



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA

**TESIS PREVIA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE LICENCIATURA EN
ENFERMERÍA**

TEMA:

Enfermedades asociadas al embarazo en mujeres atendidas en el
Subcentro de Priorato agosto-diciembre 2015.

AUTORA: Chalá Minda Tatiana Raquel

DIRECTORA DE TESIS: MSc. Maritza Álvarez Moreno

Ibarra-Ecuador

APROBACIÓN DEL TUTOR

En calidad de directora de tesis titulada **“ENFERMEDADES ASOCIADAS AL EMBARAZO EN MUJERES ATENDIDAS EN EL SUBCENTRO DE PRIORATO AGOSTO-DICIEMBRE 2015”** de autoría **CHALÀ MINDA TATIANA RAQUEL** certifico que ha sido revisada y autorizo su publicación.

En la ciudad de Ibarra, a los 28 días del mes de Julio del 2016



MSc. Maritza Álvarez Moreno

DIRECTORA DE TESIS



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
BIBLIOTECA UNIVERSITARIA
AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN
A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

1. IDENTIFICACIÓN DE LA OBRA

La Universidad Técnica del Norte dentro del proyecto Repositorio Digital Institucional, determinó la necesidad de disponer de textos completos en formato digital con la finalidad de apoyar los procesos de investigación, docencia y extensión de la Universidad.

Por medio del presente documento dejo sentada mi voluntad de participar en este proyecto, para lo cual pongo a disposición la siguiente información:

DATOS DE CONTACTO			
CÉDULA DE IDENTIDAD:	DE	1004189724	
APELLIDOS Y NOMBRES:	Y	Chalá Minda Tatiana Raquel	
DIRECCIÓN:		Ibarra: Fray Vacas Galindo y Cristóbal de Troya	
EMAIL:		tatyraquel19@gmail.com	
TELÉFONO FIJO:		TELÉFONO MÓVIL:	0986173559

DATOS DE LA OBRA	
TÍTULO:	Enfermedades asociadas al embarazo en mujeres atendidas en el Subcentro de priorato Agosto-Diciembre 2015
AUTOR (ES):	Chalá Minda Tatiana Raquel
FECHA: AAAAMMDD	2016-07-28
SOLO PARA TRABAJOS DE GRADO	
PROGRAMA:	<input checked="" type="checkbox"/> PREGRADO <input type="checkbox"/> POSGRADO
TITULO POR EL QUE OPTA:	Licenciatura en Enfermería
ASESOR /DIRECTOR:	MSc. Maritza Álvarez Moreno

2. AUTORIZACIÓN DE USO A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD

Yo, Chalà Minda Tatiana Raquel, con cédula de identidad Nro. 1004189724, en calidad de autor (es) y titular (es) de los derechos patrimoniales de la obra o trabajo de grado descrito anteriormente, hago entrega del ejemplar respectivo en formato digital y autorizo a la Universidad Técnica del Norte, la publicación de la obra en el Repositorio Digital Institucional y uso del archivo digital en la Biblioteca de la Universidad con fines académicos, para ampliar la disponibilidad del material y como apoyo a la educación, investigación y extensión; en concordancia con la Ley de Educación Superior Artículo 144.

3. CONSTANCIAS

El autor (es) manifiesta (n) que la obra objeto de la presente autorización es original y se la desarrolló, sin violar derechos de autor de terceros, por lo tanto la obra es original y que es (son) el (los) titular (es) de los derechos patrimoniales, por lo que asume (n) la responsabilidad sobre el contenido de la misma y saldrá (n) en defensa de la Universidad en caso de reclamación por parte de terceros.

Ibarra, a los 28 días del mes de Julio de 2016

EL AUTOR:

FIRMA: 
C.I. 1004189724
Nombre: Tatiana Chala



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR DEL TRABAJO DE GRADO A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

Yo, Chalà Minda Tatiana Raquel, con cédula de identidad Nro. 1004189724, manifiesto mi voluntad de ceder a la Universidad Técnica del Norte los derechos patrimoniales consagrados en la Ley de Propiedad Intelectual del Ecuador, artículos 4, 5 y 6, en calidad de autor (es) de la obra o trabajo de grado denominado: Enfermedades asociadas al embarazo en mujeres atendidas en el Subcentro de priorato Agosto-Diciembre 2015, que ha sido desarrollado para optar por el título de: Licenciatura en Enfermería en la Universidad Técnica del Norte, quedando la Universidad facultada para ejercer plenamente los derechos cedidos anteriormente. En mi condición de autor me reservo los derechos morales de la obra antes citada. En concordancia suscribo este documento en el momento que hago entrega del trabajo final en formato impreso y digital a la Biblioteca de la Universidad Técnica del Norte.

Ibarra, a los 28 días del mes de Julio de 2016

FIRMA: 
C.I. 1004189724

Nombre: Tatiana Chala

DEDICATORIA

El presente trabajo se lo dedico o está dedicado a Dios quien por su guía y bendiciones impartidas durante este camino ha hecho posible que este sueño se haya cumplido.

A mis padres Gloria Minda y Alfonso Chalà, quien con su gran apoyo, amor y confianza me han permitido alcanzar esta meta, a mis hermanas que siempre me han brindado su apoyo incondicional con palabras de aliento.

A los dos amores de mi vida mi hija Danna Ruano y Oswaldo Ruano por sacrificar su tiempo y juntos hemos vivido noches de desvelo, a todas las personas que han estado día a día dándome la mano para ser una buena profesional.

Tatiana Raquel Chalá Minda

AGRADECIMIENTO

Primero agradecer a Dios que sin el nada sería posible, por brindarme las fuerzas para seguir y darme un motivo de superación cada día.

A la “UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE” la academia que ha sido parte de mi formación, a todas aquellas personas que permitieron que este trabajo sea posible.

Un agradecimiento especial a la MSc. Maritza Álvarez Moreno por brindarme su apoyo, conocimientos y paciencia, que ha contribuido permanentemente en este trabajo.

A mis compañeros y amigos que han sido parte de este camino, con los que he compartido las diversas etapas de nuestra vida.

Tatiana Raquel Chalá Minda.

ÍNDICE

APROBACIÓN DEL TUTOR.....	ii
AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN	iii
A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE.....	iii
CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR DEL TRABAJO DE GRADO	v
A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE.....	v
DEDICATORIA	vi
AGRADECIMIENTO	vii
RESUMEN	xii
SUMMARY.....	xiii
TEMA:.....	xiv
Problema de la Investigación	1
1.1 Planteamiento del Problema	1
1.2 Formulación del problema	2
1.3 Justificación	3
1.4 Objetivos.....	5
1.4.1 Objetivo General	5
1.4.2 Objetivos Específicos	5
1.5 Preguntas de investigación.....	6
Marco Teórico.....	7
2 Marco Referencial.....	7
2.1 Marco Contextual.....	10
2.1.1 Reseña Histórica del Sub Centro de Salud de “Priorato”	10
2.1.2 Misión y Visión del sub centro de salud El Priorato	12
2.1.3 Distribución de las áreas de servicios del área operativa.....	12
2.1.4 Talento Humano	13
2.2 Marco Conceptual.....	14
2.2.1 Embarazo	14
2.2.2 Controles prenatales	14
2.2.3 Enfermedad Hipertensiva durante el Embarazo	22
2.2.4 Infecciones del tracto urinario	32
2.2.5 Diabetes mellitus y gestación	37
2.2.6 Hiperémesis	44

2.2.7	Anemia	45
2.3	El CONE en el modelo de atención integral de salud.....	50
2.4	Marco Legal y Ético.....	53
2.4.1	Aspecto Ético.....	55
3	Metodología de la Investigación.....	57
3.1	Diseño de la Investigación.....	57
3.2	Tipo de la Investigación.....	57
3.3	Localización y ubicación del estudio.....	57
3.4	Población	57
3.4.1	Universo	57
3.4.2	Muestra.....	58
3.4.3	Criterios de inclusión.....	58
3.4.4	Criterios de exclusión	58
3.5	Operacionalización de variables	59
3.6	Método de recolección de información	63
3.7	Análisis de datos	63
4	Resultados de la investigación	64
5	Conclusiones y Recomendaciones.....	80
5.1.	Conclusiones.....	80
5.2.	Recomendaciones	81
CAPITULO VI.....		82
6.1.	Propuesta de intervención.....	82
6.2.	Introducción.....	82
6.3.	Objetivos.....	82
6.3.1.	General	82
6.3.2.	Específicos	82
6.3.3.	Logros	82
6.4.	Justificación	83
6.5.	Metodología.....	83
6.6.	Afiches educativos.....	83
7	BIBLIOGRAFÍA	85
8	ANEXOS	91

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 Edad de las pacientes que fueron atendidas en el “Subcentro de Priorato de Agosto-Diciembre 2015”	64
Gráfico 2 Estado civil de las pacientes que fueron atendidas en el “Subcentro de Priorato de Agosto-Diciembre 2015”	65
Gráfico 3 Etnias de las pacientes que fueron atendidas en el “Subcentro de Priorato de Agosto-Diciembre 2015”	66
Gráfico 4 Instrucción escolar de las pacientes que fueron atendidas en el “Subcentro de Priorato de Agosto-Diciembre 2015”	67
Gráfico 5 Ocupación de las pacientes que fueron atendidas en el “Subcentro de Priorato de Agosto-Diciembre 2015”	67
Gráfico 6 Nacionalidad de las pacientes que fueron atendidas en el “Subcentro de Priorato de Agosto-Diciembre 2015”	69
Gráfico 7 Embarazos previos de las pacientes que fueron atendidas en el “Subcentro de Priorato de Agosto-Diciembre 2015”	70
Gráfico 8 Partos previos de las pacientes que fueron atendidas en el “Subcentro de Priorato de Agosto-Diciembre 2015”	71
Gráfico 9 Abortos previos de las pacientes que fueron atendidas en el “Subcentro de Priorato de Agosto-Diciembre 2015”	71
Gráfico 10 Abortos espontáneos previos de las pacientes que fueron atendidas en el “Subcentro de Priorato de Agosto-Diciembre 2015”	72
Gráfico 11 Abortos provocado previos de las pacientes que fueron atendidas en el “Subcentro de Priorato de Agosto-Diciembre 2015”	74
Gráfico 12 Hábitos tóxicos de las pacientes que fueron atendidas en el “Subcentro de Priorato de Agosto-Diciembre 2015”	75
Gráfico 13 Controles prenatales actuales de las pacientes que fueron atendidas en el “Subcentro de Priorato de Agosto-Diciembre 2015”	75
Gráfico 14 Índice de Masa Corporal de las pacientes que fueron atendidas en el “Subcentro de Priorato de Agosto-Diciembre 2015”	76

Gráfico 15 Categorización del Riesgo Obstétrico de las pacientes que fueron atendidas en el “Subcentro de Priorato de Agosto-Diciembre 2015”	78
Gráfico 16 Categorización del Riesgo Obstétrico de las pacientes que fueron atendidas en el “Subcentro de Priorato de Agosto-Diciembre 2015”	79

RESUMEN

Enfermedades asociadas al embarazo en mujeres atendidas en el Subcentro de Priorato agosto-diciembre 2015.

Autor: Chalá Minda Tatiana Raquel

tatyraquel19@gmail.com

Directora de Tesis: MSc. Maritza Álvarez Moreno

Las enfermedades asociadas al embarazo son problemas y complicaciones que presenta la mujer en el transcurso de su gestación lo cual, se convierte en un peligro eminente tanto para la madre como para su hijo. La investigación tuvo como objetivo determinar las enfermedades asociadas al embarazo en mujeres atendidas en el Subcentro de Priorato Agosto-Diciembre 2015. El diseño metodológico usado fue de tipo descriptivo, transversal y retrospectivo. Para la recolección de datos se realizó una ficha la cual permitió recolectar la información deseada donde el universo de estudio fueron la mujeres embarazadas atendidas en el Subcentro de Priorato durante el periodo de Agosto-Diciembre 2015, la información fue procesada en hojas electrónicas el mismo que genero gráficos. Los principales resultados encontrados fueron la predominancia de atención son de mujeres de 20 a 34 años (58%), entre ellas solteras (35%), instrucción escolar secundaria completa (37%) y QQDD (70%), las enfermedades en el embarazo más comunes fueron Infecciones del Tracto Urinario con un 55%, con un 4% presenta anemia, datos que constituyen en un 71% presencia de riesgo obstétrico medio. Como conclusión las enfermedades asociadas al embarazo se ven más evidentes en mujeres de edad fértil y presentan un riesgo medio en el embarazo.

Palabras claves: Anemia, Diabetes gestacional, Embarazo, Enfermedades, Hiperémesis gravídica, Hipertensión gestacional, Infecciones del tracto urinario.

SUMMARY

DISEASES ASSOCIATED TO THE PREGNANCY IN WOMEN SERVED IN THE SUBCENTRO'S PRIORATO 2015.

Author: Chalá Minda Tatiana Raquel
tatyraquel19@gmail.com

Director of thesis: MSc. Maritza Alvarez Moreno

Diseases associated with pregnancy are issues and complications that the woman presents in the course of their pregnancy which becomes an imminent danger both to the mother for your child, there are various diseases associated with the pregnancies among these have gestational hypertension, gestational Diabetes, Anemia, Hyperemesis Gravidarum, infections of the urinary tract. The research aimed to determine the diseases associated with pregnancy in women treated in the Priorato Subcenter August-December 2015. The methodological design used was descriptive, cross-sectional and retrospective. Data collection was a tab which allowed collecting the desired information where the universe of study were the pregnant women treated in the Sub-Center of Priorato during the period August-December 2015, the information was processed in electronic sheets the same genre charts. The main findings were the predominance of attention are women 20 to 34 years (58%), including single (35%), school instruction secondary complete (37%) and QQDD (70%), the most common illnesses in pregnancy were infections of the urinary tract with 55%, with 4% has anemia, data that constitute 71% presence of medium obstetric risk. Conclusion the diseases associated with pregnancy are most obvious in women of childbearing age and in pregnancy risk.

Keywords: Anemia, Gestational Diabetes, Pregnancy, Disease, hyperemesis gravidarum, gestational hypertension, urinary tract infections.

TEMA:

Enfermedades asociadas al embarazo en mujeres atendidas en el Subcentro de Priorato agosto-diciembre 2015.

CAPÍTULO I

1. Problema de la Investigación

1.1 Planteamiento del Problema

La (OMS, 2015) menciona que cada día mueren 830 mujeres por causas prevenibles relacionadas con el embarazo y el parto dado que en un 99% corresponde a los países en desarrollo donde la mortalidad materna se presentara con mayor frecuencia en las zonas rurales y más pobres. Las mujeres jóvenes son aquellas que corren más riesgo obstétrico; presentando las causas más comunes de muerte materna tales como son hemorragias graves, infecciones, hipertensión gestacional. (OMS, 2015)

A nivel nacional el Ministerio de Salud Pública ha propuesto como meta cero muertes maternas por lo tanto se desea disminuir los factores de riesgo que pueden traer complicaciones en las mujeres gestantes ya que en el 2012 hubo 54 mujeres que murieron en su proceso de gestación y un 22,5% atribuible a una patología desarrollada en el embarazo.

La gestación es un proceso fisiológico con posibles complicaciones. Durante el embarazo, madre y feto se exponen a situaciones que pueden determinar el futuro de ambos. Las complicaciones médicas en el embarazo son únicas por dos razones: primero, los cambios fisiológicos asociados al embarazo pueden afectar su curso, con la presencia de las diferentes enfermedades; segundo la presencia del feto tiene un riesgo adicional así como una relación significativa con el tipo de fármacos que pueden ser prescritos (Perez Rodriguez, Roche, & Larrañaga, 2012)

A nivel local las mujeres embarazadas que acuden al Subcentro de Priorato, para el control de su embarazo, presentan diversas patologías las cuales se pueden presentar al inicio de la gestación como en el transcurso de la misma presentando un riesgo tanto a la madre como al feto.

Por ello he decidido investigar las patologías frecuentes que presentan las mujeres embarazadas que acuden al Subcentro de Priorato, para brindar una información clara y concisa sobre los riesgos obstétricos que presentan la mujer embarazada que puede ser señal de la presencia de una patología en curso (Ministerio de Salud Pública, 2013)

1.2 Formulación del problema

¿Cuáles son las enfermedades asociadas al embarazo en mujeres atendidas en el Subcentro de Priorato agosto-diciembre 2015?

1.3 Justificación

Las enfermedades que se presentan durante el embarazo en la actualidad, son un factor importante para la salud pública del Ecuador, ya que presenta un impacto individual, familiar, social y económico; por lo tanto el Ministerio de Salud Pública ha implementado talleres para formular la normativa y el proceso de atención a la mujer embarazada (MSP, 2015).

La Organización Mundial de la Salud menciona que existen varias causas tanto directas como indirectas de la muerte materna durante el embarazo. De estas el 80% son causas directas tales como hemorragias, infecciones, eclampsia. En concordancia al objetivo 5 del Desarrollo del Milenio, el Ecuador busca reducir un 75% la tasa de mortalidad materna (OMS, 2015).

El Ministerio de Salud pública en el año 2008 elaboro un Plan Nacional el cual reduciría rápidamente mortalidad materna y neonatal en los objetivos 3,4 y 5 donde se mejora el acceso informado a los diferentes servicios de salud enfocándose en dos partes principales como son los derechos sexuales y reproductivos de la mujer, de esa manera mejora la atención a la usuaria en los diferentes establecimientos de salud (Ministerio de Salud Pública, 2013).

El Plan Nacional de Desarrollo del Gobierno de la Revolución Ciudadana, asume el compromiso de mejorar la calidad y esperanza de vida de la población y reducir la muerte materna un 30% y la mortalidad neonatal un 35%. El Ministerio de Salud Pública ha establecido mediante protocolos que durante el control prenatal se debe brindar: promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud materna y neonatal. La mujer que cursa un embarazo de bajo riesgo debe completar mínimo 5 controles y lo ideal 12 controles (Ministerio de Salud Pública, 2008).

Se busca determinar las enfermedades asociadas al embarazo en mujeres que son atendidas en el Subcentro de Priorato, una vez identificadas podemos cuantificar su

incidencia en mujeres gestantes y poder realizar diferentes afiches educativos que permanezcan en la Unidad Operativa de Priorato mostrando a todos los usuarios los riesgos obstétricos que puede presentar una mujer embarazada y prevenir cualquier tipo de patología, mejorar el estilo de vida tanto de la madre como del feto durante el embarazo.

Los beneficiarios directos son todos los usuarios que acuden al Subcentro de salud de Priorato, especialmente las madres embarazadas y sus bebés, ya que se le permitirá tener información clara en cuanto a los riesgos que puede cruzar en su embarazo.

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo General

Determinar las enfermedades que se asocian al embarazo en mujeres atendidas en el Subcentro de Priorato agosto-diciembre 2015.

1.4.2 Objetivos Específicos

- Identificar las características sociodemográficas del grupo en estudio
- Establecer las principales patologías asociadas al embarazo en las mujeres que son atendidas en el Subcentro de Priorato.
- Reconocer los factores de riesgo obstétrico de las mujeres embarazadas que son atendidas en el Subcentro de Priorato.
- Diseñar afiches educativos sobre prevención de los factores de riesgo obstétrico de mujeres embarazadas.

1.5 Preguntas de investigación

- ¿Cuáles son las características sociodemográficas del grupo en estudio?
- ¿Cuáles son las principales patologías que se asocian al embarazo en las mujeres que son atendidas en el Subcentro de Priorato?
- ¿Cómo se reconocerá los factores de riesgo obstétrico de las mujeres embarazadas que son atendidas en el Subcentro de Priorato?
- ¿Qué factores de riesgo obstétrico se tomarán en cuenta para realizar los afiches educativos?

CAPÍTULO II

Marco Teórico

2 Marco Referencial

Las enfermedades del embarazo son causas importantes de muerte intrauterina, muerte materna y gran morbilidad tanto para la madre como en el hijo, existen diversas enfermedades que puede presentar la madre embarazada entre ellas tenemos las comunes y sus efectos en la madre y su hijo tales como: hipertensión gestacional, infecciones del tracto urinario, anemia, diabetes mellitus y la hiperémesis gravídica.

Angel Ganfong Elías, Alicia Nieves Andino, Norka Mireya Simonó Bell, Juan Manuel González Pérez, María del Carmen Díaz Pérez, Rolando Ramírez Robert y Antonio Rubinos Vega, en Cuba , el 2007, realizaron un estudio sobre la “Hipertensión durante la gestación y su repercusión en algunos resultados perinatales en el hospital Dr. Agostinho Neto” cuyo objetivo fue: determinar la influencia de la enfermedad hipertensiva gravídica en algunos resultados perinatales en nuestro medio, comparándolos con los encontrados en pacientes no hipertensas y sin otras afecciones asociadas. El método fue retrospectivo de casos y controles en el Hospital General Docente “Dr. Agostinho Neto”, de Guatánamo, la población fue Se seleccionaron 97 embarazadas hipertensas y 194 no hipertensas fue estudio de casos y controles (Ganfong Elías, y otros, 2007).

Concluyendo:

“Donde sus hallazgos fueron más frecuente en la hipertensas, el APGAR del recién nacido bajo al 5to minuto fue superior entre las hipertensas, el sangramiento postparto se presentó más frecuente en las hipertensas, la sepsis neonatal, y el Distress Respiratorio fueron estadísticamente más frecuentes entre las hipertensas. La hipertensas arterial en el embarazo influye negativamente en una serie de parámetros perinatales”(Ganfong Elías, y otros, 2007)

Dalis Diago Caballero, Flora Vila Vaillant, Elsy Ramos Guilarte y Roberto Garcia Valdés, el 2011, realizaron un estudio sobre “Factores de riesgo en la hipertensión inducida por el embarazo” cuyo objetivo fue identificar los factores de riesgo de las embarazadas con hipertensión inducida por el embarazo que ingresaron en el servicio de Perinatología. El método fue retrospectiva, transversal, población fue de 40 pacientes con hipertensión arterial durante el embarazo en el año 2010, la técnica fue: la recopilación de la información en tablas de vaciamiento y base de datos, recolectándolos con medidas de resúmenes.

Concluyendo:

“La hipertensión crónica y con preeclampsia sobreañadida fueron las más frecuentes.

Del total de pacientes hipertensas más del 50 % tenían factores de riesgo y de ellos, los antecedentes patológicos familiares y la obesidad ocuparon los primeros lugares. La mayoría de las pacientes con preeclampsia fueron adolescentes y nulíparas. Es necesario insistir en la identificación de factores de riesgo que conlleven a desencadenar esta enfermedad así como en el autocuidado de estas pacientes” (Diago Caballero, Vila Vaillant, Ramos Guilarte, & Garcia Valdés , 2011).

Cabrera Mario y Giagnoni María Inés, en Mendoza San Martín Argentina, en el 2011, realizó un estudio sobre “La Diabetes Gestacional” cuyo objetivo fue: identificar los factores de riesgo que inciden en la aparición de diabetes gestacional en la población de embarazadas que asisten al Centro de Salud N° 146 Campamentos, Rivadavia. El método fue: cuantitativo, descriptivo, transversal y retrospectivo. La población fue 65 embarazadas. La técnica fue la encuesta y entrevistas y el instrumento fue un cuestionario.

Concluyendo:

“Esta investigación resultó ser un desafío ya que no solo nos ha permitido detectar problemas, sino también establecer posibles soluciones. Los obstáculos que surgieron en la misma y el reto que significó trabajar con mujeres embarazadas hicieron de esta investigación una verdadera ocupación para nosotros. Este trabajo se llevó a cabo en una zona rural donde predomina la familia nuclear (formada por

padre, madre y 2 hijos), seguido por la numerosa y luego la familia mononuclear.”
(Cabrera & Giagnoni, 2011)

Stefany Elena Albán Silva y Janneth Catalina Caicedo Romero, en Cuenca Ecuador, en el 2013, se realizó un estudio sobre “Anemia en el Embarazo” cuyo objetivo fue: determinar la prevalencia de anemia y factores de riesgo asociados en embarazadas que acuden a consulta externa del Área de Salud N°1 Pumapungo. El método fue: transversal, retrospectivo. La población fue 376 gestantes. La técnica se obtuvo de las historias clínicas perinatales de las mujeres embarazadas y el instrumento fue a través del sistema informático Exel.

“La prevalencia de anemia en mujeres gestantes en el estudio fue del 5,59% (21 casos), muy inferior a lo reportado en la literatura médica a nivel internacional y nacional.” (Alban Silva & Caicedo Romero , 2013)

Imelda Lourdes Oscanoa Huamán, en Loja Ecuador, en el 2013, se realizó un estudio sobre “Hiperemesis en el Embarazo” cuyo objetivo fue: identificar la morbilidad y mortalidad en los recién nacidos de gestantes que presentaron Hiperemesis gravídica en el INMP el año 2011. El método fue: retrospectivo, descriptivo y transversal. La población fue todas las gestantes que presentaron hiperémesis gravídica y que acudieron al Instituto Nacional Materno Perinatal. La técnica se obtuvo a través de las historias clínicas de los casos a estudiar y el instrumento fue a través de una recolección en una ficha de datos.

“En el Instituto Nacional Materno Perinatal Anterior Hospital Maternidad de Lima, durante el año 2011, hubieron un total de 15,033 partos de los cuales 8,441 fueron vaginales (67.40%) y 6,592 (32.60%) fueron por cesárea.” (Oscanoa Huaman , 2013)

Clotilde Vallejos, María del Rosario López Villegas, Miguel Ángel Enríquez Guerra, Benito Ramírez Valverde, en Puebla México, el 2010, realizó un estudio sobre “Las Infecciones Urinarias en el Embarazo” cuyo objetivo fue: estimar la prevalencia de las IVU en pacientes embarazadas atendidas en el Servicio de Ginecología y

Obstetricia del Hospital Universitario de Puebla, durante el periodo comprendido entre 2007 y 2009. El método fue: transversal, descriptivo y retrospectivo. La población fue de 83 mujeres embarazadas.

“Las infecciones urinarias se presentan principalmente en el último trimestre de la gestación. La prevalencia es de 1.78%, la cual es relativamente baja de acuerdo con la literatura encontrada, y el grupo de edad más vulnerable es el de 20-24 años, contrario a lo que refiere la literatura: que a mayor edad, mayor predisposición a una infección urinaria, que se atribuye al estado socioeconómico bajo y malos hábitos higiénicos.” (Vallejos, Villegas Lopez, Enriquez Guerra, & Ramirez Valverde, 2010)

(M. Roche, 2009) También considera que las infecciones del tracto urinario son muy importantes proponiendo que debe detectarse y tratarse en la gestante para disminuir el riesgo de infección urinaria sintomática y los riesgos de prematuridad y bajo peso asociados a esta patología.

2.1 Marco Contextual

2.1.1 Reseña Histórica del Sub Centro de Salud de “Priorato”

La Parroquia El Priorato se encuentra ubicada al noroeste de la ciudad de Ibarra a una distancia de 3 kilómetros. Está asentada alrededor de la laguna de Yahuarcocha rodeada de un accidente geográfico natural de elevaciones como Yuracruz, El Churo, El Pilar, El mirador y Pucara, caracterizándole como un lugar cálido seco andino, elemento que ha favorecido al crecimiento demográfico habitacional importante en los últimos 8 años.

La Parroquia cuenta con 9.875 habitantes según el censo poblacional del año 2010, el crecimiento anual, en la distribución de la población por sexo, la diferencia es mínima, considerando que el 50.20% equivale a 4.957 mujeres y un 49.80% que

representa a 4.918 hombres, existiendo un aumento acelerado debido a la presencia de personas foráneas provenientes de Colombia y de la Región Costa del Ecuador.

Esto incide que el flujo migratorio sea con mayor frecuencia debido a la escasez de fuentes de empleo, provocando diferentes problemas de carácter social, cultural, educativo y de producción. La parroquia está constituida por 13 barrios con una área aproximada de 836.06 (has), siendo estos: Santa Marianita de el Olivo, Mirador de la Aduana, La Delicia, La Floresta, San José, Puruhanta, Flor del Valle, Cuatro Esquinas, Panecillo, Santa Rosa, Sagrado Corazón, Yahuarcocha, Olivo Alto.

Al no existir una reseña histórica del sub centro de salud de Priorato se procedió a la recopilación de información verbal por parte de los servidores públicos de la unidad. El sub centro de salud fue creado en el gobierno del Dr. Rodrigo Borja, en aquella época el ministro de salud fue el Dr. Plutarco Naranjo, quien fue el creador del proyecto “de salud familiar y comunitaria” en los cantones de Otavalo, Antonio Ante, Ibarra y Pimampiro. Este proyecto se da inicio con la aplicación de encuestas como pilotaje, encabezado por la Dra. Yolanda Checa (médico general), Dra. Jessica Castillo (odontóloga), Lic. Marcia Vásquez (enfermera), quienes fueron los pioneros en salud en la parroquia.

Este equipo organizado empieza a brindar atención médica en el parque principal de Priorato, en donde se laboró durante 4 años, en 2 cuartos arrendados y adaptados para brindar atención en salud; los profesionales que laboraban tenían contrato provisional, luego se llamó a un concurso de méritos y oposición, donde ganaron el Dr. Roberto Fernández (Medico) Dra. Nery Calderón (Odontóloga) y la Lic. Amparito Pérez quien después de laborar por algunos años renunció; tomando el cargo de jefa de enfermeras la Lic. Cecilia Pabón en seguida se trasladaron a brindar atención salud a un lugar más amplio, en la casa comunal; en el año del 2001 se crea nuevos centros de atención en salud entre ellos los Sub Centros de Pugacho, Piquiucho y Priorato, que hasta en la actualidad siguen brindando atención en salud con algunos cambios de infraestructura y personal.

2.1.2 Misión y Visión del sub centro de salud El Priorato

Misión

Brindar atención, calidad, calidez, eficiencia, equidad y solidaridad por parte de todo el personal del Sub Centro de Salud de El Priorato, mediante acciones de prevención fomentando la recuperación y rehabilitación de salud de los habitantes del área de influencia con instituciones del sector y participación comunitaria.

Visión

Ser una unidad destacada en Imbabura que brinde atención primaria a personas de todas las edades organizada, equipada con material y personal actualizado para satisfacer en su mayoría las necesidades de los pacientes, familias y comunidad.

2.1.3 Distribución de las áreas de servicios del área operativa

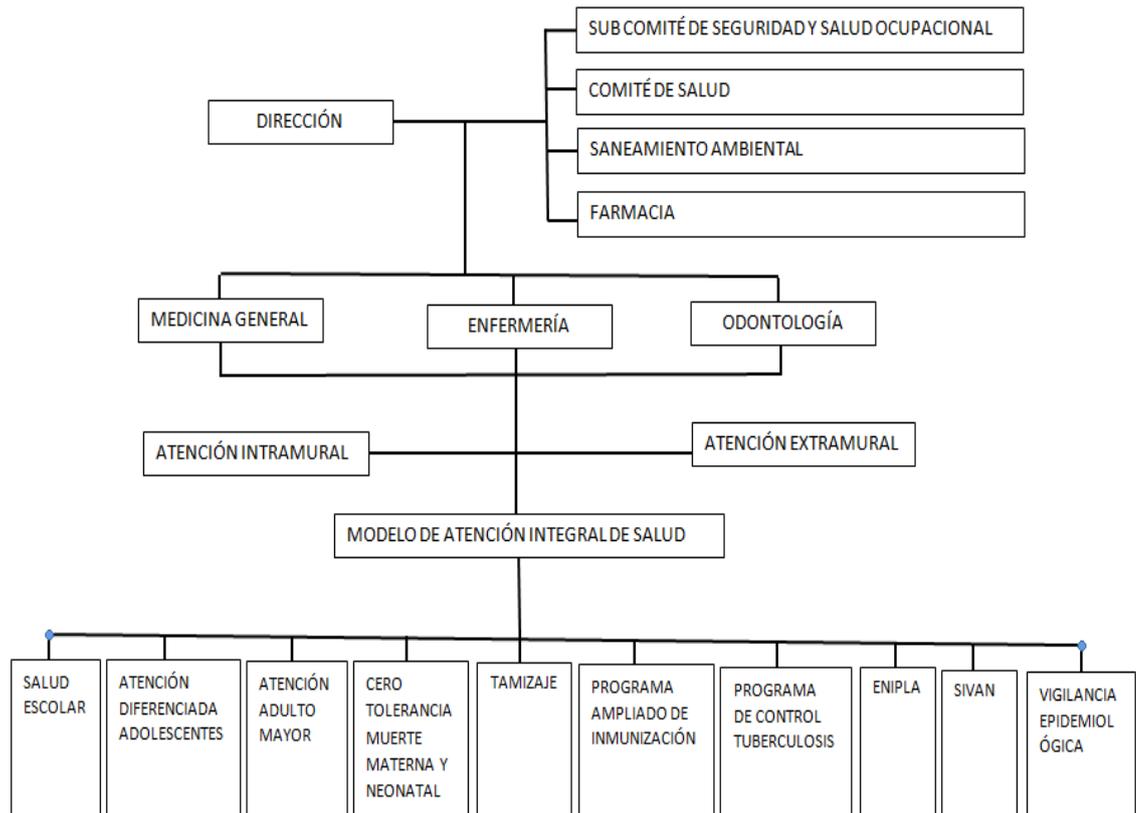
Actualmente el centro de salud cuenta con los siguientes servicios:

- Medicina general
- Odontología
- Curaciones
- Vacunas

- **Organigrama**

La estructura organizacional jerárquica del Sub Centro de Salud Priorato es la siguiente:

GRAFICO 1. ORGANIGRAMA ESTRUCTURAL POR PROCESOS
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
DIRECCION ZONAL
SUB CENTRO DE SALUD PRIORATO



Fuente: Subcentro de Priorato

2.1.4 Talento Humano

- Dos Médicos con Nombramiento Provisional 8 horas 5 días a la semana
- Dos Enfermeras con Nombramiento Definitivo 8 horas 5 días a la semana.
- Una Enfermera con Nombramiento Provisional 8 horas 5 días a la semana.
- Un Odontólogo con Nombramiento Definitivo 8 horas 5 días a la semana.

- Una Auxiliar de Odontología 8 horas 5 días a la semana.
- Una Auxiliar de limpieza

2.2 Marco Conceptual

2.2.1 Embarazo

El embarazo es una nueva etapa que marca la vida de toda mujer, donde la madre sufre una serie de cambios que se deben comprender y asimilar, atravesando cambios fisiológicos y psicológicos (Alcolea Flores & Mohamed Mohamed, 2014; Alcolea Flores & Mohamed Mohamed, 2014).

Se denomina embarazo o gestación normal al periodo que transcurre desde el momento en que se produce la fecundación hasta el momento del parto. El embarazo de alto riesgo, es aquel que tiene la certeza o diversas probabilidades de estados patológicos, que aumentan los peligros en cuanto a la salud y bienestar de la madre y del feto.

El embarazo tiene un tiempo de duración de 40 semanas, los síntomas más frecuentes de un embarazo son varios como: amenorrea, náuseas, aumento de peso, poliuria (Hospital General de México, 2013).

2.2.2 Controles prenatales

Se considera como actividades y procedimientos que el equipo de salud ofrece a la embarazada con el propósito de identificar factores de riesgo y enfermedades que afecte el transcurso del embarazo y del feto (Ministerio de Salud Pública, 2008):

Cada año, en Ecuador, aproximadamente unas 300.000 mujeres se embarazan, pero no todas reciben una atención de calidad, por ejemplo en el periodo de 1999-2004 apenas un 57,5% de mujeres cumplieron con la norma del MSP de realizar al menos 5 controles prenatales (Ministerio de Salud Pública, 2008):

Para el Ministerio de Salud Pública un control prenatal optimo, consta de 5, durante el periodo de embarazo de bajo riesgo, donde le primer control debe ser realizado antes de cumplir las primeras 20 semanas de gestación y los cuatro serán subsecuentes.

De acuerdo al manual de estándares de calidad del MSP, toda mujer debe contar con una historia clínica donde conste los siguientes parámetros: antecedentes personales y obstétricos, medición de talla, examen de mamas, determinación de la tensión arterial, medición de la altura uterina, auscultación de latidos cardiacos fetales, movimientos fetales, edema, sangrado genital, estado nutricional, registro de vacuna antitetánica, prescripción de hierro y ácido fólico (Ministerio de Salud Pública, 2008).

<i>Actividades para niveles I II III</i>	<i>Menor de 21 semanas o primera consulta</i>	<i>22 a 27</i>	<i>28 a 33</i>	<i>34 a 37</i>	<i>38 a 40</i>	<i>INSTRUCTIVO PARA NIVELES I-II-III</i>
<i>1. Apertura de historia clínica perinatal base y el carné perinatal.</i>	<i>x</i>					<i>-Llene de forma correcta y complete todos los casilleros. -Clasifique por riesgo para la correspondiente atención por niveles. -Instruya a la gestante para que lleve el carné a todas las consultas de cualquier servicio de salud a nivel nacional.</i>

2. Detección de factores de riesgo.	x	x	x	x	x	-Promueva los dos primeros controles prenatales antes de las veinte semanas, para hacer un -Diagnóstico precoz de algunas patologías. -Determine la necesidad de referencia y contrarreferencia al nivel superior
3. Anamnesis, revisión de aparatos y sistemas, examen físico general.	x	x	x	x	x	-Realice un examen clínico general en decúbito dorsal en todos los controles, más exhaustivo en la primera consulta. -Diagnóstico y tratamiento o referencia de patología obstétrica. -Manejo de las molestias propias del embarazo
4. Estimación de la edad gestacional o diagnóstico (<12 sem)	x	x	x	x	x	-Cálculo de las semanas de amenorrea por FUM, Regla de Naegele, tabla obstétrica o ultrasonido si amerita
5. Determinación de la presión arterial	x	x	x	x	x	-Si TA mayor a 140 la presión sistólica o mayor a 90 la presión diastólica, considere trastorno hipertensivo gestacional.
6.- Medición del peso	x	x	x	x	x	-Registre el peso en cada consulta prenatal en el Normograma que consta en el carné perinatal para determinar desviaciones de la curva normal. -Considere sobrepeso, Preeclampsia, *Embarazo múltiple o polihidramnios si la ganancia es exagerada. -Considere error de cálculo, malnutrición, restricción de crecimiento fetal, oligohidramnios u óbito fetal* si es menor a lo esperado
7. Medición de la talla	x					-Tallas menores a 1.40 me hacen sospecharla la probabilidad de desproporción céfalo pélvica.
8. Evaluación del estado nutricional.	x	x	x	x	x	-Clasifique la relación Peso/Talla de la mujer (%) que consta en el Normograma del carné perinatal para ubicar a la embarazada en las

						<p>zonas: A: bajo peso, B: Normal, C: sobrepeso, D: obesidad.</p> <p>-Si no es adecuada considere suplementación.</p>
9. Examen de mamas	x					<p>-Indique cuidados apropiados del pezón y las mamas: no cepillado, no cremas, no jabones.</p> <p>-Informe sobre promoción de lactancia materna</p>
10. Toma de Papanicolau	x					<p>En la primera consulta independientemente de la edad gestacional.</p>
11. Evaluación clínica de la pelvis					x	<p>-Determine una vez sobre la semana 36 la relación céfalo pélvica.</p> <p>-Descarte desproporción céfalo pélvica según valoración de la pelvis femenina (Ver en Anexo 2 del capítulo de Atención del Parto).</p> <p>-Refiera si se confirma patología</p>
12. Medir la altura uterina	x	x	x	x	x	<p>-Use la cinta métrica perinatólogica para medir desde el borde superior de la sínfisis del pubis hasta el fondo uterino.</p> <p>-De semana 18 a semana 30 tiene mayor sensibilidad esta medida, sobre esta semana disminuye su valor.</p> <p>-Si la medida es menor a la edad gestacional, considere error de cálculo, malnutrición, restricción de crecimiento fetal, oligohidramnios u óbito fetal*.</p> <p>-Si la medida es mayor a la edad gestacional considere error de cálculo, embarazo múltiple o polihidramnios</p>
13. Diagnóstico de la situación, posición, presentación fetal y condiciones cervicales.					x	<p>-Realice maniobras de Leopold.</p> <p>-Aplique la evaluación del cuello con el Índice de Bishop (ver Anexo 1 Capítulo de Atención del Parto).</p> <p>-Desde la semana 36 es necesario anticipar un plan de parto por cesárea según desviaciones de la normalidad</p>

14. Auscultar latidos cardíacos fetales	x	x	x	x	x	-Normal entre 120 a 160 latidos por minuto. -Ausculte con doppler desde las 12 semanas. -Ausculte con estetoscopio o corneta de Pinard desde la semana 18 – 20. -Si ausentes considere error de cálculo de edad gestacional u óbito fetal*. Confirme por ecografía.
15. Movimientos fetales (>20 semanas)		x	x	x	x	-Valore por percepción materna certera o por el examen del proveedor desde semana 20. -Si ausentes considere error de cálculo de edad gestacional u óbito fetal* -Valorar bienestar fetal por cualquier medio: registro de FCF, monitoreo electrónico fetal, ultrasonografía
16. Evaluación ecográfica		x		x		-En embarazo de bajo riesgo solicite entre las 20 y 24 semanas. -De tener disponibilidad entre las 11 y 14 semanas, entre las 20 y 24 semanas y entre las 32 y 34 semanas. -No solicitarla de rutina. Debe contribuir a la toma de decisiones.
17. Determinación de Hb, Hto, biometría hemática.	x		x			-Determine anemia * y o parámetros hematológicos de infección. -Solicite antes de las 20 semanas y después de las 20 semanas.
18. Determinación de TP, TTP, Plaquetas.	x			x		Si estan alterados sospeche Síndrome de HELLP * o discrasias sanguíneas.
19. Determinación de creatinina y urea	x					Valoración de la función renal, si alterados sospeche trastorno hipertensivo gestacional* o nefropatía.
20. Determinación del grupo sanguíneo y factor Rh	x					-Sospeche incompatibilidad o isoimmunización * si la embarazada es Rh negativa y tiene un recién nacido / a Rh positivo, o en aborto de madre Rh negativa.

						-Solicite test de Coombs indirecto en estos casos
21. Detección de Diabetes Gestaciona22	x		x	x		-Medición del nivel de glicemia un hora después de administrar una sobrecarga de 50g de glucosa (Test de O ´ Sullivan). -No se requiere de ayuno previo, puede ser tomado a cualquier hora del día y no es necesario el valor del a glicemia en ayunas. -En la primera consulta y entre las semanas 24 a 28 y 32 a 35.
22.Deteccion de Sífilis	x				x	Si VDRL positive solicite prueba confirmatoria de laboratorio (RPR)
23.Prueba de ELISA o prueba rápida de VIH	x				x	Previo consentimiento informado, si resultado es positive remita a nivel II de especialidad según protocolo de VIH y Embarazo.
24.Elemental y microscópico de orina y cultivo de orina	x				x	-En todas las embarazadas en su primer control sin importar las semanas de gestación, entre las 12 a 16 semanas del embarazo y tercer trimestre. -El urocultivo es el examen de elección para el tamizaje de bacteria asintomática * durante la gestación y para la confirmación de una sospecha clínica de cistitis o pielonefritis aguda.
25.Proteinuria en tirilla	x	x	x	x	x	-Si nitritos +, sospeche de infección urinaria. -Si proteinuria es +, sospeche de un trastorno hipertensivo gestacional.
26.IgM, IgG, STORCH	x					Si positivos sospeche compromiso fetal.
27. Cultivo ano-genital 35-37 semanas					x	-Screening de infección por <i>Estreptococo agalactiae</i> By prevención de sepsis neonatal. -Realizar a partir del a semana 35 a 37 de gestación. -Si resultado es positivo administrar: -Ampicilina 2g. IV dosis inicial y luego 1g. IV cada 6 horas hasta el parto.

						-Alternativa: no hacer cultivo y tratar a todas las mujeres intraparto con antibióticos si: parto < de 7 semanas de 32 gestación, rotura de membranas de más de 18 horas o temperatura de 38° C o más.
28. Prescripción de Hierro (tabletas Sulfato ferroso 50 mg)		x	x	x	x	-Profiláctico o Terapéutico (Ver anemia en el embarazo). -Si valores de Hb no sugieren anemia diferir la toma de Hierro hasta la semana 20.
29. Prescripción de ácido fólico 1 tableta de 1 mg diario hasta las 12 semanas (Dosis requerida: 0,4 mg)	x					-Como prevención primaria población al de defectos del tubo neural. -El ácido fólico debe administrarse 2-3 meses preconcepcional. -Si la paciente tiene antecedente de producto con defectos del tubo neural o es epiléptica tratada con ácido valpróico o carbamazepina o en mujeres diabéticas Tipo I y Tipo II administrar 4 mg VO diarios. -En el país se comercializan las tabletas de 1 y 5 mg únicamente.
30. Administración de complementos alimentarios	x	x	x	x	x	-Ubique en la curva de incremento de peso del carné perinatal la zona en la que se encuentra la paciente
31. Educación y consejería sobre planificación familiar y derechos reproductivos				x	x	-Involucre al padre en todas las actividades durante cada consulta prenatal o visita domiciliaria. -Brinde consulta de consejería sobre planificación familiar con el objeto que la pareja escoja y defina el método que usarán inmediatamente después del parto. Exija el llenado de la hoja de consejería de la Norma y Protocolo de Planificación Familiar. -Grupos de apoyo a gestantes: hacer énfasis en la importancia de la salud reproductiva con enfoque en género, generacional, derechos, violencia e interculturalidad.

						-Oriente en el cuidado prenatal y del recién nacido
32. Consejería en estilos de vida saludables: ejercicio, reposo, nutrición, sexualidad y recreación.	x	x	x	x	x	-LACTANCIA: Incentivar la participación en los grupos de apoyo a la lactancia materna.* -EJERCICIO: mantener un nivel de ejercicio moderado, bajo la recomendación y dirección de un/una proveedor/a de salud calificado en psicoprofilaxis del parto. -REPOSO: Preferir durante el descanso el decúbito lateral izquierdo. -NUTRICION: mantener alimentación rica en calcio, hierro, ácido fólico, que cubra las necesidades gestacionales. -SEXUALIDAD: coito permitido excepto en embarazo de riesgo. -RECREACION: Uso obligatorio de cinturón de seguridad que sujete hombros y cadera durante el uso de automotores. -Viajes bajo autorización médica. -Prendas de vestir cómodas, no ajustadas. -EVITAR LA AUTOMEDICACIÓN.
33. Recomendaciones para la lactancia	x	x	x	x	x	-LACTANCIA: Incentivar la participación en los grupos de apoyo a la lactancia materna
34. Examen odontológico	x					-Desde la primera consulta independientemente de la edad gestacional. -En caso de radiografía debe usarse mandil de plomo para protección si es menor de 12 semanas.
35. Verificación, indicación o registro de vacunación antitetánica	x				x	-Lo más precoz posible en el embarazo. -1ra dosis: en cualquier semana de gestación. -2ª dosis: aplicar con intervalo no mayor de 6 ni menor de 4 semanas. - Dosis de Refuerzo: luego de 1 año o en cada embarazo siguiente en cualquier semana si son menos de 5

						años de la última vacunación. Si son más de 5 años repetir el esquema completo
36. <i>Preparación para el parto</i>				x	x	-Programar con la paciente y su pareja el tipo de parto que se espera. -EDUCACION ANTENATAL sobre las características del parto y la concurrencia oportuna al lugar de atención, reduce el número de visitas por falso trabajo de parto.
37. <i>Programar las consultas subsecuentes y registrar la fecha en la hoja de control y en el carné materno</i>	x	x	x	x	x	Asegúrese con calidad y calidez que la paciente entienda claramente las instrucciones. Registre la fecha de su próximo control claramente. Prepare con la paciente el plan de parto según clasificación de riesgo.

Fuente: *Componente Normativo Materno CONASA MSP (Ministerio de Salud Pública, 2008).*

2.2.3 Enfermedad Hipertensiva durante el Embarazo

La hipertensión durante el embarazo es considerada por la OMS como prioridad. Su incidencia está estimada en un 10 a 20 %. Estas diferencias están dadas por regiones, razas y factores socio-económicos y culturales. Una de las causas más frecuentes de morbilidad y mortalidad es la hipertensión gestacional teniendo un mayor índice en los países en desarrollo, lo cual constituye la causa más frecuente de muerte en los países latinoamericanos constituyéndose en un problema grave de salud pública particularmente en Ecuador y Paraguay (Rigol, 2008).

Concepto de hipertensión

Se considera Hipertensión en el embarazo si: la tensión arterial es de 140/90mm de Hg, dos veces consecutivas con 6 horas de diferencia.

- Aumento de la presión sistólica de 30 mm de Hg o más, de 15mm de Hg más de la tensión diastólica sobre niveles previamente conocidos.
- Tensión arterial media =105 o más.
- Cuando la tensión arterial es de 160/110 mm de Hg no es necesario repetir la toma (Rigol, 2008).

Clasificación de la HTA en el embarazo

Clasificación que usa la OMS

- Preclampsia y eclampsia

Preeclampsia: Leve, Grave

- Eclampsia

Hipertensión arterial crónica

Hipertensión arterial crónica con preeclampsia o eclampsia sobre añadida

Hipertensión transitoria o tardía

La preeclampsia y la eclampsia presentan estadios ya que pertenecen a una misma enfermedad. La diferencia entre la preeclampsia y eclampsia es la presencia de convulsiones o coma en la eclampsia, es una Preeclampsia leve cuando la TA no llega a 160/110mm de Hg la proteinuria es menor de 2g en 24 horas (Rigol, 2008).

Se estima que la preeclampsia es grave presenta diversos signos: oliguria menor de 500ml en 24 Horas y la presencia de trastornos cerebrales, disturbios visuales, dolor epigástrico, edema pulmonar, cianosis u otros (Rigol, 2008).

Hipertensión arterial crónica.- es la que diagnostica antes del embarazo o antes de las 20 semanas de gestación o que persiste más allá de las 6 semanas después del parto.

Hipertensión transitoria o gestacional.-es cuando se produce un aumento en la TA al final del embarazo, en el parto o en le puerperio inmediato, y que desaparece a

las 24 horas después de del parto sin ningún otro signo de pre eclampsia ni de la HTA (Rigol, 2008).

La preeclampsia produce cambios que tiene lugar en grado distinto y sigue la intensidad del proceso:

Aumento de la reactividad vascular.

Cambios renales

Cambios hematológicos:

Disminución del volumen sanguíneo

Hemoconcentración

Hipoproteinemia

Tendencia a la retención de ácido úrico

Trombocitopenia

Entre las medidas profilácticas tenemos:

- Las consultas prenatales se deben realizar de manera precoz y frecuente de acuerdo a lo establecido.
- La dieta será de un contenido calórico adecuado a la talla y peso de la paciente y al régimen de trabajo y reposo que siga.
- Vigilancia del peso aunque se considere ideal el aumento de 11 a 12 kg durante todo el embarazo.
- Suprimir los esfuerzos físicos intensos o prolongados, debe establecerse un reposo de 2 horas en el transcurso del día, además del reposo nocturno de 8 horas. (Rigol, 2008)

El Ministerio de Salud Pública ha establecido normas y protocolos los cuales ayudan a mejorar la calidad de atención y diagnosticar posibles enfermedades en el embarazo entre ellas tenemos los Trastornos Hipertensivos que se detallan a continuación (Ministerio de Salud Pública, 2008):

<i>PROTOCOLO DE MANEJO DE TRASTORNOS HIPERTENSIVOS GESTACIONALES Muchos de los pasos / tareas deben realizarse simultáneamente)</i>	<i>NIVEL I</i>	<i>NIVEL II</i>	<i>NIVEL III</i>
<i>1. Realice o complete la Historia clínica perinatal y el Carné Perinatal.</i>	<i>x</i>	<i>x</i>	<i>x</i>
<i>2. Realice evaluación clínica y obstétrica por médico de mayor experiencia en obstetricia (no interno rotativo) que incluya cada 30 minutos: -tensión arterial. -frecuencia cardiaca. -frecuencia respiratoria. -temperatura. -reflejos osteotendinosos (escala de 0 a 5). -estimación de la edad gestacional. -frecuencia cardiaca fetal por cualquier método. -actividad uterina para ubicación en la etapa de la labor de parto correspondiente (si aplica).</i>	<i>x</i>	<i>x</i>	<i>x</i>
<i>3. Valore el nivel de conciencia y la presencia o ausencia de convulsión. Si antecedente o constatación de crisis convulsivas tónico clónicas, sospeche firmemente en: ECLAMPSIA</i>	<i>x</i>	<i>x</i>	<i>x</i>
<i>4. Con el diagnóstico probable de ECLAMPSIA, disponga su ingreso a la unidad operativa o la referencia a otra unidad de mayor resolución en condiciones estables, envíe con el personal médico la hoja de referencia llena, con firma, nombre y sello legible del responsable, junto con el carné perinatal. Envíe a la paciente con la dosis de impregnación ya administrada. NO LA ENVIE SIN HABER HECHO PREVENCIÓN DE ECLAMPSIA CON SULFATO DE MAGNESIO. (ver más adelante)</i>	<i>x</i>	<i>x</i>	<i>x</i>
<i>5. Registre la existencia en control prenatal de exámenes de laboratorio: Biometría hemática, TP TTP, Plaquetas, grupo sanguíneo y factor Rh, VDRL, HIV con consentimiento informado. EMO – Urocultivo.</i>	<i>x</i>	<i>x</i>	<i>x</i>
<i>6. Solicite aquellos exámenes que no consten en la Historia clínica perinatal o necesiten ser actualizados que incluyan: -Hematocrito, hemoglobina, recuento plaquetario, grupo y factor, TP, TTP, plaquetas, HIV (previo consentimiento informado) VDRL. -Glucosa, Creatinina, urea, ácido úrico, TGO, TGP, BT, BD, BI, deshidrogenasa láctica -EMO, proteinuria en tirilla reactiva.</i>	<i>x</i>	<i>x</i>	<i>x</i>

-Si proteinuria en tirilla reactiva es POSITIVA, solicite Proteinuria en 24 horas			
7. Tranquilice a la paciente e informe sobre su condición.	x	x	x
8. Escuche y responda atentamente a sus preguntas e inquietudes y a las de sus familiares.	x	x	x
9. Brinde apoyo emocional continuo.	x	x	x
SI EMBARAZO MENOR DE 20 SEMANAS			
10. Si embarazo menor a 20 semanas y TA diastólica >90 mm Hg sospeche HIPERTENSION ARTERIAL CRONICA.	x	x	x
11. Realice proteinuria en tirilla.	x	x	x
12. Si proteinuria en tirilla es NEGATIVA: HIPERTENSION ARTERIAL CRONICA SIN PROTEINURIA. -Mantenga la medicación antihipertensiva que está tomando la paciente, Considere utilizar tratamiento antihipertensivo para prolongar el embarazo hasta el momento adecuado del parto: -alfametildopa 250 – 500 mg VO c/6h, o -nifedipina de liberación osmótica 30, 60, 90 mg/día; o -nifedipina de acción rápida 10 – 20 mg VO c/8h.	x	x	x
13. Valore la necesidad de hospitalización o referencia si presenta signos de descompensación de cifras tensionales crónicas, o: -Edad materna: >40 años. -Multiparidad con historia previa de trastorno hipertensivo gestacional. -Duración de la hipertensión: >15 años. -Diabetes mellitus (Clases B a F). -Enfermedad renal (por cualquier causa). -Miocardiopatía. -Colagenopatía. -Coartación de la aorta. -Antecedentes de accidente cerebro vascular. -Antecedente de insuficiencia cardiaca congestiva.	x	x	x
14. Tratamiento de crisis hipertensivas y finalización del embarazo según protocolo (Ver más adelante).	x	x	x
15. Si proteinuria en tirilla es POSITIVA: HIPERTENSION ARTERIAL CRONICA MAS PREECLAMPSIA SOBREAÑADIDA.	x	x	x
16. Con el diagnóstico probable, disponga su ingreso a la unidad operativa o la referencia a otra unidad de mayor resolución en condiciones estables, envíe con el personal médico la hoja de referencia	x	x	x

llena, con firma, nombre y sello legible del responsable, junto con el carné perinatal. Trabaje de manera multidisciplinaria con Obstetricia, Cardiología, Medicina Interna y Nutrición para compensar crisis.			
SI EMBARAZO MAYOR DE 20 SEMANAS			
17. Si embarazo mayor a 20 semanas y TA diastólica >90 mm Hg o sintomatología agravante disponga su ingreso a la unidad operativa o la referencia a otra unidad de mayor resolución en condiciones estables; envíe con el personal médico la hoja de referencia llena, con firma, nombre y sello legible del responsable, junto con el carné perinatal	x	x	x
18. Realice proteinuria en orina. Si proteinuria en tirilla es NEGATIVA: HIPERTENSION GESTACIONAL.	x	x	x
19. Si proteinuria en tirilla es POSITIVA sospeche en: PREECLAMPSIA – ECLAMPSIA. SINDROME DE HELLP. HIPERTENSION CRONICA MAS PREECLAMPSIA SOBREAÑADIDA.	x	x	x
20. Indique reposo relativo (es razonable aunque no modifica el curso del estado hipertensivo gestacional) y evitar situaciones estresantes.	x	x	x
21. NPO si se encuentra eclampsia, Síndrome de HELLP o decisión de finalizar el embarazo. -Dieta normocalórica sin restricción de sodio, en caso de manejo expectante.	x	x	x
22. Canalización de vía intravenosa con Catlon 16 o 18 para administración de cristaloides (SS 0,9% o Lac Ringer) a 125 cc/h hasta 24 horas posparto. No use coloides de primera elección.	x	x	x
23. Recoja sangre para exámenes (tubos de tapa lila, azul y roja) y prueba de coagulación junto a la cama (véase adelante) inmediatamente antes de la infusión de líquidos.	x	x	x
24. Cateterice la vejiga y monitoree el ingreso de líquidos y la producción de orina.	x	x	x
25. Control de signos vitales mínimo cada 30 minutos que incluya: tensión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, temperatura y reflejos osteotendinosos (escala de 0 a 5), FCF (por cualquier método) y actividad uterina (mientras no se produzca el parto). -Si está en labor de parto maneje acorde con protocolo y registro en partograma.	x	x	x

-Mantenga el control mínimo cada 8 horas desde el parto hasta el momento del alta.			
26. Administre oxígeno 10 l/min por mascarilla o a 4-6 l/min por catéter nasal si dificultad respiratoria, compromiso de bienestar fetal o eclampsia	x	x	x
27. Comunique del caso al Servicio de Neonatología.	x	x	x
PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE ECLAMPSIA			
28. USO DE SULFATO DE MAGNESIO PARA PREVENCIÓN DE ECLAMPSIA: -DOSIS DE IMPREGNACION: 4 g SO ₄ Mg IV en 20 minutos. -DOSIS DE MANTENIMIENTO: 1g/hora IV en bomba de infusión de preferencia. -EN TODA PREECLAMPTICA INDEPENDIENTE DE LA PRESENCIA DE SINTOMATOLOGÍA VASOMOTORA O NEUROLOÓGICA. -EN HIPERTENSION GESTACIONAL EXCLUSIVAMENTE SI LA PACIENTE PRESENTA SINTOMATOLOGÍA VASOMOTORA O NEUROLOÓGICA IMPORTANTE QUE ANTICIPE ECLAMPSIA. -EN HIPERTENSIÓN CRÓNICA NO ES NECESARIO EL USO DE SULFATO DE MAGNESIO. -Mientras usa Sulfato de Magnesio vigile que la frecuencia cardíaca materna, frecuencia respiratoria, y reflejos osteotendinosos estén en parámetros normales, la diuresis debe mantenerse entre 20 y 30 cc/h (2 cc/Kg/hora) por la excreción renal del Sulfato de Magnesio. -Mantener el Sulfato de Magnesio hasta 24 horas posparto o hasta 24 horas de la última crisis ecláptica.	x	x	x
29. USO DE SULFATO DE MAGNESIO PARA TRATAMIENTO DE ECLAMPSIA: -DOSIS DE IMPREGNACIÓN: 6 g SO ₄ Mg IV en 20 minutos. -DOSIS DE MANTENIMIENTO: 2g/hora IV en bomba de infusión de preferencia. -Mientras usa Sulfato de Magnesio vigile que la frecuencia cardíaca materna, frecuencia respiratoria, y reflejos osteotendinosos estén en parámetros normales, la diuresis debe mantenerse entre 20 y 30 cc/h (2 cc/Kg/hora) -Mantener el Sulfato de Magnesio hasta 24 horas posparto o hasta 24 horas de la última crisis ecláptica	x	x	x

<p>30. SUSPENDA O RETARDE EL SULFATO DE MAGNESIO SI: -Frecuencia respiratoria < 16 respiraciones por minuto.</p> <p>-Reflejos osteotendinosos están ausentes. Diuresis < 30 cc/h durante las 4 horas previas.</p> <p>Tenga el antídoto preparado en caso de depresión o paro respiratorio:</p> <p>-Administre Gluconato de Calcio 1 g IV (1 ampolla de 10 cc de solución al 10%) lentamente hasta que comience la autonomía respiratoria.</p> <p>-Ayude a la ventilación con máscara/bolsa, aparato de anestesia o intubación.</p> <p>-Administre oxígeno a 4 l/min por cateter nasal o 10 l/min por máscara.</p>	x	x	x
TRATAMIENTO DE CRISIS HIPERTENSIVAS			
<p>31. Si TA diastólica >110 mm Hg administrar:</p> <p>-HIDRALAZINA 5 – 10 mg IV en bolo, repetir en 20 minutos si no cede la crisis. Dosis máxima 40 mg IV.</p> <p>-NIFEDIPINA 10 mg VO, cada 20 minutos por tres dosis, luego 10 mg cada seis horas Dosis máxima 60 mg. v</p> <p>-la TA diastólica no debe bajar de 90 mm Hg, sobre todo en las hipertensas crónicas. v</p> <p>-si no se controla la TA con nifedipina e hidralazina a las dosis máximas, la paciente debe ser remitida a una unidad de cuidados intensivos para manejo con nitroprusiato de sodio en infusión continua y finalización inmediata del embarazo.</p>	x	x	x
<p>CONSIDERE MANEJO EXPECTANTE DE LA HIPERTENSION CRONICA CON PREECLAMPSIA SOBREAÑADIDA SOLO EN LOS CASOS QUE CUMPLAN LAS SIGUIENTES CARACTERISTICAS:</p> <p>-con las medidas iniciales la PA se controla. v</p> <p>-PA sistólica entre 140 – 155 mm Hg.</p> <p>-PA diastólica entre 90 -105 mm Hg.</p> <p>Considere utilizar tratamiento anihipertensivo para prolongar el embarazo hasta el momento adecuado del parto:</p> <p>-alfametildopa 250 – 500 mg VO c/6h; o</p> <p>-nifedipina de liberación osmótica 30, 60, 90 mg/día;</p> <p>o -nifedipina de acción rápida 10 – 20 mg VO c/8h.</p>	x	x	x
<p>32. Si dispone de ecografía abdominal verifique la edad gestacional e ILA, en busca de signos de restricción de crecimiento fetal.</p>	x	x	x

<p>33. Con el diagnóstico probable, disponga su ingreso a la unidad operativa o la referencia a otra unidad de mayor resolución en condiciones estables, envíe con el personal médico la hoja de referencia llena, con firma, nombre y sello legible del responsable, junto con el carné perinatal. Envíe a la paciente con la dosis de impregnación ya administrada. NO LA ENVIE SIN HABER HECHO PREVENCIÓN DE ECLAMPSIA CON SULFATO DE MAGNESIO</p>	x	x	x
<p>FINALIZACIÓN DEL EMBARAZO</p>			
<p>34. Finalizar el embarazo con consentimiento informado, en las primeras 24 horas, independientemente de la edad gestacional, por parto o cesárea, si se sospecha compromiso materno:</p> <ul style="list-style-type: none"> -TA diastólica \geq 110 mm Hg o TA sistólica \geq 160 mm Hg mantenidas a pesar de tratamiento hasta por 6 horas. -Oliguria menor a 30 cc/h (diuresis menor a 1cc/Kg/h) -Proteinuria en 24 horas $>$ 3 gr. o +++ en tirilla reactiva. <p>Finalizar el embarazo con consentimiento informado, en las primeras 12 horas, independientemente de la edad gestacional, por parto o cesárea, si se sospecha compromiso materno:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Convulsiones (eclampsia) -Síndrome de HELLP agravado por: <ul style="list-style-type: none"> -Plaquetopenia 1400 UI/L -TGO: $>$ 150 UI/L -TGP: $>$ 100 UI/L -Ácido Úrico: $>$ 7,8 mg/dl -Creatinina: $>$ 1 mg/dl <p>Finalizar el embarazo inmediatamente con consentimiento informado, independientemente de la edad gestacional, por parto o cesárea, si se sospecha compromiso materno del bienestar fetal (ver capítulo): -Oligohidramnios ILA $<$ 1</p> <ul style="list-style-type: none"> -Monitoreo fetal electrónico no tranquilizador o patológico. -Perfil biofísico de 4/10 o menos en dos ocasiones con intervalo 4 horas. -En arteria umbilical: Índice de resistencia y pulsatilidad aumentados. -Ausencia o inversión de diástole. 		x	x

-En arteria cerebral media disminución de índice de resistencia y pulsatilidad. -Relación IR arteria cerebral media / IR arteria umbilical < 1			
35. Terminación de embarazo por cesárea: se indicará cesárea con incisión media infraumbilical a través de la cual se debe visualizar (no palpar o explorar) un eventual hematoma subcapsular hepático, sólo en los siguientes casos: -Embarazo < 32 semanas y Bishop < 6. v -Síndrome de HELLP con signos de gravedad. v -Coagulación intravascular diseminada (ver complicaciones de HELLP más adelante).		x	x
36. Si plaquetas < 100. 000 mm ³ se contraindica la anestesia peridural.		x	x
37. SI EMBARAZO >34 SEMANAS: Terminación del embarazo según criterio obstétrico por parto o cesárea: -Bishop < 6 = Maduración cervical. -Bishop > 6 y actividad uterina < 3/10 = CONDUCCION. -Bishop > 6 y actividad uterina > 3/10 = EVOLUCION ESPONTANEA.		x	x
38. SI EMBARAZO > 34 semanas -LA CONDICION DE T/A ES ESTABLE. -SIN CRISIS HIPERTENSIVAS. -SIN SIGNOS DE COMPROMISO MATERNO O FETAL. -TOCOLISIS -NIFEDIPINA 10 mg VO cada 15 minutos por 4 dosis, luego 20 mg cada 8 horas hasta completar maduración pulmonar fetal o 72 horas. - INDOMETACINA (sólo en < 32 semanas) 100 mg vía rectal cada 8 horas hasta completar maduración pulmonar fetal o por 72 horas MADURACIÓN PULMONAR FETAL Si embarazo >24 y 32 semanas -Betametasona 12 mg IM y a las 24 horas (total 2 dosis). -Dexametasona 6 mg IM y cada 12 horas (total 4 dosis).		x	x
39. Si el embarazo se va a prolongar por más de 48 horas se debe realizar manejo de líquidos por vía IV cristaloides (Lactato Ringer, solución salina 0.9%), control de signos vitales estrictos y exámenes		x	x

<i>seriados cada 24 horas para determinar parámetros de gravedad que indiquen terminación del embarazo de inmediato.</i>			
40. EL MANEJO DEL TRABAJO DE PARTO NO DIFIERE DEL PROTOCOLO DE MANEJO DEL PARTO DE BAJO RIESGO. (VER PROTOCOLO DE MANEJO DE PARTO NORMAL)		<i>x</i>	<i>x</i>
41. Manténgase atento a las complicaciones de los trastornos hipertensivos del embarazo en especial el Síndrome de HELLP : <i>-Hematoma subcapsular hepático. -Ruptura hepática. -Coagulación intravascular diseminada. -Falla renal. -Edema agudo de pulmón. -Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta. -Hemorragia posparto. (ver protocolo de manejo más adelante)</i>		<i>x</i>	<i>x</i>
42. Antes del alta provea orientación y servicios sobre planificación familiar. Brinde asesoría y administre un anticonceptivo acorde con las necesidades y características de la paciente.		<i>x</i>	<i>x</i>
43. Programe una cita para control posparto acorde con manejo de puerperio y reevalúe a la paciente 12 semanas posparto para redefinición de diagnóstico definitivo de trastorno hipertensivo gestacional.		<i>x</i>	<i>x</i>
44. No olvide enviar con la paciente y con el personal de correspondencia la hoja de contrarreferencia y/o epicrisis completa y correctamente llena, con firma, nombre legible y sello de responsabilidad para su análisis en la unidad de origen. Envíe los resultados de exámenes necesarios para la recuperación completa y/o rehabilitación apropiada.		<i>x</i>	<i>x</i>

Fuente: Componente Normativo Materno CONASA MSP (Ministerio de Salud Pública, 2008).

2.2.4 Infecciones del tracto urinario

Las infecciones del tracto urinario se considera una de las afecciones más frecuentes asociadas la embarazo, de ahí la necesidad de conocerla ya que la importancia que tiene en el desarrollo y terminación del embrazo, durante el puerperio. La infección

urinaria es la invasión y el desarrollo de bacterias en el trato urinario que traerá consigo complicaciones maternas y fetales (Rigol, 2008).

Definiremos como infección urinaria alta aquella que se localiza al nivel del parénquima sistema pielocalicial y uréter, y como infección urinaria baja las que se presenten en el nivel de la porción inferior uréter, vejiga uretra. La bacteriuria asintomática es un proceso infeccioso que tiene una incidencia de 2 a 7% como su nombre lo dice esta desprovista de síntomas (Rigol, 2008).

Durante el embarazo se producen diversas modificaciones anatómicas y funcionales que aumentan el riesgo a padecer una infección urinaria. Entre ellas se destacan: la hidronefrosis del embarazo, el aumento del volumen urinario en los uréteres que produce una columna líquida continua que ayuda a la propagación de la infección, disminución del tono uretral y vesical que se asocia a un aumento del volumen urinario en la vejiga lo cual aumenta su capacidad vesical y disminuye su tiempo de vaciamiento. (Alvarez, Echeverria, Garau, & Lens, 2006).

Fisiopatología

Germen.-El germen más frecuente es Echerichia coli, pues entre un 80 y 90% de las pacientes tiene este microorganismo. Los estafilococos pueden causar el mismo problema, en especial en aquellas que presenten diabetes gestacional. La infección urinaria puede presentar formas agudas y crónicas. Se puede presentar de manera asintomática y sintomática que se caracteriza por fiebre, escalofríos, vomito, dolor lumbar unilateral o bilateral, disuria, oliguria, orinas turbias con presencia de hematíes en algunos casos, así también como polaquiuria y dolor en la uretra (Rigol, 2008).

Bacteriuria asintomática.- es la presencia de bacterias en la orina mayor de 100.000 UFC/ml, se considera que las tasas de BA son similares a las no gestantes.

Cistitis.-Presenta los siguientes síntomas disuria, polaquiuria, micción urgente acompañada de dolor supra púbico.

Pielonefritis aguda.-es una infección de las vías altas y del parénquima renal, la cual aparece en el último trimestre secundaria a una BA, es la presentación más grave de las infecciones del tracto urinario (Alvarez, Echeverria, Garau, & Lens, 2006).

Existen diversos factores que interviene para el desarrollo de las infecciones del tracto urinario tales como:

Factores mecánicos.- el crecimiento uterino ya que a medida que aumenta de tamaño comprime la vejiga, lo cual favorece la aparición de residuos posmiccional.

Factores hormonales.-Progesterona disminuye el tono y la contractibilidad de las fibras musculares lisas del esfínter ureterovesical y del uréter.

Factores de riesgo.- La mala condición socioeconómica, Diabetes gestacional y pregestacional (Moroto Martin, 2013).

El Ministerio de Salud Pública ha establecido normas y protocolos los cuales ayudan a mejorar la calidad de atención y diagnosticar posibles enfermedades en el embarazo entre ellas tenemos las Infecciones del Tracto Urinario afección que es muy común durante el embarazo que se detallan a continuación (Ministerio de Salud Pública, 2008):

<i>PROTOCOLO DE MANEJO DE LA INFECCION DE VIAS URINARIAS EN EL EMBARAZO: BACTERIURIA ASINTOMATICA y CISTITIS AGUDA.</i> <i>(Muchos de los pasos deben realizarse simultáneamente)</i>	<i>NIVEL I</i>	<i>NIVEL II</i>	<i>NIVEL III</i>
<i>1. Realice o complete la Historia clínica perinatal y el Carné Perinatal.</i>	<i>x</i>	<i>x</i>	<i>x</i>
<i>2. Evaluación clínica que incluya tensión arterial, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria y temperatura.</i>	<i>x</i>	<i>x</i>	<i>x</i>
<i>3. Realice evaluación obstétrica que incluya frecuencia cardiaca fetal por cualquier método.</i>	<i>x</i>	<i>x</i>	<i>x</i>
<i>4. Registre la existencia en el registro de control prenatal de exámenes de laboratorio: Asegúrese de que consten EMO y Urocultivo.</i>	<i>x</i>	<i>x</i>	<i>x</i>
<i>5. Solicite aquellos que no consten en la historia clínica perinatal o necesiten ser actualizados. Indispensable solicitar EMO y urocultivo.</i>	<i>x</i>	<i>x</i>	<i>x</i>

6. Si la paciente es sintomática, tranquilícela e informe sobre su condición.	x	x	x
7. Escuche y responda atentamente a sus preguntas e inquietudes y a las de sus familiares.	x	x	x
8. Brinde apoyo emocional continuo y explique los pasos a seguir.	x	x	x
9. Administre tratamiento si cumple con: - paciente asintomática o sintomática. - examen microscópico de orina infeccioso (nitritos positivos, estearas leucocitaria positiva, presencia de bacterias o piuria), o - Urocultivo positivo (reporta más de 100.000 colonias/ml),	x	x	x
10. Considere las siguientes medidas generales: - si está asintomática, actividad normal. - si es sintomática, reposo relativo dependiendo del malestar general. - sugiera hidratación vía oral exhaustiva. - Según necesidad control de temperatura por medios físicos y/o Acetaminofén 500 mg cada 8 horas hasta que cedan los síntomas.	x	x	x
11. ANTIBIOTICOTERAPIA INICIAL: por 72 horas, inicio previa toma de muestra para urocultivo, con UNO de los siguientes antibióticos: (valore eficacia, seguridad, conveniencia y costo).- - Ampicilina 250-500 mg VO cada 6 horas, o - Cefalexina 250-500 mg VO cada 6 horas, o - Eritromicina 250-500 mg VO cada 6 horas, o - Amoxicilina 500 mg VO cada 8 horas, o - Nitrofurantoína 50 – 100 mg cada 6 horas (no sobre 37 semanas), o - Fosfomicina 3 g. VO dosis única, o - Ampicilina Sulbactam 375 mg VO cada 12 horas, o - Amoxicilina/clavulánico 250 mg VO cada 6 horas, o - Trimetoprim/Sulfametoxazol 160/180 mg cada 12 horas (solo en II trimestre) o 320/1600mg en dosis única. Con el resultado del urocultivo y antibiograma valore la continuidad o el cambio apropiado de antibiótico para completar mínimo 7 días de tratamiento.	x	x	x
12. Si la mejoría clínica no se presenta, considere cambio de antibiótico y/o referencia a nivel de especialidad.	x	x	x
13. Seguimiento: con cultivo de orina a los dos semanas del episodio agudo (prueba de cura) y cada mes (para ver recurrencia); si urocultivo positivo dar tratamiento en base a antibiograma e iniciar terapia supresiva hasta 4 a 6 semanas del postparto.	x	x	x

14. Programe una cita para control de tratamiento a las dos semanas.	x	x	x
15. NO OLVIDE solicitar según Protocolo de control prenatal urocultivo entre las 12 a 16 semanas y nuevamente en el tercer trimestre de la gestación	x	x	x

Fuente: Componente Normativo Materno CONASA MSP (Ministerio de Salud Pública, 2008).

PROTOCOLO DE MANEJO DE LA INFECCION DE VIAS URINARIAS EN EL EMEBARAZO PIELONEFRITIS (Muchos de los pasos deben realizarse simultáneamente)	NIVEL I	NIVEL II	NIVEL III
1. MANEJO INICIAL SIMILAR A BACTERIURIA ASINTOMATICA Y CISTITIS AGUDA DEL PUNTO 1 AL 7.	x	x	x
2. Brinde apoyo emocional continuo y explique los pasos a seguir.	x	x	x
3. Con el diagnóstico probable, disponga su ingreso a la unidad operativa o la referencia a otra unidad de mayor resolución en condiciones estables, envíe con el personal médico la hoja de referencia llena, con firma, nombre y sello legible del responsable, junto con el carné perinatal.	x	x	x
4. MANEJO HOSPITALARIO: -Reposo relativo según estado general. -Dieta blanda + líquidos abundantes. -Control de ingesta y excreta. -Bajar temperatura por medios físicos. -Acetaminofén 1 g VO si temperatura > 38.5°C. -Curva térmica. -Control de signos vitales maternos y fetales. -Líquidos intravenosos SS 0.9% 1000 cc IV 125 cc/h según hidratación. -ANTIBIOTICOTERAPIA INICIAL: por 72 horas, inicio previa toma de muestra para urocultivo, valore eficacia, seguridad, conveniencia y costo. Con el resultado del urocultivo y antibiograma valore la continuidad o el cambio apropiado de antibiótico para completar 7 días de tratamiento: -Cefazolina 1-2g IV cada 6-8 horas. -Gentamicina 2 mg/Kg dosis inicial IV luego 1.5 mg/Kg IV cada 8 horas o Gentamicina 5 mg/Kg IV cada día. -Cefuroxima 0,75 – 1,5 g IV cada 8 horas. -Ceftriaxone 1-2 g IV o IM cada día.		x	x
5. Mantener el tratamiento intravenoso mientras persista la fiebre, si la sintomatología remite se puede hacer la		x	x

<i>conversión a tratamiento oral hospitalario y luego ambulatorio por 7 a 14 días.</i>			
6. ANTIBIÓTICO ESPECÍFICO: <i>-Si la paciente presenta signos de gravedad: sepsis, alteraciones respiratorias iniciar un segundo antibiótico como Gentamicina (2 mg/kg dosis inicial y luego 1.5 g/kg cada 8 horas) o Aztreonam (500-1000mg IV cada 8 horas). -Si pasadas las 72 horas paciente persiste febril se debe sospechar patógeno resistente o anormalidades del tracto urinario o urolitiasis; para los dos últimos casos solicitar ecografía de riñón y vejiga.</i>		<i>x</i>	<i>x</i>
<i>7. Proceda a la contrarreferencia escrita a la unidad de origen si aplica. No olvide enviar con la paciente y con el personal de correspondencia la hoja de contrarreferencia y/o epicrisis completa y correctamente llena, con firma, nombre legible y sello de responsabilidad para su análisis en la unidad de origen. Envíe los resultados de exámenes necesarios para la recuperación completa y/o rehabilitación apropiada.</i>		<i>x</i>	<i>x</i>
<i>8. Seguimiento: con cultivo de orina a los dos semanas del episodio agudo (prueba de cura) y cada mes (para ver recurrencia); si urocultivo positivo dar tratamiento en base a antibiograma e iniciar terapia supresiva hasta 4 a 6 semanas del postparto.</i>	<i>x</i>	<i>x</i>	<i>x</i>
<i>9. Programe una cita para control a las dos semanas. NO OLVIDE solicitar según Protocolo de control prenatal urocultivo entre las 12 a 16 semanas y nuevamente en el tercer trimestre de la gestación.</i>	<i>x</i>	<i>x</i>	<i>x</i>

Fuente: Componente Normativo Materno CONASA MSP (Ministerio de Salud Pública, 2008).

2.2.5 Diabetes mellitus y gestación

La diabetes mellitus es considerado un desorden crónico metabólico de los carbohidratos, proteínas y grasas, donde se produce una disminución relativa de la insulina y por la presencia de hiperglicemias, glucosuria y cetoacidosis. Aquellos que padezcan dicha enfermedad tiene un alto porcentaje de sufrir un infarto de miocardio y un fallo renal es mucho más frecuente en pacientes diabéticos, mientras los síntomas arteriales periféricos son tres veces más frecuentes (Rigol, 2008).

La insulina es una hormona anabólica la cual se encarga en el organismo del metabolismo de los carbohidratos, lípidos y proteínas; lo cual promueve la recepción de los aminoácidos de la litogénesis, la glucosa y el almacenamiento del glucógeno. La hiperglicemia es toxica en el desarrollo fetal, ya que provoca un incremento de los defectos congénitos, siendo muy perjudiciales para el recién nacido ya que pueden llegar a producir incapacidad (Rigol, 2008).

En las mujeres embarazadas los síntomas no pueden ser percibidos o leves, o presentarse con la aparición de las molestias. En los análisis rutinarios pueden detectarse niveles elevados de azúcar en sangre y no hallarse ninguna otra evidencia de la enfermedad. Mientras tanto otras pacientes, podrán notar algunos de los siguientes síntomas asociados a la diabetes gestacional (Dudzinska Camarero, 2015).

Presentando los siguientes síntomas y signos:

- Visión borrosa.
- Fatiga.
- Sed y polidipsia (gran consumo de agua).
- Poliuria: incremento de la micción.
- Náuseas y vómitos.
- Pérdida de peso.
- Infecciones urinarias, candidiasis vaginal

Gestación normal y diabetes mellitus

Para Rigol (2008) en toda gestación, los cambios metabólicos y la combinación de cambios hormonales tempranos en la gestación, los niveles bajos de glicemia, la promoción de depósitos grasos y aumentando del apetito por el aumento de los

niveles de estrógeno y progesterona que permiten el aumento, producción y secreción de insulina.

El resultado es, intentar una disminución de la glucosa en ayunas, que llega al máximo alrededor de las 12 semanas y se mantiene sin cambios hasta el parto; el descenso es una media de mg/dl de los valores normales de una gestante estarán entre 70 y 80mg/dl (Rigol, 2008).

Durante el embarazo, el páncreas está sometido una mayor exigencia de adaptación, pueden producirse varios grados de alteración del metabolismo de los hidratos de carbono; que determinan genéticamente y podrían aparecer por primera vez durante el embarazo o complicarse en pacientes con diabetes pre-existente. Hay que considerar que estas alteraciones metabólicas se van a acentuar ante un estado insulinoresistencia, como la obesidad pre-embarazo por el aumento de peso excesivo, no controlado durante el embarazo (Araya, 2009).

Existe también un descenso en los valores posprandiales; esta acción en la gestación normal protege el desarrollo del embrión de la acción de los niveles altos de glucosa. Durante el tercer trimestre los niveles de azúcar en la sangre se elevan ya que el feto depende mucho de la glicemia de la madre en un 80%, pero los niveles de los aminoácidos fetales son 2 o 3 veces mayor que los maternos, aunque no tan altos como la placenta. (Rigol, 2008)

En las gestantes con niveles de glucosa y nutrientes elevado hay un desarrollo placentario continuo, con un detrimetro en la maduración en la maduración orgánico-hormonal del feto.

El crecimiento fetal somático está asociado a las propiedades anabólicas de la insulina aunque ninguna de las insulinas (madre-feto) cruza la barrera placentaria, si se conocen que son necesarios la glucosa y los aminoácidos para que ocurra la liberación de la insulina fetal, así como va estar regulado por el potencial genético.

Educación se debe mostrar al paciente la prevención y tratamiento de las hipoglicemias, técnicas de aplicación de la insulina, autocontrol de la dosis de la insulina e importancia de los controles. Dieta la cual debe ser adecuada según los hábitos; evitar los ayunos prolongados, y es importante fraccionar la dieta sobre el consumo de carbohidratos de acuerdo con la dosis de insulina del paciente (Rigol, 2008).

FACTORES DE RIESGO:

Edad materna mayor a 30 años, historia obstétrica pasada (pasado de diabetes gestacional, enfermedad hipertensiva específica del embarazo, abortos a repetición, macrosomía y malformaciones fetales. Uso de medicamentos con acción hiperglucemiante (corticoides y otros), Obesidad central IMC >30, historia familiar de diabetes especialmente entre los familiares de 1º grado (Almiron & Gamarra, 2005).

COMPLICACIONES DE LA DIABETES GESTACIONAL

- **Maternas:**

Descompensación metabólica aguda: cetoacidosis diabética, siendo mortal para la madre y el feto.

Infecciones urinarias recidivantes que agravan la evolución de la diabetes.

Preclampsia/eclampsia, que aumenta el riesgo de morbimortalidad materno/fetal.

DG en embarazos posteriores y diabetes mellitus tipo 2: por lo general la diabetes gestacional desaparece después del embarazo, pero una vez que se ha tenido DG hay posibilidad de que dos de cada tres mujeres presente nuevamente esta enfermedad en futuros embarazos. Hasta un 30 a 40% de las mujeres con diabetes gestacional desarrollan una diabetes mellitus manifiesta dentro de 5 a 10 años. El riesgo puede incrementar si la obesidad está presente.

Datos recientes apuntan a un mayor riesgo de hipertensión, dislipidemia, y enfermedad cardiovascular (Almiron & Gamarra, 2005).

- Fetales:

Macrosomía: Peso excesivo para la edad gestacional, constituye el atributo más característico de la diabetes gestacional. Se la ha considerado como una consecuencia del hiperinsulinismo fetal en respuesta a las altas concentraciones de glucosa materno/fetal.

Existen complicaciones relativas a la macrosomía fetal, llevando a un aumento de la tasa de partos por cesárea, mayor riesgo de tocotraumatismos y aumento de la neomortalidad. Malformaciones congénitas pueden ocurrir, ya que no siempre se trata diabetes que aparece por primera vez en el embarazo, pero si es diagnosticada en esta ocasión (Almiron & Gamarra, 2005).

El Ministerio de Salud Pública ha establecido normas y protocolos los cuales ayudan a mejorar la calidad de atención y diagnosticar posibles enfermedades en el embarazo entre ellas tenemos la Diabetes Mellitus que se detallan a continuación (Ministerio de Salud Pública, 2008):

PROTOCOLO DE MANEJO DE LA DIABETES GESTACIONAL (Muchos de los pasos / tareas deben realizarse simultáneamente)	NIVEL I	NIVEL II	NIVEL III
1. Solicite glicemia basal en la consulta preconcepcional.	x	x	x
2. Realice o complete la Historia clínica perinatal y el Carné Perinatal.	x	x	x
3. Evaluación clínica y obstétrica de acuerdo con protocolo de manejo de control prenatal.	x	x	x
4. En todos los embarazos solicite TEST DE SCREENING PARA DIABETES GESTACIONAL (TEST DE O'SULLIVAN) en la primera visita, en la semana 24 a 28 y en semana 32 a 34, con las siguientes condiciones: -administrar una sobrecarga de 50 g de glucosa a cualquier hora del día sin preparación previa en cuanto a dieta valoración de glicemia una hora post sobrecarga RESULTADO DEL TEST DE SCREENING: NEGATIVO: < 140 mg/dl. POSITIVO: >140 mg/dl	x	x	x
5. SI RESULTADO NEGATIVO (< 140 mg/dl)	x	x	x

<p>repetir test a las 24 - 28 semanas</p> <p>repetir test a las 32 – 34 semanas</p>													
<p>6. SI RESULTADO POSITIVO (> 140 mg/dl)</p> <p>Realizar test de tolerancia oral a la glucosa o test de sobrecarga con 100g</p>	x	x	x										
<p>7. TEST DE TOLERANCIA ORAL A LA GLUCOSA (TTOG).</p> <p>CONDICIONES:</p> <p>-administrar una sobrecarga de 100 g</p> <p>realizar en ayunas y sin restricciones dietéticas previas no consumo de tabaco reposo antes y durante la prueba determinar glicemia en ayunas, a la 1, 2 y 3 horas</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">Horas</th> <th style="text-align: left;">Valor de glicemia/National Diabetes Data Group (TTOG)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Ayunas</td> <td>95 mg/dl</td> </tr> <tr> <td>1 hora</td> <td>180 mg/dl</td> </tr> <tr> <td>2 hora</td> <td>155 mg/dl</td> </tr> <tr> <td>3 hora</td> <td>140 mg/dl</td> </tr> </tbody> </table>	Horas	Valor de glicemia/National Diabetes Data Group (TTOG)	Ayunas	95 mg/dl	1 hora	180 mg/dl	2 hora	155 mg/dl	3 hora	140 mg/dl	x	x	x
Horas	Valor de glicemia/National Diabetes Data Group (TTOG)												
Ayunas	95 mg/dl												
1 hora	180 mg/dl												
2 hora	155 mg/dl												
3 hora	140 mg/dl												
<p>8. TTOG NEGATIVO: Menos de 2 valores positivos. Repetir screening con 50 g a las 24 – 28 semanas y a las 32 – 34 semanas</p>	x	x	x										
<p>9. TTOG POSITIVO: dos o más valores que sobrepasan los valores de corte diagnóstico para diabetes mellitus. Diagnóstico de Diabetes Mellitus confirmado.</p>	x	x	x										
<p>10. Escuche y responda atentamente a las preguntas e inquietudes de la paciente y a las de sus familiares.</p>	x	x	x										
<p>11. Brinde apoyo emocional continuo.</p>	x	x	x										
<p>12. Indique la realización de EJERCICIO físico diario de intensidad moderada y acorde con la condición de la paciente, ya que reduce los valores de glucosa y la necesidad de insulina.</p>	x	x	x										
<p>13. Recomendar una DIETA equilibrada y fraccionada con seis comidas al día; calcule de 20 a 25 Kcal. /Kg. de peso, con restricción de carbohidratos y grasas. Si el IMC es >27 indique dieta hipocalórica.</p> <p>Si dispone de nutricionista indique la interconsulta para incentivar aspectos educacionales sobre temas dietéticos.</p> <p>-Mantener la glucosa en ayunas no mayor a 90 mg/dl.</p> <p>-Mantener la glucosa posprandial no mayor 120 mg/dl.</p> <p>-Mantener la Hemoglobina glicosilada bajo 6%</p> <p>-Mantener la Fructosamina bajo 285.</p> <p>SI EN DOS SEMANAS NO SE OBTIENEN ESTOS VALORES SE INDICA INICIAR EL USO DE INSULINA.</p>	x	x	x										

14. Disponga la referencia a unidad de mayor resolución con epicrisis o carné prenatal.	x	x	x										
15. Los requerimientos de INSULINA NPH son: -Primer trimestre: 0.7 UI/kg/día -Segundo trimestre: 0.8 UI/kg/día -Tercer trimestre: 0,9 UI/kg/día Se recomienda comenzar con 0,2 – 0,3 UI/Kg./día de insulina NPH o lenta: 2/3 antes del desayuno y 1/3 antes de la cena. Mantenga los valores dentro de lo referido con control de glicemia capilar: <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 30%;"><i>Horas</i></td> <td><i>Valores esperados (mg/dl)</i></td> </tr> <tr> <td><i>Antes del desayuno</i></td> <td>60 – 90 mg/dl</td> </tr> <tr> <td><i>Preprandial</i></td> <td>60 – 105 mg/dl</td> </tr> <tr> <td><i>Posprandial 2horas</i></td> <td><120 mg/dl</td> </tr> <tr> <td><i>2 am y 6 am</i></td> <td>>60 mg/dl</td> </tr> </table> Revise periódicamente la glicemia posprandial para considerar la adición de insulina rápida en una proporción de 2:1 (insulina NPH o lenta : insulina rápida) -Control de glicemia venosa, TA y peso cada 15 días. -Control mensual de fructosamina -Control trimestral de Hemoglobina glicosilada. -Solicite urocultivo	<i>Horas</i>	<i>Valores esperados (mg/dl)</i>	<i>Antes del desayuno</i>	60 – 90 mg/dl	<i>Preprandial</i>	60 – 105 mg/dl	<i>Posprandial 2horas</i>	<120 mg/dl	<i>2 am y 6 am</i>	>60 mg/dl		x	x
<i>Horas</i>	<i>Valores esperados (mg/dl)</i>												
<i>Antes del desayuno</i>	60 – 90 mg/dl												
<i>Preprandial</i>	60 – 105 mg/dl												
<i>Posprandial 2horas</i>	<120 mg/dl												
<i>2 am y 6 am</i>	>60 mg/dl												
16. CONTROL DE BIENESTAR FETAL PRENATAL: (Ver compromiso del bienestar fetal) -Monitoreo fetal electrónico sin estrés cada semana. -Ecografía mensual para control de crecimiento e índice de líquido amniótico (ILA) -diabetes gestacional no insulino dependiente desde semana 36. -diabetes gestacional insulino dependiente desde semana 32.		x	x										
17. TERMINACIÓN DEL EMBARAZO SEGÚN CRITERIO OBSTÉTRICO POR PARTO O CESÁREA: -Si hay signos de compromiso fetal. -Si el control de la glucosa es inadecuado y hay macrosomía considere la terminación del embarazo a las 38 semanas. -Si la glicemia está controlada considere no sobrepasar las 40 semanas. -Si hay labor de parto pretérmino no use beta-miméticos y considere el efecto de los corticoides sobre la glucosa materna. -Comunicar del caso al Servicio de Neonatología		x	x										
18. MANEJO INTRAPARTO		x	x										

<p>-Administre glucosa en dextrosa al 5% sin exceder de 125 cc/hora. Evitar la administración en bolos de solución glucosada.</p> <p>-Sólo si glucosa >140 mg/dl administrar insulina lenta a una dilución de 0,1 U/ml (25 U en 250 ml. de solución salina) en infusión continua a niveles de 0,5 a 1 U/hora.</p> <p>-Si la paciente será sometida a inducción o cirugía programada no deberá suministrarse la dosis habitual de la mañana.</p>			
<p>19. MANEJO POSPARTO.</p> <p>-Indicar dieta para diabético con aporte de 27 kcal/kg/día durante la lactancia materna.</p> <p>-La insulina en el post parto rara vez debe ser utilizada y debe iniciarse si la glucosa en ayunas excede los 110 mg/dl o la glucosa 1 hora posprandial 160mg/dl.</p> <p>-Se sugiere 0.5 – 0.6 U/Kg. /24 horas (sobre la base de peso posparto) dividida en varias dosis: por la mañana NPH + rápida, por la tarde NPH + rápida y al acostarse NPH.</p> <p>Indicar prueba de sobrecarga de 75g en 2 horas seis semanas posparto para determinar una posible diabetes preexistente (2%).</p> <p>-Indicar control anual de glicemia en ayunas.</p> <p>-Alentar la pérdida de peso con un programa de ejercicio periódico.</p>		x	x
<p>20. Provea orientación y servicios sobre planificación familiar. Brinde asesoría y administre un anticonceptivo acorde con las necesidades y características de la paciente</p>		x	x
<p>21. Programe una cita para las seis semanas posparto o proceda a la contrarreferencia escrita a la unidad de origen. No olvide enviar con la paciente y con el personal de correspondencia la hoja de contrarreferencia y/o epicrisis completa y correctamente llena, con firma, nombre legible y sello de responsabilidad para su análisis en la unidad de origen. Envíe los resultados de exámenes necesarios para la recuperación completa y/o rehabilitación apropiada.</p>		x	x

Fuente: Componente Normativo Materno CONASA MSP (Ministerio de Salud Pública, 2008).

2.2.6 Hiperémesis

La hiperémesis gravídica es un estado donde existen constantes náusea y vómito constante durante el embarazo, lo cual puede producir graves complicaciones a la madre gestante tales como: deshidratación, trastornos electrolíticos y ácido base,

desnutrición y pérdida de peso. Por lo general se presenta durante la novena semana hasta la vigésima (Haro, y otros, 2015).

Se presentan diversas hipótesis relacionadas a hormonas, disfunción gastrointestinal, disfunción autonómica nerviosa, deficiencias nutricionales y causas psicosomáticas entre otras. Sin embargo esta patología se la relaciona con diversas complicaciones en el recién nacido: nacimiento prematuro, talla y peso bajo para la edad gestacional o Apgar menor a 7 (Haro, y otros, 2015).

Las náuseas y vómitos son frecuentes en casi todos los embarazos, hay quienes presentan al menos uno o dos vómitos durante el día con la ingesta de los alimentos que inician sus síntomas entre la semana 6 y la 9 de gestación.

Algunos factores predisponentes para la HG son el antecedente de gestación múltiple, cesárea previa, HG previa, concepción por técnicas de reproducción asistida, embarazo molar, diabetes gestacional, trastorno depresivo, tras-torno hipertiroides, úlcera péptica y asma. Algunos estudios han documentado que el tabaquismo y la multiparidad reducen el riesgo de HG, esta observación se atribuye a un menor volumen placentario lo que produce menos niveles de hormonas (Silbaja Muñoz & Vargas Quesada, 2011).

2.2.7 Anemia

La anemia es una de las enfermedades más frecuentes durante la gestación (la sufren hasta en el 95% de las mujeres embarazadas) y es causada por los bajos índices del hierro que se encuentra por debajo de los valores normales. El hierro es esencial para la producción de hemoglobina, que lleva el oxígeno a otras células. Durante el embarazo, la cantidad de sangre en el cuerpo de la mujer aumenta hasta un 50 por ciento más de lo usual (MEDICINE, 2016).

El riesgo de anemia aumenta de forma proporcional con el progreso del embarazo, convirtiéndose en un problema en países subdesarrollados o que se encuentran en vía

de desarrollo, dado que sus dietas son pobres en hierro y por ello la gestante carece de la misma. La OMS considera que existe anemia en el embarazo cuando sus valores de Hb inferiores a 11 g/dl y el hematocrito inferior a 33% (Espitia de la Hoz & Orozco Santiago, 2013).

La anemia dependiendo de los niveles de Hb, la clasifica en: anemia leve si Hb de 10 a 10,9 g/dl; anemia moderada si Hb de 7 a 9,9 g/dl y anemia grave Hb menos de 7 g/dl. Las diferentes complicaciones de la anemia en el embarazo se encuentran dadas por la disminución en el transporte de oxígeno, la cual es muy importante durante el período gestacional, dado que el feto es dependiente del transporte de oxígeno para suplir sus necesidades (Espitia de la Hoz & Orozco Santiago, 2013).

Las manifestaciones clínicas de la anemia durante el embarazo dependen de cómo se presenten durante el embarazo, de la gravedad de la misma, saber si existen enfermedades preexistentes, de la edad y su estado nutricional. Los síntomas más comunes de la anemia gestacional pueden ser diversos. En la anemia leve, puede no existir síntomas; e incluso presentar manifestaciones inespecíficas. La anemia gestacional puede relacionarse con el bajo peso del recién nacido, y es un 29,2% más frecuentemente el parto prematuro, aumentando la morbi-mortalidad perinatal y anomalías fetales (Espitia de la Hoz & Orozco Santiago, 2013).

Posibles signos y síntomas de la anemia son los siguientes:

Cansancio o debilidad, piel pálida o amarillenta, desaliento o mareo, sed en exceso, sudor, pulso débil y rápido; respiración rápida, sensación de falta de aliento, ritmos cardíacos anormales, soplos, aumento de tamaño del corazón, insuficiencia cardíaca (Health, 2011).

El Ministerio de Salud Pública ha establecido normas y protocolos los cuales ayudan a mejorar la calidad de atención y diagnosticar posibles enfermedades en el embarazo entre ellas tenemos el manejo de la Anemia

que se presenta en el embarazo y se detallan a continuación (Ministerio de Salud Pública, 2008):

<i>PROTOCOLO DE MANEJO DE LA ANEMIA FERROPENICA EN EL EMBARAZO (Muchos de los pasos / tareas deben realizarse simultáneamente)</i>	<i>NIVEL I</i>	<i>NIVEL II</i>	<i>NIVEL III</i>
<i>1. Solicite hematocrito – hemoglobina antes de las 20 semanas (ideal en la primera consulta o en el primer trimestre) y otro similar después de las 20 semanas dentro del control prenatal habitual (ideal en el tercer trimestre).</i>	<i>x</i>	<i>x</i>	<i>x</i>
<i>2. RECOMENDACIÓN DIETETICA A TODA EMBARAZADA INDEPENDIENTEMENTE DE SU EDAD GESTACIONAL: -Preferir alimentos de origen animal: vacuno, pollo, pescado, vísceras como el hígado y riñones. -Incluir una fuente de vitamina C en cada comida (frutas principalmente). -Recomendar el consumo de frutas y verduras como fuentes de vitaminas, minerales y fibra, mas no como fuentes de hierro.</i>	<i>x</i>	<i>x</i>	<i>x</i>
<i>3. PRECAUCIONES GENERALES PARA EL USO DE HIERRO: -Guardar las tabletas de hierro fuera del alcance de los niños/as. -No tomar el hierro con café, té o leche porque la absorción del Hierro disminuye notoriamente con la ingesta de tanatos. -Tomar las tabletas al acostarse o entre comidas facilita su absorción. -Los antiácidos disminuyen la absorción de hierro. -Anticipar la coloración negruzca de las heces y molestias gastrointestinales como ardor, pirosis, diarrea, estreñimiento</i>	<i>x</i>	<i>x</i>	<i>x</i>
<i>SI HEMOGLOBINA >11.0 g/dl EN EL PRIMER Y TERCER TRIMESTRE Y >10.5 EN EL SEGUNDO TRIMESTRE</i>			
<i>TRATAMIENTO PROFILACTICO</i>	<i>x</i>	<i>x</i>	<i>x</i>
<i>4. El tratamiento profiláctico es necesario porque pocas mujeres tienen reservas adecuadas de hierro que permitan cubrir las necesidades aumentadas del embarazo. Recomendación dietética.</i>			
<i>5. Si el valor de Hb. no sugiere anemia diferir la toma de Hierro hasta pasada la semana 12 para no agravar una emesis gravídica en el primer trimestre.</i>	<i>x</i>	<i>x</i>	<i>x</i>

6. Las mujeres deben recibir desde las 12 semanas y hasta los tres meses post parto una cantidad de hierro que garantice la absorción de 5 a 6 mg de hierro al día.	x	x	x
7. DOSIS PROFILACTICA: 30 mg/día por 2 meses mínimo. -300 mg de gluconato ferroso (10% absorción). -150 mg de sulfato ferroso (20% de absorción). -100 mg de fumarato ferroso (30% de absorción).	x	x	x
8. Realice el control prenatal habitual de Hb. en el tercer trimestre.	x	x	x
SI HEMOGLOBINA <11.0 g/dl EN EL PRIMER Y TERCER TRIMESTRE Y < 10.5 EN EL SEGUNDO TRIMESTRE			
TRATAMIENTO TERAPEUTICO ORAL: 9. Si hemoglobina está bajo lo normal proceda al tratamiento terapéutico. El diagnóstico y tratamiento efectivo de la anemia crónica en el embarazo es una forma importante de reducir la necesidad de realizar transfusiones futuras.	x	x	x
10. RECOMENDACIÓN DIETETICA: Igual que para el tratamiento profiláctico.	x	x	x
11. DOSIS TERAPEUTICA ORAL: 60 a 120 mg/día de hierro elemental para lograr saturar las reservas de ferritina por 6 meses. -600 mg de gluconato ferroso (10% absorción). -300 mg de sulfato ferroso (20% de absorción). -200 mg de fumarato ferroso (30% de absorción).	x	x	x
12. Realice el control prenatal habitual de Hb. en el tercer trimestre.	x	x	x
13. TRATAMIENTO TERAPEUTICO PARENTERAL SI: -Se requiere recuperación rápida de anemia ferropénica. -Anemia ferropénica moderada o severa. -Efectos colaterales intolerables con el hierro oral. -Alteraciones del tracto gastrointestinal que afecten la absorción como la Enfermedad de Crohn. -Contraindicaciones para transfusión (conceptos religiosos). -Terapia conjunta con eritropoyetina. -Falta notoria de adherencia a la terapia oral. -Programas de autotransfusión profiláctica (miomatosis severa, placenta previa, placenta ácreta, historia de hipotonías uterinas en gestaciones anteriores, etc).	x	x	x
14. HIERRO SACAROSA (Categoría B – FDA): Calcule el porcentaje de hierro parenteral sobre la base de que 200 a 250 mg de hierro son necesarios para incrementar la hemoglobina en 1g/dl.	x	x	x

<p>ADMINISTRACION PRACTICA: -100 mg (1 amp) de Hierro sacarosa en 100 ml de SS 0.9% pasar IV en 1 hora. -200 mg (2 amp) de Hierro sacarosa en 200 ml de SS 0.9% pasar IV en 2 horas. -300 mg (3 amp) de Hierro sacarosa en 300 ml de SS 0.9% pasar IV en 3 horas. -Dosis máxima recomendada a infundir en un día: 300 mg (3 ampollas). -Dosis máxima recomendada a infundir en una semana: 500 mg (5 ampollas).</p>			
<p>15. PRECAUCIONES GENERALES PARA EL USO DE HIERRO PARENTERAL: IM: dolor y tatuaje en el sitio de inyección. IV: cefalea, malestar general, fiebre, artralgias, linfadenopatías generalizadas, urticaria y exacerbación de la enfermedad en pacientes con artritis reumatoidea. Eventual reacción anafiláctica.</p>	x	x	x
<p>TRATAMIENTO DE CAUSAS SUBYACENTES</p>			
<p>16. Sospecha de malaria por Plasmodium falciparum -Trate como malaria grave. -Administre sulfato o fumarato ferroso 120 mg vía oral MÁS ácido fólico 400 mcg vía oral una vez al día por 6 meses durante el embarazo. -Continúe por 3 meses en el postparto.</p>	x	x	x
<p>17. Sospecha de Anquilostomiasis endémica (prevalencia igual o mayor a 20%) Puede agravar la anemia. Administre uno de los siguientes tratamientos antihelmínticos: -albendazol 400 mg vía oral dosis única; -mebendazol 500 mg vía oral dosis única ó 100 mg dos veces al día por 3 días; -levamisol 2,5 mg/kg de peso corporal vía oral una vez al día por 3 días; -pirantel 10 mg/kg de peso corporal vía oral una vez al día por 3 días. Si la prevalencia es mayor al 50% repita el tratamiento 12 semanas después.</p>	x	x	x
<p>18. Realice el control prenatal habitual de Hb. en el tercer trimestre o según criterio médico por cuadro clínico.</p>	x	x	x

Fuente: Componente Normativo Materno CONASA MSP (Ministerio de Salud Pública, 2008).

2.3 El CONE en el modelo de atención integral de salud

La Estrategia de CONE busca garantizar el acceso a servicios integrados en red:

- A lo largo del continuo de embarazo, parto, post parto, nacimiento y en la tapa neonatal
- Desde el domicilio hasta el centro de referencia de más alto nivel
- Las 24 horas del día y los 365 días del año
- Y a través de la diversidad de actores: la familia, parteras o agentes comunitarios de salud, las organizaciones sociales; así como técnicos y profesionales del sector salud

Niveles del CONE, que se ajustan a los niveles de atención del MSP:

CONE Comunitario: A nivel del Primer Nivel de Atención este tiene coordinación con las comunidades que se adscriban a cada Circuito de Salud y su Establecimiento de Salud correspondiente.

CONE Básico: En Centros de Salud Tipo C del Primer Nivel de Atención y Hospitales Básicos del Segundo Nivel de Atención, que incluyan o no las Unidad de Trabajo de Parto, Parto y Recuperación (UTPR), estos trabajan en conformidad con los establecimientos de salud del Primer Nivel de su jurisdicción distrital de salud.

CONE Avanzado: En Hospitales Generales del Segundo Nivel de Atención y los Hospitales Especializados del Tercer Nivel, en coordinación con los Hospitales Básicos de su ámbito geográfico de atención de salud

Nivel CONE comunitario

Se define como un Modelo local de organización y coordinación para la atención Materno Neonatal que es liderada por los proveedores de servicios de salud

institucionales del Primer Nivel de Atención del MSP con la participación de los proveedores de salud comunitarios (Parteras Tradicionales) en una Parroquia o Circuito de Salud, teniendo como fin incrementar el acceso de la población más vulnerable, garantizando la atención de CONE continua y de calidad a la mayor cantidad de usuarias/os (MSP, 2013)

Nivel CONE básico.

Se define como una estructura organizada en Centros de Salud Tipo C del Primer Nivel de Atención y en Hospitales Básicos del Segundo Nivel de Atención, con capacidad de ofrecer cuidados obstétricos y neonatales esenciales en los Hospitales Básicos, las 24 horas del día, 365 días al año, estableciendo mecanismos de coordinación para la derivación, referencia, y contrareferencia con los establecimientos de salud de mayor y menor nivel de atención (MSP, 2013).

Para el MSP la organización se basa en coordinación y brindando atención de salud conformada por los RPIS en un Distrito de Salud, bajo la coordinación y la conducción del Distrito de Salud en el Segundo Nivel de Atención. Integrando las Redes Locales o Comunitarias del CONE de su espacio cantonal y/o distrital, mismas que refieren sus casos al Hospital Básico del Distrito informando cada resultado que se obtenga.

Cada Dirección Zonal deberá proveer la existencia y funcionamiento de los establecimientos con Nivel CONE Básico garantizando la atención durante las 24 horas, 365 días al año en sus Distritos correspondientes (MSP D. D., 2013).

CONE BÁSICO: Se encuentra organizado por el personal de salud con participación de los responsables de interculturalidad.

Atención preconcepcional

- Realiza y ejecuta los programas de salud normados para este grupo poblacional.
- Anticoncepción mediante instrucción del uso y provisión registrada de métodos de barrera, métodos anticonceptivos hormonales, otros métodos y asesoría.
- Promoverá la adecuada nutrición y prácticas de vida.

Atención durante el embarazo

- *Provee e informa los beneficios del ácido fólico, la adecuada nutrición, los ambientes y prácticas de vida saludable (evitar el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas)*
- *Aplica los programas de prevención y manejo de infecciones de transmisión sexual y la correspondiente vigilancia y seguimiento*
- *Asegura el cumplimiento de al menos cinco controles prenatales, vacunación antitetánica y exámenes complementarios necesarios*
- *Aplica las normas, estándares y guías de práctica clínica de control prenatal emitida por la autoridad sanitaria.*
- *Realiza en caso necesario: manejo de antihipertensivos, sulfato de magnesio para pre eclampsia, antibióticos en caso de ruptura prematura de membranas, uteroinhibidores y corticoides en amenaza de parto prematuro de hasta 35 semanas, atiende el aborto en curso o inevitable,(completo, incompleto y diferido) Atención del parto y del nacimiento*
- *Promueve la atención del parto con personal calificado de acuerdo a la norma*
- *Promueve y realiza el tamizaje y manejo de VIH-SIDA (MSP, 2013).*

2.4 Marco Legal y Ético

La Constitución Política del Estado establece diferentes artículos que respaldan la salud de la población, para mejorar su calidad de vida. (Asamblea Nacional Constituyente, 2008):

Art. 359.- El sistema nacional de salud comprenderá las instituciones, programas, políticas, recursos, acciones y actores en salud; abarcará todas las dimensiones del derecho a la salud; garantizará la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en todos los niveles; y propiciará la participación ciudadana y el control social.

Art. 360.- El sistema garantizará, a través de las instituciones que lo conforman, la promoción de la salud, prevención y atención integral, familiar y comunitaria, con base en la atención primaria de salud; articulará los diferentes niveles de atención; y promoverá la complementariedad con las medicinas ancestrales y alternativas. La red pública integral de salud será parte del sistema nacional de salud y estará conformada por el conjunto articulado de establecimientos estatales, de la seguridad social y con otros proveedores que pertenecen al Estado, con vínculos jurídicos, operativos y de complementariedad.

Art. 361.- El Estado ejercerá la rectoría del sistema a través de la autoridad sanitaria nacional, será responsable de formular la política nacional de salud, y normará, regulará y controlará todas las actividades relacionadas con la salud, así como el funcionamiento de las entidades del sector.

Art. 362.- La atención de salud como servicio público se prestará a través de las entidades estatales, privadas, autónomas, comunitarias y aquellas que ejerzan las medicinas ancestrales alternativas y complementarias. Los servicios de salud serán seguros, de calidad y calidez, y garantizarán el consentimiento informado, el acceso a la información y la confidencialidad de la información de los pacientes. Los

servicios públicos estatales de salud serán universales y gratuitos en todos los niveles de atención y comprenderán los procedimientos de diagnóstico, tratamiento, medicamentos y rehabilitación necesarios.

Art.363.-El Estado será responsable de:

Formular políticas públicas que garanticen la promoción, prevención, curación, rehabilitación y atención integral en salud y fomentar prácticas saludables en los ámbitos familiar, laboral y comunitario.

- 1. Universalizar la atención en salud, mejorar permanentemente la calidad y ampliar la cobertura.*
- 2. Fortalecer los servicios estatales de salud, incorporar el talento humano y proporcionar la infraestructura física y el equipamiento a las instituciones públicas de salud*
- 3. Garantizar las prácticas de salud ancestral y alternativa mediante el reconocimiento, respeto y promoción del uso de sus conocimientos, medicinas e instrumentos.*
- 4. Brindar cuidado especializado a los grupos de atención prioritaria establecidos en la Constitución.*
- 5. Asegurar acciones y servicios de salud sexual y de salud reproductiva, y garantizar la salud integral y la vida de las mujeres, en especial durante el embarazo, parto y postparto.*
- 6. Garantizar la disponibilidad y acceso a medicamentos de calidad, seguros y eficaces, regular su comercialización y promover la producción nacional y la utilización de medicamentos genéricos que respondan a las necesidades epidemiológicas de la población. En el acceso a medicamentos, los intereses de la salud pública prevalecerán sobre los económicos y comerciales.*
- 7. Promover el desarrollo integral del personal de salud.*

Art. 366.- El financiamiento público en salud será oportuno, regular y suficiente, y deberá provenir de fuentes permanentes del Presupuesto General del Estado. Los recursos públicos serán distribuidos con base

en criterios de población y en las necesidades de salud. El Estado financiará a las instituciones estatales de salud y podrá apoyar financieramente a las autónomas y privadas siempre que no tengan fines de lucro, que garanticen gratuidad en las prestaciones, cumplan las políticas públicas y aseguren calidad, seguridad y respeto a los derechos. Estas instituciones estarán sujetas a control y regulación del Estado. (Constituyente, 2008)

2.4.1 Aspecto Ético

Todo ciudadano consta de deberes y derecho de la misma manera los pacientes cuentan con derechos que no deben ser violadas en su atención. Derechos de los pacientes (Salud, 2014):

Recibir trato digno y respetuoso.-El paciente tiene derecho a que el médico, la enfermera y el personal que le brinde atención médica, se identifiquen y le otorguen un trato digno, con respeto a sus convicciones personales y morales, principalmente las relacionadas con sus condiciones socioculturales, de género, de pudor y a su intimidad, cualquiera que sea el padecimiento que presente, y se haga extensivo a los familiares o acompañantes.

Recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz.-El paciente, o en su caso el responsable, tiene derecho a que el médico tratante les brinde información completa sobre el diagnóstico, pronóstico y tratamiento; se exprese siempre en forma clara y comprensible; se brinde con oportunidad con el fin de favorecer el conocimiento pleno del estado de salud del paciente y sea siempre veraz, ajustada a la realidad.

Otorgar o no su consentimiento válidamente informado.-El paciente, o en su caso el responsable, en los supuestos que así lo señale la normativa, tiene derecho a expresar su consentimiento, siempre por escrito, cuando acepte sujetarse con fines de diagnóstico o terapéuticos, a procedimientos que

impliquen un riesgo, para lo cual deberá ser informado en forma amplia y completa en qué consisten los beneficios que se esperan, así como de las complicaciones o eventos negativos que pudieran presentarse a consecuencia del acto médico. Lo anterior incluye las situaciones en las cuales el paciente decida participar en estudios de investigación o en el caso de donación de órganos.

Ser tratado con confidencialidad.-El paciente tiene derecho a que toda la información que exprese a su médico, se maneje con estricta confidencialidad y no se divulgue más que con la autorización expresa de su parte, incluso la que derive de un estudio de investigación al cual se haya sujetado de manera voluntaria; lo cual no limita la obligación del médico de informar a la autoridad en los casos previstos por la ley.

Contar con un expediente clínico.-El paciente tiene derecho a que el conjunto de los datos relacionados con la atención médica que reciba sean asentados en forma veraz, clara, precisa, legible y completa en un expediente que deberá cumplir con la normativa aplicable y cuando lo solicite, obtener por escrito un resumen clínico veraz de acuerdo al fin requerido. Asimismo tiene derecho a disponer de vías alternas a las judiciales para tratar de resolver un conflicto con el personal de salud (Salud, 2014).

CAPÍTULO III

3 Metodología de la Investigación

3.1 Diseño de la Investigación

Cuantitativa.- es aquella que permite examinar los datos de manera numérica.

No experimental, no tiene control de las variables independientes porque ya ocurrieron los hechos.

3.2 Tipo de la Investigación

Estudio de tipo descriptivo, transversal y retrospectivo.

Descriptivo, es aquella que describe los datos dando a conocer situaciones, costumbres, actitudes de la gente.

Transversal, estudio estadístico y demográfico utilizado en ciencias de la salud este es observacional y descriptivo que mide la prevalencia de la exposición y del efecto. Retrospectivo, se realizan basándose en observaciones clínicas, o a través de análisis especiales, mediante el análisis de casos y controles de los individuos.

3.3 Localización y ubicación del estudio

El presente estudio se realizara en la Unidad de Salud Subcentro de Priorato

3.4 Población

3.4.1 Universo

Como universo a estudiar se consideran a todas las mujeres embarazadas que asistieron al control del embarazo al Subcentro de Priorato de agosto - diciembre de 2015.

3.4.2 Muestra

Las mujeres embarazadas que acudieron al control del embarazo y fueron atendidas en el Subcentro de Priorato en el período de Agosto-Diciembre 2015.

Se determinó que las mujeres atendidas durante el periodo mencionado fueron 90 de las cuales se tomaron 77 pacientes que tenían más de 3 controles prenatales.

3.4.3 Criterios de inclusión

Aquellas mujeres que presentaron alguna patología durante el embarazo.

3.4.4 Criterios de exclusión

Aquellas mujeres que tienen menos de 3 controles prenatales realizados en el Subcentro de Priorato.

3.5 Operacionalización de variables

Objetivo.- Identificar las características sociodemográficas de las mujeres embarazadas que son atendidas en el Subcentro de Priorato				
VARIABLE	CONCEPTO	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Condiciones Sociodemográficas	Son un conjunto de características biológicas, socioeconomicoculturales que están presentes en la población en estudio.	Edad	Años cumplidos	<ul style="list-style-type: none"> • Menores de 19 años • 20 a 34 años • Mayores de 35 años
		Estado civil	Establecido por el Registro civil	<ul style="list-style-type: none"> • Soltera • Casada • Divorciada • Viuda • UL
		Etnia	Autodefinición	<ul style="list-style-type: none"> • Blanca • Mestiza • Indígena • Negra • Afro ecuatoriana
		Instrucción	Establecida por el Ministerio de Educación	<ul style="list-style-type: none"> • Ninguna • Primaria • Secundaria incompleta • Secundaria completa • Superior
		Ocupación	Labor a la que se dedica diariamente	<ul style="list-style-type: none"> • Servidor publico • Servidor privado • Comerciante • Ama de casa • Estudiante
		Nacionalidad	Lugar de nacimiento	<ul style="list-style-type: none"> • Ecuatoriana • Colombiana • Cubana • Peruana

				<ul style="list-style-type: none"> • Otras
--	--	--	--	---

Objetivo.- Identificar las principales patologías asociadas al embarazo en las mujeres que son atendidas en el Subcentro de Priorato.				
VARIABLE	CONCEPTO	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Principales patologías asociadas al embarazo	Es el estudio de los trastornos anatómicos y fisiológicos en los tejidos y órganos que presenta la mujer embarazada, que se manifiesta con los signos y síntomas de la enfermedad.	Diabetes mellitus gestacional	Signos y síntomas de la patología	<ul style="list-style-type: none"> • Glicemias mayores a 125mg/dl por dos ocasiones o en una sola mayor a 200mg/dl • Valores de la ... glicosilada • Aumento de peso excesivo • Factores hereditarios.. antecedentes familiares
		Hipertensión arterial	Signos y síntomas	<ul style="list-style-type: none"> • Presiones arteriales consecutivas mayor de 120/70 • Cefaleas • Acufenos y tinitus • Cambios en la visión • Nauseas • Antecedentes familiares
		Anemia	Exámenes de laboratorio	<ul style="list-style-type: none"> • Hemoglobina menos de 11g/dl • Palidez en la piel • Taquicardia • Cansancio • Nauseas
		Infección del tracto urinario	Signos y síntomas	<ul style="list-style-type: none"> • PH de orina alterado • Poliuria • Disuria • Dolor en la parte baja del abdomen • Mal olor de la orina

		Hiperémesis gravídica	Signos y síntomas	<ul style="list-style-type: none"> • Vómitos frecuentes durante el día • Nauseas severas • Desmayos • Ictericia en piel y ojos • Bajo peso
--	--	-----------------------	-------------------	---

Objetivo.- Determinar los factores de riesgo obstétrico de las mujeres embarazadas que son atendidas en el Subcentro de Priorato.				
VARIABLE	CONCEPTO	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Factores de riesgo obstétrico	Es toda característica o circunstancia detectada en el embarazo que se asocia con un incremento en el daño de su salud tanto para la madre como para su hijo.	Riesgo bajo o 0	No existe ningún riesgo para la madre, cursa un embarazo normal.	Por exclusión de los factores incluidos en los demás grupos de riesgo.
		Riesgo medio o 1	De acuerdo a la tabla de riesgos del MSP	<ul style="list-style-type: none"> • Anomalía pélvica identificada • Baja estatura menor 1.50 • Edad extrema menos de 15 años y mayor de 35. • Fecha de última menstruación incierta. • Gestante con Rh negativo • Infección urinaria u • Obesidad.

		Riesgo alto o 2	De acuerdo a la tabla de riesgos del MSP	<ul style="list-style-type: none"> • Anemia grave hemoglobina menor a 9g/dl • Cirugía uterina previa. • Diabetes gestacional. • Hemorragia en el segundo tercer trimestre. • Obesidad mórbida IMC mayor 40 • Embarazo prolongado mayor a 42 semanas
		Riesgo muy alto 3	De acuerdo a la tabla de riesgos del MSP	<ul style="list-style-type: none"> • Amenaza de parto prematuro • Diabetes mellitus previa a la gestación • Placenta previa • Muerte perinatal recurrente. • Preeclampsia grave • Rotura prematura de membranas • Positividad al VIH. SIDA

3.6 Método de recolección de información

- Ficha de recolección de datos.
- Revisión bibliográfica de fuentes primarias y secundarias de literatura científica.
- Revisión documental de Historias clínicas

3.7 Análisis de datos

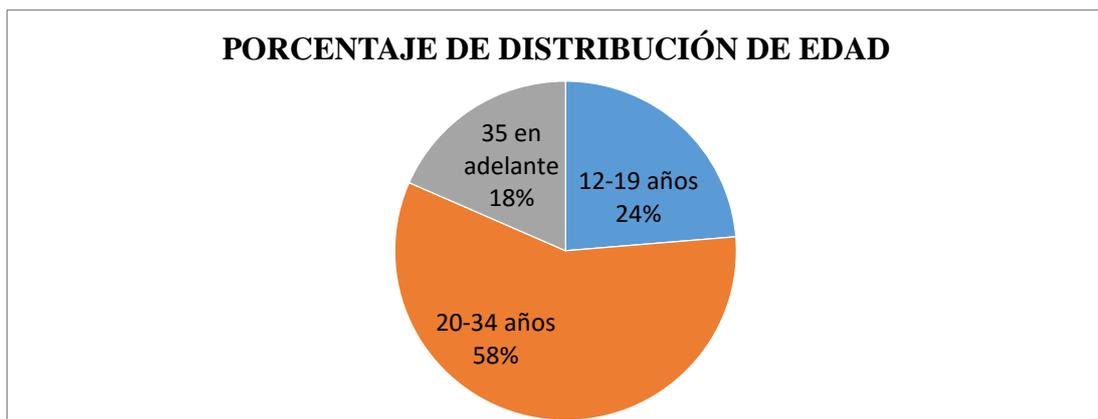
Los datos obtenidos se ingresaron en una base de datos en Microsoft Excel, para luego ser tabuladas en el programa EPI-INFO.

CAPÍTULO IV

4 Resultados de la investigación

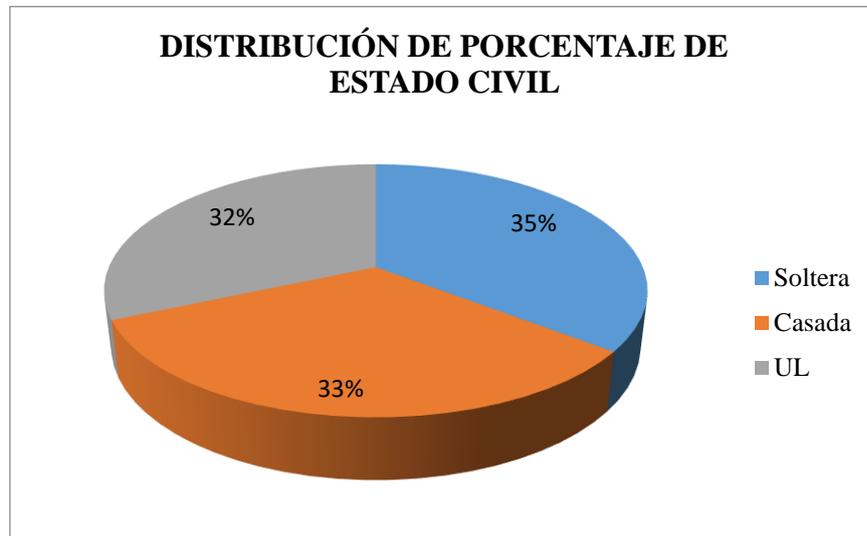
La población considerada para el estudio comprendieron todas las mujeres embarazadas que asistieron al control del embarazo al Subcentro de Priorato durante el período de Agosto a Diciembre de 2015, de la ficha de recolección de datos aplicada a este grupo poblacional se obtiene la información que se describe a continuación.

Gráfico 1 Edad de las pacientes que fueron atendidas en el “Subcentro de Priorato de Agosto-Diciembre 2015”



Análisis y Discusión: Las mujeres que asistieron al Subcentro de Priorato, un 58% son pacientes que comprenden la edad de 20 a 34 años. Cazares (2008), manifiesta que aunque la mayoría de las madres de edad más avanzada tienen embarazos y partos saludables, simplemente debido a la edad, hay un riesgo mayor de que se desarrolle algunas condiciones médicas, muchas de las cuales solo se descubren durante el embarazo; enfermedades como diabetes e hipertensión con la edad pueden afectar el desarrollo del embarazo y el nacimiento del bebé, además son factores que pueden afectar la salud en general de la gestante, e inclusive posparto. Dato que concuerda con el INEC ya que nivel de la región Sierra las madres presentan una edad de entre 20 y 29 años durante su primera gestación

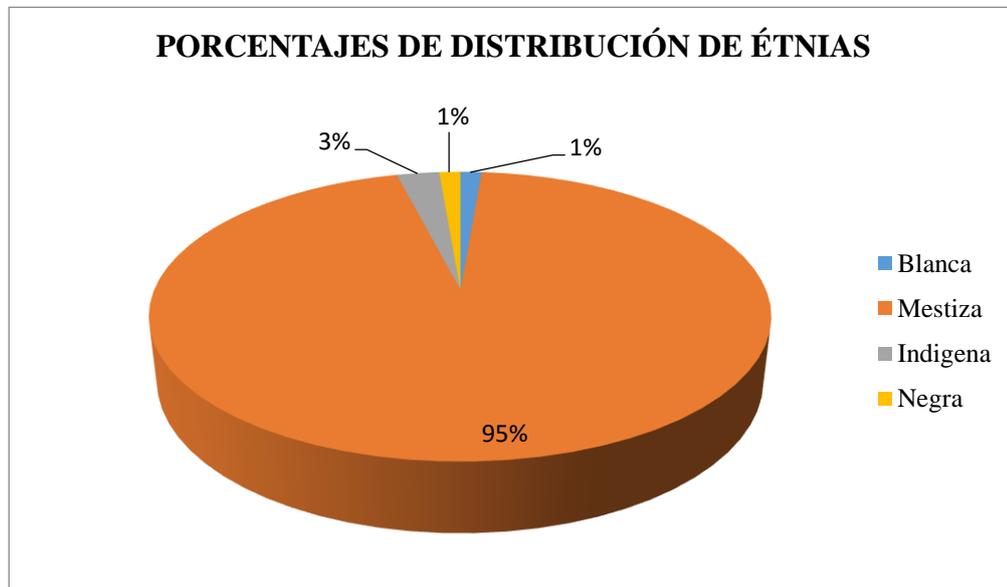
Gráfico 2 Estado civil de las pacientes que fueron atendidas en el “Subcentro de Priorato de Agosto-Diciembre 2015”



Análisis y Discusión: Al observar la distribución de la población según el estado civil se identifica que el 35% son madres solteras, y el 32% tienen una unión libre.

El estado civil puede considerarse como un factor de riesgo respecto a los resultados perinatales; Cazares (2008), manifiesta que ser casada o vivir en concubinato estable son consideradas situaciones con bajo riesgo potencial debido a la presencia del apoyo de la pareja, situación diferente atraviesan las mujeres solteras, especialmente en la edad de la adolescencia; grupo de riesgo que representa el 14% de madres embarazadas menores de 19 años que algunas de ellas integran el grupo de solteras del presente estudio. El censo del 2010 menciona que la provincia de Imbabura se encuentra en el tercer lugar en cuanto a madres solteras con un porcentaje 6,29% a nivel Nacional (INEC, Ecuador en cifras, 2010).

Gráfico 3 Etnias de las pacientes que fueron atendidas en el “Subcentro de Priorato de Agosto-Diciembre 2015”

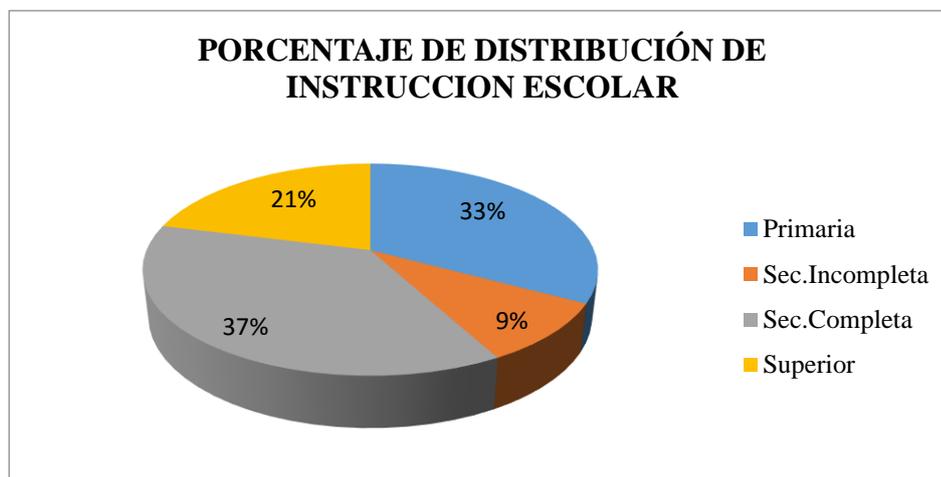


Análisis y Discusión: El 95% de las mujeres embarazadas atendidas en el Subcentro de Priorato es mestiza, el 5% las otras etnias.

Un alto riesgo en el embarazo se presenta por enfermedades como hipertensión, en casos de mujeres que ya tienen este problema de salud antes del embarazo, mientras que en otros casos pueden desarrollar en el período de gestación; un mayor riesgo de estos problemas tienen las mujeres de raza negra.

Figuroa (2011) señala que existen riesgos que son más prevalentes en unas razas que en otras. Entre las que complican la gestación, es conocido que la preeclampsia y la eclampsia son más frecuentes en la raza negra, pero también aparecen en la mestiza. Durante el censo del 2010 la población de Imbabura en su mayoría se autoidentifica como mestiza con un 65,7% (Censo, 2010). La provincia de Imbabura en su mayor parte se encuentra constituida por la etnia mestiza, lo cual corrobora con la autoidentificación de las pacientes que viven el sector de Priorato.

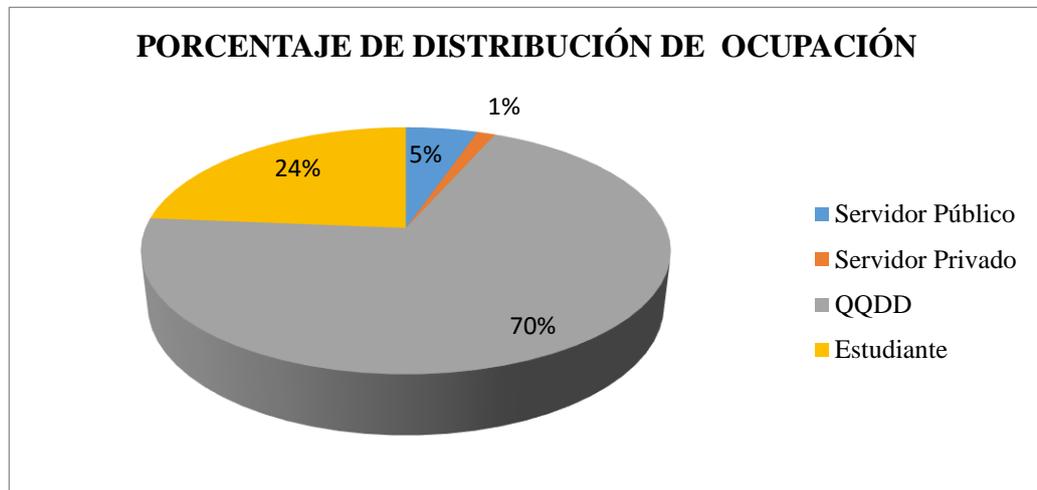
Gráfico 4 Instrucción escolar de las pacientes que fueron atendidas en el “Subcentro de Priorato de Agosto-Diciembre 2015”



Análisis y Discusión: Las mujeres que se atienden en el Subcentro de Priorato, en un 37% tienen educación secundaria completa.

El nivel de instrucción influye en la calidad de embarazos, además que el nivel de escolaridad le proporciona información sobre la importancia del control médico en el embarazo, por lo que este factor influye en la calidad de embarazo y preparación para el parto. Chiriboga, (2014) expresa que los datos probatorios indican que las desigualdades más graves observadas en los niveles de educación por ingresos, ya que las familias con menos educación presentan un mayor riesgo de embarazos, situaciones que afectan a la población de Priorato, que en su mayoría tienen secundaria completa, son mujeres que no tienen oportunidades de trabajo y dependen del apoyo de la familia o pareja. El INEC del 2010 menciona que la provincia de Imbabura tiene un 10,6% de analfabetismo en sus habitantes, mientras que a nivel Nacional la etnia mestiza presenta un porcentaje de 5,1% que es uno de los porcentajes más bajos (INEC, Resultados del censo , 2010).

Gráfico 5 Ocupación de las pacientes que fueron atendidas en el “Subcentro de Priorato de Agosto-Diciembre 2015”



Análisis y Discusión: El 70% de las mujeres embarazadas realiza actividades domésticas.

El bajo nivel de escolaridad limita el acceso al trabajo, Chiriboga, (2014) explica que un problema asociado a la educación está relacionada con la tasa de mortalidad es considerablemente mayor entre los grupos de población con menor nivel de educación y bajo acceso al empleo, a saber, los pobres, las comunidades indígenas y las poblaciones rurales. Dato que coincide con la tabla anterior donde se indica que las mujeres embarazadas tienen un nivel de instrucción de secundaria, lo cual limita para que ellas puedan acceder a un trabajo, y por ello se dedican a las actividades del hogar.

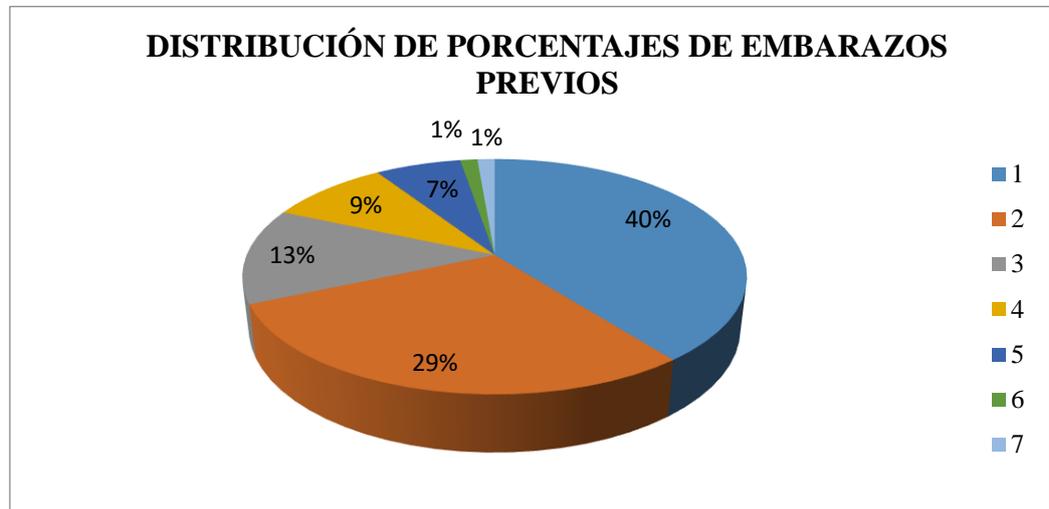
Gráfico 6 Nacionalidad de las pacientes que fueron atendidas en el “Subcentro de Priorato de Agosto-Diciembre 2015”



Análisis y Discusión: El 99% de mujeres que se atienden en el Subcentro son embarazadas de nacionalidad ecuatoriana, el 1% es de origen cubano.

La Parroquia del Priorato cuenta con 9.875 habitantes según el censo poblacional del año 2010, el crecimiento anual, en la distribución de la población por sexo, la diferencia es mínima, considerando que el 50.20% equivale a 4.957 mujeres y un 49.80% que representa a 4.918 hombres, existiendo un aumento acelerado debido a la presencia de personas foráneas provenientes de Colombia y de la Región Costa del Ecuador. Esto incide que el flujo migratorio sea con mayor frecuencia debido a la escasez de fuentes de empleo, provocando diferentes problemas de carácter social, cultural, educativo y de producción (INEC, Resultados del censo, 2010).

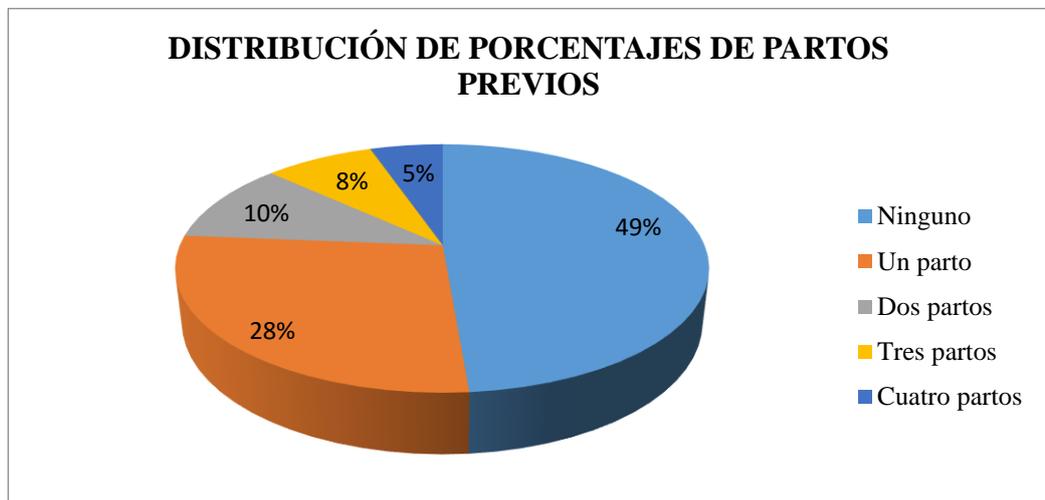
Gráfico 7 Embarazos previos de las pacientes que fueron atendidas en el “Subcentro de Priorato de Agosto-Diciembre 2015”



Análisis y Discusión: El 40% de embarazadas presentan un embarazo previo; el 29% tienen su segundo embarazo previo; el 13% un tercer embarazo, el 7% el quinto embarazo, el 1% sexto embarazo y el 1% séptimo embarazo.

Chiriboga, D. (2015) los riesgos de muerte de mujeres multíparas se asocian a la edad, generalmente en grupos de pobreza no mantienen un control adecuado en la etapa prenatal, no se cumplen planes de control de la natalidad y controles durante el embarazo, problemas que se incrementan cuando la madre supera los 35 años de edad. A pesar de la educación que se brinda en las Unidades Operativas del MSP las mujeres hoy en día presentan un embarazo como mínimo a pesar de las condiciones socioeconómicas de la población, sin olvidar las campañas educativas en cuanto a métodos de planificación familiar.

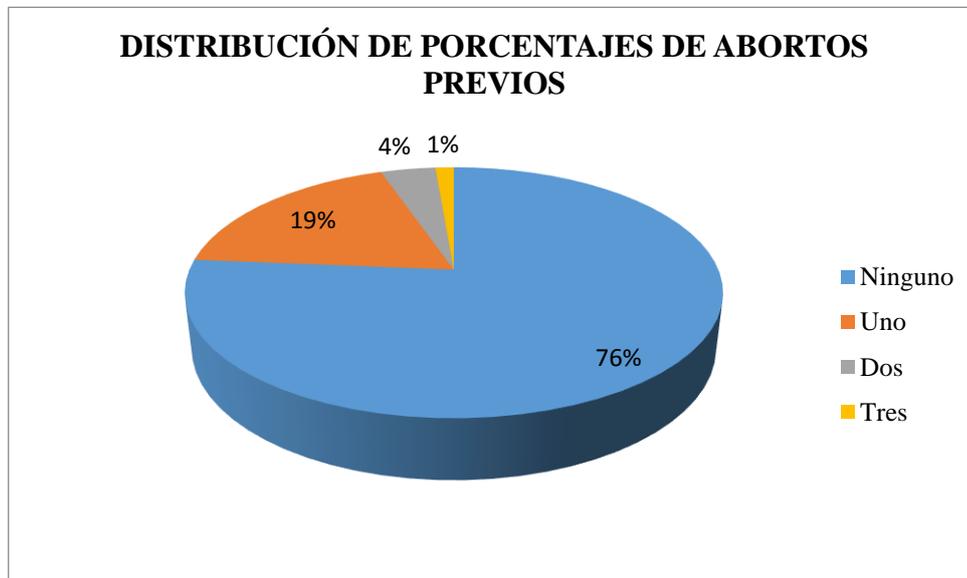
Gráfico 8 Partos previos de las pacientes que fueron atendidas en el “Subcentro de Priorato de Agosto-Diciembre 2015”



Análisis y Discusión: El 49% de madres no tuvieron ningún parto antes de la actual gestación, el 28% presenta un parto; el 10% dos partos; el 8% tres partos y el 5% cuatro partos.

El ideal es que una mujer y/o pareja planifique su embarazo con tiempo para asegurar condiciones de salud óptimas para ella y su bebé. Sin embargo, muchas mujeres desconocen sus condiciones de salud previas al embarazo, o pese a conocer que tienen enfermedades preexistentes quedan embarazadas exponiéndose a la posibilidad de cursar un embarazo de riesgo que podría complicar su vida y la de su bebé. Es por eso que el Ministerio de Salud Pública, preocupado por la salud materna y neonatal, considera que la paridad (número de partos previos) ha sido descrita, como uno de los factores de riesgo para muertes y problemas de salud de madres y/o bebés. La paridad elevada (cuatro o más embarazos) puede aumentar al doble el riesgo, por lo cual es importante que planifiques tus embarazos (MSP, 2015)

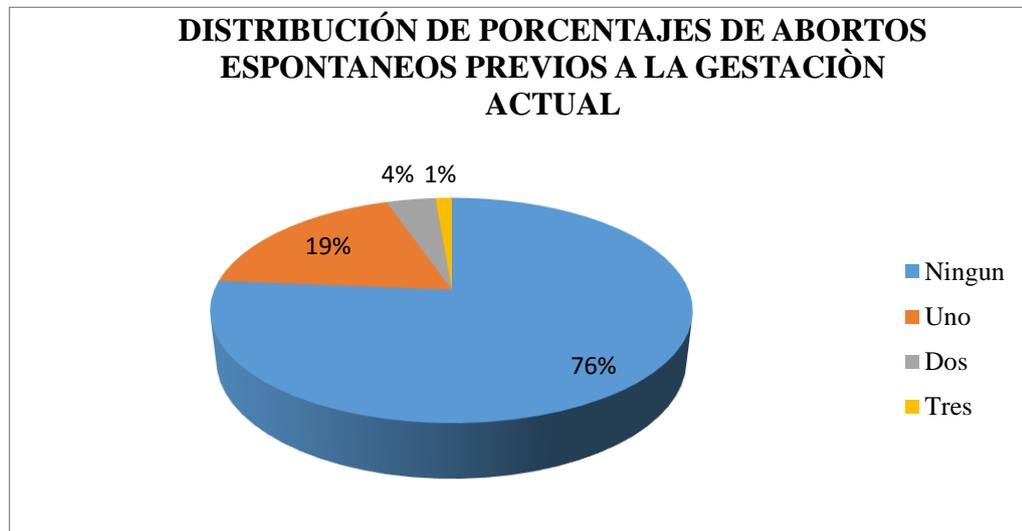
Gráfico 9 Abortos previos de las pacientes que fueron atendidas en el “Subcentro de Priorato de Agosto-Diciembre 2015”



Análisis y Discusión: El 76% no ha tenido abortos; el 19% ha tenido un aborto; el 4% dos abortos y el 1% tres abortos.

(Escobar, 2012) Menciona que el 32,6% de las mujeres ecuatorianas ha experimentado algún aborto. Este indicador convierte al país en el primero con más abortos, entre 11 países de Latinoamérica. Kongnyuy, (2013) señala que entre las complicaciones físicas del aborto en la mujer son las infecciones, las hemorragias, las complicaciones debido a la anestesia, las embolias pulmonares o del líquido amniótico, así como las perforaciones, laceraciones o desgarros del útero. El número de abortos afecta a mujeres de Priorato, hay quienes tienen hasta tres abortos, lo que demuestra un bajo cumplimiento de esquema de prevención y control del embarazo, lo que afecta para que un embarazo llegue a término y con un producto vivo. Además, es necesario resaltar que mujeres que se practican un aborto voluntario, son quienes tienen mayor riesgo de infecciones e inclusive es un índice de mortalidad.

Gráfico 10 Abortos espontáneos previos de las pacientes que fueron atendidas en el “Subcentro de Priorato de Agosto-Diciembre 2015”



Análisis Y Discusión: El 76% de las mujeres atendidas en el Subcentro de Priorato no han tenido un aborto espontáneo.

Los índices de abortos son altos en la población, factores que regularmente se presentan por la ausencia de un esquema de control materno en el embarazo. La atención prenatal pronta y exhaustiva es la mejor prevención disponible para todas las complicaciones del embarazo. Los abortos espontáneos que son causados por enfermedades sistémicas se pueden prevenir detectando y tratando la enfermedad antes de quedar en embarazo. (Kongnyuy, 2013). Muchas de las mujeres presentan abortos espontáneos esto puede darse por el incumplimiento a los controles prenatales, tratamiento médico e incluso sus propios cambios anatómicos, sin embargo las cifras muestran que la mayor parte de mujeres embarazadas están cumpliendo con sus controles o se encuentran en su primer embarazo.

Gráfico 11 Abortos provocado previos de las pacientes que fueron atendidas en el “Subcentro de Priorato de Agosto-Diciembre 2015”



Análisis y Discusión: Al realizar el análisis de la distribución de porcentajes de abortos provocados previos a la gestación actual, las madres gestantes manifiestan que no han tenido abortos provocados.

Alcolea Flores, (2014) manifiesta que el aborto inducido a la interrupción de un embarazo provocado intencionalmente, ya sea por medicamentos, o por una intervención mecánica, este tipo de aborto deja secuelas físicas y psicológicas. Según Figueroa (2011) el aborto es un procedimiento quirúrgico clínicamente seguro. Pero los aspectos del llamado procedimiento "seguro" pueden dejar un deterioro físico permanente, sin mencionar el potencial de problemas psicológicos crónicos. Las mujeres atendidas refieren no haber tenido abortos provocados, dato que en su totalidad no se lo puede considerar real, ya que todavía en la población existe temor para dar a conocer este tipo de información.

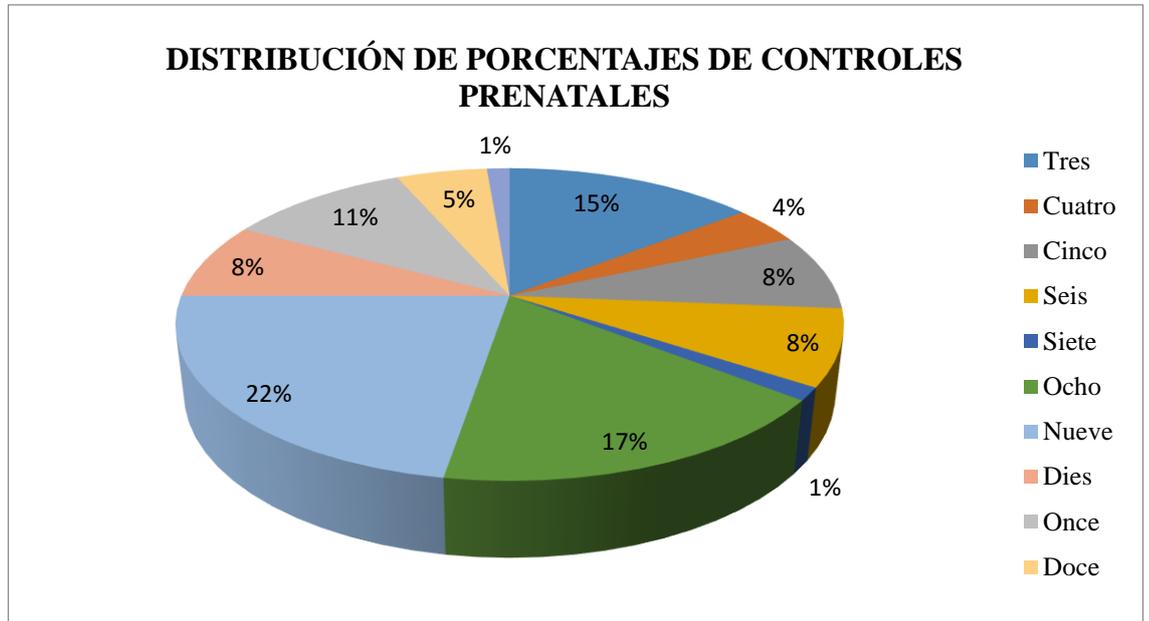
Gráfico 12 Hábitos tóxicos de las pacientes que fueron atendidas en el “Subcentro de Priorato de Agosto-Diciembre 2015”



Análisis y Discusión: Respecto a la distribución de la población según porcentajes de hábitos tóxicos durante el embarazo se identifica que el 100% no presenta estos factores de incidencia.

Los hábitos tóxicos, afectan a la salud de la madre y del feto, es un riesgo de aborto, Rodríguez (2013) manifiesta que entre otros efectos nocivos durante el embarazo, se encuentra el riesgo de aborto, las mujeres que consumen alcohol tienden más al aborto (30ml de alcohol dos veces a la semana), con un aumento en el índice de mortinatos, índices más altos de niños pequeños para la edad gestacional (CIUR) y un promedio más bajo en el peso al nacimiento, el índice de prematuridad, mayores riesgos de la infecciones. Los hábitos tóxicos son un factor de riesgo en la mujer embarazada lo cual puede provocar un aborto, esto vendría a tener relación con la tabla anterior donde los abortos son escasos en las mujeres atendidas en el Subcentro de Priorato.

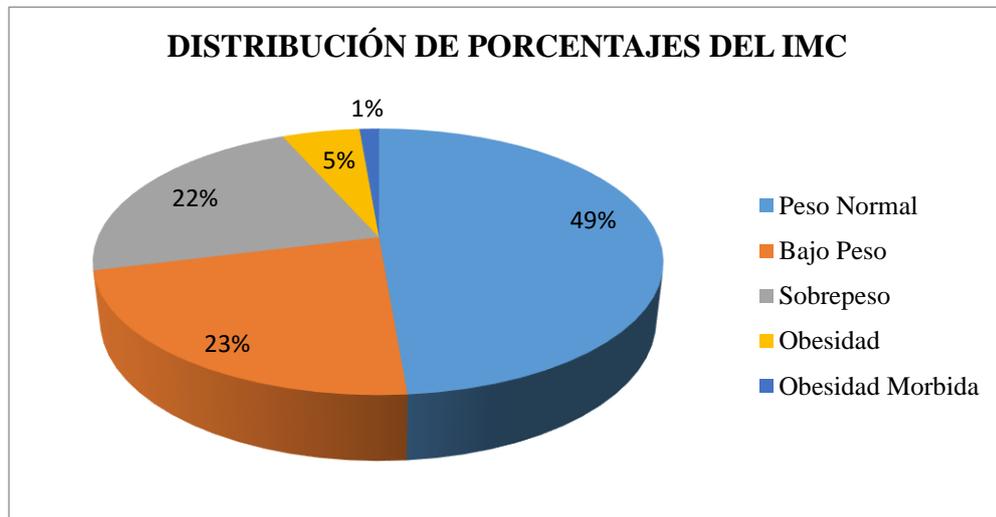
Gráfico 13 Controles prenatales actuales de las pacientes que fueron atendidas en el “Subcentro de Priorato de Agosto-Diciembre 2015”



Análisis y Discusión: El 22% de las mujeres atendidas en el Subcentro de Priorato presenta nueve controles prenatales durante toda su gestación.

Las estadísticas del INEC 2012 mencionan que un 79,0% presenta 5 o más controles., 14,5% un segundo control, 1,4% un tercer control (CENSOS, 2012). Rodríguez, (2013) considera que la mujer que presenta complicaciones médicas u obstétricas del embarazo requiere una vigilancia más estricta, con un intervalo entre las consultas determinado por la naturaleza y gravedad del problema. Con los nuevos cambios en las normativas de salud, la atención a las mujeres gestantes es prioridad para el equipo de salud por lo cual se han implementado diversas formas para que ellas acudan a sus controles prenatales y en caso de no hacerlo, realizar las visitas domiciliarias para conocer el estado de salud y agendar una nueva cita lo que garantiza una atención de calidad y reducir los índices de muerte materna y neonatal.

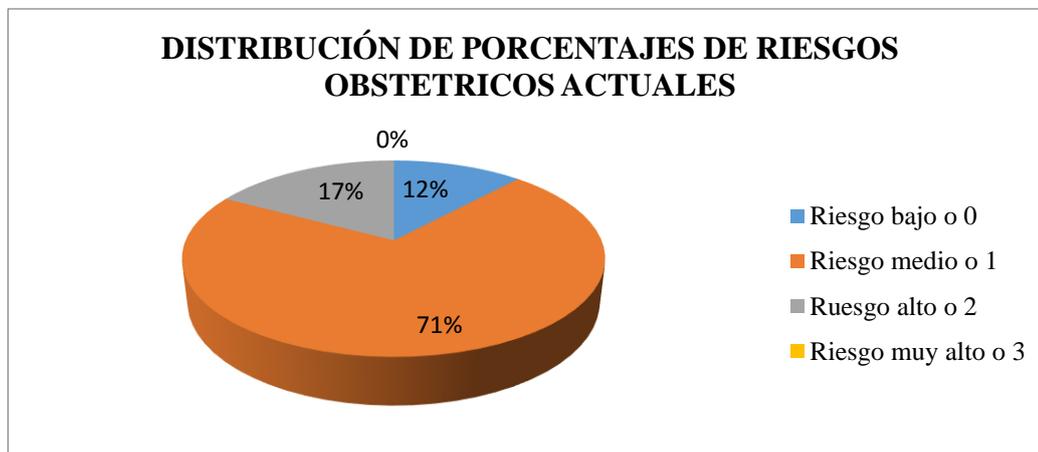
Gráfico 14 Índice de Masa Corporal de las pacientes que fueron atendidas en el “Subcentro de Priorato de Agosto-Diciembre 2015”



Análisis y Discusión: El 49% de madres según los índices de masa corporal se identifica que tiene peso normal, el 23% presenta un bajo peso, el 22% tiene sobre peso; 5% presenta obesidad y el 1% tiene obesidad mórbida.

(Carmigniani, 2014) La obesidad materna se asocia a unos mayores riesgos y complicaciones durante el embarazo, e incluso da lugar a unos mayores índices de mortalidad materna e infantil en comparación con las madres que no padecen obesidad. Según Rodríguez (2013) la desnutrición materna, tanto antes de concebir como durante la gestación, se asocia a un mayor riesgo para la futura madre y para el bebé: mayor tasa de prematuridad, retardo en el desarrollo y crecimiento fetal intrauterino, poco peso placentario y mayor riesgo de morbimortalidad infantil. En su mayoría las mujeres atendidas en el Subcentro de priorato presentan peso adecuado para su gestación debido a que la mayoría de las mujeres presentan un buen nivel de educación donde ellas están conscientes de los alimentos y conductas que son beneficiosas para su embarazo.

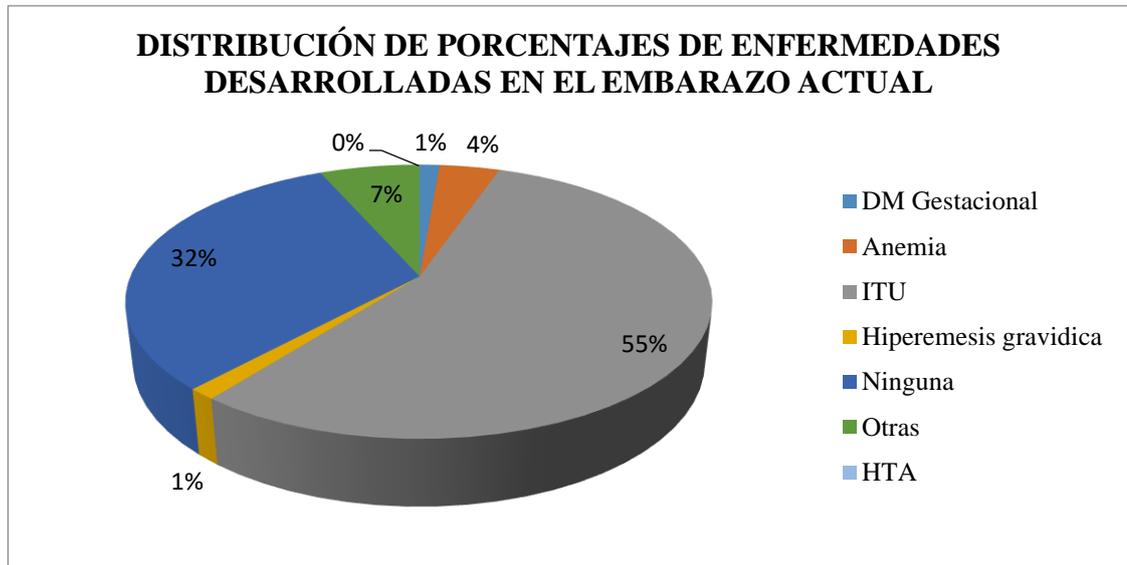
Gráfico 15 Categorización del Riesgo Obstétrico de las pacientes que fueron atendidas en el “Subcentro de Priorato de Agosto-Diciembre 2015”



Análisis y Discusión: El 71% de madres atendidas en el Subcentro de Priorato presentan un factor de riesgo medio (1).

Para determinar el riesgo obstétrico durante el embarazo, se deben a varios factores, según Figueroa, (2011) La historia clínica de cada madre, sus antecedentes genéticos y hasta sus hábitos alimenticios los condicionan y en algunos casos los embarazos son un riesgo para la madre y/o el bebé. El análisis del riesgo de los embarazos se realiza para determinar el tipo de atención durante el embarazo, el parto y el puerperio. Según Pérez Sánchez, (2010) expresa que existe una buena relación entre la existencia de factores de riesgo durante la gestación y el desarrollo de complicaciones, pueden ocurrir problemas en las embarazadas sin factores de riesgo; además se enfatiza que bajo riesgo no significa ausencia de riesgo y es imprescindible advertir que, a pesar de un estricto y planificado control prenatal, no puede garantizarse un hijo perfecto. (Pérez Sánchez, 2010). En su mayoría se encuentran clasificadas con riesgo medio o 1, ya que presentan diversos factores tales como: bajo peso, obesidad, edad extrema, pobreza extrema, multiparidad entre otras lo cual pone en riesgo la vida de la madre y su bebe y es necesario brindar una educación clara para que la madre sepa el momento adecuado en el que debe acudir a una casa de salud.

Gráfico 16 Categorización del Riesgo Obstétrico de las pacientes que fueron atendidas en el “Subcentro de Priorato de Agosto-Diciembre 2015”



Análisis y Discusión: Las mujeres atendidas en el Subcentro de Priorato presentan en un 55% infecciones del tracto urinario.

La OMS (2015) determina que infecciones del tracto urinario se considera una de las afecciones más frecuentes asociadas la embarazo, de ahí la necesidad de conocerla ya que la importancia que tiene en el desarrollo y terminación del embarazo, durante el puerperio. (Rigol, 2008). Durante el embarazo se producen diversas modificaciones anatómicas y funcionales que aumentan el riesgo a padecer una infección urinaria. Entre ellas se destacan: la hidronefrosis del embarazo, el aumento del volumen urinario en los uréteres que produce una columna líquida continua que ayuda a la propagación de la infección, disminución del tono uretral y vesical que se asocia a un aumento del volumen urinario en la vejiga lo cual aumenta su capacidad vesical y disminuye su tiempo de vaciamiento (Alvarez, Echeverria, Garau, & Lens, 2006).

CAPÍTULO V

5 Conclusiones y Recomendaciones

5.1. Conclusiones

- El grupo en estudio comprenden las edades entre 20 a 34 años las mismas que son de etnia mestiza, de estado civil solteras, con nivel de instrucción secundaria completa; las cuales se dedican al cuidado del hogar.
- Las principales patologías que se encuentran asociadas al embarazo en las mujeres atendidas en el Subcentro de Priorato fueron las siguientes: las Infecciones del Tracto Urinario, anemia, el HTA y DM gestacional.
- La categorización de los riesgos obstétricos en las mujeres atendidas en el Subcentro de Priorato nos permitió identificar que la mayor parte del grupo en estudio presenta un 71% de riesgo medio o 1, no se encontró pacientes con riesgo muy alto. Dado que muchas de las mujeres embarazadas presenta diversas condiciones tales como: edad no adecuada, las cuales son adolescentes y madres añosas, las mismas que presentan bajo peso, sobrepeso, obesidad, obesidad mórbida, abortos previos, cirugía uterina y etc.
- La elaboración de afiches de signos y síntomas de riesgo durante el embarazo se constituyó como un instrumento de educación para el Subcentro de Salud de Priorato tanto para las madres gestantes en la actualidad que les permitirá identificar los diferentes riesgos, como para los diferentes usuarios que podrán transmitir la información.

5.2.Recomendaciones

- Se recomienda al personal de salud de la Unidad Operativa, crear un grupo de educación a la madre gestante, donde se puedan realizar diversas actividades durante el embarazo, donde ellas puedan despejar las diferentes dudas e inquietudes que tengan sobre su embarazo.
- Que se brinde información a las madres gestantes su cuidado diario tanto en alimentación , higiene , actividad física y sexual, durante esta etapa donde cruza por diversos cambios, donde la madre se pueda sentir tranquila y sepa actuar ante cualquier circunstancia , por ello se debería dar a conocer las diferentes patologías que se presentan en el embarazo sus signos y síntomas ya que en caso de que la madre los presente, pueda informarle al personal de salud y se pueda actuar de manera pronta para resguardar su salud.
- Educar sobre el cumplimiento de sus controles prenatales, la importancia que tiene estos, los beneficios que aporta en el bienestar madre-hijo; ya que en ellos se determina y diagnostica diversas patologías y anomalías que se encuentren en el embarazo.
- Hacer uso de los afiches en la post consulta a la madre gestante, para que pueden mantenerse informadas sobre los diferentes signos y síntomas de las diversas patologías, las cuales pueden convertirse en un factor de riesgo durante su embarazo.

CAPITULO VI

6.1.Propuesta de intervención

6.2. Introducción

El material educativo se ha diseñado con el propósito de incentivar a las madres embarazadas a reconocer los riesgos obstétricos que puede presentar durante su embarazo, desde su inicio hasta la finalización del mismo.

Se desea lograr un buen nivel de comprensión no solo por parte de las madres embarazadas sino, de todos los usuarios que asistan al Subcentro de Salud quienes se convertirán en voceros transmitiendo la información captada a sus amigos, vecinos y familiares. Por ello la importancia de implementar un instrumento de información de fácil comprensión donde se reconozcan de manera sencilla y clara los riesgos obstétricos.

6.3. Objetivos

6.3.1. General

- Informar sobre los factores de riesgo obstétrico que puede presentar la mujer embarazada a los usuarios que asistan al Subcentro de Priorato.

6.3.2. Específicos

- Diseñar afiches educativos sobre los riesgos obstétricos.
- Entregar el material educativo al Subcentro de Priorato para que la información pueda ser difundida a todos los usuarios externos de la Unidad de Salud.

6.3.3. Logros

Al ser analizada la información por parte del usuario externo estará en capacidad de:

- Definir que es un riesgo obstétrico
- Describir cuantas clases de riesgo obstétrico existen.

- Concientizar a las madres y futuras madres en base de la información impartida
- Tener la capacidad de reconocer los signos y síntomas

6.4. Justificación

El riesgo obstétrico es toda característica detectable en la embarazada que se asocia a un incremento en la probabilidad de que ocurra un daño a la salud para ella o para su hijo durante el embarazo. Es habitual que muchos embarazos no sean embarazos perfectos, en multitud de ocasiones se presentan durante el embarazo ciertos riesgos, que pueden ser medios (como por ejemplo ser fumadora) hasta altos o muy altos (como la presencia de diabetes pregestacional). El riesgo obstétrico es un aspecto de gran interés para el personal de salud ya que tienen por objetivo, minimizar el riesgo de morbilidad y mortalidad materna y fetal que el proceso de gestación lleva implícito. La inclusión de estos métodos de enseñanza pretende que el usuario capte la información de manera clara y fácil. Este instrumento de información está destinado a los usuarios en especial a las madres embarazadas que acudan al Subcentro de Priorato.

6.5. Metodología

El material educativo se entregara a la Unidad de Salud con conceptos claros y precisos de acuerdo al contexto para que la información sea difundida.

6.6. Afiches educativos

La alegría de una madre...

Comienza desde el momento en que una nueva vida empieza agitarse en su vientre...

Permite sentir esa alegría infinita...



Definición de las enfermedades en el embarazo.



UNIVERSIDAD
TÉCNICA DEL NORTE

FACULTAD CIENCIAS DE
LA SALUD

CARRERA ENFERMERIA

Enfermedades asociadas al embarazo.



La preeclampsia se trata de una subida de la tensión arterial ocasionada por el embarazo. Es potencialmente peligrosa tanto para la madre como para el bebé.

La diabetes gestacional es un tipo de diabetes que se desarrolla solo durante el embarazo. Diabetes significa que su glucosa en sangre, también denominada azúcar en sangre, es demasiado alta. El cuerpo usa la glucosa para obtener energía. Tener mucha glucosa en sangre no es bueno para usted ni para su bebé.

Anemia del embarazo Esta enfermedad dificulta el transporte del oxígeno desde los pulmones hasta todos los puntos de nuestro cuerpo. Es normal que durante un embarazo los niveles de hemoglobina y glóbulos rojos disminuyan, y que las necesidades de oxígeno aumenten.

Las **infecciones del tracto urinario** se produce durante el embarazo, puede traer graves consecuencias para la madre y el hijo es una de las patologías más comunes en el embarazo.



Embarazo

El embarazo es una etapa en la cual empieza desde que el óvulo es fecundado hasta el parto y comprende varios cambios fisiológicos y psicológicos

CONTROLES PRENATALES

Un control prenatal óptimo, según el MSP consta de 5 chequeos médicos, durante el periodo de embarazo de bajo riesgo. El primer control debe ser dentro de las primeras 20 semanas de gestación y los cuatro subsecuentes.



SIGNOS Y SINTOMAS DE ALARMA

ORINAR FRECUENTEMENTE Y CON DOLOR

DOLOR DE CABEZA INTENS



SANGRADO VAGINAL

DOLOR ABDOMINAL TIPO PUJO

SALIDA DEL LIQUIDO AMNIOTICO



MAREOS CONSTANTES

EDEMA EN MANOS Y PIES

TINITUS (SONIDO AGUDO EN EL OIDO)

SOBREPESO



BAJO PESO

Enfermedades asociadas al embarazo

Permite que tu embarazo sea lo más placentero del mundo prevén :

Preeclampsia

Diabetes gestacional

Anemia

Infección de vías urinarias

Hiperemesis gravídica

Acude a tu centro de salud más cercano para prevenir posibles complicaciones para ti y tu bebé



7 BIBLIOGRAFÍA

- Dudzinska Camarero, N. (30 de junio de 2015). *webconsultas*. Obtenido de webconsultas:
<http://www.webconsultas.com/embarazo/complicaciones/diabetes-gestacional/sintomas-2393>
- Alban Silva, S. E., & Caicedo Romero, J. C. (19 de Junio de 2013). *Repositorio de la Universidad de Cuenca Ciencias Medicas*. Obtenido de Repositorio de la Universidad de Cuenca Ciencias Medicas.:
<http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/4987/1/MED219.pdf>
- Alcolea Flores, S., & Mohamed Mohamed, D. (27 de marzo de 2014). *Guía de embarazo*. Recuperado el 18 de mayo de 2016, de <http://www.ingesa.msssi.gob.es/estadEstudios/documPublica/internet/pdf/GuiaAcuidadosembarazo.pdf>
- Almiron, M. E., & Gamarra, S. C. (2005). DIABETES GESTACIONAL. *Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina*, 24-25.
- Alvarez, G. L., Echeverría, J. C., Garau, A. A., & Lens, V. A. (2006). INFECCION URINARIA Y EMBARAZO. DIAGNOSTICO Y. *Revista de post grado Via catedra de medicina*, 20-21.
- Araya, R. (2009). Diabetes y embarazo. *Revista Medica clinica CONDES*, 2.
- Asamblea Nacional Constituyente;. (2008). *Constitución de la República del Ecuador*. Quito: IGM.
- Cabrera, M., & Giagnoni, M. I (23 de Septiembre de 2011). *Repositorio de la Universidad de Cuyo*. Obtenido de Repositorio de la Universidad de Cuyo:
http://bdigital.uncu.edu.ar/objetos_digitales/6022/cabrera-mario.pdf
- Carmigniani, F. (2014). *Problemas de peso asociados con el embarazo*. Recuperado el 03 de junio de 2016, de <http://www.eufic.org/article/es/artid/Problemas-de-peso-asociados-con-el-embarazo/>
- Cazares, J. (2008). *Afectación del embarazo según la edad de la madre*. (BabyCenter, Editor) Recuperado el 10 de junio de 2016, de <http://espanol.babycenter.com/a600016/el-embarazo-y-tu-edad>

- Censo, I. N. (20 de FEBRERO de 2010). *RESULTADOS DEL CENSO DEL 2010 DE POBLACION Y VIVIENDA*. Obtenido de RESULTADOS DEL CENSO DEL 2010 DE POBLACION Y VIVIENDA: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/wp-content/descargas/Manualateral/Resultados-provinciales/imbabura.pdf>
- CENSOS, I. N. (12 de enero de 2012). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición- ENSANUT 2012 Demografía*. Obtenido de Encuesta Nacional de Salud y Nutrición- ENSANUT 2012 Demografía: http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/ENSANUT/SaludSexual_y_Reproductiva/141016.Ensanut_salud_sexual_reproductiva.pdf
- Chapalbay, I. C. (30 de noviembre de 2010). *ESPOCH*. Obtenido de ESPOCH: <http://dspace.esPOCH.edu.ec/bitstream/123456789/1905/1/94T00084.pdf>
- Chiriboga, D. (2015). *Ecuador sin muertes maternas*. (M. d. Pública, Productor) Recuperado el 06 de junio de 2016, de <http://www.salud.gob.ec/ecuador-sin-muertes-maternas/>
- Chiriboga, Y. (2014). *Determinantes e inequidades de salud*. (O. P. (OPS), Editor) Obtenido de http://www.paho.org/Saludenlasamericas/index.php?option=com_content&view=article&id=58&Itemid=55&lang=es
- Constituyente, A. N. (2008). *Constitución de la República del Ecuador*. Quito: Quito.
- Diago Caballero, D., Vila Vaillant, F., Ramos Guilarte, E., & Garcia Valdés, R. (2011). Factores de riesgo en la hipertensión inducida por el embarazo. *scielo*, 1.
- Escobar, V. (1 de Abril de 2012). *EL ABORTO EN EL ECUADOR*. Obtenido de EL ABORTO EN EL ECUADOR: http://elabortoenelecuadorerverito.blogspot.com/2012_04_01_archive.html
- Espitia de la Hoz, F., & Orozco Santiago, L. (2013). Anemia en el embarazo, un problema de salud que. *SCIELO*, 2-3.

- Figuroa, J. (2011). *Causas, riesgos y prevención en el embarazo*. Recuperado el 10 de junio de 2016, de <http://www.guiainfantil.com/1630/que-es-la-eclampsia-causas-riesgos-y-prevencion-en-el-embarazo.html>
- Ganfong Elías, A., Andino, A. N., Simonó Bell, N. M., González Pérez, J. M., Díaz Pérez, M. d., Ramírez Robert, R., & Rubinos Vega, A. (2007). Hipertension durante la gestación y la repercusión en algunos resultados perinatales ne el Hospital Dr Agostinho Neto. *scielo*, 1-2.
- García, P. (2013). *Factores de riesgo en el embarazo*. Recuperado el 02 de junio de 2016, de <http://www.guiainfantil.com/articulos/embarazo/riesgos/las-diez-causas-del-embarazo-de-alto-riesgo/>
- Haro, K., Toledo, K., Fonseca, Y., Arenas, D., Arenas, D., Humberto, A., & Leonher, K. (2015). Hiperemesis gravidica:manejo y consecuencias nutricionales; reporte de caso y revision de literatura. *Nutrición Hospitalaria*, 1.
- Health, N. I. (12 de Septiembre de 2011). *Guia breve sobre la anemia*. Obtenido de Guia breve sobre la anemia: https://www.nhlbi.nih.gov/files/docs/public/blood/anemia-inbrief_yg_sp.pdf
- Hospital General de México. (14 de febrero de 2013). *Salud el estilo de vida saludable*. Recuperado el 18 de MAYO de 2016, de <http://www.salud180.com/salud-z/embarazo>
- INEC. (12 de marzo de 2010). *Ecuador en cifras*. Obtenido de Ecuador en cifras: http://www.ecuadorencifras.gob.ec/wp-content/descargas/Presentaciones/estadisticas_madres_solteras.pdf
- INEC. (7 de julio de 2010). *Resultados del censo* . Obtenido de Resultdos del censo: http://www.ecuadorencifras.gob.ec/wp-content/descargas/Presentaciones/capitulo_educacion_censo_poblacion_vivienda.pdf
- INEC. (20 de Febrero de 2013). *Anuario de estadísticas vitales : Nacimientos y Defunciones*. Obtenido de Anuario de estadísticas vitales : Nacimientos y Defunciones: http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion_y_Demografia/Nacimientos_Defunciones/Publicaciones/Anuario_Nacimientos_y_Defunciones_2013.pdf

- Juan Antonio Suárez González, I. M. (2009). Predictores de la preeclampsia/eclampsia en un grupo. *scielo*, 8.
- Kongnyuy, E. J. (10 de enero de 2013). *Modelos de atención mujeres embarazadas*. (OMS, Productor) Recuperado el 07 de junio de 2016, de Modelos de atención mujeres embarazadas: http://apps.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/antenatal_care/general/cd004667_Wiysongecs_com/es/
- Lopez Jaramillo, P., & Sotomayor Rubio, K. (2014). Papel del endotelio en hipertensión inducida por el embarazo:. *scielo*, 6.
- Lorente, R. (2010). *Enfermedades hepáticas propias del embarazo*. Recuperado el 16 de abril de 2016, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-01082010000800010
- M. Roche, A. F. (2009). Patología médica y embarazo. Trastornos respiratorios, urológicos,. *scielo*, 14.
- Martinez Neira, D. C. (25 de Diciembre de 2010). *Repositorio de la Universidad de San Francisco de Quito*. Obtenido de Repositorio de la Universidad de San Francisco de Quito: <http://repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/696/1/99577.pdf>
- MEDICINE, F. (12 de junio de 2016). *Inatal*. Obtenido de Inatal: <http://inatal.org/component/content/article/41-el-embarazo/complicaciones-del-embarazo/primer-trimestre-del-embarazo/224-anemia-durante-el-embarazo-causas-y-tratamiento.html>
- Ministerio de Salud Pública. (18 de octubre de 2008). *Componente normativo materno neonatal*. Recuperado el 10 de DICIEMBRE de 2015, de <http://www.prenatal.tv/lecturas/ecuador/6.%20Lecciones%20Aprendidas.pdf>
- Ministerio de Salud Pública. (20 de Diciembre de 2013). *Ecuador ama la vida*. Recuperado el 25 de Octubre de 2015, de Ecuador ama la vida: <http://www.salud.gob.ec/ecuador-sin-muertes-maternas/>
- Moroto Martin, M. T. (2013). Infección del tracto urinario en la embarazada . *Patología urinaria y embarazo*, 1-2.

- MSP. (9 de Marzo de 2015). *ECUADOR SIN MUERTES MATERNAS*. Obtenido de ECUADOR SIN MUERTES MATERNAS: <http://www.salud.gob.ec/ecuador-sin-muertes-maternas/#22>
- MSP, D. D. (7 de JULIO de 2013). *NORMA PARA EL CUIDADO OBSTÉTRICO Y NEONATAL ESENCIAL CONE) EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD*. Obtenido de NORMA PARA EL CUIDADO OBSTÉTRICO Y NEONATAL ESENCIAL CONE) EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD : http://www.maternoinfantil.org/archivos/smi_D458.pdf
- OMS. (20 de Diciembre de 2015). *Centro de prensa*. Recuperado el 18 de febrero de 2016, de Centro de prensa: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>
- OMS. (20 de Diciembre de 2015). *Centro de prensa*. Recuperado el 18 de febrero de 2016, de Centro de prensa: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>
- OMS. (20 de diciembre de 2015). *Factores de riesgo en el embarazo*. Recuperado el 18 de febrero de 2016, de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>
- Oscanoa Huaman , I. L. (13 de junio de 2013). *Repositorio de la Universidad Ricardo Palma Facultad de Medicina Humana*. Obtenido de Repositorio de la Universidad Ricardo Palma Facultad de Medicina Humana: http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/223/1/Oscanoa_il.pdf
- Perez Rodriguez, A. F., Roche, M., & Larrañaga, C. (20 de Febrero de 2012). *scielo*. Recuperado el 12 de noviembre de 2015, de scielo: <http://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v32s1/obstetricia5.pdf>
- Pérez Sánchez, A. (2010). *Protocolos Asistenciales en Obstetricia*. Recuperado el 20 de mayo de 2016, de https://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/recursos/documents/sego_protocolo_control_prenatal_2010.pdf
- Rigol, O. (2008). *Obstetricia y ginecología*. Habana: Ciencias médicas.
- Rodríguez, M. (2013). *Hábitos tóxicos en el embarazo*. Recuperado el 04 de junio de 2016, de <http://www.amc.sld.cu/amc/2006/v10n5-2006/2140.htm>
- Román, V. F. (2010). Enfermedades hepáticas propias del embarazo. *scielo*, 1.

- Salud, S. d. (12 de Octubre de 2014). *Comisión de Conciliación y Arbitraje Medico*. Recuperado el agosto de 2015, de Comisión de Conciliación y Arbitraje Medico: <http://salud.edomex.gob.mx/ccamem/cartapacientes.htm>
- Sanchez Espinoza de los Monteros, A. M. (16 de Mayo de 2007). *Repositorio de la Universidad San Francisco de Quito* . Obtenido de Repositorio de la Universidad San Francisco de Quito : <http://repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/355/1/84636.pdf>
- scielo*. (12 de enero de 2010). Recuperado el 2 de diciembre de 2015, de scielo: <http://scielo,iscii,es/pdf/asisna/v32s1/obstetricia5.pdf>
- Silbaja Muñoz, L., & Vargas Quesada, N. (2011). Manejo de la Hiperemesis Gravídica. *Revista medica de de costa rica y centroamerica*, 2.
- Vallejos, C., Villegas Lopez, M. d., Enriquez Guerra, M. A., & Ramirez Valverde, B. (2010). Prevalencia de infecciones de vías urinarias en embarazadas atendidas en el Hopsital Universitario de Puebla. *Enfermedades Infeciosas y Microbiologia* , 118 - 120.

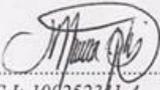
8 ANEXOS

Anexo 1. Instrumento de Validación



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
UNIVERSIDAD ACREDITADA RESOLUCIÓN Nro. 001-073-CEAACES-2013-13
Ibarra-Ecuador

FECHA: 16 de Mayo del 2016
DIRIGIDO A: Msc. Viviana Espinel
SOLICITANTE: Msc. Martiza Alvarez - DIRECTORA DE TESIS.
FACULTAD: FCCSS
CARRERA: Enfermería
ASUNTO: Por medio de la presente, solicito muy comedidamente, se me conceda la revisión y validación del instrumento para recolección de datos del tema de tesis: "ENFERMEDADES ASOCIADAS AL EMBARAZO EN MUJERES ATENDIDAS EN EL SUBCENTRO DE PRIORATO AGOSTO-DICIEMBRE 2015" de autoría de la señora Chalá Minda Tatiana Raquel

FIRMA: 
C.I: 100252311-4

CONSTANCIA DE PRESENTACIÓN **FECHA:** 2016-05-16
HORA: 16:54
FIRMA: 

Misión Institucional:
Contribuir al desarrollo educativo, científico, tecnológico, socioeconómico y cultural de la región norte del país. Formar profesionales críticos, humanistas y éticos comprometidos con el cambio social.

Anexo 2. Ficha de recolección de datos

TESIS PREVIA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

TEMA: Enfermedades asociadas al embarazo en mujeres atendidas en el Subcentro de Priorato Agosto-Diciembre 2015

Fecha:.....

1.-DATOS GENERALES

A.-Edad

C.-Número de HCL

B.-Estado civil: Soltera
Casada
Divorciada
Viuda
UL

D.-Etnia: Blanca
Mestiza
Indígena
Negra
Afro ecuatoriana

E.- Instrucción: Ninguna
Primaria
Sec. Incompleta
Sec. Completa
Superior

F.- Ocupación: Servidor público
Servidor privado
Comerciante
Ama de casa
Estudiante

G.- Nacionalidad

2.-HISTORIA OBSTÉTRICA ANTERIOR

Número de embarazos
Número de partos:
Número de abortos:

Abortos provocados Abortos espontáneos

3.-HABITOS TÓXICOS

Fuma
Ingiere bebidas alcohólicas
Ninguno
Otros

4.-EMBARAZO ACTUAL

EG al momento de la captación Número de controles realizados
Peso
Talla
IMC

5.- ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS

Riesgo bajo o 0	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Riesgo medio o 1	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Riesgo alto o 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Riesgo muy alto o 3	<input type="text"/>	<input type="text"/>

6.- PATOLOGÍA DESARROLLADA DURANTE EL EMBARAZO

Diabetes mellitus	<input type="text"/>
Hipertensión arterial	<input type="text"/>
Anemia	<input type="text"/>
ITU	<input type="text"/>
Hiperémesis gravídica	<input type="text"/>
Ninguna	<input type="text"/>
Otras	<input type="text"/>

Anexo 3. Aprobaciones por parte del Distrito 10d01 y Subcentro de Priorato



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA

Dra. Verónica López
Directora del Subcentro de Salud Priorato
Presente

Permítame extenderle un saludo muy cordial, el motivo de la presente es solicitarle muy comedidamente se me permita realizar la recolección de datos para mi trabajo de grado para la titulación en Licenciatura de Enfermería que tiene como tema : "Enfermedades asociadas al embarazo en mujeres atendidas en el Subcentro de Priorato Agosto –Diciembre 2015", para ello es necesario el uso de las Historias clínicas de la pacientes y conocer mediante una lista aquellas mujeres que fueron atendidas durante el periodo Agosto –Diciembre 2015.
De antemano agradezco su gentil colaboración.


Tatiana Raquel Chalá Minda
CI: 100418972-4


Recibido
Dra. Verónica López
Diciembre 16



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA

Dr. Widmark Baez
Director Distrital 10D01
Presente

Permitame extenderle un saludo muy cordial, el motivo de la presente es solicitarle muy comedidamente se me permita realizar la recolección de datos para mi trabajo de grado para la titulación en Licenciatura de Enfermería que tiene como tema : "Enfermedades asociadas al embarazo en mujeres atendidas en el Subcentro de Priorato Agosto –Diciembre 2015", para ello es necesario el uso de las Historias clínicas de la pacientes y conocer mediante una lista aquellas mujeres que fueron atendidas durante el periodo Agosto –Diciembre 2015. De antemano agradezco su gentil colaboración.


Tatiana Raquel Chala Minda
CI: 100418972-4

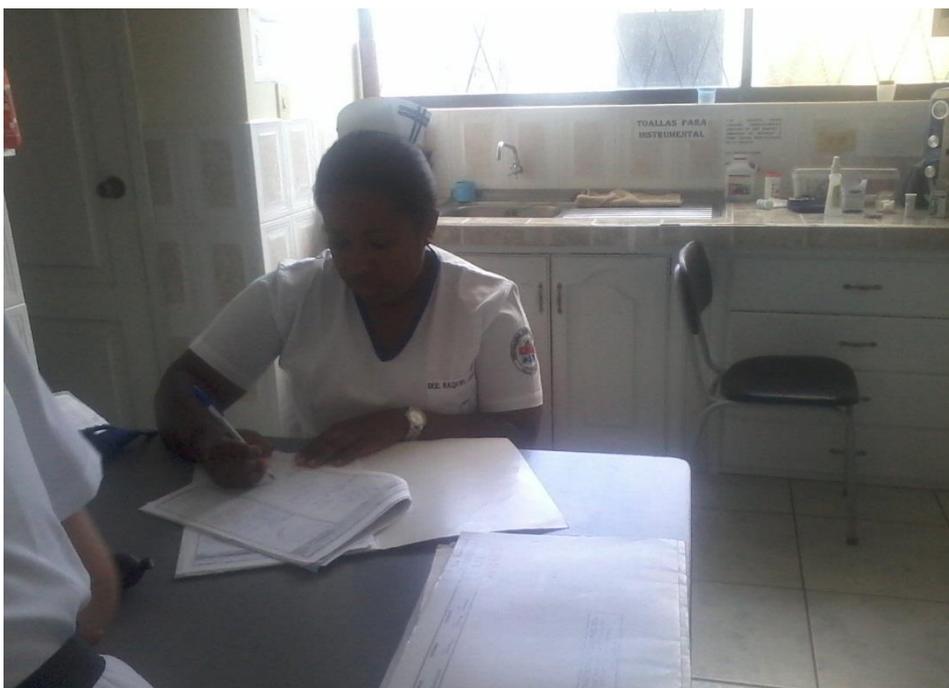



E010100
06/06/2016
12:50

Anexo 4. Galería fotográfica



Recopilación de información en el Subcentro de Priorato



Recopilación de información en el Subcentro de Priorato