



UNIVERSIDAD DE ORIENTE  
NÚCLEO SUCRE  
SERVICIO AUTONOMO  
HOSPITAL UNIVERSITARIO “ANTONIO PATRICIO DE ALCALÁ”  
POSTGRADO EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

**FACTORES GESTACIONALES QUE INCIDEN EN LA  
MORBIMORTALIDAD PERINATAL, EN GESTANTES CON  
ALTO RIESGO OBSTÉTRICO, HOSPITAL UNIVERSITARIO  
“ANTONIO PATRICIO DE ALCALÁ”, AÑO 2020.**

(Trabajo Especial de Grado como requisito parcial para optar al título de Especialista en  
Ginecología y Obstetricia)

Tutor: Dra. Dianery Boada.

Autor: Dr. Jesús O. Marcano.

Cumaná, Enero 2022



UNIVERSIDAD DE ORIENTE  
NÚCLEO SUCRE  
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD  
SERVICIO AUTONOMO  
HOSPITAL UNIVERSITARIO “ANTONIO PATRICIO DE ALCALÁ”  
POSTGRADO EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

**CARTA AVAL DEL TUTOR**

Cumaná 20 de Enero, 2022

Miembros de la Comisión Coordinadora  
Postgrado En Ginecología y Obstetricia  
Universidad de Oriente, Núcleo Sucre

La presente es para comunicarle, que en mi carácter de tutora del Trabajo Especial de Grado, titulado: **FACTORES GESTACIONALES QUE INCIDEN EN LA MORBIMORTALIDAD PERINATAL, EN GESTANTES CON ALTO RIESGO OBSTÉTRICO, HOSPITAL UNIVERSITARIO “ANTONIO PATRICIO DE ALCALÁ”, AÑO 2020**. Realizado por el ciudadano: **Jesús O. Marcano CLN°: 20.063.179**, para optar al Título de Especialista en Ginecología y Obstetricia; una vez leído y analizado considero que dicho trabajo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la presentación pública y evaluación por parte del jurado evaluador que se designe.

---

**Dra. Dianery Boada**  
Esp. En Ginecologia y Obstetrica  
C.I. N°: V- 14.420.815

## INDICE

<b>Contenido</b>	<b>Pág.</b>
RESUMEN .....	iii
ABSTRAC.....	iv
DEDICATORIA .....	v
DEDICATORIA .....	vi
LISTA DE TABLAS .....	vii
LISTA DE GRÁFICAS .....	ix
INTRODUCCIÓN.....	1
OBJETIVOS.....	5
Objetivo General:.....	5
Objetivos Específicos: .....	5
MATERIAL Y MÉTODO .....	6
Tipo de Estudio .....	6
Población y Muestra .....	6
Criterios de Inclusión .....	6
Criterios de Exclusión.....	7
Técnicas y Procedimientos.....	7
RESULTADOS .....	8
DISCUSIÓN .....	15
CONCLUSIONES .....	18
RECOMENDACIONES.....	19
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	20
ANEXOS .....	25
METADATOS.....	29



UNIVERSIDAD DE ORIENTE  
NÚCLEO SUCRE  
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD  
SERVICIO AUTONOMO  
HOSPITAL UNIVERSITARIO “ANTONIO PATRICIO DE ALCALÁ”  
POSTGRADO EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

**FACTORES ASOCIADOS A MORBIMORTALIDAD PERINATAL EN  
GESTANTES CON ALTO RIESGO OBSTÉTRICO, HOSPITAL  
UNIVERSITARIO “ANTONIO PATRICIO DE ALCALÁ” AÑO 2020**

Marcano, J; Boada, D.

Hospital Universitario “Antonio Patricio De Alcalá”; Postgrado De Ginecología y  
Obstetricia.

**RESUMEN**

El embarazo de alto riesgo, es considerado un problema de salud pública de importancia, por las repercusiones maternas como neonatales. Se realizó un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, de corte transversal con el objetivo de determinar factores gestacionales que inciden en la morbilidad perinatal en gestantes con alto riesgo obstétrico (ARO), Hospital Universitario “Antonio Patricio de Alcalá”, año 2020. La población estuvo constituida por 804 gestantes, seleccionándose una muestra de 429, mediante una selección intencionada, bajo criterios de inclusión. Se evaluaron 429 historias, de gestantes con sus respectivos neonatos, predominando la edad de 15 - 19 años (28%). El antecedente patológico resaltante fue la HTA (29%). Los antecedentes obstétricos, predominantes fueron las multigestaciones (76.2%), cesareas segmentaria anteriores (53.1%), y abortos previos (46.8%). El antecedente patológico obstétrico predominante fue la RPM (46.5%). Resaltó el embarazo no controlado (44%), la ausencia de consumo de multivitamínicos (37%), y las infecciones vaginales del 3er trimestre (26,1%), como factores de riesgo gestacionales. 46.3% presentaron partos pre términos, de ellas, 69.9% se le practicó cesárea segmentaria. Predominaron los neonatos con edad gestacional (EG) por *Capurro* de 34-36 semanas (37%), y pequeños para EG (PEG) (46.6%). 75.3% presentó alguna patología que ameritó hospitalización; predominó como principal morbilidad el SDR del prematuro (46.6%). Respecto a la mortalidad neonatal, falleció el 20.9%, (tasa de mortalidad (TM): 209.7/1000); la principal causa fue la sepsis neonatal (42.2% / TM: 88.5/1000). Predominaron las defunciones de género masculino (75.5% / TM: 158.5/1000), prematuros extremos (24.4% / TM: 51.2/1000), y PEG (67.7% / TM: 142.1/1000).

**Palabras claves:** Alto riesgo obstétrico, morbilidad perinatal, prematuridad, sepsis neonatal



UNIVERSIDAD DE ORIENTE  
NÚCLEO SUCRE  
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD  
SERVICIO AUTONOMO  
HOSPITAL UNIVERSITARIO “ANTONIO PATRICIO DE ALCALÁ”  
POSTGRADO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

**FACTORS ASSOCIATED WITH PERINATAL MORBIDITY AND  
MORTALITY IN PREGNANT WOMEN WITH HIGH OBSTETRIC RISK,  
“ANTONIO PATRICIO DE ALCALÁ” UNIVERSITY HOSPITAL, YEAR 2020**

Marcano, J; Boada, D.

“Antonio Patricio De Alcalá” University Hospital; Postgraduate Gynecology and  
Obstetrics.

**ABSTRAC**

High-risk pregnancy is considered an important public health problem, due to maternal and neonatal repercussions. An observational, descriptive, retrospective, cross-sectional study was carried out with the objective of determining gestational factors that affect perinatal morbidity and mortality in pregnant women with high obstetric risk (ARO), "Antonio Patricio de Alcalá" University Hospital, year 2020. The population consisted of 804 pregnant women, selecting a sample of 429, through an intentional selection, under inclusion criteria. 429 records of pregnant women with their respective neonates were evaluated, predominantly the age of 15 - 19 years (28%). The outstanding pathological history was hypertension (29%). The predominant obstetric antecedents were multipregnancies (76.2%), previous segmental caesarean sections (53.1%), and previous abortions (46.8%). The predominant obstetric pathological history was PROM (46.5%). Uncontrolled pregnancy (44%), lack of multivitamin intake (37%), and vaginal infections in the 3rd trimester (26.1%) stood out as gestational risk factors. 46.3% had preterm deliveries, of which 69.9% underwent segmental cesarean section. There was a predominance of neonates with gestational age (GA) by Capurro of 34-36 weeks (37%), and small for GA (PEG) (46.6%). 75.3% presented some pathology that required hospitalization; Premature RDS predominated as the main morbidity (46.6%). Regarding neonatal mortality, 20.9% died (mortality rate (MT): 209.7/1000); the main cause was neonatal sepsis (42.2% / MT: 88.5/1000). Male deaths (75.5% / MT: 158.5/1000), extremely premature (24.4% / MT: 51.2/1000), and SGA (67.7% / MT: 142.1/1000) prevailed.

**Keywords:** High obstetric risk, morbidity and mortality, prematurity, neonatal sepsis.

## DEDICATORIA

El presente trabajo lo dedico principalmente a Dios por ser el responsable de mis despertares, inspirador y el que me da la fuerza para continuar este proceso e ir alcanzando cada una de mis metas trazadas.

A mi Padre por ser pieza fundamental en mi amor por esta especialidad, ser un gran amigo y apoyarme sin medidas, ejemplo de constancia, empeño, dedicación y gran protector de la familia, para ti mi Pana cada uno de mis logros y en especial este, por todas las veces que hablamos de mi vida profesional.

A mis Padres por su amor, trabajo y sacrificio en todo este tiempo, gracias a ustedes he logrado llegar hasta aquí y convertirme en lo que soy. Ha sido un orgullo y un privilegio ser su hijo.

A mi Abuela porque por siempre estar presente en los momentos buenos y no tan buenos, creer siempre en mí como si aún fuera aquel niño que caminaba junto a ella para ir al preescolar.

A mis Tías por cuidar siempre de mí y compartir cada uno de mis sueños.

A mis Hermanos porque a pesar de ser menores jamás dejan de enseñarme, tengan por seguro de que siempre estaré para ustedes.

A mi Compañera de vida, mi amor; gracias por apoyarme a pesar de los momentos turbios, por jamás perder la Fe en mí, para así poder continuar caminando de la mano, por regalarme momentos y etapas que jamás había vivido, a ti, gracias.

A mi tutora por haber creído en mí desde el primer momento, convertirse en amiga y madre, y a la vez entender que cada quien va tomando la decisión que le parezca correcta, gracias por ese apoyo incondicional, por acogerme y hacerme sentir que formo parte de tu familia.

A Mis Compañeros de postgrado porque de una u otra manera imprimieron cada una de sus personalidades en mí, por confiarme su amistad y entender que a pesar de las dificultades en el ámbito profesional se puede seguir adelante con el apoyo de las personas que te aprecian.

Y a todas aquellas personas que de una u otra manera me han acompañado y han aportado a que esta y otras metas se hayan materializado.

*Dr. Jesús Orlando Marcano Guillén.*

## **DEDICATORIA**

Primeramente a Dios por bendecirme con la vida, guiarme en cada paso que doy , ser mi apoyo y fortaleza en aquellos momentos de dificultad y debilidad, para así brindarme que cada día que me levanto la certeza de que él está conmigo.

A mi familia por su comprensión y estímulo constante, además de su apoyo incondicional a lo largo de estos tres años.

A mí tutora y amiga por haber aceptado desde el primer momento acompañarme en este proceso, y hacer de él una experiencia inigualable.

Y a todas aquellas personas que de una u otra manera contribuyeron a que la realización de este trabajo se haya materializado.

## LISTA DE TABLAS

<b>TABLAS</b>	<b>Pág.</b>
<b>1</b> Antecedentes obstétricos de gestantes con alto riesgo obstétrico, Hospital Universitario “Antonio Patricio de Alcalá”, Cumaná, Venezuela, 2020.	9
<b>2</b> Antecedentes patológicos obstétricos de gestantes con alto riesgo obstétrico, Hospital Universitario “Antonio Patricio de Alcalá”, Cumaná, Venezuela, 2020.	9
<b>3</b> Factores de riesgo gestacionales de gestantes con alto riesgo obstétrico, Hospital Universitario “Antonio Patricio de Alcalá”, Cumaná, Venezuela, 2020.	10
<b>4</b> Edad gestacional por ecografía de gestantes con alto riesgo obstétrico, Hospital Universitario “Antonio Patricio de Alcalá”, Cumaná, Venezuela, 2020.	10
<b>5</b> Tipo de parto de gestantes con alto riesgo obstétrico, Hospital Universitario “Antonio Patricio de Alcalá”, Cumaná, Venezuela, 2020.	11
<b>6</b> Edad gestacional por <i>Capurro</i> Neonatos de gestantes con alto riesgo obstétrico, Hospital Universitario “Antonio Patricio de Alcalá”, Cumaná, Venezuela, 2020.	11

- 7** Percentiles de Neonatos de gestantes con alto riesgo obstétrico, Hospital Universitario “Antonio Patricio de Alcalá”, Cumaná, Venezuela, 2020. 12
- 8** Morbilidad de Neonatos de gestantes con alto riesgo obstétrico, Hospital Universitario “Antonio Patricio de Alcalá”, Cumaná, Venezuela, 2020. 12
- 9** Causas y tasa de Mortalidad de Neonatos de gestantes con alto riesgo obstétrico, Hospital Universitario “Antonio Patricio de Alcalá”, Cumaná, Venezuela, 2020. 13

## LISTA DE GRÁFICAS

	<b>GRÁFICA</b>	<b>Pág.</b>
<b>1</b>	Edad de gestantes con alto riesgo obstétrico, Hospital Universitario “Antonio Patricio de Alcalá”, Cumaná, Venezuela, 2020.	8
<b>2</b>	Antecedentes Patológicos de gestantes con alto riesgo obstétrico, Hospital Universitario “Antonio Patricio de Alcalá”, Cumaná, Venezuela, 2020.	8

## INTRODUCCIÓN

El embarazo de alto riesgo, es considerado aquel en el que la gestante presenta ciertas patologías obstétricas o circunstancias especiales que comportan peligro para su salud o inclusive la muerte para ella, para el feto, recién nacido o para ambos. Según la OMS, el embarazo de alto riesgo es aquel en que la probabilidad de enfermedad o muerte antes, durante o después del parto es mayor que lo habitual para la madre como para el niño.<sup>1-2</sup>

Este flagelo constituye el 10 al 20% del total de embarazos y es el responsable del 75% de la morbilidad y mortalidad del feto y del recién nacido. Por esta razón, es esencial la identificación temprana y el manejo de los factores de riesgo con el fin de racionalizar la atención médica y concentrar los recursos en quienes más los necesitan con el fin de brindar la atención en el nivel de complejidad que su grado de riesgo requiera. Dentro de los distintos sistemas de definición de riesgo obstétrico, están las edades extremas de la vida reproductiva de la mujer, por la probable asociación con afecciones propias de estas edades como la hipertensión arterial, diabetes, nefropatías y cardiopatías, con una evolución del embarazo más comprometida, mayor índice de morbimortalidad perinatal, mayor incidencia de intervenciones y resultados más desfavorables.<sup>3</sup>

La mortalidad perinatal se concibe como el número de fetos o recién nacidos fallecidos entre la semana 28 de gestación hasta los 7 días de vida. Se define mortalidad neonatal I, la que está comprendida entre la semana 28 de gestación y los primeros 7 días de vida, y la mortalidad neonatal II, que comprende entre la semana 22 de gestación hasta los 28 días de vida. La mortalidad fetal tiene un componente fetal entre las 28

semanas de gestación y el parto (mortalidad fetal tardía) y otro neonatal, entre el nacimiento y el séptimo día de vida (mortalidad neonatal precoz o temprana).<sup>4-5</sup>

Uno de los problemas clínicos comunes que un obstetra se encuentra frecuentemente, es la estimación de la madurez fetal, especialmente cuando se halla frente al dilema de escoger entre prematuridad y el alto riesgo que puede correr el feto si continúa con vida intrauterina. El período de latencia prolongado podría acelerar la madurez pulmonar en fetos pre términos por un aumento de la producción de corticoides por parte de las glándulas adrenales. No obstante, es difícil decidir la conducta en los embarazos entre 28 y 34 semanas con rotura prematura de membrana, pues hay quienes consideran vigilancia para una mayor supervivencia fetal con evaluación de parámetros como peso fetal mayor de 1.400 g, vitalidad, ausencia de enfermedad, flora vaginal normal, proteína C reactiva baja y parto vaginal con buen pronóstico. Se ha estudiado diversos factores de riesgo, como multiparidad, abortos, modificaciones cervicales, infección del líquido amniótico, pero no hay unanimidad de criterios en cuanto al uso de antibióticos. Algunos autores informan reducción del parto pretérmino y corioamnionitis y otros obtienen resultados no favorables.<sup>6</sup>

Entre las causas de muerte del recién nacido se incluyen las afecciones perinatales (crecimiento intrauterino retardado, neonatos afectados por complicaciones maternas del embarazo, el síndrome de dificultad respiratoria, las infecciones, la hipoxia intrauterina y la asfixia perinatal), las malformaciones congénitas y la muerte súbita. Las infecciones agudas, el nacimiento prematuro y la asfixia son las causas principales, seguidas del bajo peso neonatal y las complicaciones del parto; mientras que en otros países menos desarrollados, la pobreza, la salud de la madre y la calidad de la atención prenatal devienen factores que determinan la mortalidad fetal y neonatal.<sup>7</sup>

Las alteraciones respiratorias, cerebrales y digestivas son las primeras causas de muerte neonatal. El 41 % de los neonatos fallecidos en un hospital hondureño, habían padecido enfermedad de la membrana hialina, seguida de sepsis y asfixia neonatal (38 %, respectivamente), taquipnea transitoria (24 %), inmadurez orgánica (14 %) y otros procesos morbosos; pero en 50 % de los casos, la causa inmediata de la muerte fue la insuficiencia respiratoria y en 30 % el choque séptico.<sup>7</sup>

En Latinoamérica existen pocos estudios sobre los resultados obstétricos y perinatales en madres de edad avanzada y con algún otro alto riesgo, por ejemplo en Chile en el estudio “riesgo obstétrico y perinatal en embarazadas mayores de 35 años” concluyeron “que tanto los riesgos para la madre como para los recién nacidos se veían incrementados únicamente por la variable edad de la madre.”<sup>8</sup>

Por la razón anterior, el cuidado de la salud perinatal ha adquirido una importancia creciente, y se multiplican las acciones para mejorarla. Al respecto parece existir acuerdo general en que, para diseñar intervenciones eficaces para su reducción, se hace necesario: identificar los factores de riesgo que se encuentran más asociados con su ocurrencia, conocer sus principales causas, y precisar sus niveles y tendencias para evaluar su comportamiento epidemiológico.<sup>9</sup>

En la planificación de intervenciones dirigidas a reducir la mortalidad de esta naturaleza, debe tenerse presente que los daños a la salud perinatal reconocen en su origen una vinculación estrecha con los factores de riesgo y patologías que afectan a la madre, tanto desde la etapa previa a la concepción, como durante el embarazo y el parto, trayendo como consecuencias secundarias complicaciones específicas del recién nacido. Tomando en consideración lo expuesto anteriormente, se plantea determinar los factores

gestacionales que inciden en la morbimortalidad perinatal, en gestantes con alto riesgo obstétrico del Hospital Universitario “Antonio Patricio de Alcalá”, Cumaná, Venezuela, durante el año 2020.

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo General:**

Determinar factores gestacionales que inciden en la morbilidad perinatal, en gestantes con alto riesgo obstétrico del Hospital Universitario “Antonio Patricio de Alcalá”, Cumaná, Venezuela, durante el año 2020.

### **Objetivos Específicos:**

1. Caracterizar la muestra según edad, antecedentes patológicos, y obstétricos.
2. Identificar antecedentes neonatales: edad gestacional y percentiles neonatales.
3. Describir morbilidad neonatal en la muestra estudiada
4. Indagar sobre la causa y tasa de mortalidad perinatal, en la muestra seleccionada.

## **MATERIAL Y MÉTODO**

### **Tipo de Estudio**

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, de corte transversal con el objetivo de determinar factores gestacionales que inciden en la morbimortalidad perinatal en gestantes con alto riesgo obstétrico, del Hospital Universitario “Antonio Patricio de Alcalá”, Cumaná, Venezuela, durante el año 2020.

### **Población y Muestra**

La población estuvo constituida por la totalidad de 804 gestantes con alto riesgo obstétrico que acudieron al servicio de sala de parto, del Hospital Universitario Antonio Patricio de Alcalá, durante el año 2020. Se seleccionó una muestra probabilística y representativa de 429 gestantes (45% de la población), mediante un método de selección intencionado, bajo criterios de inclusión y exclusión, para un nivel de confianza de 95% y un margen de error de 3.23%.

### **Criterios de Inclusión**

- Pacientes con alto riesgo obstétricos ingresadas a la unidad de sala de partos.
- Pacientes con antecedentes de obstétricos pertinentes.
- Pacientes que se encuentren por encima de las 28 semanas de gestación.
- Recién nacidos dentro de los primeros 7 días de vida.

## **Criterios de Exclusión**

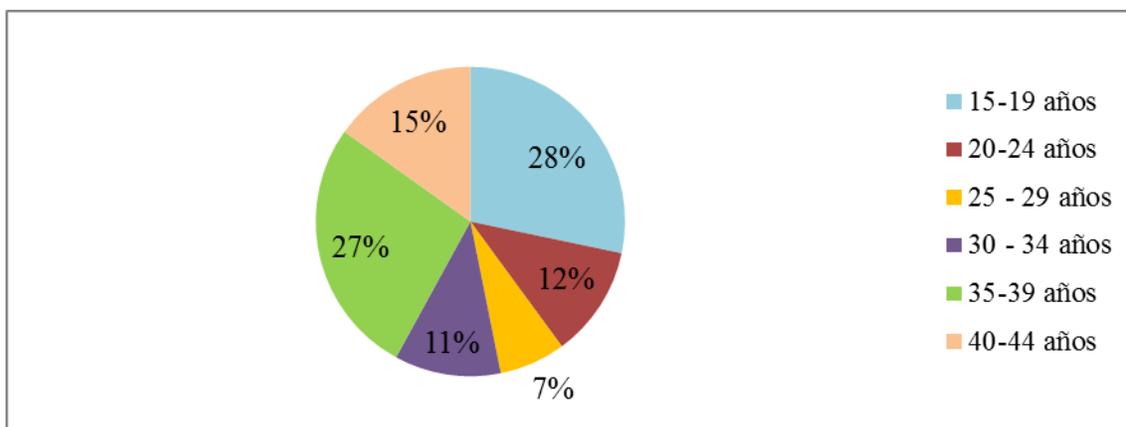
- Historias clínicas incompletas, que no reúnan la totalidad de las variables estudiadas.
- Toda paciente que no cumpla con los criterios de inclusión.

## **Técnicas y Procedimientos**

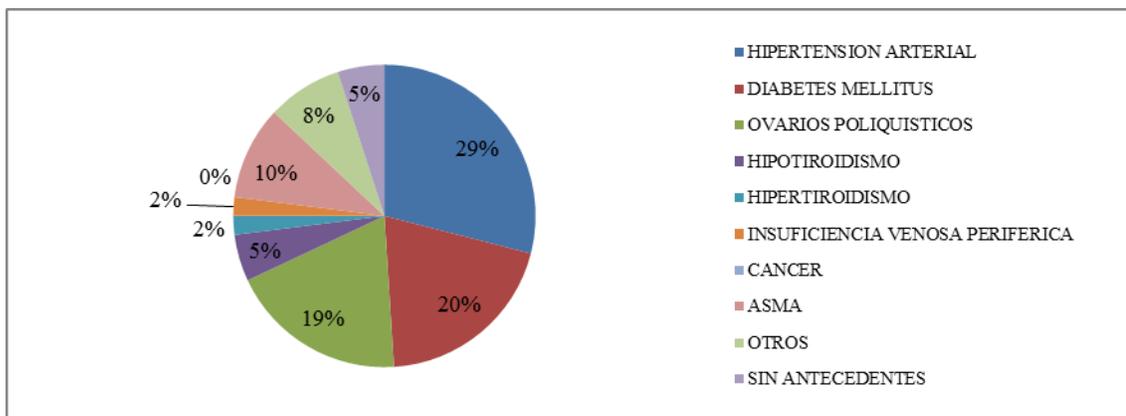
La técnica de recolección de información se llevó a cabo, mediante la revisión de historias clínicas y revisión de libro de registros neonatales, los resultados fueron vaciados en un registro digital para su posterior análisis; se tomó como sugerencia de edad gestacional del embarazo estudios ecográficos y como edad gestacional del neonato, el método de *Capurro*, al igual que las clasificaciones utilizadas para las variables antropométricas de los neonatos; el cálculo de las tasas de mortalidad, se realizó mediante el cálculo matemático de número de defunciones entre el total de nacidos del estudio, por 1000 (mil). Los resultados obtenidos, se tabularon y graficaron, con expresiones numéricas absolutas, y porcentuales, con el fin de obtener una mayor expresión de los resultados; de igual forma, se aplicaron normas bioéticas, basadas en los principios de beneficencia, no maleficencia, justicia y respeto a las personas, por lo que los resultados se manejaron bajo el anonimato, con la premisa de mantener la confidencialidad de las participantes.

## RESULTADOS

Se evaluaron 429 historias, tanto de gestantes como de sus respectivos neonatos, predominando la edad de 15 a 19 años con un 28% (gráfica 1), en las gestantes. El 29% de la muestra presentó como antecedentes patológicos de importancia la hipertensión arterial, seguido de diabetes mellitus (gráfica 2).



Gráfica 1. Edad de gestantes con alto riesgo obstétrico, Hospital Universitario “Antonio Patricio de Alcalá”, Cumaná, Venezuela, 2020.



Gráfica 2. Antecedentes Patológicos de gestantes con alto riesgo obstétrico, Hospital Universitario “Antonio Patricio de Alcalá”, Cumaná, Venezuela, 2020.

Respecto a los antecedentes obstetricos, predominaron las multigestas con un 76.2%, con antecedentes de cesareas segmentarias anteriores (53.1%); el 46.8% habia presentado por lo menos un aborto previo a la gestación (tabla 1). Se identifico como principal antecedente patologico obstetrico la ruptura prematura de membrana con un 46.5% seguido de la preeclampsia (37%), solo un 13.7% no presento antecedentes (tabla 2).

Antecedentes Obstetricos	N° (429)	%
Primigesta	102	23.7
Multigestas	327	76.2
Abortos	300	69.9
Partos	201	46.8
Cesareas	228	53.1

Tabla 1. Antecedentes obstétricos de gestantes con alto riesgo obstétrico, Hospital Universitario “Antonio Patricio de Alcalá”, Cumaná, Venezuela, 2020.

Antecedentes Patologicos Obstetricos	N° (429)	%
Placenta Previa	15	3.4
Desprendimiento Prematuro de Placenta	22	5.1
Ruptura Prematura de Membrana	200	46.5
Diabetes Gestacional	100	23.3
Preeclampsia	159	37
Sin antecedentes	59	13.7

Tabla 2. Antecedentes patológicos obstétricos de gestantes con alto riesgo obstétrico, Hospital Universitario “Antonio Patricio de Alcalá”, Cumaná, Venezuela, 2020.

Al identificar factores asociados a riesgo gestacional, se observó que predominó el embarazo no controlado con un 44%, 37% no consumió multivitamínicos durante la gestación, y el 26.1% presento infecciones vaginales durante el 3er trimestre (tabla 3).

Factores de riesgo gestacionales	N° (429)	%
Embarazo no controlado	189	44
Embarazo mal controlado	40	9.3
Ausencia de consumo de multivitaminicos	159	37
Infecciones urinarias en el 3er trimestre	69	16
Infecciones vaginales en el 3er trimestre	112	26.1
Tabaquismo	15	3.4

Tabla 3. Factores de riesgo gestacionales de gestantes con alto riesgo obstétrico, Hospital Universitario “Antonio Patricio de Alcalá”, Cumaná, Venezuela, 2020.

El 46.3% de las gestantes presentaron una edad gestacional para el momento del parto de 29-36 semanas por ecografía (tabla 4), de ellas, el 69.9% se le práctico cesárea segmentaria, resultados expresados en la tabla 5.

Edad gestacional por ecografía de gestantes	N°	%
20-28 semanas	39	9
29-36 semanas	199	46.3
37-42 semanas	156	36.3
+ 42 semanans	35	8.1
<b>Total</b>	<b>429</b>	<b>100</b>

Tabla 4. Edad gestacional por ecografía de gestantes con alto riesgo obstétrico, Hospital Universitario “Antonio Patricio de Alcalá”, Cumaná, Venezuela, 2020.

Tipo de Parto	N°	%
Expontaneo vaginal	129	30
Cesarea	300	69.9
<b>Total</b>	<b>429</b>	<b>100</b>

Tabla 5. Tipo de parto de gestantes con alto riesgo obstétrico, Hospital Universitario “Antonio Patricio de Alcalá”, Cumaná, Venezuela, 2020.

Predominaron los neonatos con edad gestacional por *Capurro* de prematuro tardío (34-36 semanas) con un 37% (tabla 6), con percentiles neonatales de composición pequeños para edad gestacional con un 46.6% (46.6%) (tabla 7).

Edad gestacional por <i>Capurro</i> de Neonatos	N°	%
Prematuro extremo (<28 semanas)	22	5,1
Muy prematuro (28-31 semanas)	55	12,8
Moderadamente prematuro (32-34 semanas)	70	16,3
Prematuro tardío (34-36 semanas)	159	37
A termino (37-41 semanas)	99	23
Post termino (>42 semanas)	25	5,8
<b>Total</b>	<b>429</b>	<b>100</b>

Tabla 6. Edad gestacional por *Capurro* Neonatos de gestantes con alto riesgo obstétrico, Hospital Universitario “Antonio Patricio de Alcalá”, Cumaná, Venezuela, 2020.

Percentiles neonatales	N°	%
Adecuado a Edad Gestacional	195	45.4
Pequeño para Edad Gestacional	200	46.6
Grande para la edad gestacional	34	7.9
<b>Total</b>	<b>429</b>	<b>100</b>

Tabla 7. Percentiles de Neonatos de gestantes con alto riesgo obstétrico, Hospital Universitario “Antonio Patricio de Alcalá”, Cumaná, Venezuela, 2020.

En la tabla 8 se aprecia la morbilidad neonatal presentada, 24.7% de los neonatos eran sanos y no ameritaron ingreso hospitalario, sin embargo el 75.3% presentó algún tipo de patología que ameritó hospitalización; predominó como principal morbilidad el síndrome de Distres respiratorio del prematuro con un 46.6%, seguido de la taquipnea transitoria del recién nacido (20.9%).

Morbilidad Neonatal	N° (429)	%
Síndrome De Distres Respiratorio Del Prematuro	200	46.6
Taquipnea Transitoria Del Recien Nacido	90	20.9
Mala Adaptabilidad Pulmonar	33	7.6
Sepsis Neonatal	59	13.7
Lues Congenito	14	3.2
Transtorno Metabolico: Hipoglicemia	4	0.9
Asfixia Perinatal	10	2.3
Síndrome Dismorfico	15	3.4
Neonato Sano	106	24.7

Tabla 8. Morbilidad de Neonatos de gestantes con alto riesgo obstétrico, Hospital Universitario “Antonio Patricio de Alcalá”, Cumaná, Venezuela, 2020.

En cuanto a la mortalidad neonatal, en la tabla 9 se logra observar que falleció el 20.9%, para una tasa de mortalidad de 209.7/1000 neonatos; la principal causa de fallecimiento fue la sepsis neonatal (42.2% / tasa de mortalidad: 88.5/1000). Predominaron los neonatos fallecidos de género masculino (75.5% / tasa de mortalidad: 158.5/1000), los prematuros extremos con un 24.4% (tasa de mortalidad: 51.2/1000), pequeños para edad gestacional (67.7% / tasa de mortalidad: 142.1/1000).

Mortalidad Neonatal	N° (90/429)	%	Tasa de mortalidad
Neonatos Fallecidos	90	20.9	209.7
Sepsis neonatal	38	42.2	88.5
Síndrome dismórfico	11	12.2	25.6
Hipertensión pulmonar	29	32.2	67.5
Cuagulación intravascular diseminada	10	11.1	23.3
Muerte súbita	2	2.2	4.6
Masculino	68	75.5	158.5
Femenino	22	24.4	51.2
Prematuro extremo (<28 semanas)	22	24.4	51.2
Muy prematuro (28-31 semanas)	30	33.3	69.9
Moderadamente prematuro (32-34 semanas)	8	8.8	18.6
Prematuro tardío (34-36 semanas)	10	11.1	23.3
A término (37-41 semanas)	15	16.6	34.9
Adecuado a Edad Gestacional	29	32.2	67.5
Pequeño para Edad Gestacional	61	67.7	142.1

Tabla 9. Causas y tasa de Mortalidad de Neonatos de gestantes con alto riesgo obstétrico, Hospital Universitario “Antonio Patricio de Alcalá”, Cumaná, Venezuela, 2020.

## DISCUSIÓN

Un embarazo de alto riesgo significa que la gestante tiene mayores posibilidades de complicaciones debido a las condiciones de su embarazo, a su estado de salud o su estilo de vida, o como consecuencia de factores externos; en ocasiones estas complicaciones son inesperadas y pueden producirse sin que haya indicios previos; otras veces, hay algunos factores de riesgo que aumentan la posibilidad de que haya problemas<sup>10</sup>.

En este estudio predominaron las gestantes con edades comprendidas entre los 15 y 19 años, resultados que concuerdan con estudios internacionales<sup>11-16</sup>. El embarazo adolescente está asociado con resultados deficientes en materia de salud y mayor riesgo de morbilidad y mortalidad maternas y fetales. A nivel mundial, las complicaciones del embarazo y el parto son las principales causas de muerte en las de 15 a 19 años<sup>17</sup>. Los antecedentes patológicos de importancia encontrados en el estudio fue la hipertensión arterial, seguido de diabetes mellitus, resultados que concuerdan con estudios internacionales que plantean que las enfermedades crónicas, colocan en primera instancia en riesgo a la gestante<sup>15,16,17,18</sup>.

Respecto a los antecedentes obstétricos, predominaron las multigestas, con antecedentes de cesáreas segmentarias anteriores y su mayoría había presentado por lo menos un aborto previo a la gestación. Por otro lado, los resultados de Robles J (2017) difieren en cuanto a esto, debido a que el antecedente materno de parto prolongado, y nuliparidad resultaron ser factores de riesgo a complicación intraparto y neonatales en su estudio sobre factores de riesgo relacionados a gestación mayor a 40 Semanas<sup>19</sup>.

Se identifico como principal antecedente patológico obstetrico en este estudio la ruptura prematura de membrana, seguido de la preeclampsia; en cuanto a los factores asociados con riesgo gestacional, se observó que predominó el embarazo no controlado, la ausencia de consumo de multivitamínicos durante la gestación, y las infecciones vaginales durante el 3er trimestre; resultados que concuerdan con los planteado por Del Carpio (2021), Chaiña E (2017), y por Mayhuasca R, Yurivilca C (2017), quienes encontraron relación estadísticamente significativa con la infección vaginal y con la ruptura prematura de membranas, la preeclampsia también fue hallado, como factores asociados a la prematuridad<sup>11,21,22</sup>.

Las gestantes presentaron una edad gestacional para el momento del parto de 29-36 semanas por ecografía, de ellas, en su mayoría se les práctico cesárea segmentaria. El aumento mundial de las cesáreas no se ha acompañado de una mejoría de los índices de mortalidad perinatal <sup>23,24</sup>. Un estudio comparativo sobre pronóstico perinatal en hospitales con bajas y altas tasas de cesáreas documentó que las bajas tasas de cesáreas no estuvieron asociadas con un aumento de la mortalidad perinatal <sup>25</sup>. De hecho, es interesante que países con una baja mortinatalidad, como Finlandia, tengan a su vez una frecuencia reducida de cesáreas entre 10 y 15%, e incluso ha habido informes de una disminución de la tasa de mortalidad perinatal asociada a una reducción en la tasa de cesáreas <sup>26</sup>.

Predominaron en este estudio los neonatos con edad gestacional por *Capurro* de prematuro tardío (34-36 semanas), con percentiles neonatales de composición pequeños para edad gestacional. La tasa de prematuridad y bajo peso al nacer, es considerada un indicador trascendente de la salud pública y es un problema mundial que impacta en gran medida sobre la mortalidad neonatal e infantil, y están íntimamente relacionados con antecedentes maternos como la preeclapsia, la ausencia de consumo de polivitamínicos, madre desnutrida y procesos infecciosos durante la gestación<sup>27,28</sup>.

La morbilidad neonatal presentada, se relacionó con la mayoría de los neonatos, que presentaron algún tipo de patología que ameritó hospitalización; predominó como principal morbilidad el síndrome de Distres respiratorio, seguido de la taquipnea transitoria del recién nacido. En cuanto a estos resultados, está descrito que existen múltiples enfermedades que pueden presentarse en el neonato como la ictericia, trastornos respiratorios, infecciones connatales y malformaciones congénitas. Diversos factores dan lugar a estas entidades, entre ellos las fallas en el control prenatal, las enfermedades maternas y la inadecuada atención al parto, los cuales juegan un papel primordial al incrementar la morbilidad y mortalidad neonatal<sup>29</sup>.

En cuanto a la mortalidad neonatal, se determinó una tasa de mortalidad de 209.7/1000 neonatos; la principal causa de fallecimiento fue la sepsis neonatal. Predominaron los neonatos fallecidos de género masculino, prematuros extremos, y pequeños para edad gestacional. Algunos autores describen concuerdan con estos resultados, planteando que las infecciones agudas, el nacimiento prematuro y la asfixia son las causas principales, seguidas del bajo peso neonatal y las complicaciones del parto. Por otro lado, Saldaña y Pineda (2016) encontraron que 41 % de los neonatos fallecidos en un hospital hondureño, habían padecido enfermedad de la membrana hialina, seguida de sepsis y asfixia neonatal (38 %, respectivamente), taquipnea transitoria (24 %), inmadurez orgánica (14 %) y otros procesos morbosos; pero en 50 % de los casos, la causa inmediata de la muerte fue la insuficiencia respiratoria y en 30 % el choque séptico.

Es importante destacar que en Venezuela, el último reporte oficial de mortalidad neonatal, publicado, se realiza en el año 2016 y para este momento, la mortalidad neonatal (0 – 27 días) concentra 79,65%, de las muertes infantiles, para una tasa de 32.4 por cada 1000 neonatos, resultados que se encuentran ínfimamente por debajo de los planteados en este estudio<sup>32</sup>.

## CONCLUSIONES

Se evaluaron 429 historias, de gestantes con alto riesgo obstetrico con sus respectivos neonatos, predominando la edad de 15 a 19 años, en las gestantes; siendo los antecedentes patologicos de importancia la hipertenion arterial, seguido de la diabetes mellitus. Respecto a los antecedentes obstetricos, predominaron las multigestas, con antecedentes de cesareas segmentarias anteriores y abortos; se identifico como principal antecedente patologico obstetrico la ruptura prematura de membrana seguido de la preeclampsia. Los factores asociados como riesgo gestacional, identificados fue el embarazo no controlado, la ausencia de consumo de multivitamínicos durante la gestación, y las infecciones vaginales durante el 3er trimestre. Resaltaron las gestantes con edad gestacional para el momento del parto de 29-36 semanas por ecografía siendo el parto por cesárea segmentaria, el predominante.

Los neonatos con edad gestacional por *Capurro* de prematuro tardío (34-36 semanas), con percentiles neonatales de composición pequeños para edad gestacional predominaron en el estudio. La mayoría de los neonatos presentó algún tipo de patología que ameritó hospitalización, siendo la morbilidad neonatal observada con mayor frecuencia el síndrome de Distres respiratorio del prematuro, seguido de la taquipnea transitoria del recién nacido. En cuanto a la mortalidad neonatal, se identificó una tasa de mortalidad de 209.7 fallecidos por cada 1000 neonatos; la principal causa de fallecimiento fue la sepsis neonatal. Predominaron los neonatos fallecidos de género masculino, prematuros extremos, y pequeños para edad gestacional.

## **RECOMENDACIONES**

Considerando que los factores gestacionales encontrados en este estudio coinciden con estudios internacionales, importante seguir recomendando, acciones que permitan incrementar los controles prenatales, como factores determinantes de una gestación controlada y guiada que permita corregir conductas que contribuyan en incrementar la morbimortalidad perinatal.

Indagar sobre posibles etiologías asociados a los casos de sepsis neonatal, correlacionados con cultivos tanto maternos como neonatales, que permitan tomar acciones con inicios terapéuticos según la epidemiología del servicio.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. M Battin<sup>1</sup> , L Sadler, Neonatal intensive care utilization and neonatal outcome of infants born to women aged 40 years and over in new zealand. *acta paediatrica* volume 99, issue 2, pages 219–224, february 2010.
2. Conde A. Embarazo de alto riesgo (sitios de internet). Fundación clínica valle del lili. Cali Colombia, 2010.
3. OMS. Manejo de las complicaciones del embarazo y el parto. impac – departamento de salud reproductiva e investigaciones conexas. 2000.
4. E. de pardo, r. arandia. Factores perinatales asociados a morbimortalidad neonatal. *gaceta médica boliviana*. v.31 n.1 Cochabamba jun. 2008.
5. Saavedra D, s. valdés. Morbimortalidad perinatal de la rotura prematura de membrana en el embarazo pretérmino. *elsevier: clínica e investigación en ginecología y obstetricia*. mayo 2016.vol. 33. núm. 3.páginas 79-120.
6. Blasco, M. Cobas. Principales factores de riesgo de la morbilidad y mortalidad neonatales. *medisan*. julio-agosto 2018. vol.22 no.7 Santiago de cuba.
7. Araujo M, a. Domínguez. Comorbilidades y resultado perinatal y obstétrico en mujeres embarazadas mayores de 35 años en la unidad metropolitana de salud sur durante el periodo de enero a diciembre del 2013. Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Quito 2014.
8. Velasco, A. Palomares. Causalidad y tendencia de la mortalidad perinatal hospitalaria en el instituto mexicano del seguro social, 1998-2002. *ciruj 2003*; 71: 304-313.

9. Guerrero z, et al. Alto riesgo obstétrico en primigestates: una revisión documental. Revista panamericana. 2017.
10. Guadalupe S, Oshiro-Canashiro S. Factores de Riesgo Asociados a Parto Pretérmino en Gestantes del Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital María Auxiliadora durante el año 2015. [Artículo científico]. Rev. Fac. Med. Hum 2017;17(1):32-42. [citado el 24 de enero 2020]. DOI 10.25176/RFMH.v17.n1.746. Disponible en: [http://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/urp/1072/Shessira\\_Guadalupe.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/urp/1072/Shessira_Guadalupe.pdf?sequence=1&isAllowed=y); DOI 10.25176/RFMH.v17.n1.746.
11. Del Carpio Camones, Lyzzet. Factores De Riesgo Asociados A Parto Pretermino En Primigestas, Hospital Regional Hermilio Valdizan, Huánuco, 2019. Universidad De Huanuco Escuela De Posgrado Programa Académico De Segunda Especialidad En Alto Riesgo Obstétrico. Huánuco – Perú 2021.
12. Gonzales E. Brenda J. Conocimientos, Actitudes Y Prácticas Sobre Signos Y Síntomas De Alarma En Gestantes Atendidas En La Unidad De Alto Riesgo Obstétrico Del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen. Lima – Perú 2016
13. Mendez P. Luz M. Factores De Riesgo De Las Complicaciones Intraparto En Gestantes Atendidas En El Hospital Ii-E Bellavista San Martin, 2018. Trabajo Académico Para Optar El Título De Segunda Especialidad En Emergencias Y Alto Riesgo Obstétrico. Lima, Perú 2020.
14. Poma H. Rosario. Complicaciones Obstétricas En Gestantes De Edad Extrema Y Optima Atendidas En El Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen, Huancayo 2019 Universidad Nacional De Huancavelica. Huancavelica – Perú 2020.
15. Sánchez M, Fernández F. Figueroa I, Porrata J. Riesgo intraparto y algunas condiciones obstétricas prenatales Hospital Ginecobstétrico. Camagüey,

- [Internet]. Perú. [citado el 11 de enero de 2022]. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/cum-32198>
16. Armas M. Hipertermia Materna Intraparto. Factores de Riesgo Clínicos, Manejo y Resultados Maternos y Perinatales. 2015. [Tesis doctoral]. Universidad de las Palmas de Gran Canaria. España. [citado 10 de enero 2022]. Disponible en [https://accedacris.ulpgc.es/bitstream/10553/18728/4/0717731\\_00000\\_0000.pdf](https://accedacris.ulpgc.es/bitstream/10553/18728/4/0717731_00000_0000.pdf)
  17. Vilela FY. Situación de riesgo y salud de los adolescentes en el valle de los ríos Apurímac, Ene y Mantaro en Perú. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública. 2017;34:273-9.
  18. Esquivel R. Conny M. Factores asociados a amenaza de parto pretérmino en pacientes atendidas, Hospital Primario Augusto C. Sandino, El Jícaro – Nueva Segovia, abril 2019 – 2020. Tesis para optar al título de Doctor en Medicina y Cirugía. Managua, Nicaragua 2021.
  19. Robles J. Factores de Riesgo Relacionados a Gestación mayor a 40 Semanas. 2017. [Tesis de especialidad]. Perú. [citado el 10 de enero de 2022]. Disponible en: <https://1library.co/document/qo52110y-factores-riesgorelacionados-gestacion-mayor-semanas.html>
  20. Colan L, et al. Factores Asociados al parto distócico en gestantes atendidas en el hospital público de Lima. Rev. Perú Investig matern perinat 2018. [citado el 10 de enero de 2022]. disponible en: <https://investigacionmaternoperinatal.inmp.gob.pe/index.php/rpinmp/article/view/116>
  21. Chaiña E. Factores maternos que influyen en el parto pretérmino en gestantes que acuden al Hospital Regional Manuel Nuñez Butrón, Puno, durante el año 2013. [Tesis Pregrado]. Moquegua: Universidad José Carlos Mariátegui; 2017. [citado 11 enero 2022].

22. Mayhuasca R, Yurivilca C. factores de riesgo del parto pretérmino en primigestas en el Hospital Regional Docente Materno Infantil “El Carmen”, en el periodo 2015-2016. [Tesis Pregrado]. Huancayo: Universidad Nacional del centro del Perú; 2017. [citado 8 de enero 2022].
23. Faneite P, Rivera C, Faneite J, Amato R. Cesárea y mortalidad perinatal. Incidencia y tendencia 42 años. Rev Obstet Ginecol Venez 2012; 72(3):145-151
24. Jonsdottir G, Smarason AK, Geirsson RT, Bjaranadottir RI. No correlation between cesarean section rates and perinatal mortality of singleton infants over 2,500 g. Acta Obstet Gynecol Scand 2009; 88(5):621-623.
25. Tong L, Rhodes G, Smulian J, Demissie K, Wartenberg D, Lakota K. Physician cesarean delivery rates and risk-adjusted perinatal outcomes. Obstet Gynecol 2003; 101(6):1204-1212.
26. Larraz Soravilla JJ, García Adánez JM, Díez Ruiz L, Fernández Calleja M, Paredes Goenaga J. La aplicación de la medicina basada en la evidencia reduce la tasa de cesáreas. Prog Obstet Ginecol 2009; 52(8):427-436.
27. Organización Mundial de la Salud. Estadísticas Sanitarias Mundiales 2019. World Health Organization, 2019.
28. Santiago V, Sandra Luzuriaga, et al. Factores de riesgo para bajo peso al nacer. Rev. Latin. Perinat. 2016, 19 (4)
29. Castro Flores MC, Chulca Campoverde IE. Morbilidad y mortalidad materna y neonatal, calidad de Atención en el “Hospital Municipal de la Mujer y el Niño” del sector Patamarca, durante el año 2010 [tesis]. Cuenca, Ecuador: Facultad de Ciencias Médicas de Cuenca; 2012.
30. Vidal Borrás E. Análisis de la mortalidad neonatal precoz en San Miguel del Padrón (La Habana). Rev Cubana Pediatr. 2009 [citado 12/06/2016];81(4).

Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75312009000400003](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312009000400003)

31. Saldaña Estrada M, Pineda Barahona E. Mortalidad en neonatos con peso menor de 1500 gramos en el Servicio de Recién Nacidos en el Hospital de Especialidades del Instituto Hondureño de Seguridad Social. Rev Med Post Unah. 2016 [citado 12/01/2022]; 7(1). Disponible en: <http://www.bvs.hn/RMP/pdf/2002/pdf/Vol7-1-2002-18.pdf>
32. Convite. A.C. Analisis sobre cifras de mortalidad materna e infantil en venezuela. 2016.

## ANEXOS

### ANEXO 1



UNIVERSIDAD DE ORIENTE

NÚCLEO SUCRE  
SERVICIO AUTÓNOMO HOSPITAL UNIVERSITARIO  
“ANTONIO PATRICIO ALCALÁ”  
POSTGRADO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA  
CUMANÁ, ESTADO SUCRE

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

**Dirigido a: Subdirección del HUAPA, encargado.**

**De: Jesús Marcano**

Reciba un cordial saludo, la presente es para solicitar formalmente, la autorización, ante el departamento de estadísticas médicas y el servicio de historias médicas, el acceso para la revisión de las historias clínicas de gestantes con alto riesgo obstétrico y de sus neonatos, ingresados durante el año 2020, con el fin de recolectar datos, bajo el anonimato, para el cumplimiento de la tesis de postgrado titulada: **FACTORES ASOCIADOS A MORBIMORTALIDAD PERINATAL EN GESTANTES CON ALTO RIESGO OBSTÉTRICO, HOSPITAL UNIVERSITARIO “ANTONIO PATRICIO DE ALCALÁ” AÑO 2020**; como requisito parcial para optar al título de especialista en Ginecología y Obstetricia . Los datos obtenidos, serán utilizados con fines académicos, con un manejo acorde de la información, basado en los principios básicos de ética médica.

Sin más que agregar, agradeciendo su colaboración.

---

Firma conforme:

Por la presente certifico que he explicado la naturaleza y propósito del estudio me he ofrecido a contestar cualquier pregunta y he contestado completamente todas las preguntas hechas.

Firma de Médico Investigador \_\_\_\_\_

## ANEXO 2

### HOJA DE REGISTRO DIGITAL

#### FACTORES ASOCIADOS A MORBIMORTALIDAD PERINATAL EN GESTANTES CON ALTO RIESGO OBSTÉTRICO, HOSPITAL UNIVERSITARIO “ANTONIO PATRICIO DE ALCALÁ” AÑO 2020

Marcano, J; Boada, D.

Hospital Universitario “Antonio Patricio De Alcalá”; Postgrado De Ginecología y Obstetricia.

VARIABLES	REGISTRO
Edad Materna	
Antecedente Patológico Materno	
<b>Antecedentes obstétricos</b>	
Gestaciones	
Abortos	
Partos	
Cesáreas	
<b>Antecedentes patológicos obstétricos durante la gestación</b>	
Placenta Previa	
Desprendimiento Prematuro de Placenta	
Ruptura Prematura de Membrana	
Diabetes Gestacional	

Preeclampsia	
Sin antecedentes	
<b>Factores de riesgo gestacional</b>	
<b>Número de controles prenatales</b>	
<b>Consumo de multivitamínico</b>	
<b>Infecciones durante la gestación</b> <b>Especificar periodo</b>	
<b>Diabetes gestacional</b>	
<b>Preeclampsia</b>	
<b>Sin factores</b>	
<b>Edad gestación por ecografía</b>	
<b>Tipo de parto</b>	
<b>Parto</b>	
<b>Cesárea</b>	
<b>Edad gestacional por Capurro</b>	
<b>Percentiles neonatales</b>	
Adecuado a Edad Gestacional	
Pequeño para Edad Gestacional	
Grande para la edad gestacional	
<b>Morbilidad neonatal</b>	
<b>Mortalidad neonatal</b>	

<b>Neonatos fallecidos</b>	
<b>Masculino</b>	
<b>Femenino</b>	
Adecuado a Edad Gestacional	
Pequeño para Edad Gestacional	
Grande para la edad gestacional	
Prematuro extremo (<28 semanas)	
Muy prematuro (28-31 semanas)	
Moderadamente prematuro (32-34 semanas)	
Prematuro tardío (34-36 semanas)	
A término (37-41 semanas)	

## METADATOS

### Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 1/6

Título	<b>FACTORES GESTACIONALES QUE INCIDEN EN LA MORBIMORTALIDAD PERINATAL, EN GESTANTES CON ALTO RIESGO OBSTÉTRICO, HOSPITAL UNIVERSITARIO “ANTONIO PATRICIO DE ALCALÁ”, AÑO 2020.</b>
Subtítulo	

#### Autor(es)

Apellidos y Nombres	Código CVLAC / e-mail	
<b>JESÚS ORLANDO MARCANO GUILLÉN.</b>	CVLAC	<b>20.063.179</b>
	e-mail	<b>JMARCANO.330@GMAIL.COM</b>
	e-mail	
	CVLAC	
	e-mail	
	e-mail	
	CVLAC	
	e-mail	
	e-mail	

#### Palabras o frases claves:

Alto riesgo obstétrico, morbilidad, prematuridad, sepsis neonatal

## Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 2/6

### Líneas y sublíneas de investigación:

Área	Sub área
<b>Medicina</b>	<b>Ginecología y Obstetricia</b>

### RESUMEN

El embarazo de alto riesgo, es considerado un problema de salud pública de importancia, por las repercusiones maternas como neonatales. Se realizó un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, de corte transversal con el objetivo de determinar factores gestacionales que inciden en la morbilidad perinatal en gestantes con alto riesgo obstétrico (ARO), Hospital Universitario “Antonio Patricio de Alcalá”, año 2020. La población estuvo constituida por 804 gestantes, seleccionándose una muestra de 429, mediante una selección intencionada, bajo criterios de inclusión. Se evaluaron 429 historias, de gestantes con sus respectivos neonatos, predominando la edad de 15 - 19 años (28%). El antecedente patológico resaltante fue la HTA (29%). Los antecedentes obstétricos, predominantes fueron las multigestaciones (76.2%), cesáreas segmentaria anteriores (53.1%), y abortos previos (46.8%). El antecedente patológico obstétrico predomillante fue la RPM (46.5%). Resaltó el embarazo no controlado (44%), la ausencia de consumo de multivitamínicos (37%), y las infecciones vaginales del 3er trimestre (26,1%), como factores de riesgo gestacionales. 46.3% presentaron partos pre términos, de ellas, 69.9% se le práctico cesárea segmentaria. Predominaron los neonatos con edad gestacional (EG) por *Capurro* de 34-36 semanas (37%), y pequeños para EG (PEG) (46.6%). 75.3% presentó alguna patología que ameritó hospitalización; predominó como principal morbilidad el SDR del prematuro (46.6%). Respecto a la mortalidad neonatal, falleció el 20.9%, (tasa de mortalidad (TM): 209.7/1000); la principal causa fue la sepsis neonatal (42.2% / TM: 88.5/1000). Predominaron las defunciones de género masculino (75.5% / TM: 158.5/1000), prematuros extremos (24.4% / TM: 51.2/1000), y PEG (67.7% / TM: 142.1/1000).

## Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 3/6

### Contribuidores:

Apellidos y Nombres	ROL / Código CVLAC / e-mail	
	ROL	C <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> JU <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/>
	CVLAC	
	e-mail	
	e-mail	
	ROL	C <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> JU <input checked="" type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/>
	CVLAC	
	e-mail	
	e-mail	
	ROL	C <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> JU <input checked="" type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/>
	CVLAC	
	e-mail	
	e-mail	

Fecha de discusión y aprobación:

Año      Mes      Día

2020	12	18
------	----	----

Lenguaje: SPA \_\_\_\_\_

**Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 4/6**

**Archivo(s):**

Nombre de archivo	Tipo MIME
<b>P.G.- Jesús O. Marcano G.</b>	<b>Aplication/word</b>

Alcance:

Espacial: \_\_\_\_\_ (Opcional)

Temporal: \_\_\_\_\_ (Opcional)

**Título o Grado asociado con el trabajo:**

**Ginecología y Obstetricia**

---

**Nivel Asociado con el Trabajo: Especialización** \_\_\_\_\_

**Área de Estudio: Medicina, Postgrado Ginecología y Obstetricia**

---

**Institución(es) que garantiza(n) el Título o grado: Universidad de Oriente**

---

---

# Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 5/6



UNIVERSIDAD DE ORIENTE  
CONSEJO UNIVERSITARIO  
RECTORADO

CUN°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.

Comunicación que hago a usted a los fines consiguientes.

UNIVERSIDAD DE ORIENTE
SISTEMA DE BIBLIOTECA
RECIBIDO POR <i>[Firma]</i>
FECHA <u>5/8/09</u> HORA <u>5:30</u>

Cordialmente,  
*[Firma]*  
**JUAN A. BOLAÑOS CUNVELO**  
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 Teleinformática, Coordinación General de Postgrado.

JABC/YGC/maruja

## Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso- 6/6

Artículo 41 del REGLAMENTO DE TRABAJO DE PREGRADO (vigente a partir del II Semestre 2009, según comunicación CU-034-2009) : “los Trabajos de Grado son de la exclusiva propiedad de la Universidad de Oriente, y sólo podrán ser utilizados para otros fines con el consentimiento del Consejo de Núcleo respectivo, quien deberá participarlo previamente al Consejo Universitario para su autorización”.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'J. Marcano', written over a horizontal line.

**DR. JESÚS ORLANDO MARCANO**  
**AUTOR**

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'D. Boada', written over a horizontal line.

**DRA. DIANERY BOADA**  
**ASESOR(A).**