



Administración del Señor Lcdo. Lenin Moreno Garcés

Presidente Constitucional de la República del Ecuador

Martes 07 de enero de 2020 (R. O.115, 07-enero -2020)

## SUMARIO:

Págs.

### FUNCIÓN EJECUTIVA

#### ACUERDOS:

#### MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA:

- 00091 - 2019 Apruébese y autorícese la publicación del Manual "Evaluación y categorización del riesgo obstétrico en el control prenatal
- 00092 - 2019 Apruébese la reforma y codificación del Estatuto de la Sociedad Ecuatoriana de Anestesiología, con domicilio en la ciudad de Quito, Provincia de Pichincha

#### MINISTERIO DE TRANSPORTE Y OBRAS PÚBLICAS:

042-2019 Deléguese al Viceministro de Gestión del Transporte, para que una vez cumplido en procedimiento establecido en el Código Orgánico de la Producción, Comercio e Inversiones y demás normativa aplicable, suscriba en nombre y representación del MTOP, los contratos de inversión relacionados con las materias de rectoría de esta Cartera de Estado

#### FUNCIÓN DE TRANSPARENCIA Y CONTROL SOCIAL

#### RESOLUCIÓN:

#### SUPERINTENDENCIA DE ECONOMÍA

#### POPULAR Y SOLIDARIA:

SEPS-IGT-IGJ-IFMR-2019-0380 Apruébese la fusión por absorción de la "Cooperativa de Ahorro y Crédito CREALTA.", con domicilio en el cantón Cuenca, provincia de Azuay, a la "Cooperativa de Ahorro y Crédito del Instituto Daniel Álvarez Burneo", con domicilio en el cantón y provincia de Loja

**No. 00091 - 2019**

### LA MINISTRA DE SALUD PÚBLICA

#### Considerando:

Que, la Constitución de la República del Ecuador, en su artículo 3, numeral 1, prevé como deber primordial del Estado garantizar sin discriminación alguna, el efectivo goce de los derechos establecidos en dicha Norma Suprema y en los instrumentos internacionales, en particular la salud;

Que, la citada Constitución de la República, en el artículo 32, dispone que: "La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional. ";

Que, la Norma Suprema, en el artículo 361, establece que el Estado ejercerá la rectoría del Sistema Nacional de Salud a través de

la Autoridad Sanitaria Nacional, responsable de formular la política nacional de salud, y de normar, regular y controlar todas las actividades relacionadas con la salud;

Que, todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud para la ejecución de las actividades relacionadas con la salud, se sujetarán a las disposiciones de la Ley Orgánica de Salud, sus reglamentos y las normas establecidas por la Autoridad Sanitaria Nacional, conforme lo prevé el artículo 2 de la referida Ley;

Que, la citada Ley Orgánica de Salud, en el artículo 4, ordena que la Autoridad Sanitaria Nacional es el Ministerio de Salud Pública, entidad a la que corresponde el ejercicio de las funciones de rectoría en salud, así como la responsabilidad de la aplicación, control y vigilancia de dicha Ley, siendo obligatorias las normas que dicte para su plena vigencia;

Que, la Ley Ibídem en el artículo 6, determina entre las responsabilidades del Ministerio de Salud Pública: "5. Regular y vigilar la aplicación de las normas técnicas para la detección, prevención, atención integral y rehabilitación, de enfermedades transmisibles, no transmisibles, crónico-degenerativas, discapacidades y problemas de salud pública declarados prioritarios, y determinar las enfermedades transmisibles de notificación obligatoria, garantizando la confidencialidad de la información";

Que, el Código Orgánico Administrativo en el artículo 130, prevé: "Las máximas autoridades administrativas tienen competencia normativa de carácter administrativo únicamente para regular los asuntos internos del órgano a su cargo, salvo los casos en los que la ley prevea competencia

para la máxima autoridad legislativa de una administración pública. La competencia regulatoria de las actuaciones de las personas debe estar expresamente atribuida en la ley. ";

Que, con Decreto Ejecutivo No. 901 de 18 de octubre de 2019, publicado en el Suplemento del Registro Oficial No. 88 de 26 de noviembre del mismo año, el Presidente de la República designó a la magíster Catalina Andramuño Zeballos, Ministra de Salud Pública;

Que, con Acuerdo Ministerial No. 00004520, publicado en la Edición Especial del Registro Oficial No. 118 de 31 de marzo de 2014, se expidió el Estatuto Orgánico Sustitutivo de Gestión Organizacional por Procesos del Ministerio de Salud Pública, mismo que señala como misión de la Dirección Nacional de Normatización: "Desarrollar y definir todas las normas, manuales, protocolos, guías y otras normativas relacionadas a la gestión de la salud, a fin de que el Ministerio ejerza la rectoría sobre el Sistema Nacional de Salud, garantizando la calidad y excelencia en los servicios; y, asegurando la actualización, inclusión y socialización de la normativa entre los actores involucrados. ";

Que, es necesario que los profesionales de la salud cuenten con una herramienta para el manejo estandarizado de los riesgos de la gestación, mediante la aplicación de una escala de riesgo que permita referir y derivar de forma oportuna al nivel de atención correspondiente, para disminuir la morbilidad materno - neonatal; y,

Que, con memorando Nro. MSP-VGVS-2019-1495-M de 22 de noviembre de 2019, el Viceministro de Gobernanza y Vigilancia de la Salud, Encargado, remitió a la Coordinación General de Asesoría Jurídica el Informe Técnico GIEASMN No. 147-2019, "Evaluación y categorización del riesgo obstétrico en el control prenatal" y solicitó la elaboración del presente Acuerdo Ministerial.

En ejercicio de las atribuciones conferidas por los artículos 154, numeral 1, de la Constitución de la República del Ecuador y por el artículo 130 del Código Orgánico Administrativo

#### **Acuerda:**

**Art. 1.-** Aprobar y autorizar la publicación del Manual "**Evaluación y categorización del riesgo obstétrico en el control prenatal**".

**Art. 2.-** Disponer que el Manual "**Evaluación y categorización del riesgo obstétrico en el control prenatal**", sea de aplicación obligatoria en el Sistema Nacional de Salud.

**Art.3.-** Publicar el Manual "**Evaluación y categorización del riesgo obstétrico en el control prenatal**", en la página web del Ministerio de Salud Pública.

#### **DISPOSICIÓN FINAL**

De la ejecución del presente Acuerdo Ministerial, que entrará en vigencia a partir de su publicación en el Registro Oficial encárguese a la Subsecretaría Nacional de

**Registro Oficial N° 115**

**Martes 7 de enero de 2020 - 3**

Provisión de Servicios de Salud a través de la Dirección Nacional de Primer Nivel de Atención en Salud; y, a la Subsecretaría Nacional de Gobernanza de la Salud a través de la Dirección Nacional de Articulación de la Red Pública y Complementaria de Salud.

DADO EN EL DISTRITO METROPOLITANO DE QUITO a, 16 de diciembre de 2019.  
f.) Mgs. Catalina Andramuño Zeballos, Ministra de Salud Pública.

Es fiel copia del documento que consta en el archivo de la Dirección Nacional de Secretaría General, al que me remito en caso necesario.- Lo certifico en Quito, a 19 de diciembre de 2019.- f.) Ilegible.- Director(a) Nacional de Secretaría General.- Ministerio de Salud Pública.



00091-2019

# Evaluación y categorización del riesgo obstétrico en el control prenatal

Manual 

2019

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA



xxxxxxxxxxxxxxxx

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Evaluación y categorización del riesgo obstétrico en el control prenatal. Manual Quito: Ministerio de Salud Pública, Gerencia Institucional de Estrategias y Articulación de la Salud Materna y Neonatal, 2019

....p: tabs:gra: cm.Xxxxxxxxxxxx

- |                      |                             |
|----------------------|-----------------------------|
| 1. Evaluación        | 3.Categorización            |
| 2. Riesgo obstétrico | 4. Control <b> prenatal</b> |

### **Ministerio de Salud Pública del Ecuador**

Av. Quitumbe Ñan y Amaru Ñan  
Plataforma Gubernamental de Desarrollo Social  
Quito - Ecuador  
Teléfono: (593)238 14400  
[www.salud.gob.ec](http://www.salud.gob.ec)

**Edición general:** Dirección Nacional de Normatización-MSP

Cómo citar este obra:

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Evaluación y categorización del riesgo obstétrico en el control prenatal. Manual. Quito: Dirección Nacional de Normatización.MSP; 2019, Disponible en: <http://salud.gob.ec>

Diseño e impresión:

Impreso en Quito - Ecuador

Registro Oficial N° 115

Martes 7 de enero de 2020 - 5

### **Autoridades del Ministerio de Salud**

Mgs. Catalina Andranrtuño Zeballos, Ministra de Salud Pública  
Md. Félix Antonio Chong Marín, Viceministro de Gobernanta y Vigilancia de la Salud  
Md. Julio López, Viceministro de Atención Integral en Salud  
Md. Patricio Masaquiza Moreira, Subsecretaría Nacional de Gobernanza de Salud  
Mgs. Luis Enrique Regalado, Subsecretaría Nacional de Provisión de Servicios de Salud  
Dr. Esteban Aviles, Director Nacional de Normatización, Subrogante.

### **Equipo de redacción y autores**

Merecá Wilson, gineco - obstetra, Hospital Luz Elena Arismendi. Quito  
Macías Rosa, gineco - obstetra, Hospital Yaruqui Alberto Correa Cornejo, Quito  
Coello Julia, obstetrix, Hospital Yaruqui Alberto Correa Cornejo, Quito  
Pilatasig Ramiro, gineco - obstetra, CS tipo C Chimbacalle, Quito  
Aucacama Mirian, magister en salud sexual y reproductiva, CS tipo C Carapungo 2, Quito  
Maldonado Silvana, gineco - obstetra, CS tipo C Carapungo2, Quito

### **Equipo de colaboradores**

Araujo María Belén, magister en gerencia clínica en salud sexual y reproductiva. Especialista, Gerencia Institucional de Estrategias y Articulación de la Salud Materna y Neonatal, Quito

### **Equipo de revisión y validación**

Aguilar Gisela Paola, médico del Hospital Provincial Latacunga  
Carvajal Aponte Alexander, médico gineco - obstetra Hospital Isidro Ayora, Loja  
Loyola Crespo Isabel, médico gineco - obstetra Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca  
López Carrera Pamela, Magister en Gerencia Clínica en Salud Sexual y Reproductiva, Centro de Salud Tipo C Saquisilí  
Navarrete Balladares Luis, obstetra, Especialista, Dirección Nacional de Hospitales, Quito  
Burneo Espinosa Gabriela, Licenciada en Enfermería, analista, Gerencia Institucional de Estrategias y Articulación de la Salud Materna y Neonatal, Quito  
Catucumbamba Tabango Jessica, Obstetrix, Gerencia Institucional de Estrategias y Articulación de la Salud Materna y Neonatal, Quito  
Barreno Tixe Diana, Magister en Gerencia para el desarrollo local, analista, Gerencia Institucional de Estrategias y Articulación de la Salud Materna y Neonatal, Quito  
Acosta Acosta Janeth, obstetrix, analista, Dirección Nacional de Calidad de los Servicios, Quito  
Yáñez Pilco Carlos, médico general, analista, Gerencia de Salud Comunitaria. Quito  
Calle Zambrano Wilma, obstetrix, analista, Dirección Nacional de Primer Nivel de Atención en Salud, Quito  
Raza Amaya Ximena, magister en Salud Pública, Coordinadora, Dirección Nacional de Normatización, Quito  
Jiménez Hernández María del Carmen, obstetrix, Distrito 17D02 Guallabamba

6 - Martes 7 de enero de 2020

Registro Oficial N° 115

Pancho Montenegro Raúl, médico Gineco - Obstetra Hospital Gustavo Domínguez, Santo Domingo de los Tsachilas  
Espinoza Bedón Andrés, médico Gineco - Obstetra Hospital IESS Quito Sur, Quito  
Delgado Puente Yudit, médico gineco - obstetra, CS Machachi IESS, Máchala  
González Eduardo Nicolás, médico familiar, IESS Centro Médico la Mariscal, Quito  
Guerrero José, médico gineco - obstetra, DISAFA - FAE, Quito  
Gómez Mario, médico gineco - obstetra, ISSPQL Hospital Policía, Quito  
Gallo Castillo Litha, médico general, Responsable de Calidad CZ 5, Milagro  
Campoverde Vera Luis, médico gineco - obstetra. Hospital Básico de Daule  
Lor Macías Gloria, obstetrix, Centro de Salud Urbano Daule  
Mendoza Intriago Tatiana, médico general, Coordinación Zonal 4, Portoviejo  
Tinizaray Mera Shirley, obstetrix, Coordinación Zonal 4, Portoviejo  
Arteaga Estefanía, médico general, Coordinación Zonal 4, Portoviejo  
López Paucar Mario, médico general. Dirección Nacional de Hospitales, Quito  
Velasco Jácome Pamela, médico gineco - obstetra, Hospital Básico San Gabriel, Tulcan  
Escalona Rubén, médico general, Hospital Básico San Gabriel, Tulcán

Chamorro Oña Carlos, médico general, Hospital Básico San Gabriel, Tulcán  
 Pavón Calderón Leonardo, médico especialista en cirugía general. Hospital General  
 Marco Vinicio Iza, Quito  
 Christian Rodrigo Quishpe, obstetra, Subsecretaría Nacional de Provisión Quito  
 Molina Araujo Johanna, médico general, analista, Provisión de Servicios, Cayambe  
 Chicaiza Valladares Alicia, magister en Salud Sexual y Reproductiva, analista,  
 Provisión de Servicios, Cayambe  
 Bermeo Granda Ana Gabriela, médico general, Hospital Básico Cayambe  
 Morales Guerrero Jairo, médico gineco - obstetra, Hospital Básico Cayambe  
 Chilibingua Chilibingua Janeth, obstetrix. Dirección Distrital 15d01 Archidona - Carlos  
 Julio Aróse mena Tola - Tena  
 Morocho Aguagallo Edwin, médico general, Distrito 15d01 Archidona - Carlos Julio  
 Arosemena Tola - Tena  
 Valeria Borja, obstetrix, Centro De Salud Puerto Napo, Tena  
 Sinchiguano Yaguancela Cristina, obstetrix, Centro De Salud Paushiyacu, Tena  
 Quiroga Panta Víctor, médico general, administrador técnico, Unidad de Salud  
 Mayuna, Tena  
 Luna Coba Gonzalo, médico Familiar y comunitario, Cs Puerto Napo, Tena  
 Araujo Barrete Alex, médico especialista en anestesiología, Hospital José María  
 Velasco I barra, Tena  
 Delgado Chicaiza William, obstetra, Hospital José María Velasco Ibarra, Tena  
 Valle Couset Marlien, médico general, administradora técnica, Centro De Salud Borja,  
 Baeza  
 Quille Punina Odalis. obstetrix, Centro De Salud Chaco  
 Vélez González Aracely, médico gineco - obstetra, Hospital Básico Baeza, Baeza  
 Arteaga Rosero Ximena, obstetrix, analista, Dirección Distrital 15d02 el Chaco -  
 Quijos  
 Segovia Zhunio Mariela, obstetrix, Centro De Salud Joya De Los Sachas  
 Johan Lucero Ponce, médico especialista en medicina familiar y comunitaria, Centro  
 De Salud Joya De Los Sachas  
 Murillo Murillo Sandra, obstetrix, Dirección Distrital 22d01  
 Valdiviezo Evelyn, obstetrix rural, Centro De Salud Tiputini  
 Jaramillo Jessica, obstetrix rural, Centro De Salud Tiputini  
 Cóndor Luz, médico especialista en medicina familiar y comunitaria, CS Capitán  
 Augusto Rivadeneira  
 Navarro Carvajal Oliva, obstetrix, Centro Salud del PAN  
 Quizhpe José María, médico especialista en gineco - obstetra Hospital Básico de Sarango

Registro Oficial N° 115

Martes 7 de enero de 2020 - 7

## Contenido

1. Presentación .....	
2. Antecedentes y justificación .....	
3. Objetivos .....	
3.1 Objetivo general .....	
3.2 Objetivos específicos .....	
4. Alcance.....	
5. Glosario de términos .....	
6. Desarrollo .....	
Capítulo I.....	
1. Evaluación e identificación de riesgo obstétrico .....	
1.1 Antecedentes .....	
1.2 Factores socioeconómicos.....	
1.3 Factores nutricionales .....	
1.4 Patología pélvico genital.....	
1.5 Patología en la gestación actual (morbididades).....	
1.6 Discapacidad .....	
2. Categorización mediante escala de riesgo obstétrico .....	

2.1	Antecedentes .....	
2.2	Factores socioeconómicos.....	
2.3	Factores nutricionales.....	
2.4	Patología pélvico genital .....	
2.5	Patología en la gestación actual (morbididades) .....	
2.6	Discapacidad.....	
2.2	Sumatoria de riesgo.....	
2.2.1	Riesgo bajo o tipo 0.....	
2.2.2	Riesgo alto o tipo I.....	
2.2.3	Riesgo muy alto o tipo II.....	
3.	Atención de riesgos según categoría, tipología, nivel de atención y capacidad resolutive....	
3.1	Primer Nivel.....	
3.2	Atención por especialista y/o segundo nivel.....	
3.3	Hospital general o de tercer nivel .....	
4.	Prioridad de la atención.....	
	Capítulo II .....	
	Instructivo de llenado de la escala de riesgos en la gestación .....	
7.	Abreviaturas.....	
8.	Referencias .....	
9.	Anexos.....	

## 1. Presentación

La gestación es una etapa importante de la vida de la mujer, que produce en el organismo materno profundas modificaciones anatómicas, fisiológicas y psicológicas que implican mayor vulnerabilidad tanto para la madre como para el feto donde se deben ejecutar todas las estrategias para asegurar un buen resultado.

Cabe indicar que los embarazos pueden atravesar complicaciones, existiendo mayor peligro para la salud materna fetal con mayor probabilidad de enfermar, morir o padecer secuelas.

El contar con un marco normativo para el manejo estandarizado de los riesgos de la gestación permitirá un acceso inmediato y continuo a la salud de acuerdo a los niveles de atención y complejidad. La efectividad en la aplicación de estos lineamientos, permite mejorar la atención del control prenatal.

Para fortalecer los lineamientos definidos por el Ministerio de Salud Pública, es indispensable crear una herramienta preventiva que permita evaluar y categorizar los factores de riesgo obstétrico durante el control prenatal, para priorizar la atención oportuna a este grupo vulnerable de acuerdo a la capacidad resolutive de cada establecimiento de salud; así como el uso racional y óptimo de los recursos, bajo el enfoque de prevención de riesgos en la gestación que tiene como punto fundamental reducir la morbimortalidad materno - neonatal en el país.

## 2. Antecedentes y justificación

La muerte materna es uno de los principales indicadores que dan cuenta de las condiciones de salud de las mujeres, que permite aproximarse a las dimensiones en que ellas gozan de sus derechos fundamentales y así como de las desigualdades y diferencias de género, remarcadas por la pobreza, la falta de educación y residencia rural.(1)

La mayoría de muertes maternas se producen en las mujeres que viven en zonas rurales o urbano-marginales empobrecidas, que muchas veces carecen de servicios básicos, saneamiento ambiental y unidades educativas sumadas a deficientes vías de acceso.(i)

A pesar de los avances significativos en la reducción de muertes maternas relacionadas con complicaciones en el embarazo y el parto desde 1990, ningún país de la región alcanzó la meta A del Objetivo de Desarrollo del Milenio 5 (ODM) de disminuir un 75% la mortalidad materna para el 2015.(1)

Según la evidencia, el embarazo de riesgo constituye un problema de salud pública para la atención obstétrica, debido no solo a su prevalencia, que se estima en un 15%, sino a que es responsable del 80% de los resultados perinatales adversos.(2)

Por esta razón la atención a la salud materno - fetal es una prioridad para el Ministerio de Salud Pública (MSP), su objetivo principal es la prevención de las complicaciones en el embarazo en base a un diagnóstico oportuno y una atención adecuada, coordinada entre todos los niveles de atención.

Entre las medidas para el manejo del embarazo de alto riesgo se encuentran: prevención primaria, que engloba promoción y prevención a la salud; secundaria, que consiste en el diagnóstico y tratamiento precoz para limitar el daño; terciaria, representada por la rehabilitación y el desarrollo del mecanismo social que permita a todas las embarazadas de alto riesgo acceder a un nivel de vida adecuado para la conservación de la salud.(i)

Con la finalidad de brindar atención durante el embarazo, se ha desarrollado el presente manual de evaluación y categorización del riesgo obstétrico en el control prenatal, estableciendo pautas para cada categoría de riesgo según el nivel de complejidad del establecimiento de salud y el profesional de salud responsable de la atención, a través de la aplicación obligatoria de una escala de riesgo obstétrico con enfoque preventivo en cada control prenatal.

Engloba todos los conceptos basados en las normativas a nivel nacional y recoge la evidencia científica a nivel internacional como:

Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS)

- Variables de evaluación: Historia clínica perinatal formulario 051.
- Clasificación y categorización de riesgos obstétricos según AIEPI.
- Manejo prioritario y oportuno de acuerdo a la Guía de práctica clínica: Control prenatal.
- Norma Técnica "Subsistema de referencia, derivación, contrarreferencia, referencia inversa y transferencia del Sistema Nacional de Salud".
- SCORE de riesgo obstétrico OMS/OPS Sistema informático perinatal red CLAP

Para realizar estas actividades es necesario contar con un equipo interdisciplinario (médico general, obstetrix/tra, médico familiar comunitario y/o médico general integral, especialista en ginecología y obstetricia), con profesionales de la salud integrados mediante el subsistema de referencia, que desarrollen acciones coordinadas.

### 3. Objetivos

#### 3.1 Objetivo general

Proporcionar a los profesionales del Sistema Nacional de Salud una herramienta operativa para la evaluación y categorización del riesgo obstétrico en el control prenatal, mediante la aplicación de una escala de riesgo que permita referir y derivar de forma oportuna al nivel de atención correspondiente, para disminuir la morbimortalidad materno - neonatal.

#### 3.2 Objetivos específicos

- Identificar factores de riesgo obstétrico durante el control prenatal para determinar acciones oportunas a seguir.
- Proporcionar una herramienta estandarizada que permita a los profesionales que brindan atención a la gestante, categorizar los factores de riesgo desde su primera evaluación.
- Implementar la escala de riesgo obstétrico para coordinar la atención entre los diferentes niveles del Sistema Nacional de Salud.
- Evitar complicaciones prevenibles en la gestante de riesgo con una derivación o referencia oportuna que le permita acceder a un manejo multidisciplinario eficaz.

### 4. Alcance

Esta herramienta es de aplicación obligatoria para el médico general, obstetrix/tra, médico familiar y comunitario y/o médico general integral, especialista en ginecología y obstetricia en todos los establecimientos que brinden atención a gestantes en el Sistema Nacional de Salud.

### 5. Glosario de términos

**Contrarreferencia:** es el procedimiento obligatorio por el cual una usuaria que inicialmente fue referida/derivada es retomada luego de haber recibido la atención con la información pertinente al establecimiento de salud de menor nivel de atención correspondiente, para garantizar la continuidad y complementariedad de su atención. (4)

**Derivación:** es el procedimiento por el cual los prestadores de salud envían a los usuarios de cualquier nivel de atención a un prestador externo público (Red Pública Integral de Salud) o privado (Complementario) del mismo o mayor nivel de atención y/o de complejidad, cuando la capacidad instalada del establecimiento o de la entidad a la que pertenece no permite resolver el problema de salud, por la que se le envía, buscando la complementariedad de los servicios previa la autorización correspondiente. (4)

**Embarazo de alto riesgo:** es en el aquel que se tiene la certeza o existe mayor probabilidad de presentar estados patológicos o condiciones anormales concomitantes, con la gestación y el parto, que aumentan los peligros para la salud de la madre y el producto, o bien, cuando la madre proviene de condiciones socioeconómicas precarias.(3)

**Embarazo de bajo riesgo:** estado fisiológico de la mujer que se inicia con la concepción y termina con el parto y el nacimiento del producto a término. Aquel que no cursa con criterios de riesgo y debe ser atendido por el primer nivel de atención.(3)

**Factores de riesgo modificables:** cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumenta la probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión, el cual puede ser prevenible y controlado.(2)

**Factores de riesgo no modificables:** cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumenta la probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión, la cual no puede ser revertido.(2)

**Muerte materna:** ocurre en una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días posteriores a la terminación del embarazo, independientemente de la edad gestacional, producida por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo o su manejo, pero no por causas accidentales o incidentales (i)

**Nivel de atención:** es un conjunto de establecimientos de salud que bajo un marco normativo, legal y jurídico, establece niveles de complejidad necesarios para resolver las necesidades de salud de diferente magnitud y severidad, se organizan de acuerdo al tipo de servicios que deben prestar, estándares de calidad en infraestructura, equipamiento, talento humano, nivel tecnológico y articulación para garantizar continuidad y el acceso escalonado de acuerdo a los requerimientos de las personas hasta la resolución de los problemas o necesidades de salud. Corresponden a nivel de atención prehospitalaria, primer nivel, segundo Nivel, tercer nivel y cuarto nivel.(3)

**Primer nivel de atención:** es el más cercano a la población, facilita y coordina el flujo de pacientes dentro del Sistema, garantiza una referencia y contrarreferencia adecuada, asegura la continuidad y longitudinalidad de la atención. Es ambulatorio y resuelve problemas de salud de corta estancia. Es la puerta de entrada obligatoria al Sistema Nacional de Salud.(3)

Referencia: procedimiento por el cual los prestadores de la salud envían a los usuarios de un establecimiento de salud de menor a mayor complejidad o al mismo nivel de atención de complejidad cuando la capacidad instalada no permite resolver el problema de salud.(4)

La referencia se realiza entre establecimientos de salud de una misma entidad del sistema utilizando el formulario 053.

Referencia inversa: se entiende como referencia inversa cuando un usuario se auto refiere al servicio de emergencia de un establecimiento de salud del segundo y/o tercer nivel de atención, en el que debe ser atendido su problema de salud sea urgente o emergente y de ninguna manera se negará la asistencia sanitaria por no tener una referencia.(4)

Segundo nivel de atención: este nivel comprende todas las acciones y servicios de atención ambulatoria especializada y aquellas que requieran hospitalización (hospital básico y general con sus diferentes grados de complejidad). Constituye el escalón de

referencia inmediata del primer nivel de atención. En este nivel se desarrollan nuevas modalidades de atención no basadas exclusivamente en la cama hospitalaria, sino en el tipo de servicio brindado: centro clínico quirúrgico ambulatorio (modalidad hospital del día y cirugía mayor ambulatoria).(3)

Sistema Nacional de Salud: tiene por finalidad mejorar el nivel de salud y vida de la población ecuatoriana y hacer efectivo el ejercicio del derecho a la salud. Estará constituido por las entidades públicas, privadas, autónomas y comunitarias del sector salud, que se articulan funcionamiento sobre la base de principios, políticas, objetivos y normas comunes.

Tercer nivel de atención: este nivel corresponde a los establecimientos que prestan servicios ambulatorios y hospitalarios de especialidad y especializados, (Ej.: pediátricos, gineco-obstétricos, psiquiátricos, entre otros) son de referencia nacional; resuelven los problemas de salud de alta complejidad, tienen recursos de tecnología de punta, intervención quirúrgica de alta complejidad, cuidados intensivos, realiza trasplantes, cuenta con subespecialidades.(3)

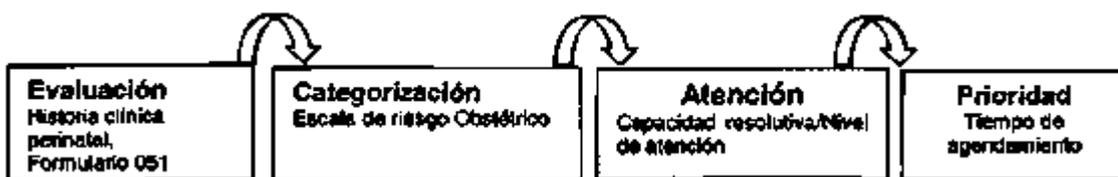
## 6. Desarrollo

### Capítulo I

#### Evaluación y categorización del riesgo obstétrico en el control prenatal

Para estandarizar la identificación de los factores de riesgo y atención a las gestantes, se debe cumplir los siguientes pasos:

1. Evaluación e identificación de riesgo obstétrico.
2. Categorización mediante escala de riesgo obstétrico.
3. Atención de riesgos según categoría, tipología, nivel de atención y capacidad resolutive.
4. Prioridad de atención.



#### 1. Evaluación e identificación de riesgo obstétrico

La evaluación se realiza en cada control prenatal, a través del llenado correcto de la historia clínica perinatal (formulario 051) y/o pruebas diagnósticas complementarias, identificando todos los factores de riesgo en la gestante a categorizar mediante la aplicación de una escala de riesgo obstétrico que los agrupa en:

##### 1.1 Antecedentes:

##### • Edad materna

Existen grupos de edad que por su propia condición constituyen factores de riesgo para complicaciones durante la gestación, se refiere a los extremos de la edad fértil

que están constituidas por las gestantes menores a 19 años, con énfasis en menores a 14 años y aquellas gestantes mayores a 35 años.(5)

- Paridad

Otro factor de riesgo materno neonatal importante es la paridad, tomando en cuenta que mientras mayor es el número de hijos más riesgo de complicaciones existe durante la nueva gestación principalmente aquellas que tienen cuatro o más embarazos.(5)

- Infertilidad

Durante las últimas tres décadas más de tres millones de niños en el mundo han nacido gracias a la evolución de las técnicas de fecundación asistida, sin embargo, estas gestaciones tienen un elevado riesgo de presentar efectos psicológicos como la ansiedad y complicaciones como preeclampsia, embarazos múltiples o nacimientos pretérminos.(6)

- Aborto

Es la pérdida de la gestación antes de la semana 20, cuando es recurrente debe realizarse una adecuada evaluación para descartar etiología autoinmune como el Síndrome Antifosfolípídico o deficiencias estructurales como cérvix incompetente.(7)

Posterior a un aborto instrumental terapéutico o provocado, existe un riesgo incrementado de presentar nuevos abortos espontáneos, parto pretérmino, anomalías de inserción de placenta, así como riesgos psicológicos de ansiedad, depresión e intentos autolíticos (síndrome postaborto).(8)

- Embarazo ectópico/embarazo molar

El antecedente de embarazo ectópico es importante ya que puede existir recurrencia. El embarazo molar relacionado con la enfermedad trofoblástica gestacional puede acompañarse de complicaciones como hemorragia obstétrica, preeclampsia atípica o temprana y síndrome de Hellp.(8)

- Mortinato y óbito fetal

Cuando una mujer ha perdido un embarazo previo por muerte del feto intraútero o que fallece pocas horas después de nacer, el riesgo de recurrencia es alto, casi el doble en relación con el resto de gestantes(6)

- Hijo con malformaciones congénitas

La presencia de malformaciones congénitas en un embarazo previo, incrementa el riesgo de recurrencia a pesar que su origen es multifactorial, en la gran mayoría de casos sin embargo el 25 % están relacionados directamente con factores genéticos y hereditarios. (8)

- Peso al nacimiento

Aquellas gestantes que en su embarazo anterior tuvieron un recién nacido con peso menor a 2500gr, presentan un riesgo de hasta 5 veces mayor de un nacimiento de iguales características. Por otra parte, la macrosomía se asocia a varios factores de riesgo como sobrepeso u obesidad materna, diabetes, feto de sexo masculino entre los principales.(9)

- Periodo intergenésico

En la historia clínica perinatal de Ecuador, el periodo intergenésico menor de un año se identifica como factor de riesgo, sin embargo, la OMS ha recomendado que el periodo intergenésico óptimo para un nuevo embarazo debía estar entre 18 y 27 meses y no superar los 60 meses, ya que toda concepción que se encuentre fuera de

este rango incrementaría el riesgo de complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio.(2,10)

- **Embarazo producto de violencia sexual**

Las víctimas de violencia sexual tienen mayor riesgo de contagio de VIH e ITS y de desencadenar trastornos de salud mental como ansiedad, depresión, intentos autolíticos, rechazo al embarazo, alteraciones de personalidad, así como tendencia al consumo de alcohol y drogas durante el embarazo, parto y posparto.(11)

- **Antecedentes de preeclampsia / eclampsia**

La gestante con antecedentes de trastornos hipertensivos en embarazos previos, puede presentar recurrencia de un 20% y tiene un 49% de probabilidades de desarrollar una complicación mayor relacionada con estas patologías, junto con otros resultados adversos del embarazo como parto prematuro, restricción de crecimiento intrauterino, hipoglucemia, sepsis y enterocolitis necrotizante.(7)

» **Madre o hermana con antecedentes de preeclampsia** La evidencia actual demuestra que los trastornos hipertensivos como preeclampsia y eclampsia tienen un patrón hereditario o familiar. Las hijas de madres que tuvieron preeclampsia tienen un riesgo del 30% de presentar esta patología, (12)

- **Cicatriz uterina previa**

El antecedente de cirugías uterinas previas constituye un factor de riesgo de complicaciones durante el embarazo, parto y posparto como hemorragia obstétrica, implantación anormal de placenta y dehiscencia de cicatriz.(B)

- **Sin control prenatal en embarazo de 20 semanas**

Los controles prenatales son importantes, ya que permiten al profesional de salud realizar un seguimiento adecuado con impacto en la disminución de la morbimortalidad materno neonatal. Toda paciente que tiene menos de cuatro controles prenatales o ninguno, puede tener riesgo de complicaciones como parto pretérmino y bajo peso al nacer.(2,13)

## 1.2 Factores socioeconómicos

- **Sin instrucción**

Según datos publicados por Unicef, las pacientes que nunca han recibido instrucción, tienen mayor probabilidad de iniciar su vida sexual precozmente, embarazarse, exponerse al virus del VIH e ITS, lo que genera potenciales riesgos para el embarazo y la salud de su hijo.(14)

- **Alcoholismo, tabaco y drogas**

El consumo de alcohol, tabaco y drogas durante el embarazo es perjudicial para la madre y el feto, ya que atraviesan rápidamente la placenta y generan alteraciones sobre todo en el desarrollo del sistema nervioso central y cardíaco, que no permiten una adecuada ganancia de peso fetal, incrementando el riesgo de parto pretérmino. Sus consecuencias van más allá del nacimiento y se acompañan de problemas conductuales y de aprendizaje.(1,14)

- **Violencia basada en género / disfunción familiar / movilidad humana**

Un problema social de gran impacto es la violencia basada en género condición que genera gran vulnerabilidad para el desarrollo normal del embarazo, ya que los daños físicos, psicológicos y sexuales conllevan a condiciones de estrés, sometimiento, depresión posparto y ansiedad a la madre, así como el riesgo de pérdida del

embarazo, óbitos, bajo peso al nacer y desarrollo de trastornos hipertensivos.(11 ,15)

- **Callejizada, indigente**

Las gestantes callejizadas o indigentes constituyen un grupo social muy vulnerable que presenta riesgos importantes en su salud como enfermedades de transmisión sexual, VIH, partos pretérminos, abandono de neonatos y otras asociadas al consumo de alcohol y drogas.(14)

### 1.3 Factores nutricionales

- **Desnutrición**

Se presenta cuando no existe una correcta ingesta de nutrientes acorde a las necesidades que garantice un adecuado incremento de peso materno y crecimiento fetal. La desnutrición provoca mayor riesgo de abortos, parto pretérmino y bajo peso al nacer.(16)

- **Obesidad**

La prevalencia de obesidad se ha incrementado en los últimos años, generando un mayor riesgo de complicaciones durante el embarazo, parto y posparto como desarrollo de diabetes gestacional, diabetes mellitus, parto pretérmino, macrosomía, óbito fetal y preeclampsia.(16)

- **Glucemia igual o mayor a 92mg/dl**

Idealmente toda gestante, entre las 7 y 12 semanas de embarazo, debería realizarse una glucemia basal. Cuando el valor es igual o mayor a 92 mg/dl, pero menor de 126 mg/dl, puede ser sugestivo de diabetes gestacional por lo cual requiere un manejo integral y oportuno para evitar complicaciones.(17)

### 1.4 Patología pélvico - genital

- **Patología cervical (LIEAG NIC II - III, Ca in situ)**

Es fundamental durante el embarazo la toma de citología cérvico vaginal, ya que permite determinar la presencia de lesiones cervicales premalignas o malignas y brindar una atención integral o multidisciplinaria de forma oportuna, con lo cual se pueden evitar complicaciones durante la gestación.(18)

- **Condilomatosis vulvovaginal**

Los condilomas o verrugas genitales se producen por el virus del papiloma humano (HPV). que se trasmite por vía sexual, se manifiesta con lesiones papulosas en la piel del área genital y anal, que en la gestante pueden progresar y multiplicarse hasta añorar como condiloma acuminado, lo que incrementa el riesgo de ruptura prematura de membranas, corioamnionitis. parto pretérmino y papilomatosis laríngea juvenil en el producto.(8)

- **Malformación urogenital**

El desarrollo del ser humano es muy complejo ya que cualquier factor externo que interfiera durante la etapa de organogénesis del seno urogenital y conductos mullerianos, determinará la presencia de anomalías anatómicas del aparato genital femenino. Estas malformaciones pueden producir problemas de infertilidad, pero si se logra la gestación, existe el riesgo de presentar complicaciones como abortos, partos pretérminos, inserción anómala de la placenta y obstrucción del canal vaginal.(19)

- **Infecciones vaginales a repetición**

La presencia de vaginosis bacteriana durante el embarazo y su recurrencia (mayor a dos episodios), incrementa el riesgo de aborto, ruptura prematura de membranas, corioamnionitis, parto pretérmino, endometritis y sepsis.(20)

### 1.5 Patología en la gestación actual (morbididades)

- **Embarazo prolongado mayor a 41 semanas**

Toda gestación que supera las 41 semanas aumenta el riesgo de presentar complicaciones como óbito fetal y sepsis.(21)

- **Embarazo más DIU**

Las mujeres que usan DIU como método anticonceptivo, ante el fracaso del método pueden presentar algunas complicaciones como infecciones, riesgo incrementado de aborto, embarazo ectópico, ruptura de membranas, corioamnionitis y sepsis.(8)

- **RH negativa no sensibilizada**

Es la paciente Rh negativa no expuesta o sensibilizada previamente. Debe investigarse y prevenir la sensibilización con aplicación oportuna de inmunoglobulina anti D, luego de un aborto, hemorragia del primer trimestre, placenta previa sangrante, embarazo ectópico, cordocentesis y puerperio dentro de las 72 horas.(15)

- **RH negativa sensibilizada (isoimmunizada)**

La sensibilización Rh o isoimmunización en la gestante ocurre si la madre tiene tipo de sangre Rh negativo y el producto Rh positivo un aborto o parto, esto provocará una enfermedad hemolítica del recién nacido en futuros embarazos.(15)

- **ITS (sífilis, hepatitis)**

La sífilis es una enfermedad infecciosa que se transmite por vía sexual, sanguínea, o de madre al feto. La transmisión vertical desde una madre que no ha recibido tratamiento puede darse durante el embarazo o por el paso a través del canal de parto a la cual se denomina sífilis congénita.(22)

La hepatitis B y C se consideran graves, contagiosas que se transmiten por vía sexual, sanguínea o durante el embarazo al feto y provoca una infección aguda y crónica con graves secuelas tanto para la madre como el feto.(22)

- **VIH \***

El VIH/Sida tanto en Ecuador como en el resto del mundo constituye un problema en salud, de impacto social, económico y cultural. La atención de esta problemática requiere una intervención multidisciplinaria con enfoque preventivo. El diagnóstico y tratamiento oportuno para prevenir la transmisión vertical es fundamental para garantizar el nacimiento de niños sanos.(23)

- **TORCH IgM positivo \***

El TORCH constituye una prueba de cribado para un grupo de microorganismos que pueden desencadenar transmisión vertical intraútero y provocar defectos congénitos en los recién nacidos, o contagio durante el paso por el canal de parto.(19)

- **Infección del tracto** urinario recurrente (2 o más)

Los cambios fisiológicos que se presentan en el tracto urinario de la gestante predisponen a la presencia de infecciones, muchas veces recurrentes, que pueden generar resistencia bacteriana y complicaciones importantes como pielonefritis, sepsis, abortos o partos pretérminos.(24)

- **Anemia hemoglobina menor a 10 gr/dl (corregida)**

La anemia moderada es aquella que presenta un valor de hemoglobina que va desde 7.1 a 10 gr/dl y su presencia genera un riesgo nutricional materno y peso bajo del feto- Reconocer precozmente esta deficiencia y dar tratamiento adecuado reduce la necesidad de transfusiones.(25)

- **Anemia hemoglobina menor a 7gr/dl (corregida)\***

La anemia severa es aquella que presenta un valor de hemoglobina menor a 7 gr/dl, incrementando la morbilidad materna y neonatal, el diagnóstico y tratamiento oportuno generalmente hospitalario puede reducir este riesgo.(21)

- **Trastorno hipertensivo \***

**En la** gestante los trastornos hipertensivos constituyen una causa de morbilidad grave, que puede conllevar a una discapacidad permanente e inclusive la muerte materna y/o fetal. La preeclampsia y eclampsia son las principales causantes de estas complicaciones,(26)

- **Colestasis intrahepática \***

Es una patología específica de la gestación, que aparece durante el tercer trimestre del embarazo, revierte espontáneamente después **del** parto y está relacionada con un incremento de la morbilidad fetal.(27)

- **Hemorragia primera mitad del embarazo**

Es aquella hemorragia que aparece previo a las 22 semanas de gestación y se incluyen las siguientes causas:

- > Aborto
- > Embarazo ectópico
- > Enfermedad trofoblástica gestacional

- **Hemorragia segunda mitad del embarazo**

Es aquella hemorragia que aparece posterior a las 22 semanas de gestación y se incluyen las siguientes causas:

- > Placenta previa
- > Desprendimiento prematuro de placenta
- > Rotura uterina
- > Vasa previa
- > Tumores (pólipos, miomas, neo-plasias)
- > Traumatismos en genitales
- > Várices vulvovaginales (29)

- **Amenaza de parto prematuro**

Es la presencia de actividad uterina con contracciones regulares en intensidad y frecuencia que producen modificaciones cervicales y ocurren entre las semanas 20 y 36,6 cuya etiología puede ser multifactorial.(9)

- **Embarazo múltiple**

La presencia de un embarazo múltiple implica riesgos potenciales de complicaciones tales como parto pretérmino, ruptura prematura de membranas, desprendimiento normoplacentario, pielonefritis, hemorragia postparto, óbito fetal. Además, el riesgo de preeclampsia es de hasta 5 veces mayor en embarazos gemelares y hasta 9 veces más en embarazos triples.(30)

- **Presentación anómala en embarazo mayor a 36 semanas**

Las presentaciones anómalas durante la labor de parto de un embarazo a término, pueden generar complicaciones en el descenso y expulsión del feto que pueden incrementar el riesgo de morbilidad materno neonatal.(8)

- **Polihidramnios/ oligohidramnios**

En la gestación única, se habla de polihidramnios cuando el índice de líquido amniótico (ILA) es mayor a 25 cm; por otra parte, se considera oligohidramnios la presencia de líquido amniótico escaso o un ILA igual o menor a 5 cm.(17)

- **Gestación con malformaciones fetales mayores**

Las malformaciones fetales tienen etiología multifactorial. Con mayor frecuencia afectan al sistema cardiovascular, sistema nervioso central y genitourinario. El diagnóstico oportuno permite un abordaje multidisciplinario para disminuir la morbilidad fetal e infantil.(27)

- **Diabetes\***

La epidemia de obesidad ha ocasionado que cada vez más mujeres en edad fértil desarrollen diabetes tipo 2, aumentando el número de mujeres embarazadas no diagnosticadas. Por esta razón es importante que todas las mujeres que acudan a su primera consulta prenatal sean evaluadas de forma integral en búsqueda de factores de riesgo para diabetes mellitus tipo 2 pre existente.(17)

- **Cardiopatías\***

Durante el embarazo existen cambios fisiológicos de adaptabilidad del sistema cardiovascular que son bien tolerados en la paciente normal, pero que en la paciente cardíaca genera importantes riesgos de morbilidad. Constituye una de las principales causas de muerte y cada año va incrementándose. Prevenir las complicaciones con un manejo multidisciplinario oportuno es fundamental, (31)

- **Enfermedades neuropsiquiátricas\***

Existen diversos factores tanto hormonales, bioquímicos y emocionales que influyen sobre el desarrollo de enfermedades mentales; por ello el embarazo, debido a los cambios en la concentración de esteroides sexuales y neurotransmisores, predispone a una exacerbación de estas enfermedades.(8)

- **insuficiencia renal crónica\***

La presencia de nefropatías durante el embarazo es frecuente, de las cuales destaca la insuficiencia renal crónica. Esta patología incrementa en la gestante la probabilidad de padecer trastornos hipertensivos, preeclampsia y eclampsia.(8)

- **Hipotiroidismo sin tratamiento\***

Fisiológicamente la gestante presenta cambios adaptativos orgánicos evidenciados también a nivel tiroideo. La tiroxina materna es crucial para: la maduración del sistema nervioso fetal, pero sus niveles sanguíneos pueden disminuir de forma sostenida principalmente por una dieta pobre en yodo. Esta deficiencia puede causar aborto a repetición, daño cerebral, retardo mental, déficit neurológico y muerte del feto. El tratamiento es sencillo, económico y minimiza el riesgo durante la gestación.(32)

- **Lupus eritematoso sistémico\***

Es una enfermedad autoinmune compleja que afecta al tejido conjuntivo de cualquier órgano. Tiene un curso clínico caracterizado por episodios de exacerbación y remisión de la enfermedad. Durante el embarazo el mayor riesgo es la pérdida del mismo por abortos u óbitos, además otras complicaciones como preeclampsia y restricción de crecimiento intrauterino.(8)

- **Síndrome antifosfolípídico\***

El síndrome antifosfolípídico (SAF) es una enfermedad autoinmune, con una combinación de manifestaciones clínicas trombóticas venosas o arteriales y trastornos obstétricos como aborto recurrente con un título importante y persistente de anticuerpos antifosfolípidos circulantes. Todos los territorios vasculares pueden verse afectados por trombosis en ausencia de tratamiento adecuado.(33)

- **Trombocitopenia menor a 100000 plaquetas\***

Durante la gestación un recuento plaquetario  $<150.000/mm^3$ , se considera como trombocitopenia. Sin embargo si es menor a  $100000/mm^3$  incrementa el riesgo de complicaciones sobre todo de tipo hemorrágico durante el embarazo, parto o postparto.(8)

- **Tuberculosis materna activa\***

La tuberculosis (Tb) durante el embarazo se manifiesta con sintomatología similar a la mujer no gestante sin embargo la letargia, anorexia, y vómito pueden generar confusión con la sintomatología propia de la gestación. La infección por Tb durante el embarazo es un factor de riesgo importante de complicaciones como: Aborto espontáneo, óbito fetal, preeclampsia y bajo peso al nacer. Establecer un diagnóstico oportuno e iniciar el tratamiento precozmente es fundamental para precautelar el adecuado desarrollo del feto y proteger a la madre.(8)

- **Cáncer\***

Como se señaló previamente, existe una tendencia mundial por parte de las mujeres de retrasar su primer embarazo a edades superiores a los treinta años, lo que conlleva un riesgo del doble o triple de desarrollar cáncer. Dentro de los más frecuentes están el melanoma, cáncer de mama, cáncer de cuello uterino, linfomas y cáncer de tiroides. El embarazo predispone a un crecimiento mayor de la patología maligna y además existe un gran riesgo de malformaciones congénitas con la exposición a quimioterapia.(S)

## 1.6 Discapacidad mayor al 30%

- **Física**

El embarazo en una mujer con discapacidad física evoluciona igual que una mujer sin discapacidad, sin embargo, el riesgo materno depende mucho de factores sociales y de accesibilidad a los servicios de salud, por su limitada movilidad, discriminación y comunicación.(34)

- **Intelectual**

El riesgo del embarazo con discapacidad intelectual depende mucho del grado de déficit de su autonomía individual, que le permita libertad de tomar decisiones adecuadas e independientes. Dado que la discapacidad mayor tiene mucha vinculación con el abuso sexual y se opone a la concepción tradicional, esto conlleva a un riesgo mayor en el desarrollo de su embarazo. (34)

## 2. Categorización mediante escala de riesgo obstétrico

Partiendo del hecho de que no todas las personas tienen la misma probabilidad de desarrollar una patología y fallecer por su causa, se genera la necesidad de identificar factores de riesgo desde aquellos de baja hasta los de alta relevancia. La detección del riesgo obstétrico constituye una práctica básica que ha permitido predecir los problemas futuros y brindar un tratamiento adecuado y oportuno, mejorando la salud perinatal con disminución de la morbilidad materno neonatal.

Para categorizar a la población se usan herramientas como los scores o escalas de riesgo que identifican diversos factores asociados al riesgo que se pretende medir, dándoles una puntuación de acuerdo al peso de la patología que se busca prevenir. El uso de "Escala o Score de Riesgo" es un instrumento recomendado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) - Organización Mundial de la Salud (OMS) como alternativa válida para la detección de las embarazadas de riesgo.(35)

Con este antecedente y basados en la necesidad de contar con una herramienta adaptada a la realidad nacional, se ha diseñado una escala de riesgo obstétrico con enfoque preventivo, para su aplicación durante cada control prenatal en el Sistema Nacional de Salud.

### 2.1 Escala de riesgo

Para estratificar a la población de gestantes se utilizará esta herramienta que combina los factores de riesgo identificados, otorgándoles una puntuación obtenida de acuerdo a la fuerza de asociación con la patología que se busca prevenir.

Se estructuraron los factores de riesgo en 6 grupos con sus respectivas variables y puntuación.

#### 2.1.1 Antecedentes

Son aquellos factores de riesgo vinculados con antecedentes personales, obstétricos y familiares.

1. Antecedentes	Puntaje
> Gestante igual o menor de 14 años	3
> Gestante 14 (1 día ) a 19 años	1
> Gestante mayor de 35 años hasta 39 años	1
> Gestante $\geq$ de 40 años	2
> Primípara tardía $\geq$ 40 años)	2
> Gran múltipara $\geq$ 4 gestas	1
> Infertilidad	1
> Aborto	1
> Aborto habitual $\geq$ 2	2
> Embarazo ectópico / molar	1
> Mortinato	2
> Óbito fetal	2
> Hijo con malformaciones congénitas mayores	2
> Hijo con bajo peso de nacimiento < 2500gr	3
> Hijo con macrosomía al nacimiento > 4000gr	3
> Periodo intergenésico $\leq$ 18 meses	2
> Periodo intergenésico > 5 años	1
> Embarazo producto de violencia sexual	3
> Antecedente preeclampsia / eclampsia*	3
> Madre o hermana con preeclampsia	2
> Cicatriz uterina previa con embarazo > 32 semanas (miomectomía, rotura uterina, cesárea)	2
> Cicatriz uterina previa, tres o más cesáreas con embarazo > 28 semanas	3
> Ningún control prenatal en embarazo mayor a 20 semanas	2
> Presenta tres o más factores de la lista	3

Fuente: Escala de riesgo Minsal Chile adaptada por autores. 2019

**2.1.2 Factores socioeconómicos** Son factores sociales, económicos y culturales que caracterizan a una gestante de forma individual dentro de una estructura social y permiten determinar si pertenece a un grupo vulnerable.

2. Factores socioeconómicos	Puntaje
Sin instrucción	1
Alcoholismo, tabaco y drogas	3
Violencia basada en género, Disfunción Familiar, Movilidad Humana	1

Gestante Callejizada, Indigente, vive sola	1
Presenta tres o más factores de la lista	3

Fuente: Escala de riesgo Minsal Chile adaptada por autores. 2019

**2.1.3 Factores nutricionales** El estado nutricional de la mujer y en particular de la gestante, determinará un impacto positivo o negativo en el desarrollo del embarazo. Estos factores predisponen la aparición de complicaciones, por lo cual se debe realizar el monitoreo de la ganancia ponderal durante la gestación.

3. Factores nutricionales	Puntaje
> Desnutrición materna <b>IMC</b> < 18	3
> Obesidad IMC > 30	3
> Sobrepeso IMC de 25.1 a 29.9	1
> Glicemia basal mayor a 92mg/Dl	2
> Presenta dos o más factores de la lista	3

Fuente: Escala de riesgo Minsal Chile adaptada por autores. 2019

**2.1.4 Patología pélvico genital** Toda patología que afecte al tracto genital y al canal de parto es un factor de riesgo para desencadenar complicaciones maternas neonatales.

4. Patología pelvico-genital	Puntaje
> Patología cervical (LIEAG/NIC II o III, ca in situ)	3
> Condilomatosis vulvovaginal	2
> Malformación urogenital	2
> Infecciones vaginales a repetición (tres o más episodios) en el embarazo	2
y Presenta dos o más factores de la lista	3

Fuente: Escala de riesgo Minsal Chile adaptada por autores. 2019

**2.1.5 Patología obstétrica actual** Toda comorbilidad que presente la gestante constituye un factor de riesgo relevante con impacto directo en la morbilidad materna neonatal.

5. Patología obstétrica actual	Puntaje
> Embarazo prolongado > 41 semanas*	3
> Embarazo + DIU	2
> Rh negativa no sensibilizada	1

> Rh negativa sensibilizada (isoimmunizada)*	3
> ITS (sífilis, hepatitis)*	2
> VIH*	3
> TORCH IgM positivo *	3
> Infección de tracto urinario a repetición	2
> Anemia HB < 10 (corregida)	2
> Anemia HB < 7 (corregida)*	3
> Trastorno hipertensivo*	3
> Colestasis intrahepática*	3
> Hemorragia primera mitad del embarazo	2
> Hemorragia segunda mitad del embarazo	3
> Amenaza parto prematuro	3
> Embarazo múltiple	3
> Presentación anómala en embarazo mayor a 36 semanas	3
> Polihidramnios / oligohidramnios	2
> Gestación con mal Formaciones fetales mayores	3
> Diabetes *	3
> Cardiopatías*	3
> Enfermedades neuropsiquiátricas*	3
> Insuficiencia renal crónica *	3
> Hipotiroidismo sin tratamiento*	2
> Lupus eritematoso sistémico *	3
> Síndrome antifosfolípídico *	3
> Trombocitopenia < 100000 plaquetas*	3
> Tuberculosis materna activa*	2
> Cáncer *	3
> Otras patologías relevantes	3
> Presenta dos o más factores de la lista	3

Fuente: Escala de riesgo Minsal Chile adaptada por autores. 2019

Aquellas variables marcadas con asterisco (\*) corresponden a factores de riesgo de alta relevancia, que por si solas determinan una atención prioritaria dentro de las primeras 72 horas

**2.1.6 Discapacidad** La gestante con discapacidad física o intelectual constituye un grupo poblacional vulnerable para el desarrollo de complicaciones materno neonatales.

<b>6. Discapacidad mayor al 30 %</b>	<b>Puntaje</b>
> Física	<b>2</b>
> Intelectual	<b>3</b>
> Presenta des o más factores de la lista	<b>3</b>

Fuente: Escala de riesgo Minsal Chile adaptada por autores. 2019

## 2.2 Sumatoria de riesgo

Una vez sumados los puntajes de cada riesgo identificado en la gestante se obtiene un valor que permite agrupar en tres categorías:

### 2.2.1 Riesgo bajo o tipo 0

Embarazos de curso normal que no presenta ningún factor de riesgo identificado o que presenta factores de riesgo no relevantes en la evaluación. Puntaje total en la escala de riesgo de **0 - 3**

### 2.2.2 Riesgo alto o tipo I

Embarazos con determinados factores de riesgo que por su presencia pueden generar potenciales complicaciones. Puntaje en la escala de riesgo de **4 - 6**

### 2.2.3 Riesgo muy alto o tipo II

Embarazos con factores de riesgo de alta relevancia que precisan medidas oportunas y manejo multidisciplinario.

Puntaje en la escala de riesgo igual o mayor a 7

<b>Riesgo</b>	<b>Valor</b>
<b>Bajo</b>	<b>0-3</b>
<b>Alto</b>	<b>4-6</b>
<b>Muy alto</b>	<b>&gt;7</b>

Fuente; AIEPI adaptada por autores. 2019

## 3. Atención de riesgos según categoría, tipología, nivel de atención y capacidad resolutive

Una vez identificada la categoría del riesgo de acuerdo a la prioridad a la que pertenece la gestante, se debe realizar el manejo conforme a la capacidad resolutive de cada nivel de atención siguiendo los flujos establecidos por categoría y puntaje obtenido en la escala.

Para garantizar la continuidad de la atención en salud, oportuna, eficiente y eficaz, se debe referir a la gestante desde el establecimiento de salud de menor a mayor nivel de atención y/o complejidad o viceversa, de acuerdo a lo establecido en la norma técnica

del Subsistema de referencia, derivación, contrarreferencia, referencia inversa y transferencia del Sistema Nacional de Salud, de acuerdo a tipología vigente.

### 3.1. Primer nivel

Es el nivel de atención más cercano a la gestante, facilita y coordina el flujo de las usuarias dentro del sistema, es ambulatorio y resuelve el 85% de problemas y necesidades de salud de baja complejidad. Constituye la puerta de entrada al Sistema Nacional de Salud, asegurando una referencia y contrarreferencia oportuna, fortaleciendo la continuidad de la atención.(4)

En este nivel se atenderán gestantes con escala de riesgo obstétrico de 0 - 3

#### Profesional responsable

De acuerdo a la tipología (puesto de salud, centro de salud tipo A, centro de salud tipo B, centro de salud tipo C), los profesionales responsables de la atención son:

**Escala 0-1-2: Obstetrix/tra, médico general.**

**Escala 3:** Médico familiar comunitario, médico general integral y Obstetrix/tra (Realizará una valoración integral y de ser requerido se solicitará según disponibilidad mediante interconsulta/referencia al especialista en Ginecología y Obstetricia).

### 3.2. Atención por especialista y/o segundo Nivel

Da continuidad a la atención inicial de las gestantes que presentan determinadas situaciones de riesgo para la salud del binomio madre-hijo, que requieren atención periódica y seguimiento estricto por parte del Médico Especialista en Ginecología y Obstetricia u otra especialidad de apoyo y precisan medidas adicionales y especializadas como tratamientos y exámenes complementarios y han sido categorizadas como riesgo **alto** o **tipo I**.

**Escala de riesgo obstétrico: 4- 5- 6**

Se incluye el centro de salud tipo C (primer nivel de atención) que cuente con un especialista en Ginecología y Obstetricia, Hospital Básico y Hospital **General**.

#### Profesional responsable

Para la categoría de **riesgo alto**, los profesionales responsables de la atención son:

- **Centro de salud tipo C**

La atención en el Centro de Salud tipo C para pacientes con **riesgo alto**, será exclusivamente por el médico especialista en ginecología y obstetricia y dependerá de la capacidad resolutoria del establecimiento de salud. En unidades que no dispongan de este especialista se deberá referir a la gestante al siguiente nivel de atención para su respectivo manejo.

El seguimiento de este grupo de pacientes estará a cargo del Médico Familiar Comunitario/Médico General Integral y Obstetrix/tra o EAIS en caso de no

disponibilidad del personal mencionados.

• **Hospital básico y general**

El responsable de la atención de esta categoría de riesgo, es el médico especialista en ginecología y obstetricia, el cual brindará atención a gestantes que acuden a este establecimiento de salud por demanda espontánea o referida desde unidades de menor complejidad y dependerá de la capacidad resolutive del establecimiento de salud. En caso de no existir oferta de servicios de un hospital básico se podrá acceder directamente a un hospital general

**3.3. Hospital general o de tercer nivel (especializado)**

Corresponde a los establecimientos que prestan servicios ambulatorios y hospitalarios especializados, los centros hospitalarios son de referencia nacional; resuelve los problemas de salud de alta complejidad, tiene recursos de tecnología de punta, intervención quirúrgica de alta severidad, cuidados intensivos, cuenta con subespecialidades reconocidas por la ley.(4)

En esta categoría se encuentran las gestantes con situaciones específicas de morbilidades que ponen en riesgo la salud del binomio madre- hijo y que requieren manejo multidisciplinario y control obstétrico riguroso.

Escala de riesgo **obstétrico**: igual o mayor a 7

**Profesional responsable**

El personal responsable de la atención es el equipo multidisciplinario del hospital general y/o especializado coordinado por el médico ginecólogo-obstetra. Sí el caso amerita manejo multidisciplinario por tercer nivel de atención el segundo nivel general realizará la coordinación y referencia oportuna a estas instituciones. Sin embargo, los profesionales responsables del primer nivel de atención deberán dar seguimiento a la evolución de la paciente.

**4. Prioridad de la atención**

Tomando como referencia los criterios utilizados en la estrategia AIEPI, se estableció la semaforización para indicar según la categoría de riesgo la prioridad de atención ambulatoria.

La clasificación del semáforo no establece el diagnóstico de enfermedad, sin embargo, determina la prioridad de atención en base al puntaje obtenido en la Escala de Riesgo Obstétrico. De esta manera, los profesionales de la salud tomarán decisiones oportunas y adecuadas en situaciones de riesgo para el binomio madre hijo.

La priorización del tiempo de atención de la siguiente consulta referida desde un nivel de complejidad menor, acorde a la puntuación obtenida en la Escala de Riesgo Obstétrico, comprende de uno a quince días.(AIEPI)

Prioridad	Tiempo de atención
Verde	15 días
Amarillo	7 días
Rojo	Hasta 72 horas

Fuente: Semaforización AIEPI adaptado por autores. 2019

A continuación, se incluye los flujos integrales de evaluación, categorización, atención por profesional responsable/ niveles y prioridad de atención para cada riesgo.

Gráfico 1. Manejo de atención riesgo bajo tipo 0

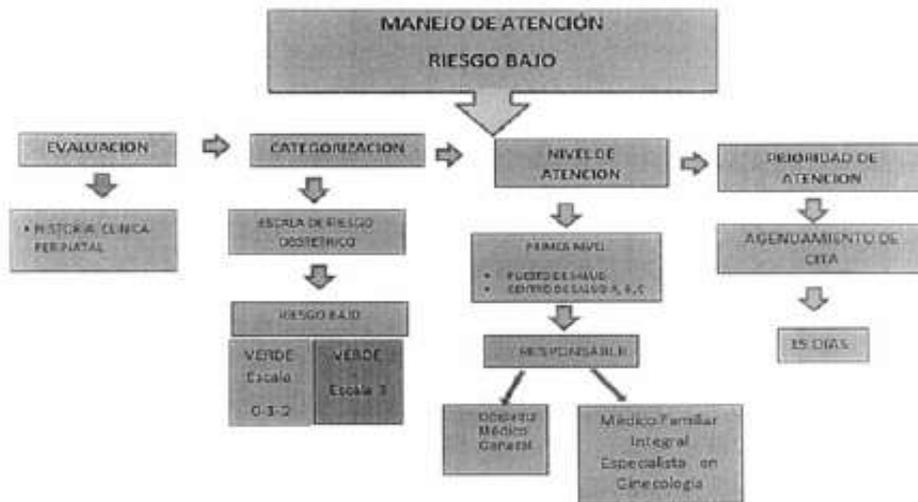


Gráfico 2. Manejo de atención riesgo alto tipo I



Gráfico 3. Manejo de atención riesgo muy alto tipo II



## Capítulo II

### Instructivo de llenado de la escala de riesgos en la gestación

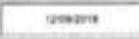
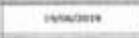
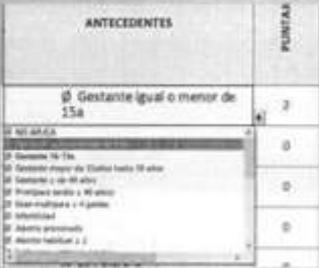
La presente normativa describe la forma correcta de llenado de la matriz de escala de riesgo obstétrico que debe ser aplicada a toda gestante en cada consulta de atención prenatal, la cual no reemplaza al protocolo Score mamá. Los factores de riesgo identificados a través de la historia clínica perinatal registrados obtienen un puntaje ponderado que se suma de forma automática. De esta manera se establece el grado de riesgo de complicaciones futuras, define el nivel de atención correspondiente según la capacidad resolutive y prioriza su atención subsecuente en un tiempo oportuno.

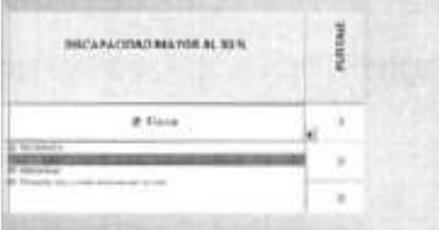
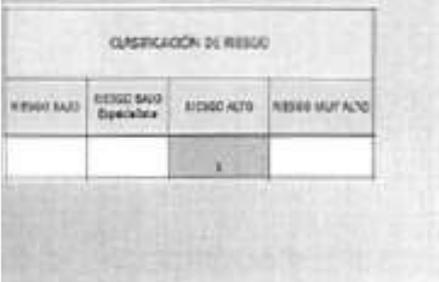
#### Desarrollo

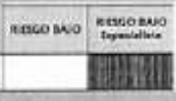
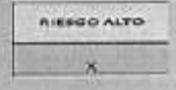
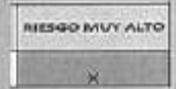
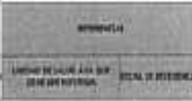
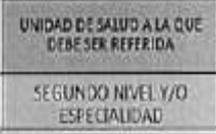
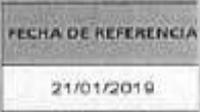
La escala de riesgo obstétrico es una herramienta digital con enfoque preventivo, para identificar precozmente embarazos de riesgo, referir o derivar oportunamente al nivel de atención correspondiente para disminuir las complicaciones y reducir muerte materna y neonatal.

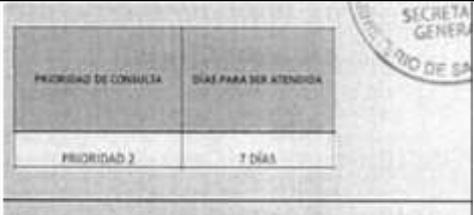
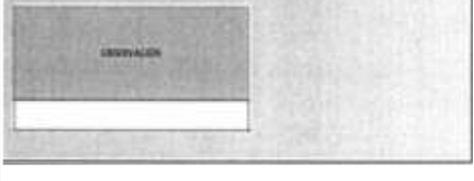
Esta escala consta de tres secciones:

Escala de riesgo obstétrico	
1. Datos de información general	
Fecha de atención Ingrese la fecha de atención del paciente día/mes/año	01/01/2019
Cédula de identidad / código de identificación: Cédula, pasaporte, documento de refugio de ACNUR o código de identificación de la embarazada proporcionada en la unidad de acuerdo a la Historia Clínica Única.	33048899
Apellidos nombres. Ingrese los dos apellidos y dos nombres de la embarazada	566120
Edad materna Años cumplidos a la fecha de la consulta	20
Teléfono convencional o celular Número de teléfono de domicilio o celular personal	0995024870
Dirección domicilio Colocar barrio o sector, calle principal y número de Casa,	Concepción, Calle Abdón Calderón 34-15
Nombre de familiar o contacto El nombre y apellidos de un familiar o contacto que pueda apoyar en caso de EMERGENCIA	Priscilla
Número de teléfono de familiar o contacto: Número telefónico convencional y de celular actualizados del contacto	0995024870

<p><b>Fecha de última menstruación</b> Colocar la fecha del primer día de la última menstruación día/mes/año</p>	
<p><b>Fecha probable de parto</b> Calcula la fecha probable de parto por la regla de NAGELE, automáticamente</p>	
<p><b>Edad gestacional por FUM</b> Calcula las semanas de gestación a partir de la FUM (cálculo Automático)- Permite evaluar las semanas de gestación a la fecha de la cita</p>	
<p><b>Edad gestacional por eco</b> Colocar la edad gestacional extrapolada por eco del primer trimestre, altura de fondo uterino u otro método. (Formula de McDonald: FU x 8 / 7 = EG)</p>	
<p><b>Total número de controles</b> Colocar el número de controles prenatales realizados hasta la fecha de consulta</p>	
<p><b>Lugar donde se realiza los controles</b> Diríjase a la flecha que se encuentra en el extremo inferior derecho de la celda, de un clic, automáticamente se desplegará el listado de las unidades de salud de su zona. Seleccionar el centro donde se ha realizado el mayor número de controles.</p>	
<p><b>2. Factores de riesgo</b></p>	
<p><b>2.1 Antecedentes</b> Diríjase a la flecha que se encuentra el extremo inferior derecho de la celda, de un clic, automáticamente se desplegará el listado de los factores de riesgo por antecedente. Elija de la lista el factor de riesgo correspondiente; Si la paciente presenta 3 o más factores de riesgo del listado elija la última opción, el puntaje se marca automáticamente</p>	
<p><b>2.2 Factores socioeconómicos</b> Diríjase a la flecha que se encuentra el extremo inferior derecho de la celda, de un clic, automáticamente se desplegará el listado de los factores de riesgo socioeconómicos. Elija de la lista el factor de riesgo correspondiente; Si la paciente presenta 3 o más factores de riesgo del listado elija la última opción, el puntaje se marca automáticamente</p>	

<p>1 2.3 Factores nutricionales Diríjase a la flecha que se encuentra el extremo inferior derecho de la celda, de un clic, automáticamente se desplegará el listado de los factores de riesgo nutricionales. Elija de la lista el factor de riesgo correspondiente; Si la paciente presenta 2 o más factores de riesgo del listado elija la última opción, el puntaje se marca automáticamente</p>	
<p>2.4 Patología pélvico genital Diríjase a la flecha que se encuentra el extremo inferior derecho de la celda, de un clic, automáticamente se desplegará el listado de los factores por patología pélvico genital. Elija de la lista el factor de riesgo correspondiente; Si la paciente presenta 2 o más factores de riesgo del listado elija la última opción, el puntaje se marca automáticamente</p>	
<p>2.5 Patología obstétrica actual Diríjase a la flecha que se encuentra el extremo inferior derecho de la celda, de un clic, automáticamente se desplegará el listado de los factores por patología Obstétrica actual. Elija de la lista el factor de riesgo correspondiente; Si la paciente presenta 1 o más factores de riesgo del listado elija la última opción, el puntaje se marca automáticamente</p>	
<p>2.6 Discapacidad mayor al 30% Diríjase a la flecha que se encuentra el extremo inferior derecho de la celda, de un clic, automáticamente se desplegará el listado de los factores por discapacidad mayor al 30%. Elija de la lista el factor de riesgo correspondiente; Si la paciente presenta 2 o más factores de riesgo del listado elija la última opción, el puntaje se marca automáticamente.</p>	
<p>3. Escala de riesgo Aparece de forma automática la sumatoria de los factores de riesgo de acuerdo al puntaje previamente seleccionado</p>	
<p>4. Clasificación de riesgo Una vez sumados los puntajes de cada riesgo identificado en la gestante se obtiene un valor que permite agrupar en tres categorías: • Riesgo bajo o tipo 0 • Riesgo alto o tipo 1 • Riesgo muy alto o tipo II</p>	

<p>4.1 Riesgo bajo 0 tipo 0</p> <p>De forma automática suma el puntaje en la escala de riesgo de 0 - 3</p>	
<p>4.2 Riesgo alto o tipo I</p> <p>De forma automática suma el puntaje en la escala de riesgo de 4. 5 y 6</p>	
<p>4.3 Riesgo muy alto o tipo II</p> <p>De forma automática suma el puntaje en la escala de riesgo igual o mayor a 7</p>	
<p>5. Referencia</p> <p>Refiera a la paciente al nivel correspondiente que aparece de forma automática en la Escala, además colocar la fecha de referencia.</p>	
<p>5.1 Unidad de salud a la que debe ser referida</p> <p>De forma automática y de acuerdo al puntaje de forma automática se mostrará el nivel de atención correspondiente al que debe ser derivada la paciente.</p>	
<p>5.2 Fecha de referencia</p> <p>Colocar la fecha de referencia llenando la hoja 053 el mismo día de la cita.</p>	
<p>5.3 Nombre del profesional que reporta la información</p> <p>Anotar el nombre del profesional que realiza la atención y llena la escala digital</p>	
<p>Motivo de referencia</p> <p>Diríjase a la flecha que se encuentra el extremo Inferior derecho de la celda, de un clic, automáticamente se desplegará el listado de los motivos de referencia, por tratarse de una escala de riesgo los motivos no se reflejan como diagnósticos sino como embarazo de riesgo. Elija uno de los motivos de referencia y automáticamente se mostrará en la columna de la derecha el CIÉ 10 correspondiente.</p>	

<p><b>6. Prioridad de atención</b></p> <p>Diríjase a la flecha que se encuentra el extremo inferior derecho de la celda, de un clic, automáticamente se desplegará el listado de prioridad, <b>elija</b> de acuerdo a su valoración clínica, en la columna derecha aparecerá los días que tiene de límite para recibir atención de acuerdo al nivel correspondiente.</p>	
<p><b>7. Observaciones</b></p> <p>En esta columna señale algún dato relevante que no conste en la escala y que a SU criterio clínico debe ser informado</p>	

## 7. Abreviaturas

- AIEPI:** Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia
- CIÉ:** Clasificación Internacional de Enfermedades
- DIU:** Dispositivo intrauterino
- EMO:** Elemental y microscópico de orina
- IESS:** Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social
- IMC:** Índice de masa corporal
- IVU:** Infección de vías urinarias
- GPC:** Guía de práctica clínica
- MAIS:** Modelo de atención Integral en Salud
- MSP:** Ministerio de Salud Pública
- SAI:** No clasificada en otra parte
- SNS:** Sistema Nacional de Salud
- VIH:** Virus de inmunodeficiencia humana

## 8. Referencias

1. Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Plan Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva: Viceministerio de Gobernanza de la Salud Pública, Marzo, 2017, Quito, Ecuador
2. Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Control Prenatal, Guía de Práctica Clínica, Quito, Dirección Nacional de Normatización, MSP, 2015, Quito, Ecuador
3. Ministerio de Salud Pública de Ecuador, Manual Modelo de Atención Integral de Salud-MAIS<sub>n</sub> Quito, 2012.
4. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Subsistema de referencia, derivación, contrarreferencia, referencia inversa y transferencia del Sistema Nacional de Salud. Norma Técnica. Quito. Dirección Nacional de Normatización, MSP, 2014.
5. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Historia Clínica Materna Perinatal "Formulario 051". Dirección Nacional de Normatización, MSP, 2016, Quito, Ecuador
6. Patricio Donoso, R, Pablo Sanhueza. Riesgos y complicaciones de los tratamientos de infertilidad. Revista médica Clínica los Condes, Vol 21, Número 3, Mayo 2010
7. Jayshree Mulik, Snehalata Suresh. "Resultados de Embarazos en Mujeres con Preeclampsia previa vs Embarazos normales previos". Revista Internacional de Reproducción, Anticoncepción, Obstetricia y Ginecología. India, 2018 Dec;7(12):S045-5050
8. Williams Obstetrics, 25th Edition, Me GrawHill Education, USA 2018
9. Gabbe, Steven. Obstetricia, Editorial Marban, primera edición España 2010
10. Zavala- García, Revisión de la literatura, Periodo intergenésico: Revista Chilena de Obstetricia y ginecología. 2018; 8, 3(1)
11. Montero Adela. Violencia Sexual y Embarazo Producto de Violación, Universidad de Chile 2016, EN:  
<http://web.uchile.cl/archivos/VEXCOM/ParirLasHablas/files/assets/common/downloads/page0024.pdf>
12. Arenas Diego; Mesa Clara, Genética de la preeclampsia, CES Medicina, vol. 22, núm. 2, julio-diciembre, 2008, pp. 57-67, Universidad CES. Medellín, Colombia
13. Verde María, Várela Lucía, Embarazo sin Control Análisis Epidemiológico, Revista Médica Uruguay 2012; 28(2): 100-10
14. CEPAL, El analfabetismo funcional en América Latina y el Caribe Panorama y Principales Desafíos de Política, Publicación de las Naciones Unidas ISSN 1564-4162, 2014
15. Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo, OMS 2018
16. Pacheco Romero, Nutrición en el Embarazo y Lactancia, Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia, 141 - 142. 2015
17. American Diabetes Association Standards Of Medical Care En Diabetes 2018
- 18- Arteaga-Gómez AC y col. Neoplasia Intraepitelial Cervical y Embarazo, Revista de Gineco Obstetricia México, 2017 agosto;85(8):504-509
19. Carvajal Jorge, Manual de Obstetricia y Ginecología, VIII Edición, Universidad Católica de Chile, 2017, 331-337
20. Ministerio de salud Pública del Ecuador, Diagnóstico y Tratamiento de la Infección Vaginal en Obstetricia, Guía de Práctica Clínica, Quito, Dirección Nacional de Normatización, MSP 2014 Quito Ecuador.
21. Instituto Clínico de Ginecología, Obstetricia y Neonatología, Hospital Clínic de Barcelona, Protocolo de manejo Embarazo Prolongado, Responsables del protocolo: M. Illa, JM Bogunyá, F. Figueras, MD. Gómez. 17/02/2015
22. The American College of Obstetricians and Gynecologists ACOG, Hepatitis B y Hepatitis C en el Embarazo, 409 12th Street, SWPO Box 96920, Washington, DC 20090-6920
23. Ministerio de Salud Pública del Ecuador, "Gula de prevención y Control de

- transmisión Materno Infantil de VIH y Sífilis Congénita y de Atención integral de Niños con VIH/SIDA", Quito, Dirección Nacional de Normalización, MSP. 2013, Quito, Ecuador
24. Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Infección de Vías urinarias en el Embarazo, Guía de práctica clínica, Quito, Dirección Nacional de Normalización, MSP, 2013, Quito, Ecuador
  25. Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Diagnóstico y Tratamiento de la Anemia en el Embarazo, Guía de Práctica Clínica, Quito, Dirección Nacional de Normalización, MSP, 2014, Quito, Ecuador
  26. Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Trastornos Hipertensivos, Guía de Práctica Clínica, Quito, Dirección Nacional de Normalización, MSP, 2017, Quito, Ecuador
  27. Instituto Clínico de Ginecología, Obstetricia y Neonatología, Hospital Clínic de Barcelona, Protocolo de Coestasis Intrahepática en el Embarazo, Responsables del protocolo: M. Martínez Terrón y Col. 17/01/2012
  28. Guevara Ríos Enrique, Hemorragias de la Primera Mitad del embarazo, Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. 2010;56:10-17
  29. Pérez Aliaga Carlos, Hemorragias de la segunda mitad del embarazo, Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. 2010;56:18-2
  30. Instituto Mexicano de Seguro Social, Guía de Práctica Clínica, Diagnóstico y Manejo del Embarazo Múltiple, México 2013
  31. Cabero Roura, Tratado de Ginecología y obstetricia. SEGÓ, segunda edición, tomo 2, Editorial Panamericana. España 2012
  32. Rivera J. Merce W y Col, Alta prevalencia de hipotiroidismo sub-clínico en embarazadas del sur de Quito, Revista Facultad de Ciencias Médicas UCE, Quito 2016; 41(1): 39-48
  33. Lawson Angie. Bolaños Guillermo, Síndrome Antifosfolipídico en Obstetricia, Revista Médica De Costa Rica Y Centroamérica LXXI (616) 607 - 610,2015
  34. Cruz Pérez María, "Mitos Acerca de la Maternidad en Mujeres con Discapacidad". Revista Ética y Humanismo en Perinatología, Vol 28, Número 2, México 2014, p91-96
  35. Guía de procedimientos Para el Control del Embarazo Normal y la Atención del Parto de Bajo Riesgo

## 9. Anexos

**Tabla 1. Embarazo terminado en aborto (000-008)**

Diagnóstico	CIE 10
<b>Embarazo ectópico</b>	O00
Embarazo abdominal	O00.0
Embarazo tubárico /embarazo tubárico roto	O00.1
Embarazo ovárico	O00.2
Choque consecutivo al aborto y al embarazo ectópico o molar	O00.3
Otros embarazos ectópicos (cervical, conual, intraligamentoso, mural)	O00.8
<b>Mola hidatiforme</b>	O01
Mola hidatiforme clásica (mola hidatiforme completa)	O01.0
Mola hidatiforme incompleta o parcial	O01.1
Mola hidatiforme, no especificada enfermedad trofoblástica	O01.9
<b>Otros productos anormales de la concepción</b>	O02
Detención del desarrollo del huevo y mola no hidatiforme	O02.0
Aborto retenido muerte fetal precoz, con retención del feto muerto	O02.1
Aborto espontáneo	O03
Aborto espontáneo, incompleto, sin complicación	O03.4
Aborto espontáneo, completo o no especificado, sin complicación	O03.9
Aborto médico ( legal, terapéutico )	O04
Aborto no especificado	O06
Aborto incompleto complicado	O06.3
Periodo intergenésico por cesárea previa menor a 12 meses	O06.4
Intento fallido de aborto	O07
Falla de la inducción médica del aborto, complicado por infección genital y pelviana	O07.0
Falla de la inducción médica del aborto, sin complicación	O07.4
Complicaciones consecutivas al aborto, al embarazo ectópico y al embarazo molar	O08
Infección genital y pelviana consecutiva al aborto, al embarazo ectópico y al embarazo molar (choque séptico, endometritis, ooforitis, parametritis, pelviperitonitis, salpingitis, salpingooforitis, sepsis, septicemia)	O08.0
Hemorragia excesiva o tardía consecutiva al aborto, al embarazo ectópico y al embarazo molar	O08.1
Choque consecutivo al aborto, al embarazo ectópico y al embarazo molar.( colapso circulatorio choque post operatorio)	O08.3
Insuficiencia renal consecutiva al aborto, al embarazo ectópico y al embarazo molar insuficiencia renal (aguda) necrosis tubular oliguria supresión renal uremia	O08.4
Trastorno metabólico consecutivo al aborto, al embarazo ectópico y al embarazo molar( desequilibrio electrolítico )	O08.5
Lesión de órganos o tejidos de la pelvis consecutiva al aborto, al embarazo ectópico y al embarazo molar (desgarro, laceración, perforación, o trauma químico ( cuello uterino, intestino, ligamento ancho , tejido periuretral, útero, vejiga)	O08.6
Otras complicaciones consecutivas al aborto, al embarazo ectópico y al embarazo molar ( infección de vías urinarias paro cardíaco)	O08.8
Complicación no especificada consecutiva al aborto, al embarazo ectópico y al embarazo molar.( complicación no especificada consecutiva a afecciones)	O08.9

Tabla 2. Edema, proteinuria y trastornos hipertensivos en el embarazo, el parto y el puerperio (O10-O16)

Diagnóstico	CIE 10
<b>Hipertensión preexistente que complica el embarazo, el parto y el puerperio</b>	O10
Hipertensión esencial preexistente que complica el embarazo, el parto y el puerperio	O10.0
Enfermedad cardíaca hipertensiva preexistente que complica el embarazo, el parto y el puerperio.	O10.1
Enfermedad renal hipertensiva preexistente que complica el embarazo, el parto y el puerperio	O10.2
Enfermedad cardiorenal hipertensiva preexistente que complica el embarazo, el parto y el puerperio	O10.3
Hipertensión secundaria preexistente que complica el embarazo, el parto y el puerperio	O10.4
Hipertensión preexistente no especificada, que complica el embarazo, el parto y el puerperio.	O10.9
<b>Trastornos hipertensivos preexistentes, con proteinuria agregada</b>	O11
<b>Edema y proteinuria gestacionales (inducidos por el embarazo) sin hipertensión</b>	O12
Edema gestacional	O12.0
Proteinuria gestacional	O12.1
Edema gestacional con proteinuria	O12.2
<b>Hipertensión gestacional (inducida por el embarazo) sin proteinuria significativa( preeclampsia leve hipertensión gestacional )</b>	O13
<b>Hipertensión gestacional (inducida por el embarazo) con proteinuria significativa</b>	O14
Preeclampsia moderada	O14.0
Preeclampsia severa	O14.1
<b>Eclampsia</b>	O15
Eclampsia en el embarazo	O15.0
Eclampsia durante el trabajo de parto	O15.1
Eclampsia en el puerperio	O15.2
Eclampsia, en período no especificado eclampsia	O15.9
<b>Hipertensión materna, no especificada</b>	O16

Tabla 3. Otros trastornos maternos relacionados principalmente  
Con el embarazo (020-029)

Diagnostico	CIE 10
<b>Hemorragia precoz del embarazo excluye: (embarazo terminado en aborto)</b>	O20
Amenaza de aborto (Hemorragia especificada como debida a amenaza de aborto)	O20.0
Otras hemorragias precoces del embarazo	O20.8
Hemorragia precoz del embarazo, sin otra especificación	O20.9
<b>Vómitos excesivos en el embarazo</b>	O21
Hiperemesis gravídica leve (Hiperemesis gravídica leve o no especificada, que empieza antes del fin de la 22a semana de gestación)	O21.0
Hiperemesis gravídica con trastornos metabólicos. (Hiperemesis gravídica que empieza antes del fin de la 22a semana de gestación y causa trastornos metabólicos tales como: depleción de los carbohidratos, desequilibrio electrolítico ,deshidratación)	O21.1
<b>Complicaciones venosas en el embarazo</b>	O22
Venas varicosas de los miembros inferiores en el embarazo( venas varicosas en el embarazo)	O22.0
Várices genitales en el embarazo (várices: perineales , vaginales, vulvares en el embarazo)	O22.1
Tromboflebitis superficial en el embarazo ( Tromboflebitis de los miembros inferiores en el embarazo)	O22.2
Flebotrombosis profunda en el embarazo( Trombosis venosa profunda, anteparto)	O22.3
Hemorroides en el embarazo	O22.4
(Trombosis del seno venoso cerebral en el embarazo)	O22.5
Otras complicaciones venosas en el embarazo	O22.8
Complicación venosa no especificada en el embarazo (Flebitis flebopatía, trombosis gestacional)	O22.9
<b>Infección de las vías genitourinarias en el embarazo</b>	O23
Infección del riñón en el embarazo	O23.0
Infección de la vejiga urinaria en el embarazo Infección de la uretra en el embarazo	O23.1
Infección de otras partesde las vías urinarias en el embarazo	O23.3
Infección no especificada de las vías urinarias en el embarazo	O23.4
Infección genital en el embarazo	O23.5
<b>Diabetes mellitus en el embarazo</b>	O24
Diabetes mellitus preexistente insulino dependiente, en el embarazo	O24.0
Diabetes mellitus preexistente no insulino dependiente, en el embarazo	O24.1
Diabetes mellitus preexistente relacionada con desnutrición, en el embarazo	O24.2
Diabetes mellitus preexistente, sin otra especificación, en el embarazo	O24.3
Diabetes mellitus que se origina con el embarazo diabetes mellitus gestacional	O24.4
Diabetes mellitus no especificada, en el embarazo	O24.9
<b>Desnutrición en el embarazo</b>	O25
<b>Atención a la madre por otras complicaciones principalmente relacionadas con el embarazo</b>	O26
Aumento excesivo de peso en el embarazo (excluye: edema gestacional)	O26.0
Aumento pequeño de peso en el embarazo	O26.1
Atención del embarazo en una abortadora habitual	O26.2
Retención de dispositivo anticonceptivo Intrauterino en el embarazo	O26.3

Herpes gestacional	O26.4
Síndrome de hipotensión materna síndrome de hipotensión supina	O26.5
Trastornos del hígado en el embarazo, el parto y el puerperio( Excluye: síndrome hepatorenal consecutivo al trabajo de parto y al parto)	O26.6
Subluxación de la sínfisis (del pubis) en el embarazo, el parto y el puerperio (Excluye: separación traumática de la sínfisis (del pubis) durante el parto)	O26.7
Otras complicaciones especificadas relacionadas con el embarazo (agotamiento y fatiga enfermedad renal relacionadas con el embarazo neuritis periférica)	O26.8
<b>Hallazgos anormales en el examen prenatal de la madre</b>	<b>O28</b>
Hallazgo hematológico anormal en el examen prenatal de la madre	O28.1
Hallazgo citológico anormal en el examen prenatal de la madre	O28.2
Hallazgo ultrasónico anormal en el examen prenatal de la madre	O28.3
Hallazgo radiológico anormal en el examen prenatal de la madre	O28.4
Hallazgo cromosómico o genético anormal en el examen prenatal de la madre	O28.5
Otros hallazgos anormales en el examen prenatal de la madre	O28.8

Tabla 4. Complicaciones de la anestesia administrada durante el embarazo (O29-O29.90)

<b>Diagnostico</b>	<b>CIE 10</b>
Complicaciones pulmonares de la anestesia administrada durante el embarazo (Aspiración del contenido o secreciones del estómago , Colapso pulmonar a presión Neumonitis por aspiración Síndrome de Mendelson)	O29.0
Complicaciones cardíacas de la anestesia administrada durante el embarazo (Insuficiencia cardíaca Paro cardíaco)	O29.1
Complicaciones del sistema nervioso central debidas a la anestesia administrada durante el embarazo (Anoxia cerebral debida a anestesia administrada durante el embarazo)	O29.2
Reacción tóxica a la anestesia local administrada durante el embarazo	O29.3
Cefalalgia inducida por la anestesia espinal o epidural administradas durante el embarazo	O29.4
Otras complicaciones de la anestesia espinal o epidural administradas durante el embarazo	O29.5
Falla o dificultad en la intubación durante el embarazo	O29.6
Otras complicaciones de la anestesia administrada durante el embarazo	O29.8
Complicación no especificada de la anestesia administrada durante el embarazo	O29.9

Tabla 5. Atención materna relacionada con el feto y la cavidad Amniótica y con posibles problemas del parto (030-048)

<b>Diagnostico</b>	<b>CIE 10</b>
<b>Embarazo múltiple</b>	<b>O30</b>
Embarazo doble	O30.0
Embarazo triple	O30.1
Embarazo cuádruple	O30.2
Otros embarazos múltiples	O30.8
Embarazo múltiple, no especificado Gestación múltiple	O30.9
<b>Complicaciones específicas del embarazo múltiple</b>	<b>O31</b>
Feto papiráceo Feto comprimido	O31.0
Embarazo que continúa después del aborto de un feto o más	O31.1
Embarazo que continúa después de la muerte intrauterina de un feto o más	O31.2
Otras complicaciones específicas del embarazo múltiple	O31.8
<b>Atención materna por presentación anormal del feto, conocida o presunta</b>	<b>O32</b>
Atención materna por posición fetal inestable	O32.0
Atención materna por presentación de nalgas	O32.1
Atención materna por posición fetal oblicua o transversa	O32.2
Atención materna por presentación de cara, de frente o de mentón	O32.3
Atención materna por cabeza alta en gestación a término( Cabeza fetal que no ingresa en el estrecho superior de la pelvis)	O32.4
Atención materna por embarazo múltiple con presentación anormal de un feto o más	O32.5
Atención materna por embarazo múltiple con presentación anormal de un feto o más	O32.8
Atención materna por otras presentaciones anormales del feto	O32.9
Atención materna por desproporción debida a deformidad de la pelvis ósea en la madre Deformidad pelviana que causa desproporción	O33.0
Atención materna por desproporción debida a estrechez general de la pelvis (Pelvis estrecha que causa desproporción)	O33.1
Atención materna por desproporción debida a disminución del estrecho superior de la pelvis (Estrechez de la pelvis mayor que causa desproporción)	O33.2
Atención materna por desproporción debida a disminución del estrecho inferior de la pelvis(Estrechez de la Cavidad media, pelvis menor)	O33.3
<b>Diagnóstico</b>	<b>CIE 10</b>
Atención materna por desproporción fetopelviana de origen mixto, materno y fetal	O33.4
Atención materna por desproporción debida a feto demasiado grande Desproporción: De origen fetal, con feto de forma normal, fetal	O33.5
Atención materna por desproporción debida a feto hidrocefálico,	O33.6
Atención materna por desproporción debida a otra deformidad fetal (Desproporción debida a: Ascitis, hidropesía, mielomeningocele fetal, teratoma sacro , tumor Mellizos siameses)	O33.7
Atención materna por desproporción de otro origen	O33.8
Atención materna por desproporción de origen no especificado( Desproporción: Cefalopélvica, fetopélvica )	O33.9

<b>Diagnóstico</b>	<b>CIE 10</b>
<b>Atención materna por anomalías conocidas o presuntas de los órganos pélvicos de la madre</b>	<b>O34</b>
Atención materna por anomalía congénita del útero (Atención materna por: Útero bicorne, doble)	O34.0
Atención materna por tumor del cuerpo del útero (Atención materna por: Fibroma uterino, pólipo del cuerpo del útero)	O34.1
Atención materna por cicatriz uterina debida a cirugía previa Atención materna por cicatriz de cesárea previa	O34.2
<b>Diagnóstico</b>	<b>CIE 10</b>
Atención materna por incompetencia del cuello uterino (Atención materna por: Cerclaje del cuello uterino, sutura de Shirodkar)	O34.3
Atención materna por otra anomalía del cuello uterino ( Atención materna por: Cirugía previa, estrechez o estenosis del cuello uterino, pólipo, tumor)	O34.4
Atención materna por otras anomalías del útero grávido (Atención materna por: Incarceración, prolapso del útero grávido, retroversión)	O34.5
Atención materna por anomalía de la vagina Atención materna por: Cirugía previa, estenosis (adquirida) (congénita) estrechez de la vagina, tabique, tumor	O34.6
Atención materna por anomalía de la vulva y del perineo (Atención materna por: Cirugía previa de la vulva o del perineo, fibrosis del perineo, perineo rígido, tumor de vulva)	O34.7
Atención materna por otras anomalías de los órganos pélvicos Atención materna por: Abdomen en pendulo, cistocele, rectocele reparación (previa) del suelo de la pelvis, suelo pélvico rígido	O34.8
Atención materna por anomalía no especificada de órgano pélvico	O34.9
<b>Atención materna por anomalía o lesión fetal, conocida o presunta</b>	<b>O35</b>
Atención materna por (presunta) malformación del sistema nervioso central en el feto	O35.0
Atención materna por (presunta) anomalía cromosómica en el feto	O35.1
Atención materna por (presunta) enfermedad hereditaria en el feto	O35.2
Atención materna por (presunta) lesión fetal debida a enfermedad vírica en la madre (Atención materna por (presunta) lesión fetal debida a: Rubéola, virus citomegálico materno)	O35.3
Atención materna por (presunta) lesión al feto debida al alcohol	O35.4
Atención materna por (presunta) lesión fetal debida a drogas (Atención materna por (presunta) lesión fetal por drogadicción)	O35.5
Atención materna por (presunta) lesión al feto debida a radiación	O35.6
Atención materna por (presunta) lesión fetal debida a otros procedimientos médicos	O35.7
Atención materna por (presunta) lesión fetal debida a: Amniocentesis biopsia, cirugía intrauterina, dispositivo anticonceptivo intrauterino investigación hematológica)	
Atención materna por otras (presuntas) anomalías y lesiones fetales( Atención materna por (presunta) lesión fetal por: Listeriosis toxoplasmosis materna)	O35.8
<b>Atención materna por otros problemas fetales conocidos o presuntos</b>	<b>O36</b>
Atención materna por isoimmunización rhesus Anticuerpos anti-D [Rh] Incompatibilidad Rh	O36.0
Atención materna por otra isoimmunización Isoimmunización: ABO	O36.1
Atención materna por hidropesía fetal Hidropesía fetal	O36.2
Atención materna por signos de hipoxia fetal	O36.3
Atención materna por muerte intrauterina	O36.4
Atención materna por déficit del crecimiento fetal (Atención materna por confirmación o presunción de: Feto liviano, feto pequeño para la edad gestacional, insuficiencia placentaria)	O36.5

Atención materna por crecimiento fetal excesivo (Atención materna por confirmación o presunción de feto grande para la edad gestacional)	O36.6
Atención materna por feto viable en embarazo abdominal	O36.7
<b>Polihidramnios hidramnios</b>	O40
<b>Otros trastornos del líquido</b>	O41
Oligohidramnios Oligohidramnios sin mención de ruptura de las membranas	O41.0
Oligohidramnios sin mención de ruptura de las membranas (anhidramnios u oligoamnios severo)	O41.0
Infección de la bolsa amniótica o de las membranas (Amnionitis, Corioamnionitis, Membranitis, Placentitis)	O41.1
Otros trastornos especificados del líquido amniótico y de las membranas	O41.8
Trastorno del líquido amniótico y de las membranas, no especificado	O41.9
<b>Ruptura prematura de las membranas</b>	O42
Ruptura prematura de las membranas, e inicio del trabajo de parto dentro de las 24 horas	O42.0
Ruptura prematura de las membranas, e inicio del trabajo de parto después de las 24 horas	O42.1
Ruptura prematura de las membranas, trabajo de parto retrasado por la terapéutica	O42.2
Ruptura prematura de las membranas, sin otra especificación	O42.9
<b>Trastornos placentarios</b>	O43
Síndrome de transfusión placentaria Transfusión: Fotomaterna, intergemelar, materno-fetal	O43.0
Malformación de la placenta Placenta: Anormal, circunvalada	O43.1
Otros trastornos placentarios Distinción de la placenta infarto	O43.8
Trastorno de la placenta, no especificado	O43.9
<b>Placenta previa</b>	O44
Placenta previa con especificación de que no hubo hemorragia (Implantación baja de la placenta, especificada como sin hemorragia)	O44.0
Placenta previa con hemorragia (Implantación baja de la placenta o con hemorragia Placenta previa, Marginal, parcial o con hemorragia, total)	O44.1
<b>Desprendimiento prematuro de la placenta (abruptio placentae)</b>	O45
Desprendimiento prematuro de la placenta con defecto de la coagulación (Abruptio placentae con hemorragia (excesiva) asociada con: Afibrinogenemia, coagulación intravascular diseminada hiperfibrinólisis hipofibrinogenemia)	O45.0
Otros desprendimientos prematuros de la placenta	O45.8
Desprendimiento prematuro de la placenta, sin otra especificación Abruptio placentae	O45.9
<b>Hemorragia anteparto, no clasificada en otra parte</b>	O46
Hemorragia anteparto con defecto de la coagulación (Hemorragia anteparto, (excesiva) asociada con: Afibrinogenemia, coagulación intravascular diseminada, hiperfibrinólisis hipofibrinogenemia)	O46.0
Otras hemorragias anteparto	O46.8
Hemorragia anteparto, no especificada	O46.9
<b>Falso trabajo de parto</b>	O47

Falso trabajo de parto antes de las 37 semanas completas de gestación ( <b>amenaza de parto pretérmino</b> )	O47.0
Falso trabajo de parto a las 37 y más semanas completas de gestación	O47.1
Falso trabajo de parto, sin otra especificación	O47.9
<b>Embarazo prolongado</b> Embarazo: Posmaduro, postérmino (> 42 SEM)	O48

Tabla 6. Complicaciones del trabajo de parto y del parto (O60–O75)

Diagnostico	CIE 10
<b>Trabajo de parto prematuro</b>	O60
Trabajo de parto prematuro sin parto	O60.0
Trabajo de parto prematuro con parto prematuro	O60.1
Trabajo de parto prematuro con parto a término	O60.2
<b>Fracaso de la inducción del trabajo de parto</b>	O61
Fracaso de la inducción médica del trabajo de parto prematuro (Fracaso de la inducción (del trabajo) de parto (por): Oxitócicos, prostaglandinas.	O61.0
Fracaso de la inducción instrumental del trabajo de parto	
Fracaso de la inducción (del trabajo) de parto: Mecánica, quirúrgica	O61.1
Otros fracasos de la inducción del trabajo de parto	O61.8
Fracaso no especificado de la inducción del trabajo de Parto	O61.9
<b>Anormalidades de la dinámica del trabajo de parto</b>	O62
Contracciones primarias inadecuadas (Disfunción hipotónica uterina primaria Insuficiencia de la dilatación cervical)	O62.0
Inercia uterina secundaria (Detención de la fase activa del trabajo de parto, disfunción hipotónica uterina secundaria)	O62.1
Otros fracasos de la inducción del trabajo de parto	O61.8
Fracaso no especificado de la inducción del trabajo de Parto	O61.9
<b>Anormalidades de la dinámica del trabajo de parto</b>	O62
Contracciones primarias inadecuadas (Disfunción hipotónica uterina primaria Insuficiencia de la dilatación cervical)	O62.0
Inercia uterina secundaria (Detención de la fase activa del trabajo de parto, disfunción hipotónica uterina secundaria)	O62.1
Otras inercias uterinas Atonia uterina, contracciones uterinas débiles, disfunción uterina hipotónica, inercia uterina Trabajo de parto: Intermitente, irregular	O62.2
Trabajo de parto precipitado	O62.3
Contracciones uterinas hipertónicas, incoordinadas y prolongadas Acolón uterina incoordinada, contracción uterina en reloj de arena Contracciones tetánicas, disfunción uterina hipertónica, distocia por anillo de contracción, distocia uterina, trabajo de parto incoordinado	O62.4
Otras anomalías dinámicas del trabajo de parto	O62.8
Anomalia dinámica del trabajo de parto, no especificada	O62.9
<b>Trabajo de parto prolongado</b>	O63
Prolongación del primer período	O63.0
Prolongación del segundo período (del trabajo de parto)	O63.1
Retraso de la expulsión del segundo gemelo, del tercero, etc.	O63.2
Trabajo de parto prolongado, no especificado Parto prolongado	O63.9
<b>Trabajo de parto obstruido debido a mala posición y presentación anormal del feto</b>	O64



Trabajo de parto obstruido debido a rotación incompleta de la cabeza fetal Detención transversa profunda Parto obstruido debido a (posición): Occipitoflaca, occipitoposterior, occipitosacra persistente, occipitotransversa)	O64.0
Trabajo de parto obstruido debido a presentación de nalgas	O64.1
Trabajo de parto obstruido debido a presentación de cara Parto obstruido debido a presentación de mentón	O64.2
Trabajo de parto obstruido debido a presentación de frente	O64.3
Trabajo de parto obstruido debido a presentación de Hombro (Prolapso del brazo)	O64.4
Trabajo de parto obstruido debido a presentación Compuesta	O64.5
Trabajo de parto obstruido debido a otras presentaciones anormales del feto	O64.8
Trabajo de parto obstruido debido a presentación anormal del feto no especificada	O64.9
<b>Trabajo de parto obstruido debido a anomalía de la pelvis materna</b>	O65
Trabajo de parto obstruido debido a deformidad de la Pelvis	O65.0
Trabajo de parto obstruido debido a estrechez general de la Pelvis	O65.1
Trabajo de parto obstruido debido a disminución del estrecho superior de la pelvis	O65.2
Trabajo de parto obstruido debido a disminución del estrecho inferior de la pelvis	O65.3
Trabajo de parto obstruido debido a desproporción fetopelviana, sin otra especificación	O65.4
Trabajo de parto obstruido debido a anomalías de los órganos pelvianos maternos	O65.5
Trabajo de parto obstruido debido a anomalías de los órganos pelvianos maternos	O65.8
Trabajo de parto obstruido debido a anomalía pelviana no Especificada	O65.9
<b>Otras obstrucciones del trabajo de parto</b>	O66
Trabajo de parto obstruido debido a distocia de hombros (Hombro encajado)	O66.0
Trabajo de parto obstruido debido a distocia gemelar	O66.1
Trabajo de parto obstruido debido a distocia por feto inusualmente grande	O66.2
Trabajo de parto obstruido debido a otras anomalías del feto (Distocia debida a: Ascitis, hidrocefalia, hidropefia fetal mielomeningocele, teratoma sacro, tumor, mellizos siameses)	O66.3
Fracaso de la prueba del trabajo de parto, no especificada. (Fracaso de la prueba del trabajo de parto, con operación cesárea subsiguiente)	O66.4
Fracaso no especificado de la aplicación de fórceps o de ventosa extractora (Aplicación fallida de ventosa o de fórceps, con parto subsiguiente con fórceps, o por cesárea, respectivamente)	O66.5
Otras obstrucciones especificadas del trabajo de parto	O66.8
Trabajo de parto obstruido, sin otra especificación. Distocia: Fetal, materna	O66.9
<b>Trabajo de parto y parto complicados por hemorragia Intraparto, no clasificados en otra parte</b>	O67

Hemorragia intraparto con defectos de la coagulación ( Hemorragia intraparto excesiva asociada con: Afibrinogenemia coagulación intravascular diseminada, hiperfibrinólisis hipofibrinogenemia)	O67.0
Otras hemorragias intraparto Hemorragia excesiva intraparto	O67.8
Hemorragia intraparto, no especificada	O67.9
<b>Trabajo de parto y parto complicados por sufrimiento fetal</b>	O68
Trabajo de parto y parto complicados por anomalía de la frecuencia cardíaca fetal. (Arritmia bradicardia fetal taquicardia)	O68.0
Trabajo de parto y parto complicados por la presencia de meconio en el líquido amniótico.	O68.1
Trabajo de parto y parto complicados por anomalía de la frecuencia cardíaca fetal asociada con presencia de meconio en el líquido amniótico.	O68.2
Trabajo de parto y parto complicados por evidencia bioquímica de sufrimiento fetal. (Acidemia fetal anormal Anormalidad del desequilibrio ácido básico fetal)	O68.3
Trabajo de parto y parto complicados por otras evidencias de sufrimiento fetal. ( Evidencia de sufrimiento fetal: Electrocardiográfica, ultrasónica)	O68.8
Trabajo de parto y parto complicados por sufrimiento fetal, sin otra especificación.	O68.9
<b>Trabajo de parto y parto complicados por problemas del cordón umbilical</b>	O69
Trabajo de parto y parto complicados por prolapso del cordón umbilical.	O69.0
Trabajo de parto y parto complicados por circular pericervical del cordón, con compresión.	O69.1
Trabajo de parto y parto complicados por otros enredos del cordón Parto complicado por: Enredo de los cordones de los mellizos en bolsa monoamniótica, nudo del cordón umbilical.	O69.2
Trabajo de parto y parto complicados por cordón umbilical corto	O69.3
Trabajo de parto y parto complicados por vasa previa Hemorragia de la vasa previa	O69.4
Trabajo de parto y parto complicados por lesión vascular del cordón (Equimosis, hematoma del cordón umbilical, trombosis de los vasos umbilicales)	O69.5
Trabajo de parto y parto complicados por otros problemas del cordón umbilical	O69.8
Trabajo de parto y parto complicados por problemas no especificados del cordón umbilical.	O69.9

Fuente: Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud CIE 10. Organización Panamericana de la Salud Organización Mundial de la Salud. Washington, 2017 Décima Edición.

ES FIEL COPIA DEL DOCUMENTO QUE CONSTA EN EL ARCHIVO DE LA DIRECCIÓN NACIONAL DE SECRETARÍA GENERAL AL QUE ME REMITO EN CASO NECESARIO. LO CERTIFICO EN QUITO A. 19 DIC. 2019

*[Firma]*  
DIRECCIÓN NACIONAL DE SECRETARÍA GENERAL  
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

No. 00092-2019

**EL VICEMINISTRO DE GOBERNANZA Y  
VIGILANCIA DE LA SALUD**

**Considerando:**

Que, el Estado reconoce y garantiza a las personas, el derecho a asociarse, reunirse y manifestarse de forma libre y voluntaria, así como las formas de organización de la sociedad, como expresión de la soberanía popular para desarrollar procesos de autodeterminación e incidir en las decisiones y políticas públicas y en el control social de todos los niveles de gobierno así como de las entidades públicas y de las privadas que presten servicios públicos, conforme lo prescrito en los artículos 66 y 96 de la Constitución de la República del Ecuador;

Que, los estatutos de las corporaciones y fundaciones deben ser sometidos a la aprobación del Presidente de la República, conforme lo prescrito en el artículo 565 de la Codificación del Código Civil;

Que, el Presidente de la República, con Decreto Ejecutivo No. 339, publicado en el Registro Oficial No. 77 de 30 de noviembre de 1998, delegó a cada Ministro de Estado la facultad para que de acuerdo al ámbito de su competencia, apruebe y reforme los estatutos de las organizaciones pertinentes y les otorgue personalidad jurídica;

Que, con Decreto Ejecutivo No. 193 publicado en el Registro Oficial Suplemento No. 109 de 27 de octubre de 2017 se expidió el Reglamento para el otorgamiento de personalidad jurídica a las organizaciones sociales, cuyo artículo 14 establece los requisitos y procedimiento para la reforma de estatuto de las organizaciones;

Que, mediante acuerdos ministeriales Nos. 00005257 y 00005274 de 25 mayo y 15 de julio de 2015 respectivamente, la máxima autoridad de este Portafolio delegó y autorizó al Viceministro/a de Gobernanza y Vigilancia de la Salud, para que a nombre y representación del Ministro/a de Salud Pública, suscriba los Acuerdos Ministeriales relacionados con la concesión de personalidad jurídica, aprobación y reforma de estatutos, y la disolución de las Organizaciones Sociales y Ciudadanas;

Que, a través del Acuerdo Ministerial No. 5430 de 23 de febrero de 1984, se concedió personalidad jurídica y se aprobó el estatuto a la "Sociedad Ecuatoriana de Anestesiología";

Que, en Asamblea General Extraordinaria de 9 de noviembre de 2019, los miembros de la Sociedad discutieron y aprobaron la reforma integral del estatuto de la organización, cuyo ámbito de acción es: "...fomentar el desarrollo de la especialidad médica en anestesiología en base a investigaciones científicas y relaciones con otras organizaciones que persigan similares finalidades...";

Que, mediante comunicación de fecha 18 de noviembre de 2019, el presidente de la Sociedad Ecuatoriana de Anestesiología solicitó la reforma integral del estatuto de la referida organización; y,

Que, de la revisión y análisis de la documentación remitida realizada por la Dirección Nacional de Consultaría Legal, que consta del "Informe de cumplimiento de requisitos de las organizaciones sociales y ciudadanas" No. DNCL-GR-11-2019 de 9 de diciembre de 2019, se desprende que la Sociedad Ecuatoriana de Anestesiología cumple con los requisitos establecidos en el Reglamento para el Otorgamiento de Personalidad Jurídica a las Organizaciones Sociales;

En ejercicio de la atribución que le confiere el Acuerdo Ministerial No. 00005257 de 25 mayo de 2015, reformado con Acuerdo Ministerial No. 00005274 de 15 de julio de 2015

**Acuerda:**

**Art. 1.-** Aprobar la reforma y codificación del estatuto de la Sociedad Ecuatoriana de Anestesiología, con domicilio en la ciudad de Quito, Provincia de Pichincha.

**Art. 2.-** La Sociedad Ecuatoriana de Anestesiología deberá cumplir con todas las obligaciones previstas en el Reglamento para el otorgamiento de personalidad jurídica a las organizaciones sociales expedido con Decreto Ejecutivo No. 193 publicado en el Registro Oficial Suplemento No. 109 de 27 de octubre de 2017.

**Disposición Final Única.-** El presente Acuerdo Ministerial, entrará en vigencia a partir de su suscripción, sin perjuicio de su publicación en el Registro Oficial.

Dado en la ciudad de Quito, Distrito Metropolitano a, 16 de diciembre de 2019.

f.) Dr. Anghelo Patricio Andrade Castro, Viceministro de Gobernanza y Vigilancia de la Salud.

Es fiel copia del documento que consta en el archivo de la Dirección Nacional de Secretaría General, al que me remito en caso necesario.- Lo certifico en Quito, a 17 de diciembre de 2019.- f.) Ilegible.- Director(a) Nacional de Secretaría General.- Ministerio de Salud Pública.

**Nro. 042-2019**

**Ing. Ricardo Paula López**  
**MINISTRO DE TRANSPORTE Y OBRAS**  
**PÚBLICAS, SUBROGANTE**

**Considerando:**

Que, el artículo 154 numeral 1 de la Constitución de la República del Ecuador establece como atribución de los Ministros de Estado, la de "Ejercer la rectoría de las políticas públicas del área a su cargo y expedir los acuerdos y resoluciones administrativas que requiera su gestión.";

Que, el artículo 226 del mismo cuerpo normativo señala que: "Las instituciones del Estado, sus organismos, dependencias, las servidoras o servidores públicos y las personas que actúen en virtud de una potestad estatal ejercerán solamente las competencias y facultades que les sean atribuidas en la Constitución y la ley. Tendrán el deber de coordinar acciones para el cumplimiento de sus fines y hacer efectivo el goce y ejercicio de los derechos reconocidos en la Constitución. ";

**46 - Martes 7 de enero de 2020**

**Registro Oficial N° 115**

Que, el artículo 227 ibídem, preceptúa: "La administración pública constituye un servicio a la colectividad que se rige por los principios de eficacia, eficiencia, calidad, jerarquía, desconcentración, descentralización, coordinación, participación, planificación, transparencia y evaluación.";

Que, el artículo 47 del Código Orgánico Administrativo, dispone: "la máxima autoridad administrativa de la correspondiente entidad pública ejerce su representación para intervenir en todos los actos, contratos y relaciones jurídicas sujetas a su competencia. Esta autoridad no requiere delegación o autorización alguna de un órgano o entidad superior, salvo en los casos expresamente previstos en la ley";

Que, el artículo 69 ibídem, determina: "Delegación de competencias. Los órganos administrativos pueden delegar el ejercicio de sus competencias, incluida la de gestión, en: -1. Otros órganos o entidades de la misma administración pública, jerárquicamente dependientes.- 2. Otros órganos o entidades de otras administraciones.- 3. Esta delegación exige coordinación previa de los órganos o entidades afectados, su instrumentación y el cumplimiento de las demás exigencias del ordenamiento jurídico en caso de que existan.- 4. Los titulares de otros órganos dependientes para la firma de sus actos administrativos.- 5. Sujetos de derecho privado, conforme con la ley de la materia.- La delegación de gestión no supone cesión de la titularidad de la competencia."

Que, el artículo 55 del Estatuto del Régimen Jurídico y Administrativo de la Función Ejecutiva - ERJAFE, determina que: "Las atribuciones propias de las diversas entidades y autoridades de la Administración Pública Central e Institucional, serán delegables en las autoridades u órganos de inferior jerarquía, excepto las que se encuentren prohibidas por Ley o por Decreto. La delegación será publicada en el Registro Oficial. Los delegados de las autoridades y funcionarios de la Administración Pública Central e Institucional en los diferentes órganos y dependencias administrativas, no requieren tener calidad de funcionarios";

Que, el artículo 17 del referido ERJAFE establece que "Los Ministros de Estado son competentes para el despacho de todos los asuntos inherentes a sus ministerios sin necesidad de autorización alguna del Presidente de la República ";

Que, mediante Decreto Ejecutivo Nro. 860 de 21 de agosto de 2019, el Presidente de la República designó al Mgs. José Gabriel Martínez Castro como Ministro de Transporte y Obras Públicas;

Que, con Acción de Personal Nro. 00692 de 5 de diciembre de 2019, se autorizó la subrogación del Ing. Ricardo Paula López, en calidad de Ministro de Transporte y Obras Públicas, desde el 08 al 15 de diciembre de 2019;

Que, para mejorar la gestión administrativa del Ministerio de Transporte y Obras Públicas, se considera necesario delegar la suscripción de los Contratos de Inversión que deba suscribir esta Cartera de Estado en virtud de lo establecido en el Código Orgánico de la Producción, Comercio e Inversiones, con el fin de cumplir con los principios y criterio de eficiencia y eficacia consagrados en la Constitución de la República del Ecuador; y,

En uso de las facultades conferidas por el numeral 1 del artículo 154 de la Constitución de la República del Ecuador, en concordancia con los artículos 47 y 69 del Código Orgánico Administrativo, así como los artículos 17 y 55 del Estatuto del Régimen Jurídico y Administrativo de la Función Ejecutiva,

**Acuerda:**

**Artículo 1.** Delegar al Viceministro de Gestión del Transporte, para que una vez cumplido en procedimiento establecido en el Código Orgánico de la Producción, Comercio e Inversiones y demás normativa aplicable, suscriba en nombre y representación del Ministro de Transporte y Obras Públicas, los Contratos de Inversión relacionados con las materias de rectoría de esta Cartera de Estado.

**Artículo 2.** La presente delegación subsistirá hasta que sea expresamente derogada.

**Artículo 3.** El Viceministro de Gestión del Transporte será administrativa, civil y penalmente responsable de las actuaciones realizadas en virtud de la presente delegación debiendo informar al suscrito trimestralmente de las acciones efectuadas.

El presente Acuerdo Ministerial entrará en vigencia a partir de la fecha de su suscripción.

Comuníquese y publíquese.- Dado en la ciudad de San Francisco de Quito, a 09 de diciembre de 2019.

f.) Ing. Ricardo Paula López, Ministro de Transporte y Obras Públicas, Subrogante.

**Catalina Pazos Chimbo  
INTENDENTE GENERAL TÉCNICO**

**Considerando:**

Que, el artículo 309 de la Constitución de la República del Ecuador manifiesta: "El sistema financiero nacional se compone de los sectores público, privado, y del popular y solidario, que intermedian recursos del público. Cada uno de estos sectores contará con normas y entidades de control específicas y diferenciadas, que se encargarán de preservar su seguridad, estabilidad, transparencia y solidez. Estas entidades serán autónomas. Los directivos de las entidades de control serán responsables administrativa, civil y penalmente por sus decisiones";

Que, el artículo 311 ibídem establece que: "El sector financiero popular y solidario se compondrá de cooperativas de ahorro y crédito, entidades asociativas o solidarias, cajas y bancos comunales, cajas de ahorro. Las iniciativas de servicios del sector financiero popular y solidario, y de las micro, pequeñas y medianas unidades productivas, recibirán un tratamiento diferenciado y preferencial del Estado, en la medida en que impulsen el desarrollo de la economía popular y solidaria. ";

Que, el artículo 170 del Código Orgánico Monetario y Financiero dispone: "La fusión es la unión de dos o más **Registro Oficial N° 115 Martes 7 de enero de 2020 - 47**

entidades del sistema financiero nacional del mismo sector, por la que se comprometen a juntar sus patrimonios y formar una nueva sociedad, la cual adquiere a título universal los derechos y obligaciones de las sociedades intervinientes. La fusión se produce también cuando una o más entidades son absorbidas por otra que continúa subsistiendo. ";

Que, el artículo 171 ibídem, determina: "Las fusiones podrán ser ordinarias y extraordinarias.- La fusión ordinaria es la acordada y efectuada por entidades financieras que no estuvieren en situación de deficiencia de patrimonio técnico.  
(...)";

Que, el artículo 172 del Código señalado establece: "El proceso de fusión ordinario será normado por los organismos de control.  
(...)";

Que, el artículo 176 ibídem dispone: "Aprobación. La fusión y conversión serán aprobadas previamente por los respectivos organismos de control, de conformidad con la regulación vigente.- En caso de fusión ordinaria, se considerarán las políticas y regulaciones que en materia de control de poder del mercado, haya emitido la instancia reguladora competente y se requerirá un informe previo de la Superintendencia de Control de Poder de Mercado cuando supere los límites por sector y/o segmento financiero determinados por la Junta de Política y Regulación Monetaria y Financiera, en coordinación con la Junta de Control de Poder de Mercado (...);

Que, el artículo 3 de la Norma del Proceso de Fusión Ordinaria de las entidades del Sector Financiero Popular y Solidario, sujetas al control de la Superintendencia de Economía Popular y Solidaria, expedida mediante Resolución No. SEPS-IGT-IGJ-IFMR-2017-045 de 10 de mayo de 2017, establece: "Fusión ordinaria.- La fusión ordinaria es la acordada y efectuada entre entidades que conforman el sector financiero popular y solidario, que no estuvieren en una situación de deficiencia de patrimonio técnico.";

Que, el literal a) del artículo 4 de la citada Norma, dispone: "Formas de fusión ordinaria.- La fusión ordinaria de las entidades del sector financiero popular y solidario podrá ser: a) Por absorción, cuando una o más entidades son absorbidas por otra que continúa subsistiendo, manteniendo su personalidad jurídica, adquiriendo a título universal los derechos y obligaciones de las entidades absorbidas ";

Que, el artículo 8 de la norma mencionada, establece: "Viabilidad de la Fusión.- Enviada a la Superintendencia el acuerdo previo de intención de fusión y el convenio de confidencialidad, la Superintendencia de Economía Popular y Solidaria determinará la viabilidad de la fusión, basándose, entre otros aspectos, criterios de territorialidad, análisis de estados financieros, indicadores financieros y cumplimiento normativo de la entidad absorbente ";

Que, el artículo 11 ibídem, señala: "Contrato de fusión.-Aprobada la participación en el proceso de fusión por parte de las asambleas, los representantes legales suscribirán el contrato de fusión (...);

Que, con trámite No. SEPS-IZ6-2019-001-34232 de 14 de mayo de 2019, los representantes de las COOPERATIVAS DE AHORRO Y CRÉDITO CREA LTDA y DEL INSTITUTO DANIEL ÁLVAREZ BURNEO, remiten a esta Superintendencia, la Carta de Intención de Fusión y el Acuerdo de Confidencialidad de Información, para iniciar el proceso de Fusión Ordinaria por Absorción por parte de la COOPERATIVA DE AHORRO Y CRÉDITO CREA LTDA., a la COOPERATIVA DE AHORRO Y CRÉDITO DEL INSTITUTO DANIEL ÁLVAREZ BURNEO;

Que, conforme se desprende de los documentos adjuntos al memorando No. SEPS-SGD-IGT-2019-2472 de 21 de octubre de 2019, mediante Asamblea General Extraordinaria de Representantes de la COOPERATIVA DE AHORRO Y CRÉDITO DEL INSTITUTO DANIEL ÁLVAREZ BURNEO, realizada el 30 de agosto de 2019, se resolvió aprobar su participación en el proceso de fusión por absorción por parte de la COOPERATIVA DE AHORRO Y CRÉDITO CREA LTDA.; asimismo, la Asamblea General Extraordinaria de Representantes de la COOPERATIVA DE AHORRO Y CRÉDITO CREA LTDA., realizada el 15 de agosto de 2019, resolvió aprobar su participación en el proceso de fusión por absorción con la COOPERATIVA DE AHORRO Y CRÉDITO DEL INSTITUTO DANIEL ÁLVAREZ BURNEO, suscribiéndose además el respectivo contrato de fusión entre dichas cooperativas;

Que, mediante Informe No. SEPS-IR-DNSES-2019-0390 de fecha 14 de junio de 2019, la Intendencia de Riesgos concluye que la COOPERATIVA DE AHORRO Y CRÉDITO DEL INSTITUTO DANIEL ÁLVAREZ BURNEO, como entidad a ser absorbida, y la COOPERATIVA DE AHORRO

Y CRÉDITO CREA LTDA., entidad absorbente, cumplen con el requisito de no tener deficiencia patrimonial, mismo que se encuentra previsto en el artículo 171 del Código Orgánico Monetario y Financiero para la fusión ordinaria; indicando además que el aporte de la COOPERATIVA DE AHORRO Y CRÉDITO DEL INSTITUTO DANIEL ÁLVAREZ BURNEO (Absorbida) "(...) producto de la fusión sería de 0,51% en activos; el 0,22% en pasivo; y, 3,3% en el patrimonio (...)" ; así como la COOPERATIVA DE AHORRO Y CRÉDITO CREA LTDA. (Absorbente) "(...) mantiene su calificación de riesgo original "BAJO", pese al deterioro principalmente en los indicadores de participación del capital institucional, morosidad ampliada, cobertura de cartera improductiva, ROA y grado de absorción del margen financiero (...) Con los antecedentes expuestos y considerando la situación financiera, indicadores y el nivel de riesgo de las entidades analizadas, se recomienda continuar con el proceso de fusión ordinaria de la Cooperativa de Ahorro y Crédito Del Instituto Daniel Álvarez Burneo por parte la de Cooperativa de Ahorro y Crédito Crea Ltda. (...)" ;

Que, mediante Informe No. SEPS-IFMR-DNMR-2019-101 de 15 de octubre de 2019, la Dirección Nacional de Mecanismos de Resolución, presenta su análisis sobre el proceso de fusión por absorción por parte de la COOPERATIVA DE AHORRO Y CRÉDITO CREA LTDA., a la COOPERATIVA DE AHORRO Y CRÉDITO DEL INSTITUTO DANIEL ÁLVAREZ BURNEO, al que incorpora el detalle de la situación financiera de cada una de las Cooperativas a fusionarse, sustentándose en balances y estructuras reportadas por cada entidad a la Superintendencia de Economía Popular y Solidaria, con corte a los meses de junio y julio de 2019; señalando además que: "(...) De acuerdo a la Resolución No. 009 (Anexo 6), del 25 de septiembre de 2015, la Junta de Regulación de la Ley Orgánica de Regulación y Control del Poder de Mercado, en el artículo 3, determinó los montos de volumen de negocio sujetos a notificación obligatoria. En lo que corresponde

**48 - Martes 7 de enero de 2020**

**Registro Oficial N° 115**

a nuestro sector, establece que el umbral sean 3.200.000 remuneraciones básicas unificadas. Por lo expuesto, la Cooperativa de Ahorro y Crédito Crea Ltda., al asumir los activos de la Cooperativa de Ahorro y Crédito Del Instituto Daniel Álvarez Burneo, su nivel de activos ascendería a USD 70.887.458, razón por lo cual no estaría superando el umbral establecido (...)" ; recomendando desde un análisis estrictamente financiero, autorizar la fusión solicitada;

Que, mediante Memorando No. SEPS-SGD-IGT-2019-2472 de 21 de octubre de 2019, la Intendente General Técnico señala: "(...) sustentado en el Informe Técnico Financiero Nro. SEPS-IFMR-DNMR-2019-101 de la Dirección Nacional de Mecanismos de Resolución y aprobado por la Intendencia de Fortalecimiento y Mecanismos de Resolución, se recomienda la fusión ordinaria por absorción de la Cooperativa de Ahorro y Crédito Del Instituto Daniel Álvarez Burneo por parte de la Cooperativa de Ahorro y Crédito Crea Ltda. (...)" ;

Que, según consta en memorando No. SEPS-SGD-IGJ-2019-2259 de 30 de octubre de 2019, la Intendencia General Jurídica, emite informe favorable para la fusión por absorción por parte de la COOPERATIVA DE AHORRO Y CRÉDITO CREA LTDA., a la COOPERATIVA DE AHORRO Y CRÉDITO DEL INSTITUTO DANIEL ÁLVAREZ BURNEO;

Que, con instrucción inserta en el Sistema de Gestión Documental de esta Superintendencia el 30 de octubre de 2019, en los comentarios del Memorando No. SEPS-SGD-IGJ-2019-2259 de la misma fecha, la Intendencia General Técnica acoge la recomendación indicada y emite su "PROCEDER ", para continuar con el proceso de fusión por absorción por parte de la COOPERATIVA DE AHORRO Y CRÉDITO CREA LTDA., a la COOPERATIVA DE AHORRO Y CRÉDITO DEL INSTITUTO DANIEL ÁLVAREZ BURNEO;

Que, mediante Resolución No. SEPS-IGJ-2018-001 de 02 de enero de 2018, el Superintendente de Economía Popular y Solidaria, delega al Intendente General Técnico, para suscribir las resoluciones de fusión de las organizaciones controladas por la Superintendencia; y,

Que, mediante acción de personal N°. 0733 de 25 de junio 2018, el Intendente General de Gestión (E), delegado del Superintendente de Economía Popular y Solidaria a través de la Resolución N°. SEPS-IGG-2016-090 de 28 de abril de 2016, nombró como Intendente General Técnico a la señora Catalina Pazos Chimbo.

En ejercicio de sus atribuciones constitucionales y legales,

**Resuelve:**

**ARTÍCULO PRIMERO.-** Aprobar la fusión por absorción por parte de la COOPERATIVA DE AHORRO Y CRÉDITO CREA LTDA., con Registro Único de Contribuyentes No. 0190158977001, con domicilio en el cantón Cuenca, provincia de Azuay, a la COOPERATIVA DE AHORRO Y CRÉDITO DEL INSTITUTO DANIEL ÁLVAREZ BURNEO, con Registro Único de Contribuyentes No. 1191707660001, con domicilio en el cantón Loja, provincia de Loja.

**ARTÍCULO SEGUNDO.-** Disponer la extinción de la personalidad jurídica de la COOPERATIVA DE AHORRO Y CRÉDITO DEL INSTITUTO DANIEL ÁLVAREZ BURNEO, con Registro Único de Contribuyentes No. 1191707660001, con domicilio en el cantón Loja, provincia de Loja.

**ARTÍCULO TERCERO.-** Autorizar que el siguiente punto de atención de la Cooperativa de Ahorro y Crédito absorbida, pase a formar parte de la COOPERATIVA DE AHORRO Y CRÉDITO CREA LTDA.:

Tipo	Provincia	Cantón	Parroquia
Matriz	Loja	Loja	Valle

**ARTÍCULO CUARTO.-** Disponer a la Intendencia de Información Técnica, Investigación y Capacitación se excluya a la COOPERATIVA DE AHORRO Y CRÉDITO DEL INSTITUTO DANIEL ÁLVAREZ BURNEO, del Catastro Público de la Superintendencia de Economía Popular y Solidaria.

**ARTÍCULO QUINTO.-** Disponer a la Intendencia del Sector Financiero, registre el punto de atención autorizado en el artículo tercero de la presente Resolución y comunicar a la COOPERATIVA DE AHORRO Y CRÉDITO CREA LTDA., el nuevo código asignado.

**ARTÍCULO SEXTO.-** Disponer a la Intendencia de Fortalecimiento y Mecanismos de Resolución, notifique a la Corporación de Seguro de Depósitos, Fondo de Liquidez y Fondo de Seguros Privados la fusión aprobada a fin de que excluya a la COOPERATIVA DE AHORRO Y CRÉDITO DEL INSTITUTO DANIEL ÁLVAREZ BURNEO, del listado de entidades obligadas a pagar la contribución que por seguro de depósitos le corresponda.

#### **DISPOSICIONES GENERALES**

**PRIMERA.-** La aprobación de la presente fusión, no exonera a los representantes, directivos y empleados de las cooperativas fusionadas de sus responsabilidades civiles, penales o administrativas que llegasen a determinarse en lo posterior, como consecuencia de sus actuaciones previas a la presente fecha. Asimismo la Superintendencia de Economía Popular y Solidaria podrá solicitar, en cualquier momento, toda la información que requiera de las cooperativas respecto de sus actividades previas a la fusión.

**SEGUNDA.-** La presente Resolución se pondrá en conocimiento del Servicio de Rentas Internas, para los fines legales correspondientes.

**TERCERA.-** La presente Resolución entrará en vigencia a partir de su suscripción, sin perjuicio de su publicación. De su cumplimiento encárguese a la Intendencia de Fortalecimiento y Mecanismos de Resolución.

#### **CÚMPLASE Y NOTIFÍQUESE.-**

Dado y firmado en la ciudad de San Francisco de Quito, Distrito Metropolitano, a 12 de noviembre de 2019.

f.) Catalina Pazos Chimbo, Intendente General Técnico.

**SUPERINTENDENCIA DE ECONOMÍA POPULAR Y SOLIDARIA.-** Certifico: Que el presente documento es fiel copia del original que reposa en los archivos de esta Superintendencia.- Fojas 3.- 16 de diciembre de 2019.- f.) Ilegible, Dirección Nacional de Certificaciones.