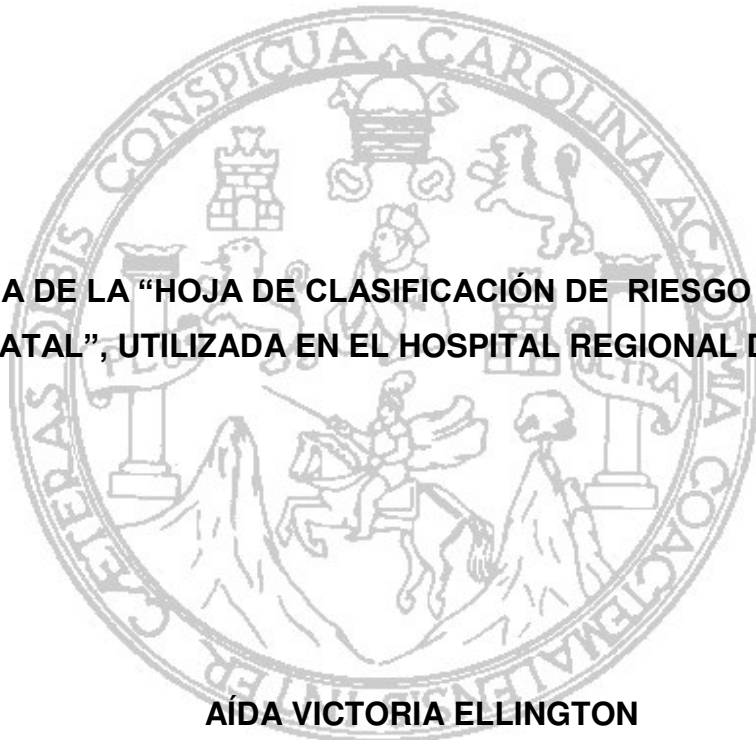


**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
CENTRO UNIVERSITARIO DE ORIENTE
MÈDICO Y CIRUJANO**

**EFICIENCIA DE LA “HOJA DE CLASIFICACIÓN DE RIESGO OBSTÈTRICO Y
PERINATAL”, UTILIZADA EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ZACAPA.**



**AÍDA VICTORIA ELLINGTON
VILMA LUCRECIA SALAZAR MAYÉN**

CHIQUMULA, GUATEMALA, SEPTIEMBRE 2014

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
CENTRO UNIVERSITARIO DE ORIENTE
MÉDICO Y CIRUJANO**

EFICIENCIA DE LA “HOJA DE CLASIFICACIÓN DE RIESGO OBSTÉTRICO Y PERINATAL”, UTILIZADA EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ZACAPA.

Estudio descriptivo transversal, para el conocimiento de la Eficiencia del instrumento denominado “Hoja de Clasificación de Riesgo Obstétrico y Perinatal”, en pacientes con trabajo de parto activo, en los servicios de Emergencia y Labor y Partos del Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional de Zacapa; durante los meses de julio a agosto del 2014.

TRABAJO DE GRADUACIÓN

Sometido a consideración del Honorable Consejo Directivo

Por:

**AIDA VICTORIA ELLINGTON
VILMA LUCRECIA SALAZAR MAYÉN**

**AL CONFERÍRSELE EL TÍTULO DE
MÉDICA Y CIRUJANA**

**EN EL GRADO ACADÉMICO DE
LICENCIADA**

Chiquimula, Guatemala, septiembre de 2014

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
CENTRO UNIVERSITARIO DE ORIENTE
MÉDICO Y CIRUJANO**



**RECTOR
Dr. CARLOS GUILLERMO ALVARADO CEREZO**

CONSEJO DIRECTIVO

Presidente:	M.Sc. Nery Waldemar Galdámez Cabrera
Representante de Profesores:	M.Sc. Edgar Arnoldo Casasola Chinchilla
Representante de Profesores:	Ph.D. Felipe Nery Agustín Hernández
Representante de Graduados:	Lic. Zoot. Alberto Genesio Orellana Roldán
Representante de Estudiantes:	Br. HeidyJeaneth Martínez Cuestas
Representante de Estudiantes:	Br. Otoniel Sagastume Escobar
Secretaria:	Licda. Marjorie Azucena González Cardona

AUTORIDADES ACADÉMICAS

Coordinador Académico:	Ing. Agr. Edwin Filiberto Coy Cordón
Coordinador de Carrera:	Dr. Edwin Danilo Mazariegos Albanés

**ORGANISMO COORDINADOR DE TRABAJOS DE GRADUACIÓN E
INVESTIGACION DE MEDICINA**

Presidente y Revisor:	Dr. Edwin Danilo Mazariegos Albanés
Secretario y Revisor:	M.Sc. Carlos Iván Arriola Monasterio
Vocal y Revisor:	M.Sc. Rory René Vides Alonzo
Vocal y Revisor:	Ing. Agr. Christian Edwin Sosa Sancé

CHIQUIMULA, SEPTIEMBRE 2014

Chiquimula, 23 de septiembre 2014

Señores:

Miembros Consejo Directivo

Centro Universitario de Oriente

Universidad de San Carlos de Guatemala

Chiquimula, Ciudad

Respetables Señores:

En cumplimiento de lo establecido por los estatutos de la Universidad de San Carlos de Guatemala y el Centro Universitario de Oriente, presentamos a consideración de ustedes, el trabajo de graduación titulado: Eficiencia de la "Hoja de Clasificación de Riesgo Obstétrico y Perinatal", utilizada en el Hospital Regional de Zacapa.

Como requisito previo a optar el título profesional de Médico y Cirujano, en el grado académico de Licenciado.

Esperamos que el siguiente trabajo de investigación llene los requisitos para su aprobación, nos suscribimos.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

(F) 
Vilma Lucrecia Salazar Mayén

(F) 
Aida Victoria Ellingto

Chiquimula 23 Septiembre 2013

Señor Director

M. Sc. Nery Waldemar Galdámez Cabrera

Centro Universitario de Oriente

Universidad de San Carlos de Guatemala

Señor Director.

En atención a la designación efectuada por la comisión de trabajos de graduación para asesorar a las estudiantes Aída Victoria Ellington con carné No. 200540384 y Vilma Lucrecia Salazar Mayén con carné No. 200640306 en el trabajo de graduación titulado "Eficiencia de la "Hoja de Clasificación de Riesgo Obstétrico y Perinatal", utilizada en el Hospital Regional de Zacapa"; me dirijo a usted para informarle que he procedido a revisar y orientar al mencionado sustentante, sobre el contenido de dicho trabajo.

En este sentido, el tema desarrollado plantea conocer la eficiencia del instrumento denominado "Hoja de Clasificación de Riesgo Obstétrico y Perinatal" utilizada en pacientes con trabajo de parto activo en el Hospital Regional de Zacapa, por lo que en mi opinión reúne todos los requisitos exigidos por las normas pertinentes, razón por la cual recomiendo su aprobación para su discusión en el Examen General Publico, previo a optar por el Título de Médico y Cirujano, en el grado académico de Licenciado.

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

(F) _____

Dr. Alejandro Parrilla Bosque

Médico y Cirujano

Especialista en Ginecología – Obstetricia

Colegiado No 13,145

Dr. Alejandro Parrilla
Ginecologo y Obstetra.
Col. 13145



Chiquimula, 24 de Septiembre 2014.
Ref. MYCTG-35-2014.

M.Sc. Nery Waldemar Galdámez Cabrera
Director
Centro Universitario de Oriente

Señor Director:

De manera atenta se le informa que las estudiantes **AÍDA VICTORIA ELLINGTON** y **VILMA LUCRECIA SALAZAR MAYÈN** identificadas con el número de carné 200540384 y 200640306 respectivamente, han finalizado el Informe Final del Trabajo de Graduación Titulado **“EFICIENCIA DE LA “HOJA DE CLASIFICACIÓN DE RIESGO OBSTETRICO Y PERINATAL” UTILIZADA EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ZACAPA,** el cual fue asesorado por el Médico y Cirujano Dr. **ALEJANDRO JOSÉ PARRILLA BOSQUE**, Especialista en Ginecología y Obstetricia, colegiado 13,145, quien avala y dictamina favorablemente en relación al estudio.

Se considera que el mencionado trabajo de Graduación cumple con los requisitos mínimos para la elaboración de Trabajos de Graduación y las contempladas en el Reglamento del Programa de Tesis de Grado de la Facultad de Ciencias de la Universidad de San Carlos de Guatemala vigente para la Carrera Médico y Cirujano del Centro Universitario de Oriente, razón por la cual recomiendo su aprobación para autorizar los trámites necesarios para su discusión en el Examen General Público previo a otorgársele el Título de Médico (a) y Cirujano(a), en el Grado Académico de Licenciado (a).

Sin otro particular, me suscribo.

Atentamente;

“Id y Enseñad a Todos”

MSc. Carlos Iván Arriola Monasterio
Encargado Unidad de Investigación y Trabajos de Graduación
- Carrera de Médico y Cirujano- CUNORI-



“37 AÑOS SIRVIENDO A LA EDUCACIÓN SUPERIOR EN EL NORORIENTE”

Nota: La información y conceptos contenidos en el presente Trabajo es responsabilidad única del autor.



Chiquimula, 01 de octubre 2014.
Ref. MYCTG-36-2014.

M.Sc. Nery Waldemar Galdámez Cabrera
Director
Centro Universitario de Oriente

Señor Director:

De manera atenta se le informa que las estudiantes AÍDA VICTORIA ELLINGTON y VILMA LUCRECIA SALAZAR MAYÈN identificadas con el número de carné 200540384 y 200640306 respectivamente, han finalizado el Informe Final del Trabajo de Graduación Titulado **"EFICIENCIA DE LA "HOJA DE CLASIFICACIÓN DE RIESGO OBSTETRICO Y PERINATAL" UTILIZADA EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ZACAPA,** el cual fue asesorado por el Médico y Cirujano Dr. ALEJANDRO JOSÉ PARRILLA BOSQUE, Especialista en Ginecología y Obstetricia, colegiado 13,145, quien avala y dictamina favorablemente en relación al estudio.

Se considera que el mencionado trabajo de Graduación cumple con los requisitos mínimos para la elaboración de Trabajos de Graduación y las contempladas en el Reglamento del Programa de Tesis de Grado de la Facultad de Ciencias de la Universidad de San Carlos de Guatemala vigente para la Carrera Médico y Cirujano del Centro Universitario de Oriente, razón por la cual recomiendo su aprobación para autorizar los trámites necesarios para su discusión en el Examen General Público previo a otorgársele el Título de Médico (a) y Cirujano(a), en el Grado Académico de Licenciado (a).

Sin otro particular, me suscribo.

Atentamente;

"Id y Enseñad a Todos"

Dr. Edwin Danilo Mazariegos Albanés
-Coordinador- Carrera de Médico y Cirujano-
Centro Universitario de Oriente



"37 AÑOS SIRVIENDO A LA EDUCACIÓN SUPERIOR EN EL NORORIENTE"

Nota: La información y conceptos contenidos en el presente Trabajo es responsabilidad única del autor.

D-TG-MyC-077/2014

EL INFRASCrito DIRECTOR DEL CENTRO UNIVERSITARIO DE ORIENTE DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA, POR ESTE MEDIO HACE CONSTAR QUE: Conoció el Trabajo de Graduación que efectuaron las estudiantes **AÍDA VICTORIA ELLINGTON** y **VILMA LUCRECIA SALAZAR MAYÉN** titulado “EFICIENCIA DE LA “HOJA DE CLASIFICACIÓN DE RIESGO OBSTÉTRICO Y PERINATAL”, UTILIZADA EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ZACAPA”, trabajo que cuenta con el aval de el Revisor y Coordinador de Trabajos de Graduación, de la carrera de Médico y Cirujano. Por tanto, la Dirección del CUNORI con base a las facultades que le otorga las Normas y Reglamentos de Legislación Universitaria **AUTORIZA** que el documento sea publicado como **Trabajo de Graduación** a Nivel de Licenciatura, previo a obtener el título de **Médico y Cirujano**.

Se extiende la presente en la ciudad de Chiquimula, el treinta de septiembre de dos mil catorce.

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”



MSc. Nery Waldemar Galdamez Cabrera
DIRECTOR
CUNORI - USAC



AGRADECIMIENTOS

A DIOS

A NUESTROS PADRES

A NUESTROS FAMILIARES

A NUESTROS CATEDRÁTICOS

AL COORDINADOR DE CARRERA Y DESTACADO CATEDRÁTICO

Dr. Edvin Danilo Mazariegos Albanés

AL REVISOR Y DESTACADO CATEDRÁTICO

Dr. Carlos Iván Arriola Monasterio

A NUESTRO ASESOR

Dr. Alejandro Parrilla Bosque

A LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

AL CENTRO UNIVERSITARIO DE ORIENTE CUNORI

Por brindarnos en sus instalaciones todo el conocimiento que hoy poseemos

AL HOSPITAL MODULAR DE CHIQUIMULA “CARLOS MANUEL ARANA OSORIO”

AL HOSPITAL REGIONAL DE ZACAPA

Por haber sido nuestro segundo hogar y donde fue posible formarnos como Médicas de ciencia y conciencia

A LA PERLA DE ORIENTE

Por su gente linda que cree en nuestras habilidades y que puso su salud en nuestras manos, que brindó su confianza y fueron libros abiertos para nuestra formación .

ACTO QUE DEDICO A:

A Dios Nuestro Señor y a la Santísima Virgen María: con Veneración y Devoción, por permitirme disfrutar la alegría de culminar satisfactoriamente y proyecto de estudio.

A mis padres: Héctor Antonio Salazar García y Vilma Leticia Mayén de Salazar con respeto, admiración y agradecimiento infinito, por su ejemplo y apoyo incondicional, por luchar conmigo, día a día; para ellos con todo mi amor.

A mis tíos: Lic. Edgar Domingo Conde Prera (†) y Licda. Ada Judith Mayén Solares, agradecimientos por su apoyo incondicional y sabios consejos.

A mis hermanos: Héctor Eduardo y Claudia Judith con amor fraternal.

A mis sobrinos: Juan Pablo y José Luis Mejía Salazar que este logro sea ejemplo para ellos, con infinito amor.

A mi familia: Agradecimiento a toda mi familia por su apoyo incondicional.

A mis catedráticos: Por brindarme sus conocimientos y hacer de mí una profesional con ética y valores.

A la Universidad de San Carlos de Guatemala: Crisol que transformando la materia prima del capital humano, nos convierte en profesionales útiles a la patria.

A mi casa de estudios: Centro Universitario de Oriente “CUNORI”.

A mis amigos y compañeros: por su aprecio.

Vilma Lucrecia Salazar Mayén.

ACTO QUE DEDICO A:

A Dios: Por la bella bendición de la vida, por la sabiduría que me otorgo y por ser quien guio mis pasos para cumplir con esta meta tan esperada.

A mis padres: Aída Ellington Gamboa, Ing Geol. Francisco Arturo Castellan Lemus.

Con respeto, admiración y agradecimiento infinito, por su amor, su ejemplo y apoyo incondicional, por luchar conmigo, día a día por cumplir otra meta más; para ellos con todo mi amor.

A mis hermanos: Victor Enrique Álvarez Ellington y Janici Naidin Álvarez Ellington quienes me demostraron su amor en todo momento. Espero ser un ejemplo para ellos.

A mi familia: Agradecimiento a toda mi familia,

A: Silvia Ileana Lemus Solorzano de Castellan por su apoyo.

Lester Hernán Guerra Guerra. Por sus consejos, ayuda, apoyo y amor incondicional.

A mis catedráticos: Por brindarme sus conocimientos y experiencias y por hacer de mí una profesional con ética y valores.

A mi casa de estudios: Centro Universitario de Oriente "CUNORI".

A mis amigos y compañeros: por su aprecio y apoyo incondicional.

Aida Victoria Ellington

ÍNDICE GENERAL

CONTENIDO

RESUMEN	i
INTRODUCCIÓN	ii
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	01
a. Antecedentes del problema	01
b. Hallazgos y estudios realizados	02
c. Definición del problema	05
II. DELIMITACIÓN DEL ESTUDIO	06
a. Delimitación teórica	06
b. Delimitación geográfica	07
c. Delimitación institucional	07
d. Delimitación temporal	07
III. OBJETIVOS	08
Objetivo general	08
IV. JUSTIFICACIÓN	09
V. MARCO TEÓRICO	11
CAPÍTULO I	11
5.1 RIESGO MATERNO INFANTILES	11
CAPITULO II	13
5.2 INSTRUMENTOS PARA EL TAMIZAJE DE RIEGOS OBSTETRICOS Y PERINATAL	13
CAPITULO III	19
5.3 EFICIENCIA	19
VI. DISEÑO METODOLÓGICO	21
a. Tipo de estudio	21
b. Área de estudio	21
c. Universo y muestra	21
d. Sujeto u objeto de estudio	22

e. Criterios de inclusión	22
f. Criterios de exclusión	22
g. Variables estudiadas	22
h. Operacionalización de las variables	23
i. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	24
j. Procedimiento para la recolección de la información	26
k. Plan de análisis	27
l. Procedimientos para garantizar los aspectos éticos de la investigación	28
m. Gráfica de Gantt	39
n. Recursos	30
a. Humanos	30
b. Físicos	30
c. Financieros	31
VII. PRESENTACION DE RESULTADOS	32
VIII. ANALISIS DE RESULTADOS	40
IX. CONCLUSIONES	45
X. RECOMENDACIONES	46
XI. PROPUESTA	47
XII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	50
XIII. ANEXOS	52

LISTADO DE SIGLAS Y ABREVIATURAS UTILIZADAS

OMS: Organización Mundial de la Salud

MSPAS: Ministerio de Salud Pública y asistencia social

CUNORI: Centro Universitario de Oriente

UCI: Unidad de Cuidados Intensivos

CA: Carretera al Atlántico

Km: Kilometro

INE: Instituto Nacional de Estadística

CLAP: Centro Latino Americano de Perinatología

ETS: Enfermedad de Transmisión Sexual

Hb: Hemoglobina

g: Gramos

CAP: Centro de Atención de Partos

PES: Parto Eutócico simple

N: Tamaño de la población

n: Tamaño de la muestra

Z: Desviación estándar para una prueba de dos colas

TÍTULO

Eficiencia de la “Hoja de Clasificación de Riesgo Obstétrico y Perinatal”, utilizada en el Hospital Regional de Zacapa.

SUBTÍTULO

Estudio descriptivo transversal, para el conocimiento de la Eficiencia del instrumento denominado “Hoja de Clasificación de Riesgo Obstétrico y Perinatal”, en pacientes con trabajo de parto activo, en los servicios de Emergencia y Labor y Partos del Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional de Zacapa; durante los meses de Julio a Agosto del 2014.

i. RESUMEN

Estadísticas de atención de parto del Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional de Zacapa para el año 2012; fueron de 4,454 pacientes. Registrando 725 complicaciones perinatales en madres con riesgos obstétricos, de los cuales 210 recién nacidos, ingresaron a Intermedios y 515 a la Unidad de Cuidados Intensivos. En su mayoría los factores de riesgo atribuidos a las complicaciones eran modificables.

Debido a este aumento de índices de morbilidad materno - infantil y ante la carencia de un abordaje para identificar estas pacientes con riesgos potenciales, se creó el instrumento denominado “Hoja de Clasificación Riesgo Obstétrico y Perinatal” con la finalidad de tamizar a las gestantes según riesgo, optimizar recurso humano, toma de decisiones pronta y oportuna para disminuir las complicaciones obstétricas y perinatales.

Se realizó un estudio descriptivo transversal en los servicios de emergencia, labor y partos y/o sala de operaciones del departamento de Ginecología y Obstetricia en pacientes con trabajo de parto activo con una muestra de 354.

Según datos obtenidos se concluye que la asignación de recurso humano, el manejo y la toma de decisiones oportuna con la información obtenida por el instrumento, cumplieron con el objetivo de disminuir del número de ingresos de recién nacidos a la unidad de Cuidados Intensivos (UCI) e intermedios, complicaciones obstétricas y perinatales con un porcentaje de eficiencia del 97%.

Considerando importante hacer del conocimiento a las autoridades del Hospital Regional de Zacapa, los médicos residentes que laboran en el Departamento de Ginecología y Obstetricia y Autoridades del Área de salud de Zacapa que es un instrumento eficiente y que puede utilizarse con seguridad y confianza.

ii. INTRODUCCIÓN

En Guatemala actualmente se cuenta con una tasa de natalidad muy alta que corresponde al 31.78%. Se sabe que la mayoría de estos embarazos ocurren en mujeres vulnerables a riesgo, jóvenes o de edad muy avanzada, bajo nivel económico y socio cultural lo que obliga al Ministerio de Salud Pública a considerar que todo embarazo es de riesgo. Esto teniendo en cuenta que uno de los indicadores más altos incluyendo las metas del milenio en sus objetivos 5 y 6 tiene como prioridad reducir la mortalidad infantil y mejorar la salud materna respectivamente.

En el Hospital Regional de Zacapa, durante el año 2012 se evidenció en las estadísticas anuales, un aumento notable de complicaciones obstétricas y perinatales, en pacientes que nunca llevaron control prenatal y aun así en algunas que si llevaron control prenatal. En su mayoría las causas fueron atribuidas a factores modificables, pero que por motivos socio- culturales, demográficos y de acceso a salud no se pudieron prevenir.

Por todo lo ya antes mencionado, en el año 2013, en el Hospital Regional de Zacapa se hizo un esfuerzo para identificar el riesgo obstétrico y perinatal y poder abordar problemas perinatales de forma lógica y racional, tamizar a las gestantes para poder asignar recursos de forma diferenciada en base al riesgo y lograr optimizar el recurso humano por medio de un instrumento que se denominó “Hoja de Clasificación de Riesgo Obstétrico y Perinatal” que fue utilizado desde hace un año atrás y sin embargo a la fecha no se ha evaluado.

El propósito de este trabajo fue monitorear la eficiencia de dicha hoja para poder utilizarla con plena seguridad y confianza, hacerle cambios de ser necesario y darle un mayor empuje.

El instrumento detectó de las 354 pacientes 301 casos de embarazos con alto riesgo donde en 291 boletas que fue equivalente al 97% evidencio que cumplía con la función para la cual fue diseñada.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

a. ANTECEDENTES

En 1977 la OMS en la publicación offset No. 39 presentó sintéticamente la metodología del enfoque, las etapas que deben de cumplirse y la fases que cada etapa implica sobre el riesgo en atención materno – infantil (Hernández y Lobato 2009).

Entendiendo el sentido de la palabra **riesgo** como la probabilidad de un **daño**. **Riesgo** es la probabilidad que tiene un individuo o un grupo de sufrir un daño. El **daño** es el resultado no deseado en función del cual se mide el riesgo (Hernández y Lobato 2009).

El riesgo puede ser **potencial** y **real**. **Riesgo potencial** es la probabilidad de producir daños que dependerán de cómo se presentan o asocian a otros factores (Clase social, nivel educativo, paridad y edad materna (Hernández y Lobato 2009).

Riesgo real es aquel que de todas maneras se va a producir y están incluidas las patologías obstétricas (hipertensión, diabetes, hemorragias, anemia, isoimmunización, etc. (Pazmiño 1981).

Así, por ejemplo, una paciente embarazada con Preclampsia, está expuesta a un riesgo muy elevado de complicaciones perinatales. Y el riesgo convenientemente medido expresa su necesidad actual de ayuda, de forma curativa preventiva y curativa (Pazmiño 1981).

Los ministerios de Salud Pública de Chile, México y El Salvador, tienen actualmente instrumentos para la detección de riesgo obstétricos a nivel prenatal, en el primer nivel de atención de salud; con el objetivo de disminuir complicaciones maternas y neonatales, pero no lo tienen en el segundo nivel de atención, que incluya la atención perinatal.

La “Hoja de Clasificación de Riesgo Obstétrico y Perinatal” fue creada por un consenso entre médicos ginecólogos y obstetras para uso en el Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional de Zacapa.

Es un instrumento aplicable a toda mujer embarazada que tiene como finalidad, tamizar de una manera fácil y rápida a las pacientes gestantes con trabajo de parto activo. Esto se lleva a cabo en el servicio de emergencia, para posteriormente identificarlas en el servicio de labor y partos como, alto y bajo riesgo. Con esta acción se optimiza el recurso humano, para tomar decisiones a tiempo y de esta forma disminuir la morbilidad perinatal, teniendo en cuenta que, cuando más precisa sean las mediciones del riesgo, más claramente se tomara la conducta médica y mejor será el resultado.

b. HALLAZGOS Y ESTUDIOS REALIZADOS

Estudio de casos y testigos en Quetzaltenango; sobre Análisis de los factores de Riesgo de mortalidad perinatal en zonas rurales de Guatemala. Casos obtenidos mediante una muestra aleatoria de todas las defunciones perinatales (definidas como las defunciones producidas entre la semana número 20 de embarazo y el día 28 después del parto) inscrita en el Registro Civil entre agosto de 1988 y julio de 1989 (Pazmiño 1981).

El testigo o control para cada caso, fue la madre correspondiente al nacimiento registrado a continuación del caso; siempre que el recién nacido hubiera vivido al menos 28 días. Selección de 120 casos y 120 testigos (Pazmiño 1981).

Las madres entrevistadas en sus hogares por médicos adiestrados, desde Febrero hasta Junio de 1990 (de año y medio a dos años después del nacimiento del hijo correspondiente (Pazmiño 1981).

Las entrevistas hechas en español o en la lengua indígena apropiada. El estudio arroja información sobre factores demográficos, antecedentes obstétricos, acontecimientos prenatales y tratamiento del embarazo y el parto. Cada cuestionario examinado por un médico, que asignó la causa probable de disfuncional caso (Pazmiño 1981).

En 14% de los casos se trataba de mortinatos previo a iniciarse el trabajo de parto. En alrededor de 42% de los casos, los niños murieron en el parto en las primeras 24 horas posparto. Las defunciones durante la primera semana de vida, representaron 29% del total. Aproximadamente 15% de las defunciones se produjeron entre los días 8 y 28 (Pazmiño 1981).

Se clasificaron 120 casos de acuerdo con las siguientes causas generales de defunción: asfixia, sepsis, parto prematuro y causa de otro tipo. La causa más frecuente fue la sepsis (34%), seguida por la asfixia (25%), el parto prematuro (20%) y otras causas (4%). No se pudo determinar una causa de la defunción en 17% de los casos, principalmente mortinatos ya fallecidos al iniciarse el trabajo de parto (Pazmiño 1981).

Analizadas por separado las variables sociodemográficas, los antecedentes obstétricos, los acontecimientos antes y durante el parto y los factores de tratamiento de las pacientes, para determinar los factores que predecían significativamente la mortalidad (Pazmiño 1981).

Los resultados revelan indicadores significativos de mortalidad perinatal, en una comunidad rural de Guatemala, donde, alrededor de 90% de los partos, son asistidos por parteras tradicionales. Las complicaciones del embarazo y el parto asociados con mortalidad, con mayor significación estadística, eran; el parto prematuro, las presentaciones anómalas y el trabajo de parto prolongado. Los riesgos atribuibles poblacionales de esas complicaciones, originaban proporciones considerables de la mortalidad perinatal observada (Pazmiño 1981).

En otros estudios realizados de carácter observacional descriptivo que evaluó la utilización de la tabla de Coopland modificada cuyo fin primordial era la clasificación y diagnóstico de los embarazos de alto riesgo obstétrico, el estudio se realizó en seis centros asistenciales : Clínica de control prenatal y consulta externa del hospital Roosevelt , maternidades cantonales de las zonas 13 y 19 y los centros de salud de las zonas 8, 19, 21; los cuales tomaron un total de 600 pacientes, los datos se obtuvieron al momento de la entrevista con el paciente utilizando la escala de la tabla de Coopland Modificada que consiste en un conjunto e características detectables en mujeres embarazadas con alto riesgo obstétrico (Velázquez 1997).

Encontraron que el 24% de la población estudiada era de alto riesgo, confirmaron la veracidad de los diagnósticos de alto riesgo, haciendo una comparación del criterio de los médicos obstetras con la tabla de Coopland, en la cual coincidieron el 61% de los casos (Velázquez 1997).

Comprobaron que la Tabla de Coopland Modificada, puede ser utilizada en cualquier centro asistencial de salud, para clasificar y diagnosticar embarazos de alto riesgo obstétrico en pacientes que acuden a control prenatal, para poder diagnosticar de una manera precoz el riesgo que incrementa la morbimortalidad tanto materna como infantil y brindar así un tratamiento y conducta adecuada (Velázquez 1997).

c. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

Las estadísticas de atención de parto en el departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional de Zacapa para el año 2012; fueron de 4,454 pacientes. De estas pacientes ingresadas, se registraron 725 complicaciones perinatales en madres con riesgos obstétricos, de los cuales 210 recién nacidos, ingresaron a la unidad de cuidados intermedios y 515 a la unidad de cuidados intensivos pediátricos.

Se consideró que las complicaciones obstétricas y perinatales fueron causadas por factores en su mayoría modificables tales como: Pacientes que no llevaron control prenatal, control prenatal inadecuado, problemas socioeconómicos de acceso a servicios de salud, factores biológicos, enfermedades degenerativas, y otros.

En abril del 2013 se implementó la Hoja de Riesgo Obstétrico y Perinatal en el Hospital Regional de Zacapa en el Departamento de Ginecología y Obstetricia con el fin de poder llevar un control de pacientes con trabajo de parto activo, para poder establecer inmediatamente los riesgos de complicaciones materno – infantil.

Desde la introducción del mencionado instrumento a la fecha, no se había realizado ninguna determinación de la eficiencia de este; así como tampoco se había realizado una metodología discriminatoria sobre la clasificación de los embarazos en alto riesgo y riesgo asociada al instrumento ya en uso; de esto se derivó la inquietud de la siguiente interrogante:

¿Es la Hoja de Clasificación de Riesgo Obstétrico y Perinatal, eficiente para el diagnóstico y disminución de complicaciones, en embarazos con riesgo obstétrico y perinatal?

II. DELIMITACIÓN DEL ESTUDIO

a. DELIMITACIÓN TEÓRICA

Estudio Clínico, donde se realizó evaluación experimental de una técnica diagnóstica aplicada a seres humanos que pretendía valorar su eficacia y seguridad, cuyo objetivo fue determinar la eficiencia del instrumento denominado “Hoja de Clasificación de Riesgo Obstétrico y Perinatal”, el cuál detecta embarazos con riesgo potencial.

b. DELIMITACIÓN GEOGRÁFICA

El Departamento de Zacapa se encuentra situado en la región Nororiente de Guatemala, limita al Norte con los departamentos de Alta Verapaz e Izabal; al este con la República de Honduras; al Sur con los departamentos de Chiquimula y Jalapa; al Oeste con el departamento de El Progreso. Cuenta con una superficie total de 2,960 kilómetros cuadrados, se ubica aproximadamente a 185 metros sobre el nivel del mar (Luna 2011).

Tiene una población actual de 218,000 habitantes, sus idiomas oficiales son el Español y Ch’orti’ (Luna 2011).

El estudio se realizó en la ciudad de Zacapa, cabecera del departamento del mismo nombre. La ciudad de Zacapa se encuentra a 156 Km. de la ciudad capital por la carretera CA- 9 en la cual al llegar al Km. 136 en la jurisdicción de Río Hondo proviniendo del oeste se bifurca y se sigue la CA – 10 por donde 12 Km. después se llega al Caserío Puente Blanco, de allí por la ruta nacional 20 en dirección noreste hay 3 Km. aproximadamente a la ciudad. En el parque frente al templo parroquial 220 msnm, latitud 14°58’21``, longitud 89° 32’44``. Clima cálido y seco, topografía poco montañosa. El Departamento de Zacapa se divide en 11 municipios Zacapa, Estanzuela, Río Hondo, Gualan, Teculután, Usumatlán, Cabañas, San Diego, Huixtán, San Jorge y La Unión (Luna 2011).

Según información de la oficina del Instituto Nacional de Estadística (INE) el Departamento de Zacapa para el 2004 tenía una población de 200,167 personas con una proyección para el 2007 de 211,117 personas. Según el censo elaborado en el 2004 del total de la población 98,669 eran hombres y 101,498 mujeres; y por grupos de edad 100,993 pertenecieron al grupo entre 0 y 19 años y 31,711 tienen entre 20 y 29 años (Luna 2011).

c. DELIMITACIÓN INSTITUCIONAL

El estudio se realizó en el área de la emergencia, labor y partos y/o sala de operaciones del Hospital Regional de Zacapa, el cual fue fundado el 8 de marzo de 1959, situado en la cabecera departamental, ubicada en el Barrio el Cementerio de la ciudad de Zacapa. El acuerdo gubernativo del 7 de septiembre de 1908 indicó que se establezca el Hospital de Zacapa. El 9 de noviembre de 1908 erogó la cantidad necesaria para completar los gastos de inauguración del Hospital. El acuerdo gubernativo del 30 de junio de 1927 contiene la aprobación del respectivo reglamento. Fue inaugurado el 8 de marzo del año de 1959 por el Presidente Miguel Idígoras Fuentes, su primer director fue el Dr. Otto Brolo Hernández. En la actualidad es Hospital Nacional, a cargo del Ministerio de Salud Pública y Asistencia social (MSPAS). En la cabecera está asimismo, la sede de la región II, Jefatura Regional Sanitaria, el cual atiende a la población de la región: El Progreso, Izabal, Zacapa y Chiquimula (Luna 2011).

d. DELIMITACIÓN TEMPORAL

El estudio se realizó durante los meses de febrero a septiembre del año 2014.

Recolección de información estadística de los ingresos años 2012, 2013, y meses de enero a junio 2014.

Observación directa de aplicación del instrumento de julio - agosto.

III. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Conocer la eficiencia de la “Hoja de Clasificación de Riesgo Obstétrico y Perinatal” utilizada en pacientes con trabajo de parto activo en el departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional de Zacapa.

IV. JUSTIFICACIÓN

Según datos proporcionados por La Organización Mundial de la Salud cada año unos 50 millones de mujeres se ven afectadas por complicaciones agudas del embarazo, de éstas, 18 millones sufren secuelas a largo plazo incapacitantes. Se observa una notoria diferencia, entre regiones y grado de desarrollo; siendo la mayor presencia de complicaciones perinatales en países en vías de desarrollo (Oliva 2011).

Debido a las condiciones socioculturales, demográficas y de acceso a los servicios de salud en nuestro medio, muchas pacientes gestantes, no llevan un adecuado control prenatal o nunca llevan control prenatal. A pesar de las distintas acciones que el Ministerio de Salud Pública realiza, para la atención materno infantil, no se logra cubrir en su totalidad a la población vulnerable, representando esto un problema de salud pública, ya que la población antes mencionada, cuando consultan al primer nivel de atención de salud en su última fase de embarazo o bien en trabajo de parto activo y se detecta un riesgo obstétrico o perinatal son referidas al Hospital, donde al momento de ingreso, se desconoce en su totalidad la evolución y control del embarazo (Oliva 2011).

Debido al aumento de índices de morbilidad materno - infantil en el Hospital Regional de Zacapa y ante la carencia de un abordaje para identificar estas pacientes con riesgos potenciales, se creó este instrumento el cual se denominó “La Hoja de Riesgo Obstétrico y Perinatal” que tiene como finalidad obtener de una manera fácil y rápida datos que permitan detectar riesgos obstétricos o perinatales instantáneamente al ingreso de la paciente gestante con trabajo de parto activo.

Actualmente hay pocos estudios documentados sobre instrumentos para detección de riesgo obstétrico, y además son únicamente aplicables a nivel prenatal, no así estudios documentados sobre instrumentos aplicables a nivel perinatal.

La inquietud que motivó para realizar el presente estudio, es debido a que la “Hoja de Clasificación de Riesgo Obstétrico y perinatal” es un instrumento creado para uso propio en el Hospital Regional de Zacapa, de uso diario y de vital importancia para la toma de decisiones y manejo de las pacientes, es nuevo, tiene un año de haber sido implementado; además nunca se habían realizado estudios para conocer su eficiencia y así poder valorar si había cumplido la meta de disminuir en mayor porcentaje las complicaciones obstétricas y perinatales derivadas del riesgo. Por esta razón después de un año de estar siendo utilizado resultó importante conocer la eficiencia de dicho instrumento para que pueda ser utilizado con plena seguridad.

V. MARCO TEÓRICO

CAPITULO I

5.1 RIESGOS MATERNO INFANTILES

Según datos proporcionados por La Organización Mundial de la Salud cada año unos 50 millones de mujeres se ven afectadas por complicaciones agudas del embarazo, de estas, 18 millones sufren secuelas a largo plazo incapacitantes (Maurice 1985).

Se observa una notoria diferencia, entre regiones y grado de desarrollo; siendo la mayor presencia de complicaciones perinatales en países en vías de desarrollo. Cada día pierden la vida 1,500 mujeres por complicaciones de embarazo, parto y postparto (Oliva 2011).

En Guatemala en los últimos nueve años han muerto 2,431 mujeres como consecuencia de complicaciones en el embarazo, parto y puerperio, muchas de ellas prevenibles (Maurice 1985).

Guatemala tiene una de las tasas de fecundidad más altas de los países de América Central. Si se toma en cuenta que una cuarta parte de esa fecundidad es no deseada, se hace evidente el desafío que representa el hecho que menos de la mitad de las mujeres en unión, utilicen algún método moderno de planificación familiar. La salud de las mujeres también se complica con el hecho de que solo la mitad de las mujeres guatemaltecas tiene sus partos asistidos por personal médico.

En Guatemala todo embarazo se considera de riesgo, sin embargo existen factores que exigen una vigilancia más estrecha.

Se clasifica como embarazo de alto riesgo aquel en que se tiene la certeza o probabilidad de estados patológicos o condiciones anormales concomitantes con la gestación y el parto que aumentan los peligros para la salud de la madre o del producto, o bien, cuando la madre procede de un medio socioeconómico precario.

Hablando propiamente de Zacapa, las estadísticas de atención de parto en el departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional para el año 2,012; fueron de 4,454 pacientes. De estas pacientes ingresadas, se registraron 725 complicaciones perinatales en madres con riesgos obstétricos, de los cuales 210 recién nacidos, ingresaron a la unidad de cuidados intermedios y 515 a la unidad de cuidados intensivos pediátricos (Ortiz 2014).

Se considera que las complicaciones obstétricas y perinatales fueron causadas por factores en su mayoría modificables tales como: Pacientes que no llevaron control prenatal, control prenatal inadecuado, problemas socioeconómicos de acceso a servicios de salud, factores biológicos, enfermedades degenerativas, etc.

Por esto, para poder tamizar a las gestantes y clasificarlas según la Organización Mundial de la Salud se debe identificar los siguientes factores (anexo 5):

- Antecedentes generales.
- Antecedentes personales patológicos.
- Antecedentes obstétricos patológicos.
- Antecedentes socioculturales.

Y así poder cumplir con las metas de Milenio que en sus objetivos 5 y 6 incluyen como prioridad reducir la mortalidad infantil y mejorar la salud materna.

CAPITULO II

5.2 INSTRUMENTOS PARA EL TAMIZAJE DE RIESGO OBSTETRÍCO Y PERINATAL

Guatemala no cuenta con un instrumento validado para la identificación del riesgo obstétrico. El control prenatal es un programa de tamizaje multifásico, en el que se identifica el riesgo obstétrico de la paciente, con el fin de generar la atención específica que ésta necesite con base en el riesgo identificado.

El control prenatal es la prueba tamiz para detectar el alto riesgo obstétrico durante el embarazo. Actualmente no se ha validado con criterio científico un instrumento que se pueda utilizar en pacientes que no acudan a consulta prenatal como herramienta de tamizaje del riesgo obstétrico.

Para complicar aún más la evaluación del control prenatal, hay un efecto variable según las poblaciones. No existe ninguna duda sobre la amplia aceptación que tiene el control prenatal en el país. Aunque existe un consenso general sobre muchos factores prenatales y perinatales que aumentan el riesgo obstétrico, no se encuentra en la literatura un acuerdo que permita calcular tal grado de riesgo. Algunos de los registros disponibles comercialmente se han incorporado a los sistemas de puntuación de alto riesgo con el fin de clasificar a las pacientes en categorías de alto y bajo riesgo.

Actualmente en América, se realiza el control prenatal con el diligenciamiento del formato del Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP), el cual, más que una herramienta para identificar el riesgo obstétrico, es un formulario para su base de datos. En la actualidad el país no cuenta con un instrumento validado para la identificación del riesgo obstétrico (Ordoñez 2005).

En 1987, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de Poblaciones de las Naciones Unidas, lanzaron la estrategia de maternidad segura y, en 1990, se llevó a cabo la XXIII Conferencia Sanitaria Panamericana, en la cual se reconoció la importancia de la mortalidad materna, y se aprobó la resolución en apoyo del plan de acción regional para la reducción de la mortalidad materna en América Latina y el Caribe (Ordoñez 2005).

El control prenatal es, por excelencia, la prueba tamiz para detectar el alto riesgo obstétrico durante el embarazo. Es muy importante diferenciar la población obstétrica que tiene más riesgo de presentar mayor morbilidad y/o mortalidad, porque con base en esta identificación se toman las decisiones que permitan evitar tal desenlace. Con base en esta observación se encuentra que durante el control prenatal hay dos procesos: el primero es la identificación del riesgo por medio de una herramienta diagnóstica, y el segundo es la toma de conductas específicas con cada paciente, aplicando bien sea la evidencia científica o las normas y protocolos existentes (Ordoñez 2005).

Es muy importante que la herramienta utilizada para establecer el riesgo obstétrico cuente con la suficiente sensibilidad y especificidad; la alta sensibilidad es para que pacientes con riesgo real no dejen de ser identificadas como tales, y la alta especificidad es para evitar que pacientes que no tienen riesgo, sean tratadas como si lo tuvieran, pero ¿Qué pasa con las pacientes que por razones socioculturales no tienen acceso a control prenatal? Estas son la mayoría de las personas de clase vulnerable las cuales en caso de complicación son transferidas de los centros de salud a un centro de segundo o tercer nivel, siendo para el personal médico de estos niveles el caso de la paciente desconocido en su totalidad. Debido a lo anterior surge la necesidad de otro sistema (Ordoñez 2005).

Algunos sistemas dan un valor numérico a los factores de riesgo, en dependencia de la severidad de estos, con una puntuación total que supone la gravedad del problema potencial, otros sistemas identifican a las gestantes de riesgo mediante una evaluación cuidadosa de la historia médica obstétrica de las gestantes (Oliva 2011).

Las puntuaciones ayudan al médico encargado de la atención de la paciente a seleccionar las gestantes de riesgo y permiten elaborar un pronóstico del embarazo (Oliva 2011).

La identificación fácil y rápida de los factores de riesgo debe permitir iniciar el manejo adecuado de cada caso en particular, que determine la presencia de cualquier complicación que haga que de bajo riesgo se convierta en alto riesgo (Oliva 2011).

En el país cercano de México se llega a un consenso donde deciden hacer la siguiente clasificación:

- **Riesgo bajo o riesgo 0:** Todas las gestantes en las cuales no haya sido posible identificar ninguno de los factores de riesgo que se detallaron en los niveles siguientes, se considera que en este caso las posibilidades de obtener un neonato sano son máximas (Hernández y Lobato 2009).
- **Riesgo mediano o riesgo 1:** Gestantes portadoras de factores patológicos muy frecuentes, pero de baja sensibilidad y especificidad (Hernández y Lobato 2009).
- **Riesgo alto o riesgo 2:** Gestantes con factores de riesgo relativamente frecuentes, con una sensibilidad y especificidad notable (Hernández y Lobato 2009).

- **Riesgo muy alto o riesgo 3:** Gestantes con factores de riesgo poco frecuentes, pero en una alta sensibilidad y especificidad. Estas mujeres requieren atenciones especiales e internamiento casi sistemático (Hernández y Lobato 2009).

FACTORES DE RIESGO 1 (MEDIANO RIESGO)	
Anomalía pélvica	Condiciones socioeconómicas desfavorables Embarazo no deseado Esterilidad previa Fumadora Hemorragia en el primer trimestre. Gran multiparidad Riesgo de ETS
Cardiopatía I	
Insuficiente control prenatal	
Edad < 17 o > 35 años	
Fecha de última regla incierta	
Gestante con factor Rh negativo	
Ganancia ponderal excesiva o insuficiente	
Infección urinaria baja o bacteriuria asintomática	
Obesidad mórbida	
Periodo intergenésico < 12 meses	

FACTORES DE RIESGO 2 (ALTO RIESGO)	
Embarazo prolongado	Endocrinopatía
Hemorragia en el segundo y tercer trimestre	Hidramnios
Oligohidramnios	Historia obstétrica desfavorable
Sospecha de malformación fetal	Infección materna: hepatitis B y C, toxoplasmosis, pielonefritis, rubeola, estreptococos B. Hemolítico, Virus de
Cirugía uterina previa	Inmunodeficiencia Humana y
Diabetes gestacional	Citomegalo Virus.
Embarazo gemelar	Obesidad mórbida
Presentación distócica	Preclampsia leve
Hipertensión leve	
Anemia grave (<9.5mg/l Hb)	

FACTORES DE RIESGO 3 (MUY ALTO RIESGO)	
Amenaza de parto pre término	Patología asociada grave
Rotura prematura o pre terminó de membranas	Crecimiento intrauterino restringido
Cardiopatía III y IV	Diabetes pre gestacional (I y II)
Pre-eclampsia grave	Isoinmunización.
Drogadicción y alcoholismo	Placenta previa
Gestación múltiple (más de 2)	
Mal formación uterina	
Mal formación fetal confirmada	

La identificación de más de un factor de riesgo supone la clasificación del caso en el nivel correspondiente al factor de mayor importancia. El nivel de riesgo se debe revisar en el momento del parto (Hernández y Lobato 2009).

En el año 2013 surge la idea al Dr. William Paredes de adoptar los criterios anteriores y crear la hoja de clasificación de riesgo obstétrico perinatal, la cual fue planteada al departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional de Zacapa y luego de un consenso entre médicos Gineco-Obstetras, llegan a un acuerdo donde deciden adoptar este sistema de tamizaje en la emergencia de Ginecología y Obstetricia para la captación y clasificación de riesgo en las pacientes para el mejor manejo de estas.

CAPITULO III

5.3 EFICIENCIA

La palabra eficiencia puede ser aplicada a varios campos y darle un uso en particular, pero no por eso deja de tener el mismo sentido (Gonzales 2011).

La eficiencia es un adjetivo de naturaleza cualitativa, aplicable a los procesos logísticos o cualquier área en general, pues en condiciones ordinarias se inclina a la optimización; lo que implica eficiencia y en condiciones extraordinarias se debe cumplir la misión aún a costa de los medios, sin llegar a convertirse en victorias pírricas; es importante entender, que la eficacia no es un defecto, pues una alta eficiencia depende de seguir estrictamente los lineamientos de la planificación, pero es conocido que la planificación debe ser flexible, pues existen variables influyentes, especialmente las del entorno que producen cambios que de no poderse actuar en ellos podrían producir el fracaso, es en estas contingencias donde la eficacia se impone (Gonzales 2011).

Es sumamente importante entonces y entendiendo que existe una brecha entre lo establecido por la Real Academia y su utilización ordinaria a nivel gerencial y en los postgrados del área, adherir ambas realidades (Gonzales 2011).

Para fines del presente estudio se tomará el concepto según la Real Academia Española donde eficiencia es la capacidad de disponer de alguien o de algo para conseguir un efecto determinado (RAE 2008).

A raíz de esto, la eficiencia para el presente estudio será medida de acuerdo a la creación de un índice de elaboración propia el cual se valoró en base al nivel de riesgo que asigna cada columna del instrumento a las pacientes en estudio.

Se asignó una puntuación a cada columna de la primera parte del instrumento en estudio de la siguiente forma:

Primera columna “A” que describe antecedentes patológicos equivalente a 6 puntos de riesgo.

Segunda columna “B” que describe antecedentes Gineco- Obstétricos equivalente a 3 puntos de riesgo.

Tercera columna “C” que describe factores socio-culturales equivalente a 1 punto de riesgo.

Obteniendo una escala de 1 a 10 puntos, donde **> 4 puntos** equivale a pacientes en alto riesgo y **< 4 puntos** pacientes sin alto riesgo (anexo 1).

VI. DISEÑO METODOLÓGICO

a. TIPO DE ESTUDIO

Estudio descriptivo transversal

b. ÁREA DE ESTUDIO

La investigación se llevó a cabo en los servicios de emergencia, labor y partos y/o sala de operaciones del departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional de Zacapa.

c. UNIVERSO O MUESTRA

En base a las estadísticas de los años de 2012 y 2013, la cantidad de pacientes que acudieron a la emergencia de ginecología y obstetricia con trabajo de parto activo, fue de 10,193. Tomando como referencia este valor, se tomó una muestra de 354 pacientes aleatorios que asistieron al hospital regional de Zacapa durante los meses de julio - agosto de 2014.

Se determinó la muestra con un 0.5 de éxito y fracaso utilizando para ello la siguiente formula.

$$n = \frac{0.25N}{\left(\frac{\alpha}{z}\right)^2 (N - 1) + 0.25}$$

Donde N representa el promedio de mujeres con trabajo de parto activo en el 2012 y 2013 con un total de 10,193 pacientes, n es igual al tamaño de la muestra que corresponde a 354 pacientes. α es equivalente a 0.05 grados de error, Z es igual al valor sobre la curva equivalente a 1.96.

d. **SUJETO U OBJETO DE ESTUDIO**

Pacientes que acudieron a la emergencia de Ginecología y Obstetricia con trabajo de parto activo.

e. **CRITERIOS DE INCLUSIÓN:**

- Pacientes que acudieron a la emergencia de Ginecología y Obstetricia con trabajo de parto activo que llevaron o no llevaron control prenatal.

f. **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:**

- Pacientes que acudieron a la emergencia de Ginecología y Obstetricia que no estaban en fase de trabajo de parto activo.
- Pacientes que acudieron a la emergencia de Ginecología y Obstetricia por otras patologías ginecológicas u obstétricas que no fueron trabajo de parto activo.

g. **VARIABLES ESTUDIADAS:**

- **Variable independiente:**

Paciente con trabajo de parto activo y el neonato

- **Variable Dependiente:**

Eficiencia de la “Hoja de Clasificación de Riesgo Obstétrico y perinatal”.

h. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Definición	Indicador	Tipo de variable	Escala de Medición
Gestantes con trabajo de parto activo y el neonato	Cuando la paciente tiene aumento en intensidad y frecuencia de contracción con una dilatación del cuello uterino de 4cm o más. Neonato: Periodo en el tiempo desde que nace un recién nacido hasta los 28 días de vida.		Cualitativa	Nominal
Eficiencia de la "Hoja de Clasificación de Riesgo Obstétrico y perinatal"	Eficiencia es la capacidad de disponer de alguien o de algo para conseguir un efecto determinado. Eficiencia basada en la "Hoja de clasificación de riesgo obstétrico y perinatal" se desea saber si el instrumento está cumpliendo con el objetivo para el cual fue diseñado.	<ul style="list-style-type: none"> • Antecedentes médicos • Antecedentes Gineco Obstétricos • Factores sociales 	Cualitativo	Nominal

i. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La “Hoja de Clasificación de Riesgo Obstétrico y Perinatal” de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional de Zacapa en su primera parte, cuenta con datos generales de la paciente los cuales incluyen:

- Nombre
- Edad
- Fecha
- Lugar de residencia
- Registro médico

En su segundo apartado cuenta con tres columnas en las cuales clasificadas de la siguiente manera:

Primera columna “A” describe antecedentes patológicos equivalente a 6 puntos de riesgo.

Segunda columna “B” describe antecedentes Gineco- Obstétricos equivalente a 3 puntos de riesgo.

Tercera columna “C” describe factores socio-culturales equivalente a 1 punto de riesgo.

Obteniendo una escala de 1 a 10 puntos, donde **> 4 puntos** equivale a pacientes en alto riesgo y **< 4 puntos** pacientes sin alto riesgo. (anexo1)

En el tercer apartado incluye el tipo de parto incluyendo los tipos.

- Parto Eutócico Simple (PES)
- Cesárea
- Fórceps

Datos del recién Nacido que son los resultados obtenidos al momento del alumbramiento fetal incluyendo.

- Estado al nacer: Bueno, malo, muerte
- APGAR: al primer y 5 minutos
- Líquido amniótico: claro, meconio, fétido
- Peso
- Ingreso a encamamiento general de maternidad junto con la madre, intermedios, intensivo

Complicaciones obstétricas en caso de haberse presentado.

- Atonía uterina
- Rasgadura
- Retención de restos placentarios
- Muerte
- Distocia

j. **PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN**

Se solicitó autorización al director del Hospital Regional de Zacapa, al comité de docencia y al Jefe del Departamento de Ginecología y obstetricia por medio de una carta, para poder ingresar a los servicios de emergencia, labor y partos y/o sala de operaciones, para realizar el estudio con las pacientes en fase de trabajo de parto activo, se solicitó autorización escrita a las pacientes ingresadas que cumplieron con el criterio de inclusión para ser aplicada en ellas la “Hoja de Clasificación de Riesgo Obstétrico y Perinatal”, donde el primer integrante del grupo procedió a copiar textualmente de la hoja del residente la primera parte del instrumento, en esta se obtuvieron datos como nombre, registro, diagnóstico de la paciente.

También se marcaron con un resaltador amarillo fluorescente los antecedentes patológicos, gineco-obstétricos y socioculturales que la paciente refirió positivos.

Como siguiente paso el segundo integrante del grupo estuvo presente, dependiendo del caso, en la sala de labor y partos o sala de operaciones, quien procedió a recolectar la información de la segunda parte del instrumento en estudio, donde se anotó textualmente de la hoja del residente el tipo de parto, los datos del recién nacido, el estado del recién nacido al nacer si fue bueno, malo o muerte, el Apgar que el residente de pediatría o externo informó al minuto y cinco minutos, el líquido amniótico si fue claro, meconial, o fétido, el peso del recién nacido y si fue alojado o no a los siguientes servicios: Encamamiento general junto con la madre, intermedios, e intensivo.

También se registró en el instrumento las complicaciones obstétricas que se presentaron tales como: atonía uterina, rasgadura, retención de restos placentarios, muerte, distocia o ninguna.

Todo lo antes mencionado se llevó a cabo de lunes a viernes de 8:00 am a 16:00 pm.

k. PLAN DE ANÁLISIS

Una vez obtenidos los datos en la boleta, se creó una base de datos en donde se realizó un vaciado ficha por ficha para la creación de un archivo digital, con el cual se realizó el procesamiento y el análisis de resultados. Para la creación de la base de datos se utilizó Microsoft Excel 2010, así como también para el proceso de graficación Excel y EpiInfo 7. Clasificando a las pacientes según el índice donde se asignó una puntuación a cada columna de la primera parte del instrumento en estudio de la siguiente forma:

Primera columna “A” que describe antecedentes Patológicos equivalente a 6 puntos de riesgo.

Segunda columna “B” que describe antecedentes Gineco- Obstétricos equivalente a 3 puntos de riesgo.

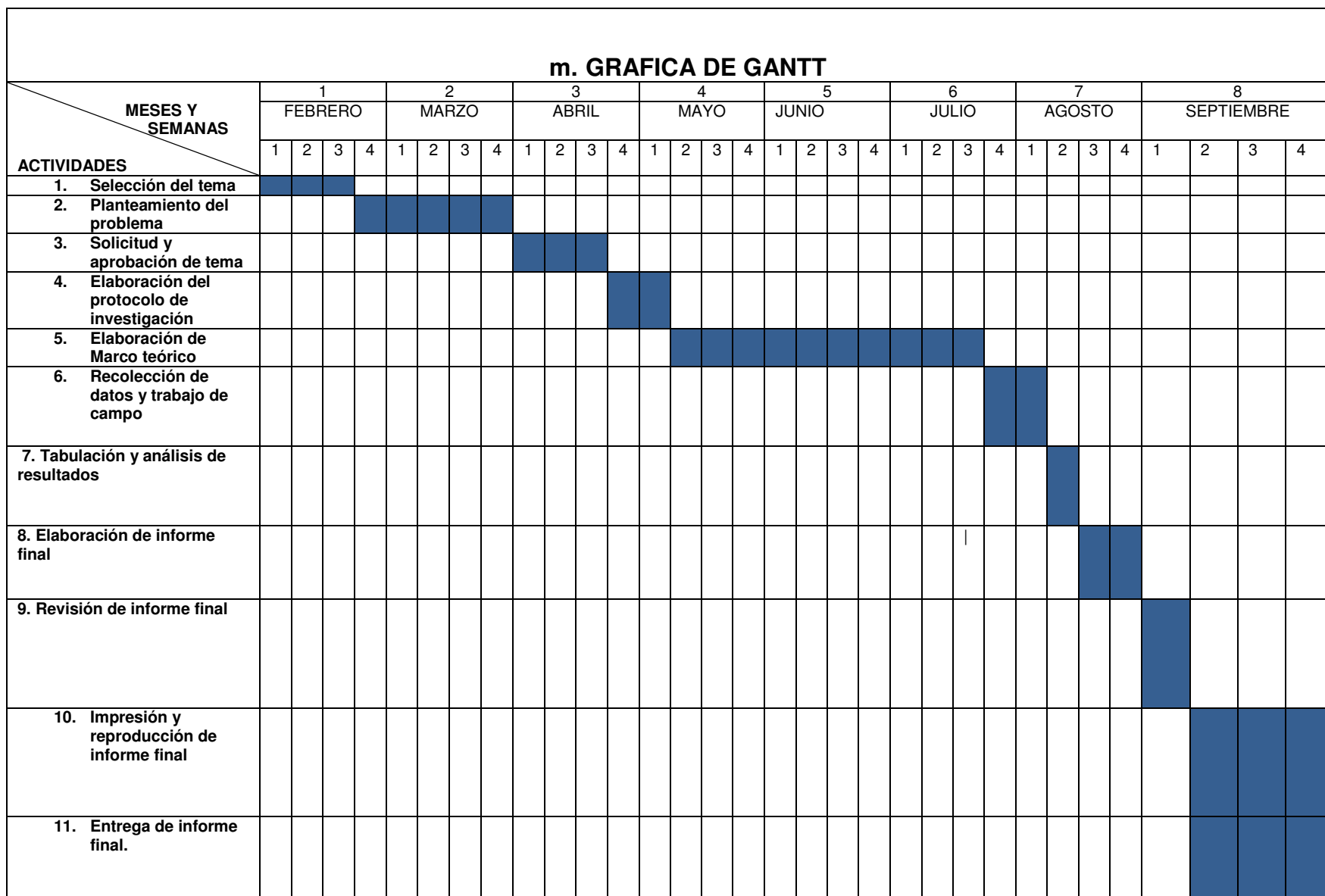
Tercera columna “C” que describe factores socio-culturales equivalente a 1 punto de riesgo.

Obteniendo una escala de 1 a 10 puntos, donde **> 4 puntos** equivale a pacientes en alto riesgo y **< 4 puntos** pacientes sin alto riesgo (anexo 1).

Los datos obtenidos se tabularon y analizaron en base a las pacientes que se registraron como alto riesgo, se compararon los resultados obtenidos con la segunda parte del instrumento tales como: Tipo de parto, estado del recién nacido al nacer en base al Apgar, líquido amniótico, peso, si fue ingresado a intensivos o intermedios y las complicaciones post parto. Lo que permitió detectar si en base a el sistema de alarma que activo el instrumento al detectar el alto riesgo, hubo una pronta toma de decisiones, un manejo oportuno, optimización de recurso humano lo cual nos daría como resultado disminución de complicaciones obstétricas y perinatales de ser así el instrumento cumplió con función para la cual fue diseñado, evidenciando así su eficiencia.

I. PROCEDIMIENTOS PARA GARANTIZAR LOS ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN

Se solicitó el consentimiento escrito a las pacientes ingresadas para atención de parto en el servicio de labor y partos y/o sala de operaciones del Hospital Regional de Zacapa, explicándole a la paciente el objetivo de la hoja de calificación de Riesgo obstétrico y perinatal (anexo 3).



FUNTE: ELABORACIÓN PROPIA

n. RECURSOS:

a. HUMANOS:

- 2 investigadores
- 1 asesor
- 1 revisor

b. FÍSICOS:

Material y suministros:

- Fotocopias de boleta de recolección de datos y consentimiento informado
- Internet
- Útiles de oficina

Mobiliario y equipo:

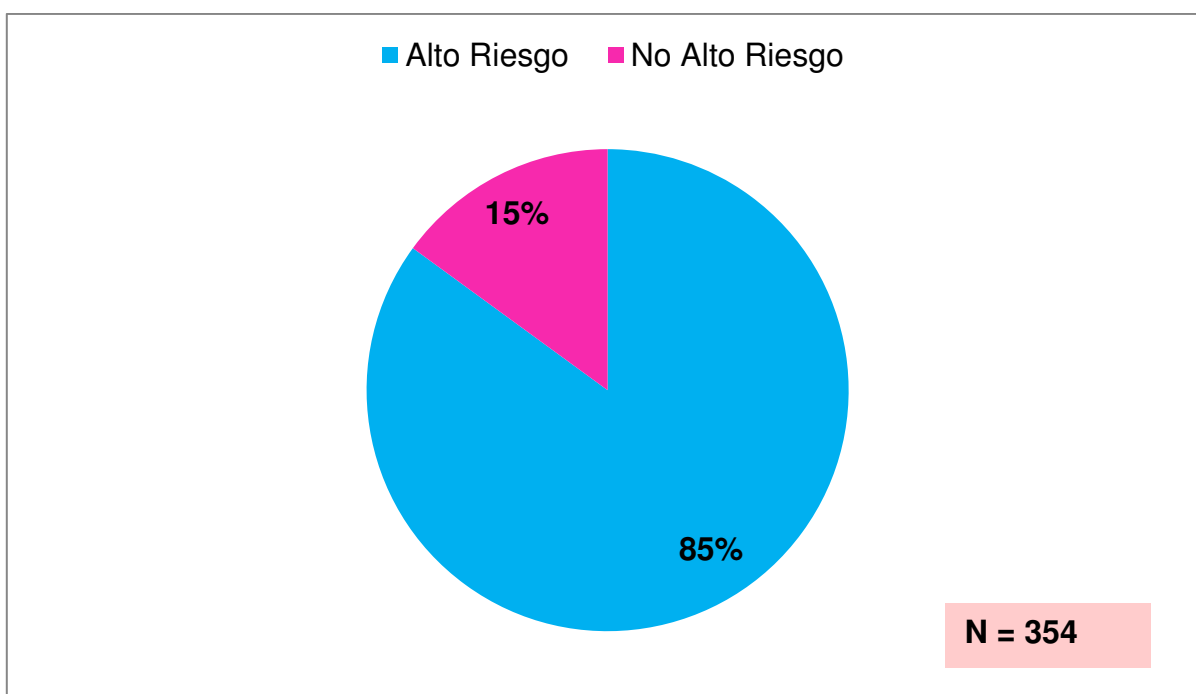
- 2 computadoras y 1 impresora
- Fotocopiadora
- Tinta para impresora
- Esfigmomanómetro
- Estetoscopio
- Cintra métrica
- Doppler
- Balanza
- Altímetro

c. FINANCIEROS

1. Papelería	Q 400.00
2. Fotocopias	Q 400.00
3. Impresiones	Q 600.00
4. Empastados	Q 450.00
5. Servicio de internet	Q 500.00
6. Transporte	Q 1000.00
7. Alimentación	Q 1000.00
8. Doppler marca Sonotrax	Q 600.00
TOTAL	Q 4,950.00

VII. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

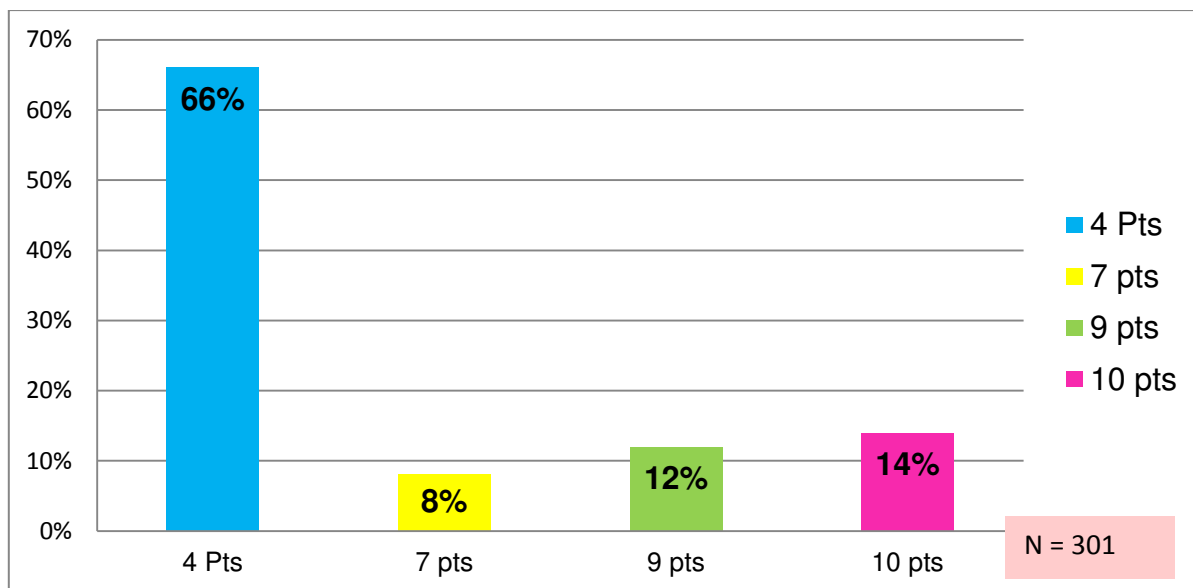
GRÁFICA 1. Distribución del nivel de riesgo según la “Hoja de Clasificación de Riesgo Obstétrico y Perinatal”, en pacientes con trabajo de parto activo que asistieron a la Emergencia del Hospital Regional de Zacapa, en los meses de julio a agosto del 2014.



Fuente: Boleta de Tamizaje de Riesgo Obstetrico –Perinatal Ginecología Obstetricia, Emergencia Hospital Regional de Zacapa.

De las 354 pacientes que acudieron a la Emergencia del Hospital Regional Zacapa se detectó que 85% (301 pacientes) presentaron alto riesgo y el 15% (53 pacientes) no tuvieron alto riesgo.

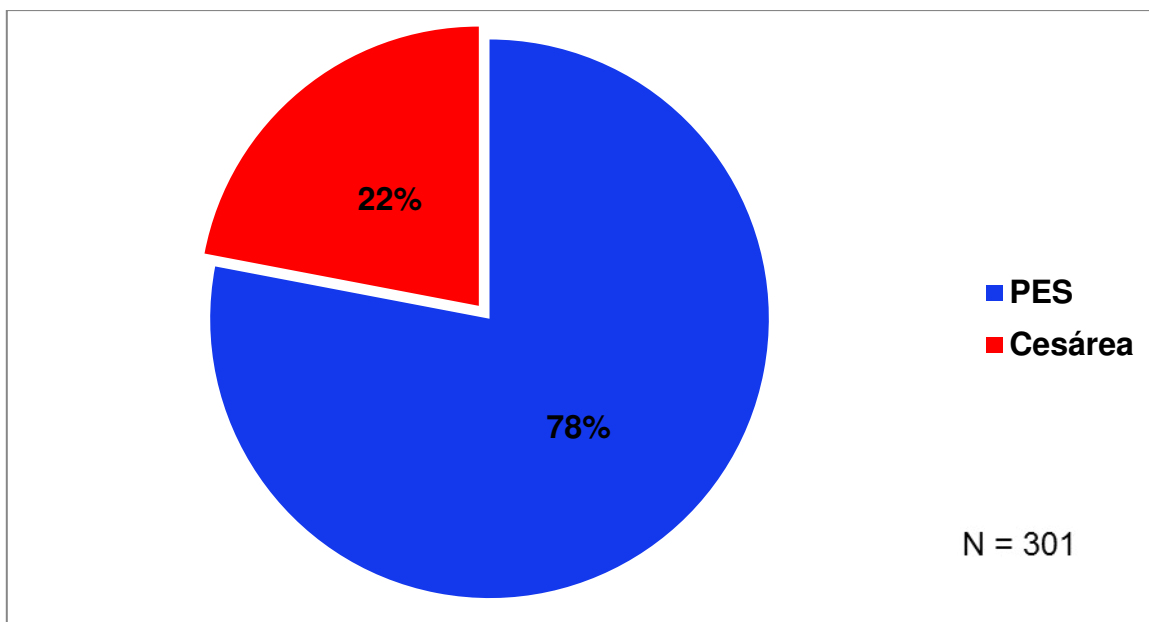
GRÁFICA 2. Distribución del nivel de riesgo según la “Hoja de Clasificación de Riesgo Obstétrico y Perinatal”, en pacientes clasificadas con alto riesgo con trabajo de parto activo que asistieron a la Emergencia del Hospital Regional de Zacapa, en los meses de julio a agosto del 2014.



Fuente: Boleta de Tamizaje de Riesgo Obstetrico –Perinatal Ginecología Obstetricia, Emergencia Hospital Regional de Zacapa.

De las pacientes detectadas con alto riesgo (301pacientes) encontramos un 66% (197 pacientes) con puntuación de >4, un 14% (43 pacientes) presentaron ponderación de 10 puntos donde estas pacientes presentaban uno o más antecedentes de las columnas A, B y C, un 12% (36 pacientes) mostraron una ponderación de 9 puntos al tener antecedentes de la columna A y B. y un 8% (25 pacientes) presentaron ponderación de 7 puntos siendo este resultado de las pacientes que presentaban asociación de la columna A y C.

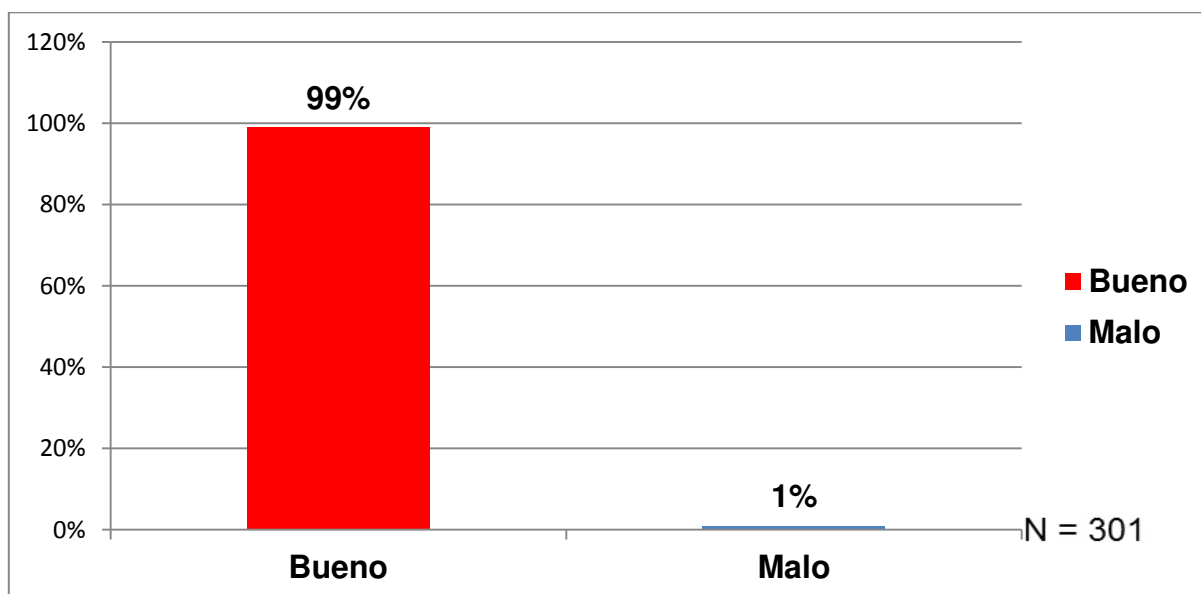
GRÁFICA 3. Distribución de la resolución de parto en pacientes con trabajo de parto activo identificadas con alto riesgo, que asistieron a la Emergencia del Hospital Regional de Zacapa según la “Hoja de Clasificación de Riesgo Obstétrico y Perinatal” durante los meses de julio a agosto del 2014.



Fuente: Boleta de Tamizaje de Riesgo Obstétrico –Perinatal Ginecología Obstetricia, Emergencia Hospital Regional de Zacapa 2014.

De las 301 pacientes detectadas como alto riesgo en la Emergencia del Hospital Regional Zacapa en donde se atendió el parto se observó que 78% (234 pacientes) presentaron parto eutócico simple y el 22% (67 pacientes) tuvieron parto por cesárea.

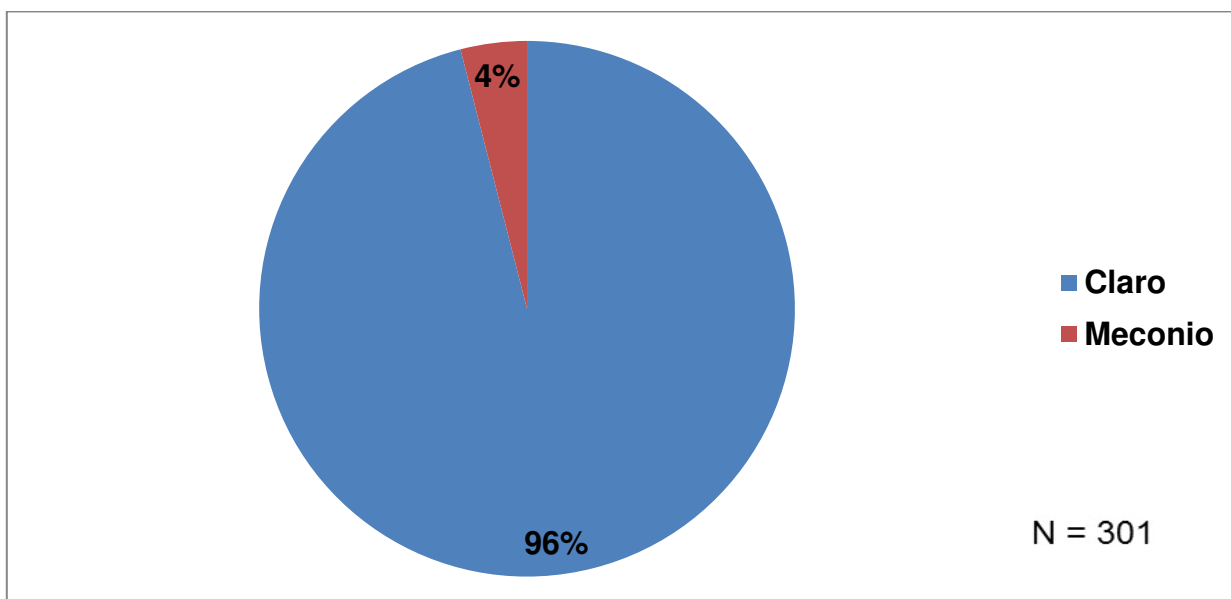
GRÁFICA 4. Distribución del estado del neonato al nacer producto de la resolución de parto de las pacientes con alto riesgo que asistieron a la Emergencia de Gineco – Obstetricia del Hospital Regional de Zacapa , según la “Hoja de Clasificación de Riesgo Obstétrico y Perinatal” utilizada de julio a agosto del 2014.



Fuente: Boleta de Tamizaje de Riesgo Obstetrico –Perinatal Ginecologia Obstetricia, Emergencia Hospital Regional de Zacapa 2014.

Basado en el APGAR al minuto y a los cinco minutos de nacido, se dectó el estado al nacer del neonato. Encontrando que un 99% (299 recién nacidos) tuvo un buen estado al nacer (Apgar 8 -9) y un 1% (4 recién nacidos) corresponden a recién nacidos en mal estado al nacer.

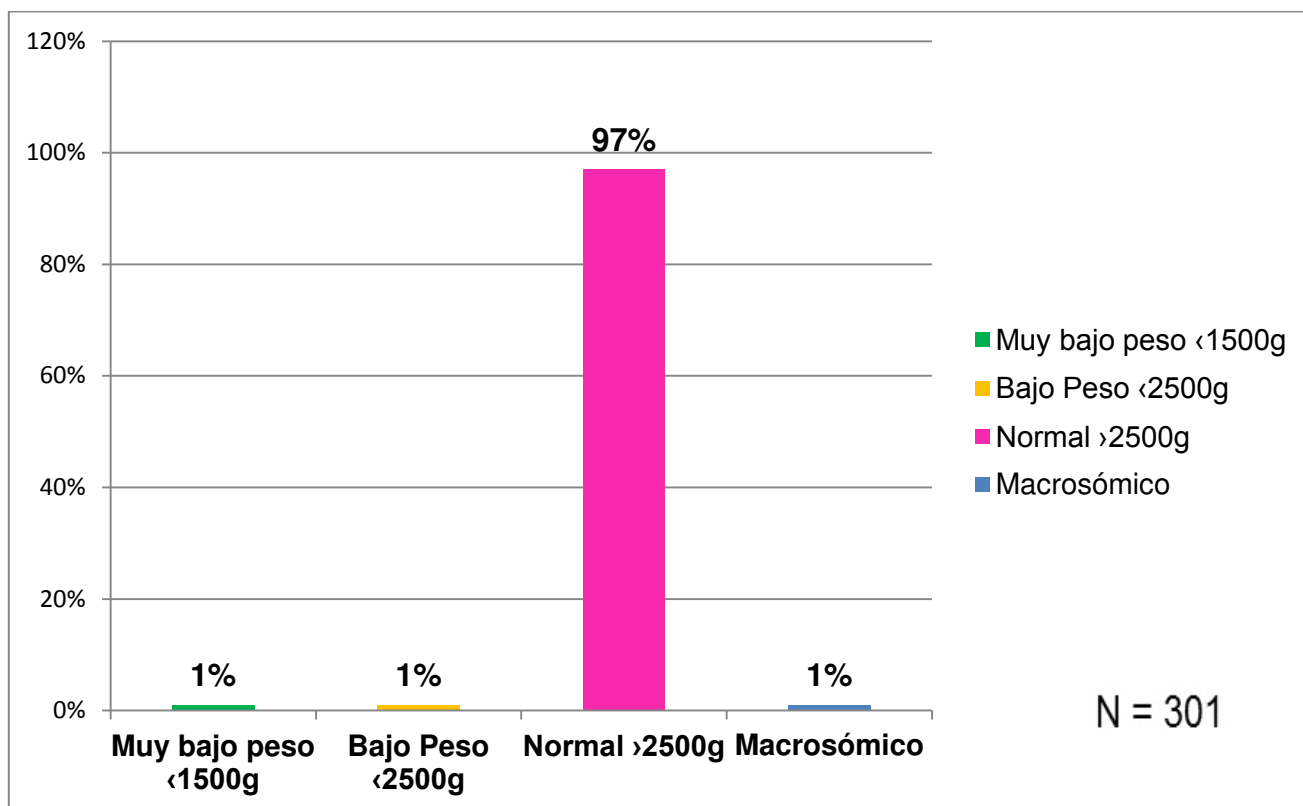
GRÁFICA 5. Distribución de la apariencia del líquido amniótico que presentaron los neonatos al nacer producto de la resolución de parto de las pacientes con alto riesgo que asistieron a la Emergencia de Gineco - Obstetricia del Hospital Regional de Zacapa , según la “Hoja de Clasificación de Riesgo Obstétrico y Perinatal” utilizada de julio a agosto del 2014.



Fuente: Boleta de Tamizaje de Riesgo Obstetrico –Perinatal Ginecologia Obstetricia, Emergencia Hospital Regional de Zacapa 2014.

De las 301 pacientes detectadas con alto riesgo que acudieron a la emergencia del Hospital Regional Zacapa en donde se atendió el parto se observó que 96% (290 pacientes) presentaron líquido amniótico claro y el 4% (11 pacientes) tuvieron presencia de meconio en líquido amniótico.

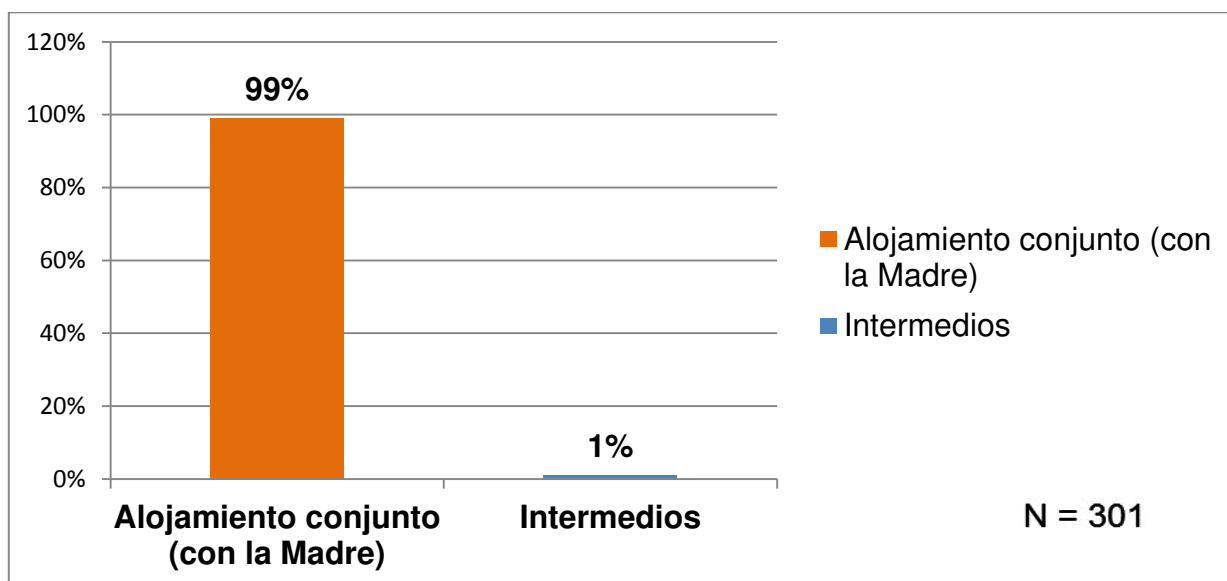
GRÁFICA 6. Distribución del peso del neonato al nacer producto de la resolución de parto de las pacientes con alto riesgo que asistieron a la Emergencia de Gineco - Obstetricia del Hospital Regional de Zacapa , según la “Hoja de Clasificación de Riesgo Obstétrico y Perinatal” utilizada de julio a agosto del 2014.



Fuente: Boleta de Tamizaje de Riesgo Obstetrico –Perinatal Ginecologia Obstetricia, Emergencia Hospital Regional de Zacapa 2014.

De los 301 neonatos producto de pacientes detectadas con alto riesgo que acudieron a la emergencia del Hospital Regional Zacapa en donde se atendió el parto se observó que 97% (292 pacientes) presentaron un peso normal, 1% (2 pacientes) presentaron muy bajo peso al nacer, 1% (2 pacientes) presentaron bajo peso al nacer y 1% (5 pacientes) presentaron macrosomía.

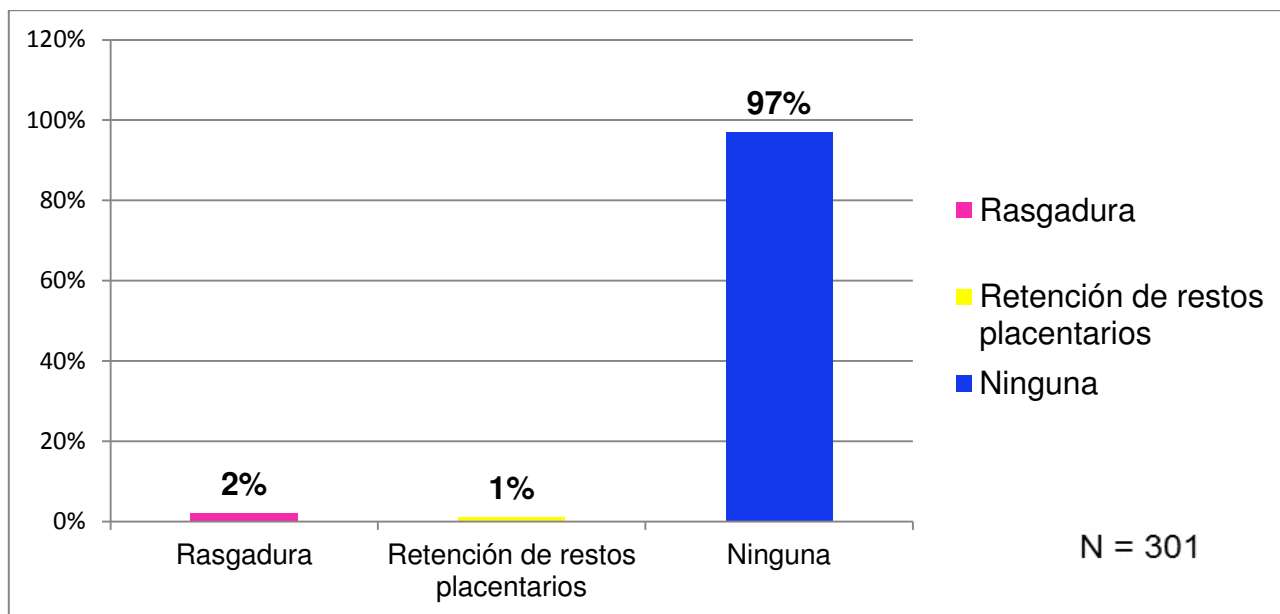
GRAFICA 7. Distribución de ingreso post natal del neonato producto de la resolución de parto de las pacientes con alto riesgo que asistieron a la Emergencia de Gineco - Obstetricia del Hospital Regional de Zacapa , según la “Hoja de Clasificación de Riesgo Obstétrico y Perinatal” utilizada de julio a agosto del 2014.



Fuente: Boleta de Tamizaje de Riesgo Obstetrico –Perinatal Ginecologia Obstetricia, Emergencia Hospital Regional de Zacapa 2014.

Del total de neonatos que formaron parte del estudio producto de resolución de parto de pacientes con alto riesgo el 99% (298 pacientes) fueron ingresados a sala general junto con la madre. Un 1% (3 pacientes) fueron ingresados a intermedios y un 0% (0 pacientes) fue ingresado al servicio de intensivo.

GRAFICA 8. Distribución de complicaciones obstétricas en pacientes con alto riesgo que asistieron a la Emergencia de Gineco - Obstetricia del Hospital Regional de Zacapa , según la “Hoja de Clasificación de Riesgo Obstétrico y Perinatal” utilizada de julio a agosto del 2014.



Fuente: Boleta de Tamizaje de Riesgo Obstetrico –Perinatal Ginecología Obstetricia, Emergencia Hospital Regional de Zacapa 2014.

Del total de pacientes con trabajo de parto activo clasificadas como alto riesgo (301 pacientes), 97% (298 pacientes) no presentaron ninguna complicación obstétrica, 2% (9 pacientes) presentaron rasgadura, 1% (1 paciente) presentó retención de restos placentarios y ninguna paciente presentaron distocia, atonía o muerte

VIII. ANÁLISIS DE RESULTADOS

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala, considera que todo embarazo es de riesgo, esto va a depender de los factores asociados a la madre que pueden potencializar el riesgo y llegar a catalogarse como alto riesgo, el cual va a requerir monitorización específica e individualizada de las pacientes para la obtención de un parto, recién nacido y puerperio sin complicaciones y buena evolución.

El presente estudio se realizó en 354 pacientes donde se detectó 301 pacientes de alto riesgo. Para el análisis se construyó un Índice en base a la “Hoja de clasificación de riesgo obstétrico y perinatal” según la severidad de cada antecedente presente donde se clasificó de la siguiente forma:

Primera columna “A” que describe antecedentes patológicos con 6 puntos de riesgo, de acuerdo a la importancia de este riesgo preexistente, puntuación que estará presente con un solo antecedente.

Segunda columna “B” que describe antecedentes Gineco- Obstétricos con 3 puntos de riesgo, puntuación que estará presente con 2 o más antecedentes positivos.

Tercera columna “C” que describe factores socio-culturales equivalente a 1 punto de riesgo con un solo factor asociado.

Obteniendo una escala de 1 a 10 puntos, donde **> 4 puntos** equivale a pacientes en alto riesgo y **< 4 puntos** pacientes sin alto riesgo. (anexo 1)

Para para obtener conclusiones en base al índice se asoció la primera parte del instrumento con los resultados de la segunda parte del mismo, debido a que lo que pretende el instrumento es que al detectar pacientes con alto riesgo se active un alerta para que por medio de una pronta toma de decisiones y manejo oportuno el producto de la madre con alto riesgo se obtenga sin complicaciones. Por lo tanto para fines de estudio se describe del inicio al final el proceso de la boleta para poder conocer la eficiencia.

Se observó la forma de interrogar a la paciente para obtención de datos según parámetros de la “Hoja de Clasificación de Riesgo Obstétrico y Perinatal”, considerando que se utilizó un lenguaje adecuado para cada tipo de paciente según nivel cultural, lo que aseguró que la información obtenida fuera verídica.

Así mismo se observó la forma de llenado de las boletas, la cual fue instantáneamente al obtener los datos, lo que permitió documentar la información obtenida sin traslapes o datos erróneos.

Al analizar cada una de las boletas previo al ingreso se encontró que de las 354 pacientes incluidas en el estudio un 85% (301 pacientes) presentaron un alto riesgo. Es decir que estas pacientes catalogadas en alto riesgo presentaron en base a la clasificación del índice una ponderación >4 puntos obteniéndose de la suma de los factores patológicos (columna A = 6 puntos), antecedentes Gineco-Obstétricos (columna B = 3 puntos) o ambos, asociados a factores socio – culturales (columna C = 1 punto) que potencializó el riesgo de las pacientes convirtiéndolas en pacientes de alto riesgo. Las cuales fueron monitorizadas minuciosamente por los médicos residentes y jefe de grupo de Ginecología y obstetricia para la toma de decisiones.

De estas pacientes detectadas con alto riesgo se encontró un 66% (197 pacientes) con puntuación de 4 pts., un 14% (43 pacientes) presentaron ponderación de 10 puntos donde estas pacientes presentaban uno o más antecedentes de las columnas A, B y C, un 12% (36 pacientes) mostraron una ponderación de 9 puntos al tener antecedentes de la columna A y B, y un 8% (25 pacientes) presentaron ponderación de 7 puntos siendo este resultado de las pacientes que presentaban asociación de la columna A y C.

Se puede atribuir la presencia de este elevado porcentaje de pacientes con alto riesgo a que la mayoría presentaron más de un antecedente socio - cultural presente que potencializó el riesgo aumentando la puntuación a > 4 puntos.

Un 15% (53 pacientes) no presentaron alto riesgo, debido a que estas pacientes únicamente presentaron factores socio - culturales que por sí solos no aumentan el riesgo de la paciente a alto riesgo.

El tamizaje general en alto riesgo y no alto riesgo basado en la “Hoja de Clasificación de Riesgo Obstétrico y Perinatal” permitió determinar con más claridad que tipo de parto era el indicado para cada caso, obteniendo una notable reducción del índice de cesáreas. Encontrando que el 78% (234 pacientes) de los casos catalogados como alto riesgo dieron a luz por parto eutócico simple sin complicaciones a pesar de los riesgos detectados, lo que indica que el instrumento permitió buena asignación del recurso humano para una adecuada monitorización y toma de decisiones para cada paciente según fue el caso, un 22% (67 pacientes) tuvo parto por cesárea, siendo casos de indicación absoluta para la misma como por ejemplo el antecedente de cesárea previa asociado a mas factores que daban como resultado el alto riesgo.

Es importante recalcar que el 85% (301 pacientes) que fueron pacientes catalogadas como alto riesgo evidenciaron que un 99% (299 de los recién nacidos) presentaron con buen estado al nacer en base a la escala de APGAR y 1% (4 recién nacidos) presentan mal estado al nacer de los cuales 1 fue ingresado al servicio de intermedios y los otros 3 recuperaron sin necesidad de ser ingresados .

El 99% de los recién nacidos fueron alojados junto con la madre, sin presentar ninguna complicación posterior al nacimiento.

El 1% equivalente a 3 de los recién nacidos fueron ingresados en servicio de intermedio, de las cuales 2 fueron ingresados por presentar muy bajo peso al nacer <1,500g, y el otro restante fue ingresado directamente desde sala de partos por presentar bajo Apgar al nacer debido a factores detectados al ingreso de la madre mas no eran modificables por el manejo médico.

Un 96% de las pacientes presentan líquido amniótico claro, lo que es favorecedor pues disminuye el porcentaje de complicación perinatal siendo este un factor impredecible, se encontró a un 4% (11 pacientes) con líquido amniótico meconial de los cuales ninguno presentó complicación inmediata.

Es importante hacer conocer que un recién nacido producto de una madre no catalogada como alto riesgo, ameritó ingreso a unidad de cuidados intensivos por presentar malformación genética detectada hasta el nacimiento, siendo este un factor no modificable al momento del parto.

Del 85% (301 pacientes) catalogadas como alto riesgo, 97% (298 pacientes) no presentaron ninguna complicación obstétrica, 2% (6 pacientes) presentaron rasgadura, 1% (1paciente) presentó retención de restos placentarios y ninguna paciente presentaron distocia, atonía o muerte.

Mediante el análisis observacional, en donde el instrumento es decir la “Hoja de Clasificación de riesgo obstétrico y perinatal”, se contabilizó acorde a la utilización y aplicabilidad por medio de la observación del uso y si cumplió la meta por la que fue creada, de los 301 casos de embarazos catalogados como alto riesgo se encontró que 97% (291) de las pacientes de alto riesgo captadas con el instrumento ninguna presentó complicación obstétrica ni perinatal y 10 boletas es decir 3% de las pacientes de alto riesgo si presentaron complicaciones mínimas como rasgaduras, una con retención de restos placentarios. Lo que evidencia que el instrumento denominado “Hoja de Clasificación de Riesgo Obstétrico y Perinatal” posee la eficiencia adecuada ya que cumple su función para la que fue diseñada, al detectar pacientes de alto riesgo y al reducir las complicaciones en las mismas, así como también en el recién nacido.

IX. CONCLUSIONES

1. La “Hoja de Clasificación de Riesgo Obstétrico y Perinatal” demostró su eficiencia ya que de un total de 354 pacientes se determinó que el 85 % (n = 301) de embarazos fueron clasificados en alto riesgo; y de estos el 97 % (291) no tuvo complicaciones y el 3 % (10 pacientes) tuvieron complicaciones menores.
2. Se demostró que al ingresar una paciente clasificada como alto riesgo por medio del instrumento denominado “Hoja de Clasificación de Riesgo Obstétrico y Perinatal”, el equipo completo de labor y partos llevó un monitoreo estricto, mismo que se reflejó en las pocas pacientes con complicaciones.
3. Finalmente se concluye que un instrumento bioestadístico tan sencillo es de suma utilidad si el personal de salud tiene una actitud propositiva en aras de asegurar la vida y salud de las madres e hijos que consultan al Hospital Regional de Zacapa y se demuestra su asertividad epidemiológica.

X. RECOMENDACIONES

- Continuar con plena seguridad debido a su eficiencia con la utilización de la “Hoja de Clasificación de Riesgo Obstétrico y Perinatal” por parte de todo el personal del departamento de Ginecología y Obstetricia en todas las pacientes con trabajo de parto activo que acuda a la Emergencia de Ginecología del Hospital Regional de Zacapa.
- Promover el uso de la “Hoja de Clasificación de Riesgo Obstétrico y Perinatal” al personal de salud (Médicos, Enfermeras, Etc.) a nivel de otras instituciones de salud pública para uso en pacientes con trabajo de parto activo, que acudan a los servicios de salud pública del área rural de la región, tales como: Centros para la atención de Parto (CAP) para la estratificación del riesgo, manejo oportuno y prevención o disminución de las complicaciones tanto obstétricas como perinatales y referencia oportuna a servicios de segundo nivel de atención en salud.
- Divulgar la presente investigación a la Carrera de Médico y Cirujano del CUNORI, para que la “Hoja de Clasificación de Riesgo Obstétrico y Perinatal” sea aplicada por los estudiantes de 5to año de medicina en el externado de gineco - obstetricia así como también los que están en EPS rural, para el uso en toda paciente con trabajo de parto activo, promoviendo así una actitud asertiva de monitoreo materno infantil y con esto asegurar la vida y salud tanto de la madre como el recién nacido.

XI. PROPUESTA

Tomando en consideración los resultados obtenidos, y en base a las recomendaciones, proponemos lo siguiente:

a. Presentación

Hacer de conocimiento a los médicos que laboran en los servicios de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional de Zacapa, los resultados obtenidos en la investigación sobre la eficiencia de la “Hoja de Clasificación de Riesgo Obstétrico y Perinatal” para crear conciencia sobre la importancia y valor de dicha hoja, con el fin de seguirla aplicando con seguridad y confianza en todas las pacientes, ya que se demostró en las estadísticas la notable disminución de complicaciones tanto en la madre como el recién nacido.

b. Objetivos

1. Socializar la información obtenida al personal médico y autoridades sanitarias sobre el grado de alta eficiencia que presentó la “Hoja de Clasificación de Riesgo Obstétrico y Perinatal”.

c. Planteamiento de propuesta

1. Inicialmente se informará sobre el alto grado de eficiencia que presentó la “Hoja de Clasificación de Riesgo Obstétrico y Perinatal” a las siguientes personas: Autoridades del departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional de Zacapa, médicos residentes del departamento ya antes mencionado, por medio de una copia de los resultados obtenidos.

2. Posteriormente se elaborará una manta vinílica en la cual esté representada la “Hoja de Clasificación de Riesgo Obstétrico y Perinatal “ estratificada por columnas A, B Y C con sus respectivas ponderaciones (anexo 1) , y grado de riesgo que represente cada paciente la cual se colocará en el servicio de Emergencia del Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional de Zacapa esto servirá para mejor estratificación de riesgo y manejo de las pacientes con trabajo de parto activo.

LA PRESENTE PROPUESTA LLEVA DOS ETAPAS:

- A. Hacer un taller de socialización con el personal médico del Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional de Zacapa.
- B. Elaborar y colocar una manta vinílica donde se visualice la “Hoja de Clasificación de Riesgo Obstétrico y Perinatal “



CLASIFICACIÓN DE RIESGO OBSTÉTRICO PERINATAL GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA HOSPITAL REGIONAL DE ZACAPA



ALTO RIESGO (si existe 1 o más factores) Antecedentes Patológicos "A" 6pts	ALTO RIESGO (si existe 2 o más factores) Antecedentes Gineco –Obstetricos "B" 3 pts	SI EXISTE 1 FACTOR (asociado a factores biológicos el riesgo se Potencializa) Antecedentes Socio-Culturales 1 pts
Hipertensión arterial Diabetes mellitus Cardiopatías Nefropatías Síndrome convulsivo Lupus Eritematoso Hipotiroidismo Hipertiroidismo SAAF Embarazo Gemelar Embarazo prolongado y/o pos termino Otras enfermedades Crónicas Enfermedad infectocontagiosa 2 o más abortos 2 o más cesáreas 5 o más embarazos Edad mayor de 35 años	1 aborto Hemorragia durante la gestación Muerte perinatal anterior/actual Infección puerperal anterior Infección crónica de vías urinarias Antecedente de parto pre termino Prematuro actual Uso de toco líticos en la última se- mana Edad menor de 20 años Defectos al nacimiento Bajo peso al inicio del embarazo Sospecha de RCIU Sospecha de macrosomía Menos de 2 años del ultimo emba- razo Obesidad /desnutrición Pre eclampsia /Eclampsia Anemia No control prenatal No tener ecografía temprana/ tardia Infección por HPV 1 Cesárea anterior	Pobreza Embarazo inesperado Analfabetismo o primaria in- completa Factores culturales o religio- sos

Escala de 1 a 10 puntos:

< 4 puntos pacientes sin alto riesgo

> 4 puntos pacientes en alto riesgo ----- Ver protocolo.



XII.BIBLIOGRAFÍA

1. Gonzales, JC. 2011. La verdad sobre eficiencia, eficacia y efectividad (en línea). Monografias.com. Consultado 9 jun. 2014. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos11/veref/veref.shtml#ixzz34AR0IW8>
2. Hernández, H; Lobato, M. 2009. Riesgo obstétrico (en línea). Puebla, MX, Hospital Los Ángeles Puebla. 64 p. Consultado 20 mar. 2014. Disponible en: https://facmed.buap.mx/telemedicina/uploads/presentaciones/Riesgo_Obstetrico.pdf
3. Luna, E. 2011. Reseña histórica del hospital regional de Zacapa (en línea). Zacapa, GT, HRZ. Consultado 30 jul. 2011. Disponible en: <http://www.hrz.bravehost.com/informaciongeneral.html>
4. Maurice Backett, E.1985. El concepto de riesgo en la asistencia sanitaria: con especial referencia a la salud materno infantil y a la planificación familiar (en línea). Ginebra, CH, OMS.71 p. Consultado 20 may. 2014. Disponible en: [http://whqlibdoc.who.int/php/WHO_PHP_76_\(part1\)_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/php/WHO_PHP_76_(part1)_spa.pdf).
5. Oliva, M. 2011. Manual materno infantil: guía práctica para atención materno infantil. Guatemala, Editorial Océano. p. 29.
6. Ordoñez, JE. 2005. Evaluación del riesgo materno-neonatal durante el embarazo (en línea). Investigaciones Andina 7(10) : 38-47. Consultado 20 may. 2014. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa%3Fid%3D239017675006>.

7. Ortiz, G. 2014. Estadística materna infantil del Hospital Regional de Zacapa (correspondencia personal). Zacapa ,GT, Departamento de estadística HRZ.
8. Pazmiño de Osorio, S. 1981. Clasificación del embarazo de alto riesgo (en línea). Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana 90(8): 239-244. Consultado 11 abr. 2014. Disponible en: hist.library.paho.org/Spanish/BOL/v90n3p239.pdf
9. RAE(Real Academia Española, ES). 2008. Diccionario de la lengua española (en línea). 22 ed. España. Consultado 5 abr. 2014. Disponible en:http://buscon.rae.es/draeI/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=eficiencia
10. Velázquez Gómez, BE. 1997. Evaluación de la utilización de la Tabla de Coopland Modificada como alternativa en el diagnóstico de embarazos de alto riesgo obstétrico: estudio observacional descriptivo realizado en la clínica de control prenatal y consulta externa del departamento de obstetricia del Hospital Roosevelt, maternidades cantonales de la zona 13 y 19 y centros de salud de las zonas 8, 19 y 21 durante los meses de mayo y junio de1997 (en línea). Tesis MC. Guatemala, USAC. 30 p. Disponible en:biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_7660.pdf



XIII. ANEXOS

ANEXO 1

CLASIFICACIÓN DE RIESGO OBSTÉTRICO PERINATAL GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA HOSPITAL REGIONAL DE ZACAPA E INDEX

Nombre: _____ Edad _____

Fecha: _____ Lugar de residencia _____ Reg. Med _____

Diagnóstico _____

ALTO RIESGO (si existe 1 o más factores) Antecedentes Patológicos “A” 6pts	ALTO RIESGO (si existe 2 o más factores) Antecedentes Gineco –Obstétricos “B” 3 pts.	SI EXISTE 1 FACTOR (asociado a factores biológicos el riesgo se Potencializa) Antecedentes Socio-Culturales 1 pts.
Hipertensión arterial Diabetes mellitus Cardiopatías Nefropatías Síndrome convulsivo Lupus Eritematoso Hipotiroidismo Hipertiroidismo SAAF Embarazo Gemelar Embarazo prolongado y/o pos termino Otras enfermedades Crónicas Enfermedad infectocontagiosa 2 o más abortos 2 o más cesáreas 5 o más embarazos Edad mayor de 35 años	1 aborto Hemorragia durante la gestación Muerte perinatal anterior/actual Infección puerperal anterior Infección crónica de vías urinarias Antecedente de parto pre termino Prematuro actual Uso de toco líticos en la última semana Edad menor de 20 años Defectos al nacimiento Bajo peso al inicio del embarazo Sospecha de RCIU Sospecha de macrosomia Menos de 2 años del ultimo embarazo Obesidad /desnutrición Pre eclampsia /Eclampsia Anemia No control prenatal No tener ecografía temprana/tardía Infección por HPV 1 Cesárea anterior	Pobreza Embarazo inesperado Analfabetismo o primaria incompleta Factores culturales o religiosos

Boleta de tamizaje de riesgo Obstétrico-Perinatal Ginecología Obstetricia.

Emergencia Hospital Regional de Zacapa.

Autor: Dr. William R. Paredes R.

Ginecólogo y Obstetra

**CLASIFICACIÓN DE RIESGO OBSTÉTRICO PERINATAL
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
HOSPITAL REGIONAL DE ZACAPA**

TIPO DE PARTO

PES	CESÁREA	FORCEPS
-----	---------	---------

DATOS DEL RECIEN NACIDO

ESTADO AL NACER	BUENO	MALO	MUERTE
APGAR	1er. Min:	5to. Min:	
LÍQUIDO AMNIÓTICO	CLARO	MECONIO	FÉTIDO
PESO			
INGRESO A	ALOJAMIENTO CONJUNTO	INTERMEDIOS	INTENSIVO

COMPLICACIÓN OBSTETRICA

ATONÍA	RASGADURA	RETENCIÓN DE RESTOS	MUERTE	DISTOCIA	NINGUNA
--------	-----------	---------------------	--------	----------	---------

OBSERVACIONES: _____

FIRMA Y SELLO MÉDICO:

ANEXO No. 2

Riesgo Obstétrico	
1. Condiciones maternas	Riesgo fetal y neonatal asociado
Edad >40 años	Cromosopatías, crecimiento intrauterino retardado (CIUR)
Edad >16 años	Prematuridad, eclampsia, abuso infantil
Bajo nivel socio-económico	Prematuridad, infección, CIUR
Infertilidad	Bajo peso, anomalías congénitas, aumento de la mortalidad perinatal
Hábito de fumar	Crecimiento retardado, aumento de la mortalidad perinatal
Diabetes mellitus	Muerte fetal, anomalías congénitas, trastornos metabólicos y respiratorios, infecciones e hiperbilirrubinemia
Trastornos tiroideos	Hipo e hipertiroidismo
Malnutrición	CIUR de ligero a severo
Infección urinaria	Prematuridad, sepsis
Afecciones pulmonares o cardiocirculatorias	CIUR, muerte fetal y prematuridad
Hipertensión arterial	CIUR, muerte fetal, asfixia y prematuridad
Anemia	CIUR, muerte fetal, asfixia e <i>hydrops fetalis</i>
Isoinmunización Rh	Muerte fetal, anemia e ictericia
Isoinmunización plaquetaria	Muerte fetal y sangramiento
Trombocitopenia	Muerte fetal y sangramiento
Polihidramnios	Anomalías congénitas (anencefalia, atresias digestivas, afecciones renales y otras)
Oligohidramnios	CIUR, muerte fetal, deformaciones, agenesia renal e hipoplasia pulmonar
Gestorragias del 1er. trimestre	Muerte fetal y prematuridad
Gestorragias del 3er. trimestre	Muerte fetal y anemia
Rotura prematura de membranas, infección, fiebre	Infecciones
Alcoholismo o drogadicción	CIUR, síndrome alcohol-fetal y síndrome de privación de drogas

Riesgo Obstétrico

Condiciones fetales	Riesgo fetal y neonatal asociado
Embarazo múltiple	Prematuridad, transfusión gemelo-gemelar, traumatismo y asfixia
Pobre crecimiento fetal	Muerte fetal, asfixia, anomalías congénitas e hipoglicemia
Macrosomía fetal	Anomalías congénitas, traumatismos e hipoglicemia
Mal posición fetal	Traumatismos, hemorragias y deformaciones
Alteraciones del foco fetal	Asfixia, bloqueo cardíaco, insuficiencia cardíaca e <i>hydrops fetalis</i>
Acidosis	Asfixia y síndrome de dificultad respiratoria
Disminución de los movimientos fetales	Muerte fetal y asfixia

Condiciones del trabajo de parto	Riesgo fetal y neonatal asociado
Trabajo de parto pretérmino	Asfixia, infección y enfermedad de la membrana hialina
Trabajo de parto muy rápido	Traumatismos, asfixia y hemorragia intracraneal
Trabajo de parto prolongado	Muerte fetal, asfixia y traumatismos
Presentación anómala	Asfixia y traumatismos
Prolapso del cordón umbilical	Asfixia
Hipotensión materna o choque	Muerte fetal y asfixia
Polisistolia	Asfixia
Fiebre	Infección
Parto por cesárea	Depresión al nacer, síndrome de dificultad respiratoria transitorio, y enfermedad de la membrana hialina
Analgesia y anestesia	Depresión al nacer, hipotensión arterial e hipotermia
Anomalías placentarias	CIUR, asfixia, sangramiento e <i>hydrops fetalis</i>

Riesgo Obstétrico

Condiciones neonatales inmediatas	Riesgo neonatal asociado
Prematuridad	Enfermedad de la membrana hialina, hemorragia intraventricular, persistencia del conducto arterioso, trastornos metabólicos e infección
Apgar bajo sostenido	Elevada mortalidad, fallo multiorgánico y encefalopatía hipóxico-isquémica
Sangrados	Anemia y choque
CIUR	Asfixia, trastornos metabólicos, anomalías congénitas e infecciones
Posmadurez	Asfixia, mayor mortalidad, aspiración meconial, trastornos metabólicos, policitemia, hipertensión pulmonar persistente y anomalías congénitas

ANEXO No.3

Universidad de San Carlos de Guatemala
Centro Universitario de Oriente
Carrera de Médico y Cirujano
Unidad Académica de Tesis

Consentimiento Informado

No. Boleta _____ del mes de _____ 2014

Por medio de esta carta, acepto voluntariamente yo:

participar en el proyecto de investigación titulado: Eficiencia del instrumento denominado “Hoja de Clasificación de Riesgo Obstétrico y Perinatal”. Es de mi conocimiento que el objetivo del estudio es para el conocimiento de la Eficiencia del instrumento, en pacientes con trabajo de parto activo, en los servicios de Emergencia y Labor y Partos del Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional de Zacapa; durante los meses de Junio a Julio del 2014.

Realizando interrogantes para obtener los datos de la boleta. Los Investigadores me han asegurado que no se identificarán mis nombres en las presentaciones o publicaciones que derivan del estudio y que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en confidencial y que el estudio no tendrá ningún costo.

Por lo tanto, acepto libremente la participación en el estudio.

Firma del paciente.