los RN, observando que de los 45 casos obtenidos con la Tabla de Coopland 25 nacieron con un apgar entre 5-7 dando un 55,55%, 13 nacieron con un apgar entre 8-10 que corresponde al 28,89% y 7 nacieron con un apgar menor a 4 que corresponde al 15,55%, mientras que con la tabla AIEPI de los 34 casos obtenidos 20 nacieron con un apgar entre 8-10 dando un 58,83%, 8 nacieron con un apgar entre 5-7 lo cual corresponde a un 23,52% y 6 con un apgar menor a 4 que corresponde al 17,64%. Dándose entre ambas una notable diferencia ya que con la tabla de Coopland solo un 28,89 % nació con apgar normal en cambio con la tabla AIEPI el 58,83% nació en rango de apgar adecuado demostrando de esta forma la eficacia y especificidad que se obtiene con el Score de Coopland para detectar los embarazos de riesgos y posibles complicaciones.

CAPITULO V

5.1 DISCUSION

En la presente investigación se buscaba analizar Cuál es la utilidad de la tabla de Coopland en el diagnóstico de embarazos de alto riesgo obstétrico.

Con las tablas y gráficos 1-2 se estableció la capacidad de diagnóstico que tienen las tablas de Coopland y AIEPI que según los resultados obtenidos el score de Coopland no solo tiene una mayor efectividad para detectar los embarazos de riesgo sino que es un método con mayor grado sensibilidad para diferenciar el tipo de riesgo lo que se correlaciona con un estudio realizado por la universidad se san Carlos de Guatemala con pacientes de la clínica de control prenatal del departamento de obstetricia del hospital de Roosevelt en el año 2015

La tabla y gráfico 3 revela los principales factores de riesgos que se pueden determinar con las tablas ya mencionadas, en este punto se encontraron similitudes entra ambas tanto en factores como en el número de gestante que los presentaban; sin embargo se corroboró por si solo la eficacia de la Tabla de Coopland ya que no solo detectó los factores de riesgo que el método AIEPI no determinó.

Entre las tablas y gráficos 4 a 9 se establecieron las características demográficas de las pacientes con factores de riesgo; hay estudios que analizan la posibilidad de que estas variable puedan correlacionarse con los factores de riesgos que presentaron dichas pacientes; en este estudio estas características no influyeron mayormente con el diagnóstico con excepción de la edad a cual si establece un factor de riesgo para las que tienen menor de 16 años ya que fisiológicamente aún no tiene las condiciones necesarias para las diferentes etapas de la gestación al igual que las > 35 años lo que coincide con un estudio realizado por la Universidad Nacional Mayor de San Marcos con pacientes del Hospital Nacional 2 de Mayo

Por último con la tabla y gráfico 10-11 se compara la eficacia de la tabla de Coopland vs AIEPI en relación al Apgar y peso de los RN, en este punto se estableció que del 100% de los casos detectados como embarazo de riesgo solo 35,55% de los RN nacieron en rango de peso adecuado y el 28,89% en apgar normal es decir que el 64,44% de casos tenía un diagnóstico correcto mientras que con la tabla de AIEPI un 50% tubo un diagnóstico erróneo lo que concuerda con un estudio realizado por la revista Scielo en el 2012 que evaluaba los factores de riesgo relacionados con el bajo peso al nacer.

Demostrando de esta forma que definitivamente el score de Coopland es un método auxiliar con mayor grado de Eficacia, especificidad y sensibilidad para el diagnóstico de Embarazo de riesgo.

5.2 CONCLUSIONES

Según los objetivos propuestos y los datos obtenidos este estudio investigativo tiene las siguientes conclusiones:

La tabla de Coopland demostró mayor efectividad para detectar no solo embarazos de alto riesgo si no también las posibles repercusiones que dichos riesgos pueden tener sobre el feto y el recién nacido al momento del nacimiento.

Las características demográficas que se obtuvo de la población en estudio son el 62,22% con 16-35 años de edad, el 57,77% proviene de zona Urbana, la raza predominante es el Mestizo con 46,67%, el nivel de educación es la secundaria con un 35,56% y de 53,33% la cantidad de mujeres que se trabajando actualmente, por último el 40,01% manifestó tener como estado civil Unión Libre

En cuanto a la frecuencia de las principales factores de riesgo para el embarazo se obtuvo Hipertensión, Diabetes Gestacional y Preconcepcional, Peso de RN <2500g, edad y Hemorragias < 20 semanas.

Por último en cuanto a la relación entre apgar y peso del recién nacido con los diagnósticos de embarazos de riesgos dado por ambas tablas se considera que el Score de Coopland tiene mayor eficacia y especificidad que la de AIEPI ya que del 100 % de los casos con embarazos de riesgo diagnosticados por el Score de Coopland solo un 35% nació con peso adecuado y un 28,89% con apgar correcto, en cambio con la tabla AIEPI el 50% nació con peso adecuado y el 58,83% con apgar correcto demostrando un mayor margen de error

5.2 RECOMENDACIONES

A los dirigentes del Hospital General de Jipijapa y su personal de salud se les recomienda implementar en el protocolo de manejo para Diagnosticar embarazos de riesgo a la tabla de Coopland por tener una mayor eficacia y especificidad que la utilizada en dicha institución.

A la Universidad Técnica de Manabí, en especial a la Facultad de Ciencias de la Salud en su Carrera de Medicina, se le recomienda orientar sobre el uso de nuevos métodos con el fin de reconocer todos los factores de riesgos que puedan contrarrestar la salud de la gestante durante el embarazo, parto y puerperio como al feto durante su crecimiento en el útero como durante y después del nacimiento.

A los profesionales médicos, se les recomienda abarcar todos factores posibles que puedan originar un embarazo de riesgo.

A las mujeres en estado de gestación se les recomienda realizarse todos los controles prenatales necesarios, evitar actividades que puedan afectar su condición y acudir al médico inmediatamente en presencia de cualquier anomalía con el fin de evitar complicaciones futuras tanto como para ella y su hijo.

ANEXO

PRESUPUESTO

ITEMS VALOR	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
Copias	400	\$ 0,02	\$ 8,00
Internet / horas	100	\$ 1,25	\$ 125,00
Libros, revistas científicas	5	\$ 50,00	\$ 250,00
Transporte	Global	\$ 15,00	\$ 150,00
Alimentación	Global	\$ 10,00	\$ 100,00
Cámara digital	1	\$ 300,00	\$ 300,00
Materiales de oficina	Global	\$ 230,00	\$ 230,00
Copias de la tesis	750	\$ 0,02	\$ 15,00
Impresión de la tesis	150	\$ 0,15	\$ 22,50
Imprevistos	Global	\$ 300,00	\$ 500,00
TOTAL		\$ 906,44	\$ 1.700,50

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	TIEMPO EN MESES												RECURSOS	
	ENERO				FEBRERO				MARZO				HUMANOS	MATERIALES
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4		
Elaboración y presentación del proyecto	X	X											Autores del proyecto	documentos/ internet
Estructuración de instrumentos			X										Autores del proyecto	instrumentos/documentos
Investigación del marco teórico				X	X								Autores/tribunal de tesis	textos, folletos, internet, copias
Aplicación de instrumentos de trabajo, tabulación de los resultados y elaboración de cuadros estadísticos									X	X	X	X	Autores/población involucrada	Instrumento
Presentación del trabajo										X			Autores y tribunal	trabajo, empastado, anillados
Sustentación de la investigación												X	Autores y tribunal	Tesis final
TOTAL														

Bibliografía

- Aguirre, K. (14 de Octubre de 2014). *Validez de valoración de riesgo*. Obtenido de Ecuared: <https://www./factores de riesgo>
- Alvares&Col, G. &. (2011). *Medicina crítica , importancia de medidas de soporte en el embarazo*. Santiago de Chile: Instituto nacional de Endocrinología.
- Alvial F, Albornoz C, Bascur M, Cañas A, Eyzaguirre C, Martínez M, Rospigliossi T. (2012). *IMPLEMENTACIÓN Y CONFIABILIDAD DE LA ESCALA MODIFICADA DEL GLASGOW POR PALMA & COOK EN LOS PACIENTES INTUBADOS*.
- Antonio Martínez Oviedo, M. J. (Sep-Oct de 2015). *Atención al paciente traumatizado , importancia del uso del balance hídrico*. Recuperado el 15 de Diciembre de 2016, de PANAMERICAN TRAUMA SOCIETY: <https://www.uco.es/servicios/dgppa/images/prevencion/glosariopr/fichas/pdf/20.ATENCIONALPOLITRAUMATIZADO.pdf>
- Antúñez, D. J. (2013). *Ginecotocología*.
- Asamblea Mundial de la Salud. (2014). *Definiciones ginecológicas*.
- Áurea Gutiérrez Alejandrea, Jorge Andrés Calvo Bueya, Rosa María Marcos Camina. (Junio de 2013). *Estudio para la disminución de errores en el registro de los balances hídricos de pacientes críticos ingresados en una unidad de cuidados intensivos*.
- Bethesda, M. (Noviembre de 2014). *Perdida de Sangre o hemorragia* . Obtenido de Instituto Nacional de la Artritis y enfermedades de la Piel: <https://espanol.babycenter.com/a700166/p%C3%A9rdida-de-sangre-o-hemorragia-durante-el-embarazo>
- Blanca Hernández Leyva, Juan Antonio Trejo y Pérez, Daniel Luis René Ducoing Díaz, Leopoldo Vázquez Estrada, Patricia Tomé Sandoval. (2011). *Guía clínica para la atención prenatal. Revista médica IMSS*.
- Burd, I. (11 de Noviembre de 2016). *Trabajo y embarazo* . Obtenido de Medplus: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000609.htm>
- CENTRO ESTATAL DE INFORMACIÓN EN SALUD. (2013). *ATENCIÓN PRENATAL CON ENFOQUE DE RIESGO*.
- Cruz, W. (5 de Marzo de 2017). *Toxoplasmosis durante el embarazo*. Obtenido de Baby Center: <https://espanol.babycenter.com/a900778/toxoplasmosis-durante-el-embarazo>
- Doc. Angélica Arriagada- Adap.Astrid Farias. (2012). *Balance hídrico diario Hospitalizados*.
- Donoso, B., & Oyarzún, E. (12 de Junio de 2012). *Embarazo de alto riesgo*. Obtenido de Medwave: <https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/PuestaDia/Practica/5429>

- Dr. Cortez, J. (2006). *Principales causas para embarazo de alt riesgo* . Colima: Universidad de Colima. Facultad de Ciencias Medicas.
- Dr. Guerrero, M., & Dr Olmedo, J. (2013). *Control prenatal de bajo riesgo*. Barcelona.
- Dr. Velasquez, B. (2007). *Evaluacion de la utilizacion de la Tabla de Coopland modificada para el diagnostico de embarazo de alto riesgo* . Guatemala : Universidad San Carlos de Guatemala. Facultad de Ciencias Medicas.
- Dr.Cutié, E. (2015). *Obstetricia y Ginecología*. Habana.
- Dra. V. Herrear, Dr. J. Oliva, Dr. F. Domínguez. (2015). *Riesgo Reproductivo*.
- Eyzaguirre, C. (2012). *Medicina Intensiva*.
- Infante, V. (20 de Agosto de 2014). *VIH y SIDA durante el embarazo*. Obtenido de Baby Center : <https://espanol.babycenter.com/a2800058/vih-y-sida-durante-el-embarazo>
- JESÚS NAVARRO ARNEDO - ROSARIO PERALES PASTOR. (MARZO de 2012). *GUÍA PRÁCTICA DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE CRÍTICO*.
- Metzger, B. (12 de Agosto de 2013). *Diabetes Gestacional* . Obtenido de NIH: <https://www.niddk.nih.gov/health-information/informacion-de-la-salud/diabetes/guia-para-personas-diabetes-tipo-1-tipo-2/la-diabetes-gestacional>
- Navas, J. G. (Febrero de 2015). *Ciber Revistas*. Obtenido de BALANCE HÍDRICO Y CONTEXTUALIZACIÓN EN EL PLAN DE CUIDADOS ENFERMERO.
- Netzahualcóyotl González Pérez, Ivette Zapata Centeno, Rodolfo Gaona López, Alberto Aguayo Muñoz. (2015). Balance hídrico: un marcador pronóstico de la evolución clínica en pacientes críticamente enfermos. *Medicina crítica y terapia intensiva*, 70 - 84.
- Noriega, C. (4 de Julio de 2015). *Complicaciones del embarazo*. Obtenido de March of dime: <http://nacersano.marchofdimes.org/embarazo/alta-presion-arterial-o-hipertension-en-el-embarazo.aspx>
- Obs. Yupangui, E. (2012). *Riesgo de mortalidad Materna en Embarazadas* . Guayaquil: Universidad de Guayaquil. Facultad de Ciencias Medicas.
- Parker. (2013). *recomendaciones de uso de balance hidrico* . Peru.
- Pérez Sánchez, A., Donoso Siña, E. (2012). CONTROL PRENATAL. *Publicaciones Técnicas Mediterráneo*, 156-167.
- Sanabria, Y. (5 de Diciembre de 2008). *¿Que es el embarazo?* Obtenido de Todosobreelebarazo: <http://todosobreelebarazo.blogspot.com/>
- Sánchez, L. (2013). *Balance Hídrico*.

Sudarth y Brunner. (2012). Enfermería Medicoquirúrgica.

UC, D. (2014). *GUÍA DE CONTROL PRENATAL*.

Valdés, E., Sepúlveda, A., Candia, P., & Lattes, K. (18 de Diciembre de 2010). *Hepatitis aguda viral durante el embarazo*. Obtenido de Scielo :
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-10182010000700003

Velasco. (2012). medidas de soporte de relevancia en el paciente críticamente enfermo. *medicina critica*, 3234–3241.

Velásquez, B. (2011). evaluación de la utilización de la tabla de Copland modificada.

TABLA COOPLAND

	Clasificación	Puntos
<i>Historia reproductiva</i>		
Edad	<16 años	1
	16-35 años	0
	>35 años	2
Paridad	0	1
	1-4	0
	>4	2
Cesárea previa		1
Preeclampsia o hipertensión		1
Abortos recurrentes o infertilidad		1
Hemorragia postparto o remoción		1
Manual de placenta		1
Peso del recién nacido	<2,500 g ó >4,000 g	1
Mortalidad fetal tardía o neonatal temprana		1
Trabajo de parto anormal o dificultoso		1
Cirugía ginecológica previa		1
<i>Embarazo actual</i>		
Enfermedad renal crónica		2
Diabetes gestacional		2
Diabetes preconcepcional		3
Hemorragia	<20 semanas	1
	≥20 semanas	2
Anemia	(Hb <10 g/l)	1
Embarazo prolongado	(>42 semanas)	1
Hipertensión arterial		2
Polihidramnios		2
Embarazo múltiple		3
Presentación de frente o transversa		3
Isomunización		3

0-2 bajo riesgo

3-6 alto riesgo

7 riesgo máximo

TABLA AIEPI

DETERMINE SIGNOS Y SÍNTOMAS DE PELIGRO		CLASIFICAR
PREGUNTE	DETERMINE	
<ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué edad tiene? • ¿Ha tenido algún control prenatal? ¿Cuántas veces? • ¿Cuándo fue su último parto? • ¿Los partos han sido naturales o con cesárea? • ¿Cuántos embarazos ha tenido? • ¿Ha tenido hijos prematuros o de bajo peso? • ¿Ha tenido hijos malformados? • ¿Se ha muerto algún hijo antes de nacer o durante la primera semana de vida? • ¿Percibe movimientos fetales? • ¿Ha tenido fiebre? • ¿Padece de alguna enfermedad? ¿Cuál? • ¿Le han dado algún medicamento? ¿Cuál? • ¿Ha perdido la conciencia? • ¿Fuma, bebe o consume drogas? 	<ul style="list-style-type: none"> • Fecha probable de parto • Edad gestacional • Peso • Talla • IMC • Altura uterina • Embarazo múltiple • Si tiene cesárea anterior • Presión arterial • Si tiene palidez palmar intensa • Si hay hinchazón encara, manos y/o piernas • Signos de enfermedad sistémica y/o de transmisión sexual 	<p>Uno de los siguientes signos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Embarazo mayor de 41 semanas • Disminución o ausencia de movimientos fetales • Enfermedad sistémica severa • Infección urinaria con fiebre • Diabetes no controlada • Hipertensión no controlada y/o presencia de convulsiones, visión borrosa, pérdida de conciencia o cefalea intensa • Palidez palmar severa y/o Hb < 7 mg/dL
<p>Determine:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hb, VIH, Hepatitis B • VDRL al primer contacto y antes del parto • Grupo sanguíneo, prueba de coombs • Glucosa en sangre • Examen de orina 		<p>Uno de los siguientes signos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Menor de 19 años ó mayor de 35 años • Primigesta ó gran multipara • Sin control prenatal • Período entre embarazos < 2 años • Altura uterina no correlaciona con edad gestacional • Cesárea anterior • Antecedente de hijos prematuros, bajo peso y/o malformados • Antecedente de abortos habituales, muerte fetal o neonatal temprana • Enfermedad sistémica controlada • Infección urinaria sin fiebre • Diabetes controlada • Palidez palmar moderada y/o Hb entre 8-10 mg/dL • Flujo vaginal • Ingesta de drogas teratogénicas • Alcoholismo, tabaquismo o drogadicción • Hipertensión controlada • Ganancia inadecuada de peso • Presentación anormal • Embarazo múltiple • Madre Rh negativa • VDRL, VIH o Hepatitis B positivos
<p>PREGUNTAR A LA MADRE SI TRAE SU CARNET PERINATAL</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Embarazo sin riesgo inminente o alto riesgo
		<p>(*) Ver Manual de Normas y Procedimientos para la Atención Sexual y Reproductiva</p>