



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
 NÚCLEO BOLÍVAR
 ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
 "Dr. FRANCISCO BATTISTINI CASALTA"
 COMISIÓN DE TRABAJOS DE GRADO

ACTA

TGM2024-18

Los abajo firmantes, Profesores: Prof. SERRIS KAID BAY Prof. CARLOS RODRIGUEZ SOTILLO y Prof. LUIS MADRIZ, Reunidos en:

Escuela de Ciencias de la Salud
 a la hora: 9:30 AM

Constituidos en Jurado para la evaluación del Trabajo de Grado, Titulado:

CARACTERIZACIÓN CLÍNICO – EPIDEMIOLÓGICA DEL EMBARAZO DE ALTO RIESGO OBSTÉTRICO. SERVICIO DE MATERNIDAD. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO "RUIZ Y PÁEZ". CIUDAD BOLÍVAR – ESTADO BOLÍVAR. JUNIO – AGOSTO 2023

Del Bachiller **FEBRES PARRA THAIBELIS YUSLEIVY** C.I.: 25083956, como requisito parcial para optar al Título de **Médico cirujano** en la Universidad de Oriente, acordamos declarar al trabajo:

VEREDICTO

REPROBADO	APROBADO	<input checked="" type="checkbox"/> APROBADO MENCIÓN HONORIFICA	APROBADO MENCIÓN PUBLICACIÓN
-----------	----------	---	------------------------------

En fe de lo cual, firmamos la presente Acta.

En Ciudad Bolívar, a los 06 días del mes de Marzo de 2024

Prof. SERRIS KAID BAY
 Miembro Tutor

Prof. CARLOS RODRIGUEZ SOTILLO
 Miembro Principal

Prof. LUIS MADRIZ
 Miembro Principal

Prof. IVÁN RAMÍREZ RODRIGUEZ
 Coordinador Comisión Trabajos de Grado



DEL PUEBLO VENIMOS / HACIA EL PUEBLO VAMOS

Avenida José Méndez c/c Columbo Silva- Sector Barrio Ajuro- Edificio de Escuela Ciencias de la Salud- Planta Baja- Ciudad Bolívar- Edo. Bolívar- Venezuela.
 Teléfono (0285) 6324976



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
 NÚCLEO BOLÍVAR
 ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
 "Dr. FRANCISCO BATTISTINI CASALTA"
 COMISIÓN DE TRABAJOS DE GRADO

ACTA

TGM2024-18

Los abajo firmantes. Profesores: Prof. SERRIS KAID BAY Prof. CARLOS RODRIGUEZ SOTILLO y Prof. LUIS MADRIZ, Reunidos en: Escuela de Ciencias de la Salud
 a la hora: 9:30 AM

Constituidos en Jurado para la evaluación del Trabajo de Grado, Titulado:

CARACTERIZACIÓN CLÍNICO – EPIDEMIOLÓGICA DEL EMBARAZO DE ALTO RIESGO OBSTÉTRICO. SERVICIO DE MATERNIDAD. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO "RUIZ Y PÁEZ". CIUDAD BOLÍVAR – ESTADO BOLÍVAR. JUNIO – AGOSTO 2023

Del Bachiller PETIT URBANEJA NADISKA DEL VALLE C.I.: 26048667, como requisito parcial para optar al Título de Médico cirujano en la Universidad de Oriente, acordamos declarar al trabajo:

VEREDICTO

REPROBADO	APROBADO <input checked="" type="checkbox"/>	APROBADO MENCIÓN HONORIFICA	APROBADO MENCIÓN PUBLICACIÓN
-----------	--	-----------------------------	------------------------------

En fe de lo cual, firmamos la presente Acta.

En Ciudad Bolívar, a los 06 días del mes de Marzo de 2024

Prof. SERRIS KAID BAY
 Miembro Tutor

Prof. CARLOS RODRIGUEZ SOTILLO
 Miembro Principal

Prof. LUIS MADRIZ
 Miembro Principal

Prof. IVAN AMELIA RODRIGUEZ
 Coordinador Comisión Trabajos de Grado



DEL PUEBLO VENIMOS / HACIA EL PUEBLO VAMOS

Avenida José Méndez s/c Colombo Silva- Sector Barrio Ajuro- Edificio de Escuela Ciencias de la Salud- Planta Baja- Ciudad Bolívar- Edo. Bolívar- Venezuela
 Teléfono (0285) 6324976



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO BOLÍVAR
ESCUELA CIENCIAS DE LA SALUD
“Dr. Francisco Battistini Casalta”
DEPARTAMENTO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

**CARACTERIZACIÓN CLÍNICO - EPIDEMIOLÓGICA DEL
EMBARAZO DE ALTO RIESGO OBSTÉTRICO. SERVICIO DE
MATERNIDAD. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO “RUIZ Y
PÁEZ”. CIUDAD BOLÍVAR – ESTADO BOLÍVAR. JUNIO – AGOSTO 2023**

Tutor académico:
Dr. Serris Kaid Bay

Trabajo de Grado Presentado por:
Br: Febres Parra, Thaibelis Yusleivy
C.I: 25.083.956
Br: Petit Urbaneja, Nadiuska del Valle
C.I: 26.048.667

Como requisito parcial para optar por el título de Médico cirujano

Ciudad Bolívar, marzo de 2024

ÍNDICE

ÍNDICE.....	iv
AGRADECIMIENTOS.....	vi
DEDICATORIA.....	vii
RESUMEN.....	ix
INTRODUCCIÓN.....	1
JUSTIFICACIÓN.....	9
OBJETIVOS.....	10
Objetivo General.....	10
Objetivos Específicos.....	10
METODOLOGÍA.....	12
Tipo de investigación.....	12
Universo.....	12
Muestra.....	12
Criterios de inclusión.....	12
Criterios de exclusión.....	12
Técnica e instrumento de recolección de datos.....	13
Presentación de resultados.....	14
RESULTADOS.....	15
Tabla 1.....	18
Tabla 2.....	19
Tabla 3.....	20
Tabla 4.....	21
Tabla 5.....	22
Tabla 6.....	23
Tabla 7.a.....	24
Tabla 7.b.....	25

Tabla 7.c	26
Tabla 8	27
Tabla 9	28
Tabla 10	29
DISCUSIÓN	30
CONCLUSIONES	34
RECOMENDACIONES	36
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	37
APÉNDICES	41
Apéndice A	42
Apéndice B	43
Apéndice C	45
Apéndice D	46
ANEXOS	47
Anexo 1	48

AGRADECIMIENTOS

Muchas gracias,

A Dios por todas sus bendiciones y por crear un universo tan infinitamente interesante y una humanidad hermosamente compleja que despierta en nosotros la necesidad de descubrirla y entenderla.

A nuestra Universidad de Oriente, nuestra casa más alta, por habernos formado como profesionales.

A nuestros profesores, por su esfuerzo en brindarnos toda su sabiduría que contribuyó enormemente a nuestra formación.

A todos los pacientes del Hospital Universitario Ruiz y Páez que han formado parte de nuestra formación a lo largo de todos estos años, por habernos dado la oportunidad de aprender de ellos aun cuando pasaban por momentos difíciles.

A nuestro tutor el Dr. Serris Kaid Bay, por brindarnos toda su orientación y experiencia para la realización de nuestro trabajo de investigación.

A nuestras familias y amigos, por estar siempre presentes, ofreciendo motivación, apoyo y perspectiva en los buenos y malos momentos.

Las autoras

DEDICATORIA

Primeramente, a Dios por permitirme llegar a donde estoy con vida y salud, por ser mi consuelo en los momentos difíciles y por hacerme una persona resiliente.

A mis padres Carlos Febres y Thadelis Parra por su apoyo a lo largo de toda mi vida, por siempre dar su mayor esfuerzo para brindarme la mejor educación, por su crianza y valores inculcados. En especial a mi mamá una mujer valiente, honesta y trabajadora que a pesar de las dificultades ha sido mi mayor apoyo incondicional.

Al Ing. Christian Toutin, por ser una persona generosa y bondadosa que siempre se preocupa por el bienestar de los suyos, gracias por estar siempre presente como un padre.

A mi amiga y compañera de tesis Nadiuska Petit, por todo tu esfuerzo y trabajo en nuestro trabajo de investigación, gracias por haber recorrido junto a mi esta bonita etapa de nuestra formación académica.

A mis amigos y compañeros de estudio, María Alejandra García, Sandy González, María Verónica García, Anggely Hurtado y Douglas Guevara, por todos los momentos vividos a lo largo de nuestra carrera y por su apoyo en todo momento.

Y finalmente a todas aquellas personas que han transitado conmigo este arduo camino de mi carrera profesional que de una u otra manera han aportado un granito de arena para que esta y otras metas se hayan materializado.

Thaibelis Febres

DEDICATORIA

A mis padres Zuleyka y Reinaldo por darme una vida y no conformes con eso hacer todo lo posible para que sea una vida feliz, por apoyarme, motivarme, estar presentes y nunca rendirse conmigo, por todo su amor, trabajo duro y experiencia que usan para guiarme en los altibajos de esta carrera universitaria y de toda mi vida.

A María por ser mi hermana favorita y una de las principales fuentes de motivación en mi vida, por su amor y apoyo incondicional. A Gabriela y Patricia por darme la amistad más linda del mundo, por ser mis personas y haberse convertido en mi familia.

A mi familia por creer en mí más de lo que podría creer yo misma, por ofrecer momentos de felicidad y conexión que suavizan la adversidad y magnifican los buenos momentos.

A todas las personas que marcaron mi vida universitaria, Yusmelis por creer en mí, a mis amigos y colegas: Thaibelis mi compañera de tesis estrella, el mejor grupo de guardia del mundo Michelle y Lydis, Rebeca, Genesis P, Genesis De A, Zaibert, Sandy, Cynthia, Ana y Belinda por su apoyo y compañerismo, porque su motivación y esfuerzo por ser mejores me motiva a mí a ser mejor.

A la Universidad de Oriente y el Hospital Ruiz y Páez, por todos los excelentes profesionales que hacen vida en estas instituciones y fueron mis guías a lo largo de mi carrera universitaria, por sus conocimientos y su ejemplo que me permite visualizarme como el médico que algún día con suerte y esfuerzo puedo llegar a ser. A todos los pacientes que me permitieron aprender sobre sus patologías y sobre sus vidas, no existen palabras suficientes para agradecerles. *Nadiuska Petit*

**CARACTERIZACIÓN CLÍNICO - EPIDEMIOLÓGICA DEL EMBARAZO
DE ALTO RIESGO OBSTÉTRICO. SERVICIO DE MATERNIDAD.
COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO “RUIZ Y PÁEZ”. CIUDAD
BOLÍVAR – ESTADO BOLÍVAR. JUNIO – AGOSTO 2023
Departamento de Ginecología y Obstetricia
Nadiuska Petit; Thaibelis Febres**

RESUMEN

Introducción: El embarazo de alto riesgo es aquel en el que se tiene la certeza o la 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. **Objetivo:** Determinar las características clínico - epidemiológicas del embarazo de Alto Riesgo Obstétrico, Servicio de Maternidad, Complejo Hospitalario Universitario “Ruiz y Páez”, Ciudad Bolívar, estado Bolívar, durante el periodo junio – agosto 2023. **Metodología:** Estudio descriptivo, prospectivo, de campo y de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 300 pacientes con diagnóstico de Alto Riesgo Obstétrico, que cumplieron los criterios de inclusión. **Resultados:** La edad promedio de las embarazadas fue de $24,04 \pm 6,18$ años. El 85% (n=255) provenían de zonas urbanas. Respecto a las características socio-demográficas, 65,3% (n=196) de las pacientes se encontraban en unión libre; 52,7% (n=158) tenían como escolaridad bachillerato completo, 82,3% (n=247) eran amas de casa; 67,7% (n=203) no consumían sustancias y 70,3% (n=211) pertenecen al estrato IV. Referente a las características gineco-obstétricas, 72,3% (n=217) de las pacientes tuvieron su menarquia entre los 11 a 13 años, y la sexarquia se presentó entre los 12 y 16 años en 66,7% (n=200). El 68,3% (n=205) de las pacientes tuvieron de una a dos parejas sexuales, 35,3% (n=106) eran nulíparas, el 90% (n=270) se encontraban en el tercer trimestre del embarazo, y el 77,3% (n=232) asistieron a menos de 8 controles. Con relación a los tipos de alto riesgo obstétrico, fue mas frecuente el tipo III (riesgo muy alto) en 84,7% (n=254) de las gestantes. La principal vía de finalización del parto fue cesárea en 44,3% (n=133) de los casos. Dentro de las principales complicaciones durante el embarazo y parto, se encontró la anemia en primer lugar con 40,1% (n=107), de igual forma se presentó en un 81,3% (n=113) de las pacientes con complicaciones durante el puerperio. **Conclusiones:** El alto riesgo obstétrico tipo III (riesgo muy alto) predominó sobre los otros tipos de riesgo obstétrico.

Palabras clave: epidemiología, embarazo, ginecología, riesgo, obstétrico.

INTRODUCCIÓN

El concepto de normalidad en el parto y en el nacimiento no está estandarizado ni universalizado. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) el parto normal es de comienzo espontáneo, con bajo riesgo al comienzo del parto y manteniéndose como tal hasta el alumbramiento. El niño nace espontáneamente en posición cefálica entre las 37 a 42 semanas completas de gestación. Después de dar a luz, tanto la madre como el niño se encuentran en buenas condiciones. Al definir parto normal se han tomado en cuenta dos factores: riesgo del embarazo y el curso de la labor de parto y nacimiento. De manera general 70 a 80% de los partos son de bajo riesgo¹.

La gestación es un proceso fisiológico que afecta a diferentes órganos y sistemas, y la adaptación del organismo a estos cambios proporciona el desarrollo normal de la gestación, mientras que, en el caso contrario, puede dar lugar al desarrollo de diferentes procesos patológicos. También, patologías de base de la mujer embarazada pueden verse alteradas de una forma u otra por la gestación. Todo ello clasifica a estas mujeres dentro del grupo de embarazos de alto riesgo².

En 1960 se estableció el concepto del registro del riesgo obstétrico en Gran Bretaña y Wigglesworth R recomendó una lista obstétrica y pediátrica como guía para la prevención y el diagnóstico precoz del niño con problema. En Estados Unidos, Nesbitt y Aubry en 1969 propusieron un modelo de escala para la identificación y clasificación del alto riesgo en pacientes embarazadas^{3,4}.

La OMS define el factor de riesgo obstétrico como una característica o circunstancia identificable en una o más gestaciones (embarazo, parto, feto y/o neonato) que se asocia con un riesgo anormal de poseer, desarrollar o ser especialmente afectado de forma desfavorable por una enfermedad⁵.

Todos los embarazos implican algunos riesgos, pero hay más peligro para la salud de la madre y la del feto en un embarazo de alto riesgo. En él tanto la madre como el feto y/o el neonato tienen una mayor probabilidad de enfermar, morir o padecer secuelas antes o después del parto⁶.

El riesgo obstétrico engloba todos los factores que pueden afectar de manera adversa al binomio madre-feto durante el embarazo. Estos riesgos obstétricos se pueden dividir en las siguientes categorías, preconcepcionales o pregestacionales son todos los factores de riesgo que la paciente presenta desde antes de la concepción, los prenatales son aquellos que la paciente presenta o que son identificados durante el curso de la gestación, y los perinatales son los que la paciente presenta o que son identificados durante el parto y el puerperio⁷.

La clasificación del riesgo obstétrico, según la OMS, se divide en bajo riesgo y alto riesgo. Bajo riesgo es el estado de las embarazadas que evaluadas integralmente presentan condiciones óptimas para el bienestar tanto de la madre como el feto y no evidencian factores epidemiológicos de riesgo, antecedentes gineco-obstétricos o patología general intercurrente⁸.

El embarazo de alto riesgo es aquel en el que se tiene la certeza o la 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. El embarazo de alto riesgo, a su vez se divide en tipo I, II y III^{9,8}.

El Tipo I es cuando las embarazadas se encuentran en buenas condiciones de salud pero presentan uno o más factores de riesgo de tipo epidemiológico y/o social: analfabetismo, pobreza crítica, vivienda no accesible al establecimiento de salud, unión inestable, trabajo con esfuerzo físico, estrés, tabaquismo, alcohol u otras

drogas, embarazo no deseado, control prenatal tardío, edad materna igual o menor de 19 años y mayor de 35 años, talla 1,50 metros o menos, peso menor a 45 kg u obesidad, paridad menor de 4, intervalo íntergenésico menor de 2 años y mayor de 5 años⁸.

El Tipo II es cuando las embarazadas se encuentran en buenas condiciones de salud pero presentan uno o más antecedentes de patología gineco-obstétrica perinatal o general, con o sin morbilidad materna o perinatal: peso inadecuado para la edad gestacional, malformaciones congénitas fetales, trauma o infección fetal, retardo mental, parálisis cerebral, edad de gestación desconocida, paridad mayor de 4, parto prematuro, embarazo prolongado, preeclampsia-eclampsia, cesárea anterior, rotura prematura de membranas, distocias dinámicas, hemorragias obstétricas, mola hidatidiforme, accidentes anestésicos, trastornos neurológicos periféricos⁸.

El Tipo III constituye el riesgo mayor para las embarazadas que ameritan atención especializada en casos de: pérdida fetal recurrente, infertilidad, incompetencia cervical, malformaciones congénitas uterinas, tumores ginecológicos, cáncer, trastornos hipertensivos del embarazo, hemorragias obstétricas, presentaciones diferentes a la cefálica de vértice, desproporción feto pélvica, placenta previa, anemia, diabetes u otras endocrinopatías, cardiopatías, nefropatías, colagenosis, púrpura, hemoglobinopatías, desnutrición severa, psicopatías. Estas patologías pueden ser antecedentes de morbilidad materna con o sin muerte fetal o patología con el embarazo actual⁸.

Aunque se ha demostrado útil la clasificación de la gestación en alto y bajo riesgo, y, en función de ello, aplicar metodicas de control diferentes, la tendencia de la medicina materno-fetal actual es hacia la individualización del riesgo. Se pretende desarrollar pruebas de cribado y pruebas diagnósticas que permitan cuantificar el riesgo presente en una gestación concreta en relación con una patología concreta¹⁰.

Así, se ha avanzado en el cribado del parto pretérmino con la medición ecográfica de la longitud cervical, de la preeclampsia y el crecimiento intrauterino restringido con la medición del flujo en las arterias uterinas, del síndrome de Down con el cribado combinado del primer trimestre y combinando diferentes técnicas (bioquímica del primer trimestre, pliegue nucal y flujo de las arterias uterinas) para determinar el riesgo de complicaciones obstétricas. Además, se pretende que la determinación del riesgo se realice en el primer trimestre gestacional, ya que con ello se lograría la aplicación precoz de las medidas terapéuticas oportunas en el supuesto de que se disponga de ellas¹⁰.

Los diferentes factores de riesgo obstétricos abordados deben ser identificados desde la primera consulta, la cual de manera ideal se debe realizar antes de la concepción para corregir los riesgos y modificar las conductas. En esta primera consulta, después de establecer los riesgos, se deben comunicar a la paciente, y establecer medidas preventivas básicas como administración de ácido fólico, hierro y suplementos vitamínicos. Se ha comprobado que estas acciones disminuyen la incidencia de enfermedades, tanto del producto como de la madre⁷.

La OMS indicaba que la atención prenatal debía sumar como mínimo cinco consultas divididas de la siguiente manera: primera consulta antes de la semana 12 de embarazo, segunda consulta entre las semanas 22 y 24, tercera consulta entre las semanas 27 y 29, cuarta consulta entre las semanas 33 y 35 y quinta consulta entre las semanas 38 y 40⁷.

Sin embargo, el nuevo modelo de atención prenatal de la OMS aumenta el número de consultas que tiene una mujer embarazada con los proveedores de salud durante el embarazo de cuatro a ocho. Evidencia reciente indica que una mayor frecuencia de controles prenatales por mujeres y adolescentes con el sistema de salud se asocia con una menor probabilidad de muerte fetal. Esto se debe a las mayores

oportunidades para detectar y manejar problemas potenciales. Un mínimo de ocho consultas para atención prenatal puede reducir las muertes perinatales en hasta 8 por cada 1.000 nacimientos, en comparación con un mínimo de cuatro consultas¹¹.

El nuevo modelo aumenta las evaluaciones materna y fetal para detectar problemas, mejora la comunicación entre los proveedores de salud y las mujeres embarazadas, y aumenta la probabilidad de resultados positivos del embarazo. Recomienda a las mujeres embarazadas tener su primera consulta en las primeras 12 semanas de gestación, y las consultas subsiguientes tienen lugar a las 20, 26, 30, 34, 36, 38 y 40 semanas de gestación¹¹.

Se estima que alrededor de un 20% de los embarazos corresponde a la denominación de alto riesgo y ellos son responsables de más del 80% de los resultados perinatales adversos. En 2015, la tasa de mortalidad materna global en los Estados Unidos fue de 14/100.000 partos; la incidencia según la OMS es 3 o 4 veces más alta en las mujeres no blancas. La tasa de mortalidad materna es mayor en los EE.UU. que en otros países desarrollados. La tasa de mortalidad perinatal del recién nacido en los EE. UU. es de aproximadamente 6 a 7/1000 partos; las muertes se dividen casi por igual entre el período fetal tardío (edad gestacional > 28 semanas) y durante el período neonatal precoz (< 7 días después del nacimiento)¹².

Según la OMS, una mujer embarazada en un país en vías de desarrollo tiene 100 a 200 veces más riesgo de morir que una mujer en un país desarrollado, además el riesgo de muerte materna a lo largo de la vida es de 1/75 en las regiones en vías de desarrollo y 1/7300 en las regiones desarrolladas¹³.

Martínez y Pereira (2016) caracterizaron a las gestantes de Alto Riesgo Obstétrico (ARO) que acuden a un instituto público en el departamento de Sucre, Colombia. Los resultados arrojaron que el 13,18% de las gestantes eran menores de

18 años; 38,2% procedentes de la capital; 66% no manifestaron antecedentes patológicos; 13,8% presentaron complicaciones de amenaza de aborto o de parto pretérmino; 37% eran nulípara; 20,3% tenían cesárea anterior; 22,8% sufrieron abortos; 54,5% manifestaron tensión emocional y mal humor; 82,9% no programaron el embarazo; 24% con periodo intergenésico de 1 año; 55,3% se encontraban entre la semana 30 y 40 de gestación al momento de participar en el estudio⁶.

El objetivo del estudio de Dalla, et al. (2016) fue trazar el perfil epidemiológico de las gestantes de alto riesgo atendidas en un Instituto de Brasil. Encontraron que el 82% de las gestantes tenían entre 15 y 35 años; el 47,5% tenía secundaria completa; 52,5% casadas; el 62,3% eran blancos; 88,5% con antecedentes familiares de enfermedad crónica, 63,9% con hipertensión arterial; 82% con antecedentes personales; el 70,5% eran multíparas. Los embarazos de alto riesgo evolucionaron a cesáreas en el 80,3% de los casos. Concluyeron que las gestantes de alto riesgo aparentemente no tienen un perfil diferente a la realidad de otros municipios de Brasil, sobre todo cuando se constató que la hipertensión arterial es un factor importante de antecedentes familiares y personales¹⁴.

Bravo (2019) determinó el perfil epidemiológico, obstétrico y complicaciones del embarazo de alto riesgo en pacientes de un Hospital de Cuenca, Ecuador. Se revisaron 222 historias clínicas de gestantes con alto riesgo obteniendo que, el grupo etario entre 20 a 24 años se presentó en un 35,1%, unión libre en 45,5%, de áreas urbanas en 65,3% y un 61,3% instrucción secundaria; 58,6% fueron categorizadas gestantes de muy alto riesgo, el 67,6% tuvieron > 5 controles prenatales, 50% eran nulíparas, 66,7% embarazos a término con vía de parto mediante cesárea en el 76,6%. El 99,5% presentaron complicaciones durante su embarazo, el 52,7% tuvo alteraciones durante el parto, prevaleciendo las distocias en un 34,2%; en el puerperio el 46,4% presentaron alteraciones, siendo la anemia la más común con el 34,2%. El

46.6% de neonatos presentó complicaciones, la prematuridad predominó en un 22.4%¹⁵.

La investigación documental, descriptiva y retrospectiva de Acevedo, et al. (2012) tuvo como objetivo determinar algunas características epidemiológicas de las complicaciones que surgen del riesgo obstétrico en mujeres del municipio Puerto Cabello, estado Carabobo, Venezuela. Evaluaron 870 historias clínicas donde encontraron que, 60,1% de las mujeres con riesgo obstétrico tenían entre 24 y 44 años, solo 42,4% de las embarazadas asistieron a control prenatal. La multiparidad con 25,8% constituye el factor de riesgo obstétrico preponderante. Las complicaciones más frecuentes de las embarazadas fueron las infecciones del tracto genitourinario (71,2%) y la hipertensión arterial (28,7%)¹⁶.

Bello, et al. (2022) evaluaron las actividades de consulta externa de Alto Riesgo Obstétrico durante la pandemia por COVID-19. Encontrando que, 23% de las pacientes eran adolescentes y 19% con edad materna avanzada; 77 % con algún grado de educación formal. El motivo de referencia más común (25%) fue deseo de anticoncepción quirúrgica y 23% cesáreas previas; la hipertensión fue el antecedente familiar, personal y la comorbilidad más frecuente; 64% tuvo ganancia media de peso menor a 6 Kg; 52% resultaron anémicas, ameritando suplementación con hierro o transfusiones. Se controlaron y trataron 2 pacientes positivas para virus de inmunodeficiencia humana, una sífilis primaria y 2 COVID-19, de forma ambulatoria: 1 leve en 1er trimestre y 1 moderado en 3er trimestre. No hubo muertes maternas en la muestra¹⁷.

Las complicaciones maternas se consideran un potencial problema de salud pública, tanto en países subdesarrollados como desarrollados, enfatizando que los embarazos de alto riesgo son la causa principal del aumento de la morbimortalidad. En virtud de ello, esta investigación propuso determinar ¿Cuáles son las

características clínico-epidemiológicas del embarazo de Alto Riesgo Obstétrico en el Servicio de Maternidad del Complejo Hospitalario Universitario “Ruiz y Páez” en Ciudad Bolívar, estado Bolívar, Venezuela?

JUSTIFICACIÓN

Los factores de riesgos obstétricos son aquellos que presentan la probabilidad de enfermedad o muerte, que conllevan a complicaciones durante el embarazo, parto, puerperio o alterar la supervivencia del neonato. La morbimortalidad materno infantil constituye una problemática de gran magnitud para la salud pública, debido a que los índices, según publicaciones internacionales como nacionales, son muy elevados y se observa que va en aumento el riesgo obstétrico debido a todos estos factores que las influyen¹⁸.

En la actualidad, la salud de la madre continúa siendo un problema en la mayoría de los países en desarrollo, debido a las condiciones de inequidad y vulnerabilidad en que vive la mayor parte de sus poblaciones y de las deficiencias estructurales en la prestación de los servicios de salud. En el caso de la población de mujeres en edad reproductiva, su perfil epidemiológico se caracteriza por presentar enfermedades y muertes ligadas especialmente a eventos obstétricos¹⁹. Según la OMS, la mortalidad ligada al embarazo y al parto constituye más de la mitad de la mortalidad infantil. La mortalidad materno-infantil refleja el grado de desarrollo social y económico de un país, por lo que la salud reproductiva es una prioridad sanitaria²⁰.

Este trabajo mostrará datos actuales con respecto a las características clínico-epidemiológicas del Alto Riesgo Obstétrico en mujeres hospitalizadas en el servicio de Maternidad en el Hospital “Ruiz y Páez” de Ciudad Bolívar, lo que servirá como base para el análisis de la problemática actual y el inicio de programas de prevención de embarazos de alto riesgo, que permitirá contribuir al control de las complicaciones y en la reducción significativa de la morbimortalidad materno-infantil.

OBJETIVOS

Objetivo General

Determinar las características clínico-epidemiológicas del embarazo de Alto Riesgo Obstétrico en el Servicio de Maternidad del Complejo Hospitalario Universitario “Ruiz y Páez”, Ciudad Bolívar, estado Bolívar, durante el periodo junio – agosto 2023.

Objetivos Específicos

1. Distribuir a las pacientes según grupo etario.
2. Establecer la procedencia: rural o urbana, de las pacientes.
3. Identificar las características socio-demográficas (escolaridad, estado civil, ocupación, consumo de sustancias y nivel socioeconómico) de las pacientes.
4. Indagar las características gineco-obstétricas (menarquia, sexarquia, número de parejas sexuales, paridad, edad gestacional, número de controles) de las pacientes.
5. Clasificar a las pacientes según el tipo de Alto Riesgo Obstétrico.
6. Comparar el grupo etario con el tipo de Alto Riesgo Obstétrico.
7. Especificar las condiciones de Alto Riesgo Obstétrico más frecuentes.

8. Precisar la vía de finalización del embarazo.
9. Señalar las complicaciones materno-fetales del embarazo y el parto.
10. Mencionar las complicaciones maternas del puerperio.

METODOLOGÍA

Tipo de investigación

Estudio descriptivo, prospectivo, de campo y de corte transversal.

Universo

El universo estuvo conformado por todas las pacientes hospitalizadas (n=1178) en el Servicio de Maternidad del Complejo Hospitalario Universitario “Ruiz y Páez” de Ciudad Bolívar, estado Bolívar, durante el periodo de junio a agosto de 2023.

Muestra

La muestra estuvo conformada por 300 pacientes con diagnóstico de Alto Riesgo Obstétrico hospitalizadas en Servicio de Maternidad del Complejo Hospitalario Universitario “Ruiz y Páez” durante el período de tiempo del estudio, que expresaron por escrito su participación voluntaria y cumplieron con los criterios de inclusión estipulados en esta investigación.

Criterios de inclusión

- Pacientes con diagnóstico de Alto Riesgo Obstétrico.
- Pacientes que hayan firmado previamente el consentimiento informado.

Criterios de exclusión

- Pacientes con embarazo de bajo riesgo obstétrico.

- Pacientes que no firmen el consentimiento informado.

Técnica e instrumento de recolección de datos

Se utilizó como instrumento una ficha de recolección de datos, elaborada por los autores y avalada por 3 especialistas en Ginecología y Obstetricia (Apéndice A), para la obtención de la información pertinente al tema. Esta ficha incluye datos de identificación, datos socio-demográficos, características gineco-obstétricas, datos del embarazo actual y complicaciones del embarazo y puerperio (Apéndice B).

Para medir el nivel socio-económico se empleó la Escala de Graffar modificado por Méndez Castellanos (Anexo 1). Cada variable posee cinco categorías, que toma una puntuación del uno al cinco, y cada variable evaluada con su puntaje corresponde a una condición o característica que tipifica a un grupo o estrato socioeconómico, por tanto, la suma de todo el puntaje permitirá agrupar y determinar el estrato al que pertenece esa persona o el grupo familiar.

La puntuación total se divide de la siguiente manera:

- Estrato I: 4 a 6 puntos (clase alta)
- Estrato II: 7 a 9 puntos (clase media alta)
- Estrato III: 10 a 12 puntos (clase media baja)
- Estrato IV: 13 a 16 puntos (Situación de pobreza)
- Estrato V: 17 a 20 puntos (Situación de pobreza crítica con un alto nivel de privación).

Se entregó a las pacientes que aceptaron participar en el estudio, un consentimiento informado que fue firmado por las mismas. (Apéndice C).

Seguidamente se realizó el llenado de la ficha de recolección de datos mediante la entrevista a las pacientes y la revisión de las historias médicas.

Presentación de resultados

Para la elaboración de la base de datos se utilizó el programa Microsoft Excel® 2010, estos fueron procesados con estadística descriptiva y presentados en tablas de frecuencia simple de una y doble entrada (con números y porcentaje), para el análisis estadístico se utilizó el paquete estadístico SPSS para Windows, Versión 22.0.

RESULTADOS

Del total de 300 pacientes con alto riesgo obstétrico, 39,7% (n=119) tenían entre 21 a 27 años, 34% (n=102) de 14 a 20 años, 18,7% (n=56) entre 28 a 34 años, 7% (n=21) de 35 a 41 años y sólo 0,7% (n=2) más de 42 años. La edad promedio de las embarazadas fue de $24,04 \pm 6,18$ años (Tabla 1)

En cuanto a la procedencia de las pacientes, 85% (n=255) provenían de zonas urbanas, mientras que, 15% (n=45) de zonas rurales (Tabla 2).

En relación al estado civil, 65,3% (n=196) de las embarazadas se encontraban en unión libre y 23,7% (n=71) eran solteras; 52,7% (n=158) tenían como escolaridad bachillerato completo y 20,7% (n=62) bachillerato incompleto. En cuanto a la ocupación, 82,3% (n=247) eran amas de casa y sólo 4,7% (n=14) estudiantes; 65,0% (n=203) no consumen sustancias, sin embargo, 30,3% (n=91) consumían alcohol, además, 70,3% (n=211) pertenecen al estrato socioeconómico IV (situación de pobreza) y 16% (n=48) al estrato III (clase media baja) (Tabla 3).

Referente a las características gineco-obstétricas, 72,3% (n=217) de las pacientes tuvieron su primera menstruación entre los 11 a 13 años y 16,7% (n=50) entre los 14 a 16 años. La primera relación sexual se presentó entre los 12 y 16 años en 66,7% (n=200) de las pacientes, mientras que, 30,3% (n=91) la tuvieron entre los 17 a 21 años. El 68,3% (n=205) de las pacientes tuvieron de una a dos parejas sexuales y 31,7% (n=95) más de tres parejas. En cuanto a la paridad, 35,3% (n=106) eran nulíparas y 32,3% (n=97) múltiparas. El 90% (n=270) de las pacientes se encontraban en el tercer trimestre del embarazo, 6% (n=18) en el primer trimestre y 4% (n=12) en el segundo trimestre. El 77,3% (n=232) de las gestantes asistieron a

menos de 8 controles del embarazo, 12% (n=36) a más de 8 controles y 10,7% (n=32) a ningún control (Tabla 4).

Con relación a los tipos de alto riesgo obstétrico, prevaleció el tipo III (riesgo muy alto) en 84,7% (n=254) de las gestantes, seguido del tipo II (riesgo alto) y tipo I (riesgo medio) en 8,7% (n=26) y 6,7% (n=20) de los casos, respectivamente (Tabla 5).

Al comparar los tipos de ARO con los grupos etarios, se evidenció que el mayor porcentaje de alto riesgo obstétrico, ya sea I, II o III, se observa en las gestantes con edades comprendidas entre 21 a 27 años en 39,7% (n=119) seguido del intervalo de 14 a 20 años en 34,0% (n=102) (Tabla 6).

Dentro de las condiciones para ARO tipo I se encontraron principalmente el control prenatal tardío y la paridad menor a 4 en 95% (n=19) de los casos, cada uno, en tercer lugar, se encontró el intervalo intergenésico menor a 2 años en 55% (n=11) de los casos. (Tabla 7.a)

En cuanto a las condiciones para ARO tipo II, el 46,2% (n=12) de las embarazadas presentaron infección urinaria o vaginal, 42,3% (n=11) tenían una cesárea anterior y 26,9% (n=7) desarrollaron una ruptura prematura de membranas.(Tabla 7.b)

En relación al ARO tipo III, de las 254 pacientes, 107 (42,1%) presentaron anemia, 65 (25,6%) presentaron algún síndrome hipertensivo del embarazo y 62 (24,4%) tuvieron ruptura prematura de membranas (Tabla 7.c)

La principal vía de finalización del parto fue cesárea en 44,3% (n=133) de los casos y 38% (n=114) se realizó mediante parto vaginal, 3,7% (n=11) de las pacientes

tuvieron abortos y 14,0% (n=42) mantenían la gestación al momento del estudio (Tabla 8).

Dentro de las principales complicaciones materno - fetales presentes durante el embarazo y el parto en las pacientes con ARO, la anemia se encontró en primer lugar con, 40,1% (n=107) de los casos, en segundo y tercer lugar estuvieron los síndromes hipertensivos del embarazo y las infecciones vaginales en 24,3% (n=65) y 23,6% (n=63) de los casos, respectivamente, mientras que, en cuarto lugar, estuvo la ruptura prematura de membranas en 62 (23,2%) gestantes (Tabla 9).

Entre las pacientes que presentaron complicaciones durante el puerperio 81,3% (n=113) tuvieron anemia, 13,0% (n=18) presentaron hemorragia postparto y 5,0% (n=7) hipotonía uterina (Tabla 10).

Tabla 1

Pacientes con embarazos de Alto Riesgo Obstétrico según grupo etario.
 Servicio de Maternidad. Complejo Hospitalario Universitario “Ruiz y Páez”. Ciudad
 Bolívar, estado Bolívar. Junio – agosto 2023.

Grupo etario	n	%
14 - 20 años	102	34,0
21 - 27 años	119	39,7
28 - 34 años	56	18,7
35 - 41 años	21	7,0
> 42 años	2	0,7
Total	300	100,0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Tabla 2

Pacientes con embarazos de Alto Riesgo Obstétrico según procedencia.
Servicio de Maternidad. Complejo Hospitalario Universitario “Ruiz y Páez”. Ciudad
Bolívar, estado Bolívar. Junio – agosto 2023.

Procedencia	n	%
Urbano	255	85,0
Rural	45	15,0
Total	300	100,0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Tabla 3

Pacientes con embarazos de Alto Riesgo Obstétrico según características socio-demográficas. Servicio de Maternidad. Complejo Hospitalario Universitario “Ruiz y Páez”. Ciudad Bolívar, estado Bolívar. Junio – agosto 2023.

Características socio-demográficas		n	%
Estado civil	Unión libre	196	65,3
	Soltera	71	23,7
	Casada	33	11,0
Escolaridad	Analfabeta	3	1,0
	Primaria incompleta	8	2,7
	Primaria completa	44	14,7
	Bachillerato incompleto	62	20,7
	Bachillerato completo	158	52,7
	Universitario	25	8,3
Ocupación	Ama de casa	247	82,3
	Estudiante	14	4,7
	Comerciante	12	4,0
	Docente	4	1,3
	Minera	3	1,0
	Otras	20	6,7
Consumo de sustancias	Ninguno	203	67,7
	Alcohol	91	30,3
	Cigarro	18	6,0
	Drogas	1	0,3
Nivel socio-económico	Estrato I	0	0,0
	Estrato II	10	3,3
	Estrato III	48	16,0
	Estrato IV	211	70,3
	Estrato V	31	10,3
Total		300	100,0

Tabla 4

Pacientes con embarazos de Alto Riesgo Obstétrico según características gineco-obstétricas. Servicio de Maternidad. Complejo Hospitalario Universitario “Ruiz y Páez”. Ciudad Bolívar, estado Bolívar. Junio – agosto 2023.

Características gineco-obstétricas	n	%	
Menarquia	8 - 10 años	33	11,0
	11 - 13 años	217	72,3
	14 - 16 años	50	16,7
Sexarquia	12 - 16 años	200	66,7
	17 - 21 años	91	30,3
	> 22 años	9	3,0
Número de parejas	1 a 2	205	68,3
	3 o más	95	31,7
Paridad	Nulípara	106	35,3
	Primípara	83	27,7
	Múltipara	97	32,3
	Gran múltipara	14	4,7
Edad gestacional	1er trimestre	18	6,0
	2do trimestre	12	4,0
	3er trimestre	270	90,0
Número de controles	Más de 8	36	12,0
	Menos de 8	232	77,3
	Ninguno	32	10,7
Total	300	100,0	

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Tabla 5

Pacientes según tipo de Alto Riesgo Obstétrico. Servicio de Maternidad.
 Complejo Hospitalario Universitario “Ruiz y Páez”. Ciudad Bolívar, estado Bolívar.
 Junio – agosto 2023.

Tipo de ARO	n	%
Tipo I (riesgo medio)	20	6,7
Tipo II (riesgo alto)	26	8,7
Tipo III (riesgo muy alto)	254	84,7
Total	300	100,0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Tabla 6

Tipos de Alto Riesgo Obstétrico según grupo etario. Servicio de Maternidad.
Complejo Hospitalario Universitario “Ruiz y Páez”. Ciudad Bolívar, estado Bolívar.
Junio – agosto 2023.

Grupo etario	Tipo de ARO						Total	
	Tipo I		Tipo II		Tipo III		n	%
	n	%	n	%	n	%		
14 - 20 años	6	2,0	6	2,0	90	30	102	34,0
21 - 27 años	12	4,0	12	4,0	95	32	119	39,7
28 - 34 años	2	0,7	4	1,3	50	17	56	18,7
35 - 41 años	0	0,0	3	1,0	18	6	21	7,0
> 42 años	0	0,0	1	0,3	1	0,3	2	0,7
Total	20	6,7	26	8,7	254	85	300	100,0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Tabla 7.a

Pacientes según condiciones más frecuentes para Alto Riesgo Obstétrico Tipo I. Servicio de Maternidad. Complejo Hospitalario Universitario “Ruiz y Páez”. Ciudad Bolívar, estado Bolívar. Junio – agosto 2023.

Condiciones ARO Tipo I (riesgo medio)	n	%
Control prenatal tardío	19	95,0
Paridad < 4	19	95,0
Intervalo intergenésico < 2 años	11	55,0
Vivienda no accesible al establecimiento de salud	6	30,0
Consumo de alcohol	5	25,0
Edad materna igual o menor de 19 años	5	25,0
Embarazo no deseado	5	25,0
Consumo de cigarrillo	2	10,0
Intervalo intergenésico > 5 años	2	10,0
Obesidad	1	5,0
Pobreza crítica	1	5,0
Total	20	100,0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Tabla 7.b

Pacientes según condiciones más frecuentes para Alto Riesgo Obstétrico Tipo II. Servicio de Maternidad. Complejo Hospitalario Universitario “Ruiz y Páez”. Ciudad Bolívar, estado Bolívar. Junio – agosto 2023.

Condiciones ARO Tipo II (riesgo alto)	n	%
Infección urinaria / vaginal	12	46,2
Cesárea anterior	11	42,3
Ruptura Prematura de Membranas	7	26,9
Paridad > 4	6	23,1
Parto prematuro	1	3,8
Malformación congénita fetal	1	3,8
Infección urinaria / vaginal	12	46,2
Total	26	100,0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Tabla 7.c

Pacientes según condiciones más frecuentes para Alto Riesgo Obstétrico Tipo III. Servicio de Maternidad. Complejo Hospitalario Universitario “Ruiz y Páez”. Ciudad Bolívar, estado Bolívar. Junio – agosto 2023.

Condiciones ARO Tipo III (riesgo muy alto)	n	%
Anemia	107	42,1
Síndrome Hipertensivo del Embarazo	65	25,6
Aborto anterior	62	24,4
Patología infecciosa	52	20,5
Trastornos del líquido amniótico	29	11,4
Amenaza de parto pretérmino	28	11,0
Distocia de presentación	19	7,5
Hemorragia obstétrica	11	4,3
Desproporción feto-pélvica	9	3,5
Embarazo múltiple	8	3,1
Desprendimiento Prematuro de Placenta	4	1,6
Placenta previa	3	1,2
Otros	5	2,0
Total	254	100,0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Tabla 8

Pacientes con Alto Riesgo Obstétrico según vía de finalización del embarazo.
 Servicio de Maternidad. Complejo Hospitalario Universitario “Ruiz y Páez”. Ciudad
 Bolívar, estado Bolívar. Junio – agosto 2023.

Vía de finalización	n	%
Cesárea	133	44,3
Parto vaginal	114	38,0
Aborto	11	3,7
Mantienen la gestación	42	14,0
Total	300	100,0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Tabla 9

Complicaciones materno - fetales del embarazo y parto en pacientes con Alto Riesgo Obstétrico. Servicio de Maternidad. Complejo Hospitalario Universitario “Ruiz y Páez”. Ciudad Bolívar, estado Bolívar. Junio – agosto 2023.

Complicaciones materno – fetales del embarazo y parto	n	%
Anemia	107	40,1
Síndrome Hipertensivo del Embarazo	65	24,3
Infección vaginal	63	23,6
Ruptura Prematura de Membranas	62	23,2
Infección del Tracto Urinario	52	19,5
Parto pretérmino	33	12,4
Amenaza de parto pretérmino	28	10,5
Oligohidramnios	26	9,7
Circular de cordón	23	8,6
Sufrimiento fetal	15	5,6
Hemorragia obstétrica	11	4,1
Aborto	11	4,1
Restricción del Crecimiento Intrauterino	10	3,7
Desgarro de cuello uterino	10	3,7
Corioamnionitis	7	2,6
Hiperémesis gravídica	6	2,2
Desgarro perineal	5	1,9
Desprendimiento Prematuro de Placenta	4	1,5
Placenta previa	3	1,1
Anhidramnios	2	0,7
Polihidramnios	1	0,4
Diabetes gestacional	1	0,4
Total	267	100,0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Tabla 10

**Complicaciones del puerperio en pacientes con Alto Riesgo Obstétrico.
Servicio de Maternidad. Complejo Hospitalario Universitario “Ruiz y Páez”.
Ciudad Bolívar, estado Bolívar. Junio – agosto 2023.**

Complicaciones del puerperio	n	%
Anemia	113	81,3
Hemorragia postparto	18	13,0
Hipotonía uterina	7	5,0
Infección de Sitio Operatorio	5	3,6
Dehiscencia de herida obstétrica	5	3,6
Retención de restos placentarios	4	2,9
Trombocitopenia	3	2,2
Sepsis	2	1,4
Edema agudo de pulmón	2	1,4
Síndrome HELLP	1	0,7
Lesión Renal Aguda por estrés quirúrgico	1	0,7
Acidosis metabólica	1	0,7
Total	139	100,0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

DISCUSIÓN

La caracterización clínico-epidemiológica de las gestantes de alto riesgo contribuye a la identificación de los factores riesgo en la población, y se convierte en una herramienta para contribuir al control y prevención de las complicaciones en las gestantes de alto riesgo, de manera que favorezca la disminución de la morbimortalidad materno-infantil, problema de salud pública que se ha venido incrementando en Venezuela.

En relación con la edad, se encontró que 39,7% correspondió a gestantes entre 21 a 27 años y 34% de 14 a 20 años, lo que significa que, 73,7% de las pacientes tenían entre 14 a 27 años, siendo la edad promedio 24,04 años. Resultados que coinciden con la investigación de Dalla, et al. (2016)¹⁴ en la que el 82% de las gestantes tenía entre 15 a 35 años, de igual manera Bravo (2019)¹⁵ encontró que 59,4% de las mujeres embarazadas tenían menos de 24 años, donde la media de edad fue de 24.8 años, lo que evidencia una mayor frecuencia de condiciones de ARO en la población femenina joven.

En el 85% de las gestantes la procedencia era de zonas urbanas y sólo 15% de zonas rurales. Igual como lo demuestra Bravo (2019)¹⁵ donde el 65.3% de las embarazadas residían en áreas urbanas y 34.7% en áreas rurales. Sin embargo, estudios epidemiológicos han demostrado asociaciones de la morbilidad y mortalidad materna con factores relacionados con antecedentes de la madre como la procedencia rural²¹. Esta procedencia influye en la mayor prevalencia tanto de morbilidad materna extrema como de mortalidad materna, puesto que las poblaciones foráneas se ven afectadas por la accesibilidad de la atención médica en los centros de salud y la distancia con los hospitales, aunado al difícil acceso que tienen estas mujeres a la

actualización tecnológica y condiciones personales y calidad de vida en su entorno social²².

En cuanto a las características socio-demográficas, 65,3% de las gestantes se encontraban en unión libre, 23,7% eran solteras, 52,7% tenían como escolaridad bachillerato completo, 82,3% eran amas de casa y 70,3% pertenecen al estrato socioeconómico IV, es decir, se encuentran en situación de pobreza. Según las características demográficas encontradas en el estudio de Nava, et al. (2016)²³ destacaron la presencia principalmente de mujeres con bajos niveles educativos (solo 35,78% escolaridad secundaria completa) y sin unión conyugal legal (>80% concubinas o solteras). Asimismo, Dalla, et al. (2016)¹⁴ encontraron que el 47,5% de las embarazadas tenía secundaria completa y 52,5% casadas, estado civil que no coincide con los resultados obtenidos en esta investigación. El bajo nivel educativo y bajo nivel socioeconómico de la madre han mostrado asociaciones estadísticamente significativas con el embarazo de alto riesgo y las complicaciones en el recién nacido, como el bajo peso al nacer²¹.

Dentro de las características gineco-obstétricas obtenidos en este estudio, la mayoría de las pacientes tuvieron su menarquia entre los 11 a 13 años (72,3%) y la sexarquia entre los 12 y 16 años (66,7%), el 68,3% tuvieron de una a dos parejas sexuales, 35,3% eran nulíparas, 90% se encontraban en el tercer trimestre del embarazo al momento del estudio, 77,3% asistieron a menos de 8 controles durante el embarazo y 10,7% a ningún control. Datos que coinciden parcialmente con los obtenidos por Martínez y Pereira (2016)⁶ donde 37% de las embarazadas eran nulíparas; 20.3% tenían cesárea anterior; 22.8% sufrieron abortos; 82.9% no programaron el embarazo y 55.3% se encontraban entre la semana 30 y 40 de gestación al momento de participar en el estudio. Sin embargo, Bravo (2019)¹⁵ encontró que el 67.6% de las gestantes tuvieron más de 5 controles prenatales, 50% eran nulíparas y 66.7% tuvieron embarazos a término. Dentro de los factores

relacionados con antecedentes de la madre para desarrollar ARO incluye: el número de partos anteriores, el espaciamiento entre embarazos y la ausencia de atención prenatal que tienen asociaciones estadísticamente significativas con esta condición²¹.

Según los datos obtenidos en esta investigación predominó el riesgo obstétrico tipo III (riesgo muy alto) en 84,7% de las gestantes. Resultado que concuerda con Bravo (2019)¹⁵ donde 58.6% de las gestantes fueron categorizadas de muy alto riesgo. En cambio, según la escala de riesgo, en el estudio de Lavayen (2021)²⁴, se observó predominantemente un nivel de riesgo bajo en el 46% de los casos y riesgo muy alto en el 24% de las gestantes.

El mayor porcentaje de alto riesgo obstétrico, ya sea I, II o III, se observa en las gestantes con edades comprendidas entre 21 a 27 años (39,7%). En el estudio Lavayen (2021)²⁴ se encontró una mayor presencia de riesgos obstétricos en la población de 21 a 26 años (42%)

Las principales condiciones de las mujeres embarazadas para desarrollar ARO tipo I fueron control prenatal tardío y la paridad menor a 4 (95% c/u), para ARO tipo II fueron infección urinaria o vaginal (46,2%) y cesárea anterior (42,3%) y para ARO tipo III fueron anemia (42,1%) y síndrome hipertensivo del embarazo (25,6%). Algunas de estas condiciones también formaron parte de las complicaciones como la anemia, los SHE, las infecciones genitourinarias y la ruptura prematura de membranas. En el estudio de Crispín, et al. (2019)²⁵ se detectó una prevalencia de anemia del 11,08%, de infecciones del tracto urinario en el 16,43% de los casos y se detectó hipertensión arterial en el 2,6% de las pacientes. Dalla, et al. (2016)¹⁴ encontraron 63,9% de pacientes con hipertensión arterial. Mientras que en el estudio de Acevedo, et al. (2012)¹⁶ las complicaciones más frecuentes de las embarazadas fueron las infecciones del tracto genitourinario (71,2%) y la hipertensión arterial (28,7%).

Entre las pacientes con ARO que presentaron complicaciones durante el puerperio las condiciones más frecuentes fueron anemia (81,3%), hemorragias postparto (13%) e hipotonía uterina (5%). Resultados que coinciden con Bravo (2019)¹⁵ donde la anemia y la hemorragia post parto fueron las complicaciones más frecuentes durante el puerperio.

La cesárea predominó sobre el parto vaginal según la vía de finalización del parto en las gestantes de este estudio (44,3% vs 38%). Así como lo obtuvo Dalla, et al. (2016)¹⁴ y Bravo (2019)¹⁵ donde los embarazos de alto riesgo evolucionaron a cesáreas en el 80,3% y 76,6% de los casos, respectivamente.

Las consultas de ARO tienen como objeto principal identificar todas aquellas condiciones que predispongan a las gestantes a presentar complicaciones en sus embarazos, que favorezcan desenlaces negativos, incluyendo la muerte de la gestante y el producto de la concepción, y evitar las mismas. La mortalidad materna y neonatal sigue siendo muy alta a nivel global por lo que su reducción es una meta establecida entre los Objetivos de Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas.

CONCLUSIONES

La mayoría de las gestantes con ARO tenían entre 21 a 27 años, siendo la edad promedio de $24,04 \pm 6,18$ años.

Más de la mitad de las pacientes eran de procedencia urbana.

Dentro de las características socio-demográficas, se presentó con mayor frecuencia la unión libre como estado civil, la escolaridad bachillerato completo, ocupación ama de casa. La mayoría no consumían sustancias y pertenecían al estrato socioeconómico IV (situación de pobreza).

Predominó la edad entre 11 a 13 años para la menarquia y 12 y 16 años para la sexarquia. La mayoría de las embarazadas tuvieron de 1 a 2 parejas sexuales, eran nulíparas y se encontraban en el tercer trimestre del embarazo al momento del estudio asistiendo a menos de 8 controles durante el embarazo.

El alto riesgo obstétrico tipo III predominó presentándose en 84,7% de las pacientes.

Se observó un predominio de todos los tipos de riesgo en las gestantes de 21 a 27 años de edad.

El factor más frecuente de alto riesgo obstétrico tipo I fue el control prenatal tardío; del tipo II fue la infección urinaria y vaginal; del tipo III fue la anemia.

La principal vía de finalización del parto fue la cesárea.

Las principales complicaciones materno – fetales durante el embarazo y parto fueron la anemia, los síndromes hipertensivos del embarazo y las infecciones vaginales.

La principal complicación durante el puerperio fue la anemia, y en menor proporción las hemorragias postparto y la hipotonía uterina.

RECOMENDACIONES

Hacer cambios en la programación preventiva de patologías que amenazan la salud materno-infantil, a nivel de atención primaria y secundaria, de manera que se identifiquen precozmente situaciones de salud en la mujer, se facilite inmediatamente su tratamiento para evitar la pérdida del producto de la concepción, que también ayuda a prevenir secuelas tanto físicas y psicológicas en el futuro de estas pacientes, garantizándose de esta manera una mejor calidad de vida.

Elaborar programas educativos con influencia no solo en gestantes sino también en mujeres en etapa reproductiva, de manera que ellas puedan identificar los factores de riesgo modificables y no modificables que pueden complicar el embarazo, además de motivarlas sobre la importancia de realizarse controles prenatales oportunos y de calidad.

Uso de estrategias de apoyo social como la educación a la gestante, la familia y la comunidad, encaminadas a la comprensión de los factores de riesgo, las acciones de cuidado y autocuidado que promuevan la salud, así como la preparación para el parto, la crianza y la aceptación del nuevo rol.

Es importante que en todas las instituciones de salud se categorice el riesgo obstétrico durante la gestación, ya que ello contribuirá a la prevención y el manejo de las patologías que puedan complicar el embarazo, repercutiendo directamente en la morbilidad y mortalidad del binomio madre e hijo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OMS. 1996. Cuidados en el parto normal: Una guía práctica. Informe presentado por el Grupo Técnico de Trabajo. Departamento de Investigación y Salud Reproductiva. Organización Mundial de la Salud. Ginebra.
2. Ruiz, I. 2021. Embarazo de riesgo. NPunto. 4(37): 4-20.
3. Pazmiño. S. 1981. Clasificación del embarazo de alto riesgo. Boletín de la oficina sanitaria panamericana. 90(3): 239 – 244.
4. Nesbitt, R. Aubry, H. 1969. High-risk obstetrics. Value of semi-objective grading system in identifying the vulnerable group. American Journal of Obstetrics and Gynecology. 103(7): 972 – 985.
5. World Health Organization. 1972. The prevention of perinatal morbidity and mortality. Report on a seminar. Public Health Pap. 42: 1-97.
6. Martínez, J., Pereira, M. 2016. Caracterización de las gestantes de alto riesgo obstétrico (ARO) en el departamento de Sucre (Colombia), 2015. Salud Uninorte. 32(3): 452-460.
7. Balandra, J. 2015. Riesgo obstétrico. En: Balandra, J. Obstetricia y ginecología. 7ma edición. Cap 7: 45-49.
8. MPPS, OMS, OPS, UNICEF, UNFPA. 2013. Protocolos de Atención. Cuidados Prenatales y Atención Obstétrica de Emergencia. [En

línea] Disponible:
<https://venezuela.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Protocolo%20Atencion%20Obstetrica.pdf> [Mayo, 2023].

9. Kou, J., Viteri, A., Vallejo, A. Embarazo de alto riesgo. RECIMAUC. 7(1): 371-380.
10. García, J., Martín, A., Esparza, M. 2012. Concepto de riesgo elevado y su detección. En: Cabero, L. Tratado de Ginecología y Obstetricia. Medicina materno-fetal. 2da Edición. Edit. Panamericana. Tomo 2. Cap 131.
11. OMS. 2016. Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo: resumen de orientación. [En línea] Disponible: <http://bit.ly/2ejwMMq> [Mayo, 2023].
12. Holness, N. 2018. High-Risk Pregnancy. Nurs Clin North Am. 53(2): 241-251.
13. Donoso, B., Oyarzún, E. 2012. High risk pregnancy. Medwave. 12(05): e5429-e5429.
14. Dalla, L., Cales, C., Rodrigues, A., Francielle, V., Schiavoni, D. 2016. Epidemiological profile of high-risk pregnant women. Cogitare Enferm. 21(2): 01-08.
15. Bravo, A. 2019. Perfil epidemiológico, obstétrico y complicaciones embarazo de alto riesgo en usuarias del “Hospital Vicente Corral

Moscoso”, año 2018. Tesis de Grado. Universidad Católica de Cuenca. pp 69 (Multígrafo).

16. Acevedo, M., Aguilar, L., Armas, B., Velásquez, D. 2012. Complicaciones en el embarazo de riesgo obstétrico de las pacientes que acuden a la consulta del Hospital Dr. Adolfo Prince Lara. Puerto Cabello, Carabobo. Venezuela. Quinquenio 2007-2011. Tesis de Grado. Facultad de Cs de la Salud. UC. pp 21 (Multígrafo).
17. Bello, F., Aliaga, M., Marchán, N. 2022. Consulta de Alto Riesgo Obstétrico marzo 2020-2021 en el Hospital Universitario Jesús María Casal Ramos: una necesidad durante pandemia. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 82(2): 179-188.
18. David, V., Ochoa, J., de Jesús, M. 1990. Mortalidad materna en Honduras: Encuesta nacional sobre tasas, causas y factores de riesgo. Tegucigalpa: Ministerio de Salud Pública.
19. OPS, OMS. 2013. Salud materna y neonatal: Atención preconcepcional, prenatal y posnatal inmediata. (Libro AIEPI). Bogotá, D.C.: USAID; 2013.
20. Vega, R., Barrón, A., Acosta, L. 2013. Atención prenatal según la NOM-007 relacionada con morbilidad materna en una unidad de salud en San Luis Potosí durante 2008. *Rev Fac Nac Salud Pública.* 30(3): 265-272.

21. Cataño, O. 1992. Mortalidad Materna y Factores de Riesgo Asociados. Estudio de casos y controles. Rev Col de Obst Gin 1992. 43(2): 288-296.
22. Ávila, A., Gómez, M., Fuentes, B., Villarroel, F., Urdaneta, J., Benítez, B., et al. 2015. Aspectos clínicos y socioeconómicos relacionados a la mortalidad maternal de pacientes que acudieron a la maternidad Dr. Armando Castillo Plaza en el periodo 2011-2013. Invest Clin. 56(Suppl. 1): 1288-1292.
23. Nava, M., Urdaneta, J., González, M., Labarca, L., Silva, Á., Contreras, A., et al. 2016. Caracterización de la paciente obstétrica críticamente enferma, experiencia de la maternidad "Dr. Armando Castillo Plaza", Maracaibo, Venezuela: 2011 - 2014. Rev Chil Obstet Ginecol. 81(4): 288-296.
24. Lavayen, G. 2021. Prevalencia de riesgos obstétricos durante el embarazo en gestantes de 15 a 35 años, Hospital Básico Dr. Rafael Serrano López, La Libertad 2020. Tesis de Grado. Facultad de Cs Sociales y de la Salud. UPSE. pp 36 (Multígrafo).
25. Crispín, P., Prieto, I., Díaz, C., Martínez, A. 2019. Detection of high-risk pregnancies in low-resource settings: a case study in Guatemala. Reprod Health. 16(1): 80.

APÉNDICES

Apéndice A

UNIVERSIDAD DE ORIENTE - NÚCLEO BOLÍVAR
ESCUELA CIENCIAS DE LA SALUD
“Dr. Francisco Battistini Casalta”
DEPARTAMENTO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

CARTA AVAL DE VALIDEZ DEL INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Por medio de la presente hago constar que yo, _____ titular de la cédula de identidad _____, _____ doy fe de la validez del instrumento de recolección de datos a utilizar por las estudiantes de la carrera de Medicina Thaibelis Yusleivy Febres Parra, titular de la cédula V-25.083.956 y Nadiuska de Valle Petit Urbaneja, titular de la cédula V-26.048.667, en la realización del trabajo de investigación que lleva por nombre “CARACTERIZACIÓN CLÍNICO - EPIDEMIOLOGICA DEL EMBARAZO DE ALTO RIESGO OBSTÉTRICO. SERVICIO DE MATERNIDAD. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO “RUIZ Y PÁEZ”. CIUDAD BOLÍVAR – ESTADO BOLÍVAR. JUNIO – AGOSTO 2023”, que será presentado a posteriori como requisito parcial para optar por el título de médico cirujano.

Firma

Apéndice B

UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO BOLÍVAR
ESCUELA CIENCIAS DE LA SALUD
“Dr. Francisco Battistini Casalta”

DEPARTAMENTO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

CARACTERIZACIÓN CLÍNICO - EPIDEMIOLOGICA DEL EMBARAZO DE ALTO RIESGO OBSTÉTRICO. SERVICIO DE MATERNIDAD. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO “RUIZ Y PÁEZ”. CIUDAD BOLÍVAR – ESTADO BOLÍVAR. JUNIO – AGOSTO 2023

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

I. CARACTERÍSTICAS SOCIO-DEMOGRÁFICOS

Edad: ____ años

Procedencia: Rural: ____ Urbana: ____

Estado civil: Soltera ____ Casada ____ Divorciada ____ Unión libre ____ Viuda

Escolaridad: Analfabeta ____ Primaria incompleta ____ Primaria completa ____

Bachillerato incompleto ____ Bachillerato completo ____ Universitario: ____

Profesión: _____ Ocupación: _____

Estrato social: I ____ II ____ III ____ VI ____ V ____

Consumo de sustancias No __ Sí __: Alcohol __ Drogas __ Tabaco ____

II. CARACTERÍSTICAS GINECO-OBSTÉTRICOS

Menarquia: ____ años

Sexarquia: ____ años

Número de parejas sexuales: 1 ___ 2 ___ más de 3 ___

Gestas: ___ Partos: ___ Cesáreas: ___ Abortos: ___

Paridad: nulípara ___ primípara ___ multípara ___ gran multípara ___

Intervalo intergenésico: <2 años ___ >5 años ___

Edad Gestacional: _____

Número de controles: ninguno ___ menos de 8 ___ más de 8 ___

Parto: pre término ___ A término ___ Post término ___ No aplica ___

Vía de finalización del embarazo: Parto vaginal ___ Cesárea ___

Dilatación y evacuación ___ No aplica ___

V. ALTO RIESGO OBSTÉTRICO

Condición

ARO:

Clasificación ARO: Tipo 1 ___ Tipo 2 ___ Tipo 3 ___

Complicaciones del embarazo y parto:

Complicaciones del puerperio:

Apéndice C

Ciudad Bolívar, mayo 2023

Dr. Antonio Russo

Jefe del Servicio de Ginecología y Obstetricia.

Presente.

Sirva esta para saludarle mientras le solicitamos con el debido respeto, toda la colaboración que pueda brindarnos para la elaboración de la investigación titulada: **CARACTERIZACIÓN CLÍNICO - EPIDEMIOLOGICA DEL EMBARAZO DE ALTO RIESGO OBSTÉTRICO. SERVICIO DE MATERNIDAD. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO “RUIZ Y PÁEZ”. CIUDAD BOLÍVAR – ESTADO BOLÍVAR. JUNIO – AGOSTO 2023**, que será presentada a posteriori como trabajo de grado como requisito parcial para optar por el título de médico cirujano.

En el mencionado trabajo a realizar contaremos con la asesoría del Dr. Serris Kaid Bay, y el periodo de recolección de muestra será entre los meses junio - agosto 2023, utilizando como instrumento un formulario de recolección de datos y la escala de Graffar modificada.

Esperando recibir de usted una respuesta satisfactoria que nos aproxime a la realización de esta tarea.

Se despide,

Atentamente,

Thaibelis Febres

Nadiuska Petit

Apéndice D

UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO BOLÍVAR
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

Señor

(a):

Cedula de Identidad: _____

En pleno uso de mis facultades, libre y voluntariamente manifiesto que he sido debidamente informado y en consecuencia AUTORIZO a que me sean realizadas unas encuestas, por parte de los estudiantes de Medicina Thaibelis Febres y Nadiuska Petit como parte de su trabajo de investigación CARACTERIZACIÓN CLÍNICO - EPIDEMIOLOGICA DEL EMBARAZO DE ALTO RIESGO OBSTÉTRICO. SERVICIO DE MATERNIDAD. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO "RUIZ Y PÁEZ". CIUDAD BOLÍVAR – ESTADO BOLÍVAR. JUNIO – AGOSTO 2023, teniendo en cuenta que:

1. He comprendido la naturaleza y propósito de la investigación.
2. He tenido la oportunidad de aclarar mis dudas.
3. Estoy satisfecho (a) con la información proporcionada.
4. Entiendo que mi consentimiento puede ser revocado en cualquier momento.
5. Reconozco que todos los datos e información proporcionada referente los cuestionarios son ciertos y que no he omitido ninguno que pueda influir en la investigación.

Firma

ANEXOS

Anexo 1

ESCALA DE GRAFFAR MODIFICADO POR MÉNDEZ Y CASTELLANOS

Profesión del jefe de Familia

o Profesión universitaria (1pto) _____

o Profesión técnica superior (2ptos) _____

o Empleados sin profesión universitaria, técnicos medios o pequeños comerciantes (3ptos) _____

o Obreros especializados (4ptos) _____

o Obreros no especializados (5ptos) _____

Grado de instrucción de la madre

o Universitaria (1pto) _____

o Técnico superior (2ptos) _____

o Técnico medio o secundaria incompleta (3ptos) _____

o Primaria o alfabeta (4ptos) _____

o Analfabeta (5ptos) _____

Fuentes de ingreso de la familia

o Fortuna heredada o adquirida (1pto) _____

o Ganancias u honorarios profesionales (2ptos) _____

o Sueldo mensual (3ptos) _____

o Sueldo a destajo o por día (4ptos) _____

o Donaciones (5ptos) _____

Condiciones de la vivienda

Viviendas con ambientes de gran lujo (1pto) _____

Viviendas con suficientes espacios y con lujos sin exceso (2ptos)

_____ Vivienda con buena condición sanitaria y ambientes reducidos (3ptos)

- Vivienda con deficiencia de condiciones sanitarias (4ptos) _____
- Rancho o vivienda en condiciones inadecuadas (5ptos) _____

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:

TÍTULO	CARACTERIZACIÓN CLÍNICO - EPIDEMIOLOGÍA DEL EMBARAZO DE ALTO RIESGO OBSTÉTRICO. SERVICIO DE MATERNIDAD. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO "RUIZ Y PÁEZ". CIUDAD BOLÍVAR – ESTADO BOLÍVAR. JUNIO – AGOSTO 2023
---------------	---

AUTOR (ES):

APELLIDOS Y NOMBRES	CÓDIGO CVLAC / E MAIL
Febres Parra, Thaibelis Yusleivy	CVLAC: 25.083.956 E MAIL: febrethaibelis@gmail.com
Petit Urbaneja, Nadiuska del Valle	CVLAC: 26.048.667 E MAIL: petitnadiuska@gmail.com

PALÁBRAS O FRASES CLAVES:

Epidemiología
Embarazo
Ginecología
Riesgo
Obstétrico

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:

ÀREA y/o DEPARTAMENTO	SUBÀREA y/o SERVICIO
Dpto de Medicina	Obstetricia
	Maternidad

RESUMEN (ABSTRACT):

Introducción: El embarazo de alto riesgo es aquel en el que se tiene la certeza o la 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. **Objetivo:** Determinar las características clínico - epidemiológicas del embarazo de Alto Riesgo Obstétrico, Servicio de Maternidad, Complejo Hospitalario Universitario “Ruiz y Páez”, Ciudad Bolívar, estado Bolívar, durante el periodo junio – agosto 2023. **Metodología:** Estudio descriptivo, prospectivo, de campo y de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 300 pacientes con diagnóstico de Alto Riesgo Obstétrico, que cumplieron los criterios de inclusión. **Resultados:** La edad promedio de las embarazadas fue de $24,04 \pm 6,18$ años. El 85% (n=255) provenían de zonas urbanas. Respecto a las características socio-demográficas, 65,3% (n=196) de las pacientes se encontraban en unión libre; 52,7% (n=158) tenían como escolaridad bachillerato completo, 82,3% (n=247) eran amas de casa; 67,7% (n=203) no consumían sustancias y 70,3% (n=211) pertenecen al estrato IV. Referente a las características gineco-obstétricas, 72,3% (n=217) de las pacientes tuvieron su menarquia entre los 11 a 13 años, y la sexarquia se presentó entre los 12 y 16 años en 66,7% (n=200). El 68,3% (n=205) de las pacientes tuvieron de una a dos parejas sexuales, 35,3% (n=106) eran nulíparas, el 90% (n=270) se encontraban en el tercer trimestre del embarazo, y el 77,3% (n=232) asistieron a menos de 8 controles. Con relación a los tipos de alto riesgo obstétrico, fue mas frecuente el tipo III (riesgo muy alto) en 84,7% (n=254) de las gestantes. La principal vía de finalización del parto fue cesárea en 44,3% (n=133) de los casos. Dentro de las principales complicaciones durante el embarazo y parto, se encontró la anemia en primer lugar con 40,1% (n=107), de igual forma se presentó en un 81,3% (n=113) de las pacientes con complicaciones durante el puerperio. **Conclusiones:** El alto riesgo obstétrico tipo III (riesgo muy alto) predominó sobre los otros tipos de riesgo obstétrico.

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:

CONTRIBUIDORES:

APELLIDOS Y NOMBRES	ROL / CÓDIGO CVLAC / E_MAIL				
Dr. Serris Kaid Bay	ROL	CA	AS	TU(x)	JU
	CVLAC:	5.391.445			
	E_MAIL	serriskaidbay@gmail.com			
	E_MAIL				
Dr. Carlos Rodríguez	ROL	CA	AS	TU	JU(x)
	CVLAC:	8.858.170			
	E_MAIL	crr506@gmail.com			
	E_MAIL				
Dr. Luis Madriz	ROL	CA	AS	TU	JU(x)
	CVLAC:	5.341.452			
	E_MAIL	ldmn1860@hotmail.com			
	E_MAIL				
	ROL	CA	AS	TU	JU(x)
	CVLAC:				
	E_MAIL				
	E_MAIL				
	CVLAC:				
	E_MAIL				

FECHA DE DISCUSIÓN Y APROBACIÓN:

2024 AÑO	03 MES	06 DÍA
--------------------	------------------	------------------

LENGUAJE. SPA

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:

ARCHIVO (S):

NOMBRE DE ARCHIVO	TIPO MIME
Tesis caracterización clínico epidemiológica del embarazo de alto riesgo obstétrico Servicio de maternidad Complejo Hospitalario Universitario Ruiz y Páez Ciudad Bolívar Estado Bolívar junio agosto 2023	. MS.word

ALCANCE

ESPACIAL:

Servicio de maternidad. Complejo Hospitalario Universitario "Ruiz y Páez". Ciudad Bolívar – Estado Bolívar.

TEMPORAL: 10 AÑOS

TÍTULO O GRADO ASOCIADO CON EL TRABAJO:

Médico Cirujano

NIVEL ASOCIADO CON EL TRABAJO:

Pregrado

ÁREA DE ESTUDIO:

Dpto. de Medicina

INSTITUCIÓN:

Universidad de Oriente

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
CONSEJO UNIVERSITARIO
RECTORADO

CU N° 0975

Cumaná, 04 AGO 2009

Ciudadano
Prof. JESÚS MARTÍNEZ YÉPEZ
Vicerrector Académico
Universidad de Oriente
Su Despacho

Estimado Profesor Martínez:

Cumplo en notificarle que el Consejo Universitario, en Reunión Ordinaria celebrada en Centro de Convenciones de Cantaura, los días 28 y 29 de julio de 2009, conoció el punto de agenda "SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA PUBLICAR TODA LA PRODUCCIÓN INTELECTUAL DE LA UNIVERSIDAD DE ORIENTE EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL DE LA UDO, SEGÚN VRAC N° 696/2009".

Leído el oficio SIBI - 139/2009 de fecha 09-07-2009, suscrita por el Dr. Abul K. Bashirullah, Director de Bibliotecas, este Cuerpo Colegiado decidió, por unanimidad, autorizar la publicación de toda la producción intelectual de la Universidad de Oriente en el Repositorio en cuestión.

UNIVERSIDAD DE ORIENTE
SISTEMA DE BIBLIOTECA
RECIBIDO POR *[Firma]*
FECHA 5/8/09 HORA 5:20

Comunicación que hago a usted a los fines consiguientes.

Cordialmente,

[Firma]
JUAN A. BOLANOS CUNEL
Secretario



C.C: Rectora, Vicerrectora Administrativa, Decanos de los Núcleos, Coordinador General de Administración, Director de Personal, Dirección de Finanzas, Dirección de Presupuesto, Contraloría Interna, Consultoría Jurídica, Director de Bibliotecas, Dirección de Publicaciones, Dirección de Computación, Coordinación de Telesinformática, Coordinación General de Postgrado.
JABC/YGC/maruja

Apartado Correos 094 / Telf: 4008042 - 4008044 / 8008045 Telefax: 4008043 / Cumaná - Venezuela

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO BOLIVAR
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
"Dr. FRANCISCO BATTISTINI CASALTA"
COMISIÓN DE TRABAJOS DE GRADO

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:

DERECHOS

De acuerdo al artículo 41 del reglamento de trabajos de grado (Vigente a partir del II Semestre 2009, según comunicación CU-034-2009)

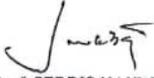
"Los Trabajos de grado son exclusiva propiedad de la Universidad de Oriente y solo podrán ser utilizadas a otros fines con el consentimiento del consejo de núcleo respectivo, quien lo participará al Consejo Universitario "

AUTOR(ES)


Br.FEBRES PARRA THAIBELIS YUSLEIVY
C.I.25083956
AUTOR


Br.PETIT URBANEJA NADUSKA DEL VALLE
C.I.26048667
AUTOR

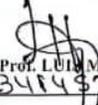
JURADOS


TUTOR: Prof. SERRIS KAID BAY
C.I.N. 5.891445

EMAIL: Serris Kaid Bay @ gmail .com


JURADO Prof. CARLOS RODRIGUEZ
SOTILLO
C.I.N. 8038170

EMAIL: crrs06@ymail.com


JURADO Prof. LUIS MADRIZ
C.I.N. 5341437

EMAIL: ldm1860@bnetmail.com



DEL PUEBLO VENIMOS / HACIA EL PUEBLO VAMOS

Avenida José Méndez c/c Columbo Silva- Sector Barrio Ajuro- Edificio de Escuela Ciencias de la Salud- Planta Baja- Ciudad Bolívar- Edo. Bolívar- Venezuela.
Teléfono (0285) 6324976