



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

Tesis previa la obtención del título de Licenciatura en Enfermería

TEMA:

**PATOLOGÍAS ASOCIADAS AL EMBARAZO DE PACIENTES ATENDIDAS
EN EL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL, IBARRA 2010 -2014.**

AUTORA:

Sevillano Anrango Zaira Mireya

DIRECTORA:

Mph. Sonia Revelo Villarreal

PROMETEO:

Dra. Ysabel Casart PhD

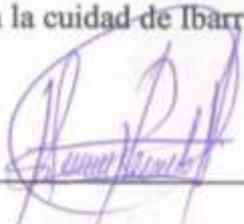
IBARRA

2015-2016

APROBACIÓN DEL TUTOR

En calidad de tutor del trabajo de grado, presentando por la señorita: Sevillano Anrango Zaira Mireya, para optar por el título de Licenciatura en Enfermería, doy fé que dicho trabajo reúne los requisitos y meritos suficientes para ser sometido a presentacion pública y evaluacion por parte del jurado examinador que se designe.

En la ciudad de Ibarra, a los 10 dias del mes de febrero del 2016.

A handwritten signature in blue ink, appearing to be 'Sonia Revelo Villarreal', written over a horizontal line.

Mph. Sonia Revelo Villarreal

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	1003791454		
APELLIDOS Y NOMBRES	Sevillano Anrango Zaira Mireya		
DIRECCIÓN	Atuntaqui Calle Bolívar y Santa Bertha		
EMAIL:	mire_favo@hotmail.com		
TELÉFONO FIJO:	062900403	TELÉFONO MÓVIL:	0985231891

DATOS DE LA OBRA	
TÍTULO:	“Patologías asociadas al embarazo de pacientes atendidas en el hospital San Vicente de Paúl, Ibarra 2010 - 2014.”
AUTORA:	Sevillano Anrango Zaira Mireya
FECHA: AAAAMMDD	2016/Marzo 11
PROGRAMA	<input checked="" type="checkbox"/> PREGRADO <input type="checkbox"/> POSTGRADO
TÍTULO POR EL QUE OPTA:	Licenciatura en Enfermería
DIRECTOR:	Mph. Sonia Revelo Villarreal

2. Autorización de uso a favor de la universidad

Yo, Sevillano Anrango Zaira Mireya, con cédula de identidad Nro. 1003791454 en calidad de autora y titular 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 Repositorio Institucional y uso del archivo digital en la Biblioteca de la Universidad con fines

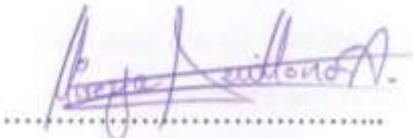
académicos, para ampliar la disponibilidad del material y como apoyo a la educación, investigación y extensión; en concordancia con la ley de Educación Superior Artículo 144.

3. Constancias

La autora manifiesta 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 por lo que asumen la responsabilidad sobre el contenido de la misma y saldrán en defensa de la universidad original y que son los titulares de los derechos patrimoniales, por lo que asumen la responsabilidad sobre el contenido de la misma y saldrán en la defensa de la Universidad en caso de reclamación por parte de terceros.

Ibarra, a los 10 días del mes de febrero del 2016

AUTORA:



Sevillano Anrango Zaira Mireya

1003791454



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

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

Yo, Sevillano Anrango Zaira Mireya, con cédula de identidad Nro. 1003791454, manifiesto la 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: "PATOLOGÍAS ASOCIADAS AL EMBARAZO DE PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL, IBARRA 2010 - 2014.", que ha sido desarrollado para optar por el título: LICENCIATURA EN ENFERMERÍA en la Universidad Técnica del Norte, quedando la Universidad facultada para ejercer plenamente los derechos cedidos anteriormente. En nuestra condición como autores nos reservamos los derechos morales de la obra antes citada. En concordancia suscribimos este documento en el momento que hacemos la entrega del trabajo final en formato impreso y digital a la Biblioteca de la Universidad Técnica del Norte.

Ibarra, a los 10 días del mes de febrero de 2016

AUTORA:

Sevillano Anrango Zaira Mireya

1003791454

DEDICATORIA

A **DIOS** el creador de todas las cosas quien me ha dado la fortaleza para continuar cuando he estado a punto de renunciar.

A **MIS PADRES**, principalmente a mi madre Rocío, pilar fundamental para la construcción de mi vida profesional digno ejemplo de trabajo y constancia quien con su esfuerzo supo sacarme adelante.

A **MIS HERMANAS KATY Y JENNY** quienes me han brindado su apoyo incondicional y muchas veces poniéndose en el papel de madre para mi hija y que a pesar de las diferencias ellas han sido la principal ayuda para realizarme como profesional.

A **MI AMADO ESPOSO FABRICIO** quien estuvo apoyándome en cada momento de mi carrera universitaria **Y EN ESPECIAL A MI HIJA MONSERRAT** quien tuvo que soportar largas horas sin mi compañía posiblemente no entiendas estas palabras, pero quiero que sepas lo que significas para mí, eres mi orgullo y mi más grande motivación para seguir luchando.

Zaira Mireya Sevillano Anrango

AGRADECIMIENTO

Mi agradecimiento se merece principalmente, quien ha forjado mi camino y me ha guiado por el sendero correcto a Dios el que ha estado conmigo en todo momento ayudándome a aprender de mis errores y me ha dado la fortaleza para superar obstáculos y dificultades eres tu quien guía el destino de mi vida.

A toda mi familia quien estuvo en cada momento de mi vida siempre brindándome su apoyo incondicional, principalmente a mis padres por haberme formado como la persona que soy, muchos de mis logros se los debo a ellos, gracias por su amor, su comprensión, consejos y recursos he llegado a alcanzar una de mis metas.

Además, quiero expresar sentimientos de gratitud a La "Universidad Técnica Del Norte ", fuente del saber; agradezco porque me abrió sus puertas para formarme como profesional y haberme brindado unos buenos maestros, los mismos que con su conocimiento impartidos desde el inicio de mis estudios supieron formarme y con dedicación me guiaron para lograr una de mis metas.

Finalmente quiero agradecerle a mi tutora Mph. Sonia Revelo Villarreal quien me brindo sus conocimientos, confianza y pudo sacar lo mejor de mí para lograr esta meta tan anhelada.

Zaira Mireya Sevillano Anrango

RESUMEN

PATOLOGÍAS ASOCIADAS AL EMBARAZO DE PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL, IBARRA 2010 - 2014.

Sevillano Anrango Zaira Mireya¹

1 Facultad Ciencias de la Salud Universidad Técnica del Norte

mire_favo@hotmail.com

El presente estudio se realizó en el Hospital San Vicente De Paúl de la ciudad de Ibarra Provincia Imbabura durante los años 2010-2014; con el fin de conocer las patologías más frecuentes durante el embarazo, describiendo la conducta a seguir en el embarazo según la patología obstétrica y la relación que existe entre patología-edad en pacientes atendidas en el Servicio de Ginecología. El diseño de la investigación es no experimental cuantativa y el tipo de investigación es descriptiva, exploratoria, estadística bibliográfica, retrospectiva, transversal. Se analizó información como: diagnóstico patológico, tipo de parto y edad de las pacientes hospitalizadas en el Servicio de Ginecología, esta información se ingresó al programa Microsoft Excel 2010 que nos permitió obtener información específica para el mejor análisis de resultados se utilizó tablas y gráficos estadísticos. Entre la información más relevante se encontró que un total de 6015 mujeres se encontraron las siguientes patologías obstétricas más frecuentes son: Trastornos Hipertensivos con un 16,6%, 16,2% infecciones del tracto urinario, Hemorragias vaginales con un 2,8% seguido de Preeclampsia con 2,7% y anemia con el 1,9% las mencionadas patologías se presentan con mayor frecuencia a edad de 19 a 34 años en las mujeres en estudio. De un universo de estudio de 6015 pacientes atendidas en el Hospital San Vicente De Paúl, un 20,5% continuaron con el embarazo ya que la patología tuvo un tratamiento oportuno, el 10,2% fueron partos normales ya que el bienestar materno fetal no estuvo comprometido y por eso el embarazo finalizó así y el 9,5% de estos embarazos fue interrumpido con una cesárea. En conclusión, en las cinco patologías más frecuentes la edad materna es un factor predisponente para que la embarazada pueda padecer alguna patología obstétrica. Finalmente, con el conocimiento de las principales patologías se elabora una guía didáctica para mujeres en edad fértil la misma que será impartida en charlas educativas que brinda el Hospital San Vicente de Paúl.

Palabras Clave: patologías, embarazo, relación patología-edad, enfermedades hipertensivas, infección del tracto urinario.

SUMMARY

This study was conducted at "San Vicente de Paul Hospital" from Ibarra, Imbabura Province from 2010 to 2014; in order to know the most common diseases during pregnancy, describing the action to take during pregnancy according to obstetric pathology and the relationship between pathology-age in patients treated at the Gynecology Service. The research design is not experimental and quantitative, it is descriptive, exploratory, bibliographical statistics, retrospective and cross-sectional. Information as: pathological diagnosis, type of birth and age of patients hospitalized in the Gynecology Service was analyzed, this information was entered to Microsoft Excel 2010 program, that allowed to obtain specific information for better analysis of results on statistical tables and graphs. Among the most relevant information, it was found that a total of 6015 women, who had the most frequent obstetric pathologies, they were: Hypertensive disorders with 16.6%, 16.2% with urinary tract infections, vaginal bleeding with 2.8% followed of Preeclampsia with 2.7% and 1.9% with anemia, the aforementioned diseases occur more frequently from 19 to 34 years old in studied women. From a universe of study of 6015 patients treated at San Vicente de Paul Hospital, 20.5% continued with the pregnancy because the disease had early treatment, 10.2% were normal births since the fetal maternal wellbeing was not committed and the pregnancy ended well and 9.5% of these pregnancies were interrupted by cesarean surgery. In conclusion the five most common diseases and maternal age is a predisposing factor for pregnant women, who may suffer some obstetric pathology. Finally, with the knowledge of the main pathologies, a teaching guide for women of childbearing age is made, the same will be taught in educational workshops at San Vicente de Paul Hospital.

Keywords: pathologies, pregnancy, pathology-age relationship, hypertensive diseases, urinary tract infection.

ÍNDICE GENERAL

APROBACIÓN DEL TUTOR.....	¡Error! Marcador no definido.
AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE	iii
CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR DEL TRABAJO DE GRADO A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE ..	¡Error! Marcador no definido.
DEDICATORIA	vi
AGRADECIMIENTO	vii
RESUMEN.....	viii
SUMMARY	ix
ÍNDICE GENERAL.....	x
ÍNDICE DE TABLAS	xiv
ÍNDICE DE GRÁFICOS	xv
TEMA:	xvii
CAPÍTULO I.....	1
1. El Problema de Investigación	1
1.1 Planteamiento del Problema.....	1
1.2 Formulación del problema.....	4
1.3 Justificación.....	4
1.4 Viabilidad	5
1.4.1 Viabilidad social:	6
1.4.2 Viabilidad técnica:	6
1.4.3 Viabilidad económica:	6
1.5 Objetivos	6
1.5.1 Objetivo General:.....	7
1.5.2 Objetivos Específicos:	7
1.6 Preguntas de investigación.	7

CAPÍTULO II	8
2. Marco Teórico	9
2.1 Marco Referencial	9
2.1.1. Investigaciones sobre patologías asociadas al embarazo.....	9
2.2 Marco contextual	13
2.2.1 Reseña histórica del Hospital San Vicente de Paúl.	13
2.2.2 El servicio de ginecología y obstetricia	18
2.3 Marco conceptual	20
2.3.1 El embarazo	20
2.3.2 El parto.....	24
2.3.3 Cesárea.....	25
2.3.4 Patologías asociadas al embarazo	25
2.3.5 Patologías hipertensivas.....	26
2.3.6 Hipertensión gestacional.....	26
2.3.7 Preeclampsia	28
2.3.8 Preeclampsia Leve:	28
2.3.9 Preeclampsia severa:.....	28
2.3.10 Eclampsia.....	29
2.3.11 Hipertensión Arterial Crónica.....	30
2.3.12 Hipertensión Arterial Crónica + Preeclampsia Sobreañadida	30
2.3.13 Hipertensión Arterial Crónica d alto riesgo en el embarazo.....	31
2.3.14 Síndrome de HELLP.....	31
2.3.15 Diabetes gestacional	32
2.3.16 Hiperémesis Gravídica.....	33
2.3.17 Anemia.....	34
2.3.18 Infección de las vías genitourinarias en el embarazo	35
2.3.19 Hemorragias vaginales durante el embarazo	36
2.3.20 Hemorragia de causa obstétrica	37
2.3.21 Sangrado de la primera mitad del embarazo.....	37
2.3.22 Sangrado de la segunda mitad del embarazo	37
2.3.23 Sangrado de la Tercera Etapa del Trabajo de Parto.....	38
2.3.24 Shock Hipovolémico	38

2.3.25 Complicaciones de la placenta.....	38
2.3.26 Amenaza de Aborto	41
2.3.27 Aborto	41
2.3.28 Aborto en Curso (inevitable)	42
2.3.29 Aborto Incompleto.....	42
2.3.30 Aborto Completo	42
2.3.31 Aborto diferido	43
2.3.32 Aborto séptico.....	43
2.3.33 Aborto terapéutico	43
2.3.34 Legrado uterino instrumental.....	43
2.4 Marco Legal	44
2.4.1 Leyes y reglamentos de la Constitución de la República del Ecuador	44
2.4.2 Ley Orgánica de la Salud.....	45
CAPÍTULO III.....	46
3. Metodología de la investigación	46
3.1. Diseño de estudio	46
3.2 Tipo de estudio	47
3.3 Localización y Ubicación del área de estudio	47
3.4 Población de estudio.....	48
3.5. Operacionalización de las variables.	48
3.6 Métodos y técnicas para la recolección de información.....	49
3.7. Análisis de datos.....	50
CAPÍTULO IV.....	50
4. Resultados	50
4.1 Presentación de Resultados	51
4.2 Tabulación, representación gráfica.....	51
4.3 Discusión de resultados.	66
CAPÍTULO V.....	69
5. Conclusiones y Recomendaciones	69

5.1 Conclusiones	69
5.2 Recomendaciones	69
BIBLIOGRAFÍA	70
ANEXOS	76
Anexo 1 fotografías de tutorías	77
Anexo 2 Guía con actividades de promoción y prevención de las patologías asociadas al embarazo.	77
Anexo 3 Tríptico actividades de promoción y prevención de las patologías asociadas al embarazo.	79

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Variables e Indicadores.....	48
Tabla 2 Pacientes atendidas en el Servicio de Ginecología del Hospital San Vicente de Paúl años 2010-2014.....	51
Tabla 3 Edad de la pacientes atendidas en el Servicio de Ginecología del Hospital San Vicente de Paúl años 2010-2014.....	52
Tabla 4 Pacientes que presentaron patología obstétrica.....	53
Tabla 5 Patologías más frecuentes asociadas al embarazo identificadas en el Servicio de Ginecología en el Hospital San Vicente de Paul 2010 -2014.....	54
Tabla 6 Conducta a seguir en el embarazo en pacientes con trastorno hipertensivo.	56
Tabla 7 Conducta a seguir en el embarazo en pacientes con Infecciones del Tracto Urinario.	57
Tabla 8 Conducta a seguir en el embarazo en pacientes con Hemorragias Vaginales	58
Tabla 9 Conducta a seguir en el embarazo en pacientes con Preeclampsia.....	59
Tabla 10 Conducta a seguir en el embarazo en pacientes con Anemia.	60
Tabla 11 Total de Abortos en los años 2010 - 2014	61
Tabla 12 Abortos según edad.....	64
Tabla 13 Patologías-edad.....	65

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 Pacientes atendidas en el Servicio de Ginecología del Hospital San Vicente de Paúl años 2010-2014	52
Gráfico 2 Pacientes hospitalizadas en el Servicio de Ginecología del Hospital San Vicente de Paúl año 2010-2014 según edad.	53
Gráfico 3 Pacientes hospitalizadas con patología obstétrica en el Servicio de Ginecología del Hospital San Vicente de Paúl año 2010 -2014.	54
Gráfico 4 Patologías más frecuentes identificadas en el Servicio de Ginecología del Hospital San Vicente de Paúl año 2010 -2014.....	55
Gráfico 5 Conducta a seguir en el embarazo en pacientes con Trastornos Hipertensivos atendidas en el Servicio de Ginecología del Hospital San Vicente de Paúl año 2010-2014.....	57
Gráfico 6 Conducta a seguir en el embarazo en pacientes con Infecciones del Tracto Urinario que fueron atendidos en el Servicio de Ginecología del Hospital San Vicente de Paúl año 2010-2014.....	58
Gráfico 7 Conducta a seguir en el embarazo en pacientes con Hemorragias Vaginales que fueron atendidos en el Servicio de Ginecología del Hospital San Vicente de Paúl del año 2010-2014.....	59
Gráfico 8 Conducta a seguir en el embarazo en pacientes con Preeclampsia que fueron atendidos en el Servicio de Ginecología del Hospital San Vicente de Paúl del año 2010-2014.....	60
Gráfico 9 Conducta a seguir en el embarazo en pacientes con Anemia que fueron atendidos en el Servicio de Ginecología del Hospital San Vicente de Paúl del año 2010-2014.....	61
Gráfico 10 Total de Abortos atendidos en el Servicio de Ginecología del Hospital San Vicente de Paúl de los años 2010-2014.	63
Gráfico 11 Edad de las mujeres con Abortos que fueron atendidas en el Servicio de Ginecología del Hospital San Vicente de Paúl del año 2010-2014.	64

Gráfico 12 Edad de mujeres que presentaron las patologías más frecuentes en el Servicio de Ginecología del Hospital San Vicente de Paúl durante los años 2010-2014.

..... 65

TEMA:

**PATOLOGÍAS ASOCIADAS AL EMBARAZO DE PACIENTES ATENDIDAS
EN EL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL, IBARRA 2010 - 2014.**

CAPÍTULO I

1. El Problema de Investigación

1.1 Planteamiento del Problema

La incidencia de muertes maternas tiene una distribución mundial desigual que refleja las diferencias entre ricos y pobres. El riesgo de muerte materna a lo largo de la vida es de 1/75 en las regiones en desarrollo y 1/7300 en las regiones desarrolladas; en el Nigeria es de 1/7, mientras que en Irlanda es de 1/48 000 (1).

Las muertes maternas son de aproximadamente 800 mujeres cada día a nivel mundial, según la Organización Mundial de la Salud, la mayoría de las muertes maternas pueden ser evitadas si la mujer, su pareja, su familia y la comunidad aprenden a reconocer las señales de peligro a tiempo, es por esto que el Ministerio de Salud Pública (MSP) considera muy importante aprender a identificar las señales de peligro (2).

Para finales del año 2015 habrán muerto unas 303000 mujeres durante el embarazo y el parto o después de ellos. Prácticamente todas estas muertes se producen en países de ingresos bajos y la mayoría de ellas podrían haberse evitado (3).

En América Latina, la preeclampsia es la causa número uno de la muerte materna (4). La preeclampsia, eclampsia es una de las principales causas de morbilidad materna y perinatal mundial; en el año 2010, en Ecuador, fue catalogada como la primera causa de muerte materna (5).

Las complicaciones durante el embarazo y el parto son la segunda causa de muerte entre las muchachas de 15 a 19 años en todo el mundo. Sin embargo, desde el año 2000

se han registrado descensos considerables en el número de muertes en todas las regiones. Cada año se practican unos 3 millones de abortos peligrosos entre muchachas de 15 a 19 años, lo que contribuye a la mortalidad materna y a problemas de salud prolongados (3).

En los países de ingresos bajos y medianos, los bebés de madres menores de 20 años se enfrentan a un riesgo un 50% superior de mortalidad prenatal o de morir en las primeras semanas de vida que los bebés de mujeres de 20 a 29 años. Cuanto más joven sea la madre, mayor el riesgo para el bebé. Además, los recién nacidos de madres adolescentes tienen una mayor probabilidad de registrar peso bajo al nacer, con el consiguiente riesgo de efectos a largo plazo (3).

Los países en vías de desarrollo continúan registrando tasas comparativamente más elevadas de muertes maternas y perinatales por embarazos complicados debido a la hipertensión, como resultado de la escasa utilización de los servicios de control prenatal y de asistencia obstétrica, así como la presentación tardía a las unidades especializadas para la atención de emergencia (6), (7).

Si bien el cuadro clínico de algunas patologías, así como el proceso diagnóstico o terapéutico puede estar alterado por los cambios que el embarazo produce en ella, así como por la presencia del feto, que en algunos casos puede limitar los métodos diagnósticos o las terapias a aplicar, ocasionando posibles complicaciones en el embarazo y puerperio poniendo en peligro la vida de madre e hijo (8).

La edad avanzada de la mujer gestante también incrementa el riesgo de algunas alteraciones cromosómicas, como el síndrome de Down, las carencias de yodo y folato, el sobrepeso y enfermedades como la diabetes mellitus están relacionadas con algunas anomalías congénitas. Por ejemplo, la carencia de folato aumenta el riesgo de tener niños con defectos del tubo neural (9).

La alimentación en los países pobres se caracteriza por ser monótona donde el alimento base proporciona el 60-90% del aporte energético, con una pequeña cantidad de

productos animales en la composición de la ración, con un aporte glucémico elevado (en forma de azúcares complejos, generalmente), un aporte proteico discreto (y esencialmente vegetal) y un aporte elevado de fibras.

En los últimos años los países de la región han impulsado varios programas para enfrentar este problema de manera que se ha dado preferencia a la atención materno-infantil, que promueven la lactancia materna y proporcionan un suplemento alimentario a mujeres embarazadas o en período de lactancia (10).

Algunas patologías como la diabetes gestacional pueden aumentar el riesgo de mortalidad del binomio, esta patología se define como la intolerancia a la glucosa en el transcurso del embarazo, período durante el cual los cambios hormonales pueden hacer que el cuerpo sea menos sensible al efecto de la insulina. Estos cambios pueden llevar a alta presencia de azúcar en la sangre y diabetes (11).

Los altos niveles de azúcar en la sangre durante el embarazo son peligrosos tanto para la madre como para el bebé; en general, la enfermedad se detecta mediante una prueba de glucemia a las 24 a 28 semanas de embarazo seguida de una prueba de diagnóstico llamada prueba de tolerancia oral a la glucosa, la diabetes gestacional aumenta el riesgo de que el bebé sea demasiado grande (11), (12).

Las madres son más vulnerables a la malnutrición, tanto por macronutrientes como por micronutrientes, y pueden tener mayor exposición a agentes o factores que inducen o aumentan la incidencia de un desarrollo prenatal anormal, en especial el alcohol y las infecciones (9).

La anemia por deficiencia de hierro es el tipo de enfermedad más común, las mujeres embarazadas necesitan más hierro de lo normal, debido a la mayor cantidad de sangre en su cuerpo para el desarrollo del bebé, una madre con deficiencia de hierro puede tener la sensación de cansancio o debilidad, palidez, desmayos o falta de aire; pero un

buen cuidado prenatal puede ayudar a detectar y tratar oportunamente esta patología (12), (13), (14), (15).

1.2 Formulación del problema.

¿Cuáles son las patologías más frecuentes asociadas al embarazo de pacientes atendidas en el Hospital San Vicente de Paul, Ibarra 2010-2014?

1.3 Justificación

El propósito de la realización de este proyecto es fundamental para un desarrollo social y económico exitoso de la familia y la comunidad de las madres en estudio, ya que contribuye detectando y controlando oportunamente aquellas enfermedades o factores que pueden complicar el bienestar de la madre, del feto, del lactante y del niño, y por lo tanto la salud y la capacidad reproductiva de las futuras generaciones

Es de vital importancia, ya que durante el embarazo suelen aparecer algunas patologías, impidiendo el normal crecimiento y desarrollo del nuevo ser; así como limitan las funciones físicas, mentales, por lo que resulta interesante investigar cuales son las patologías más frecuentes asociadas al embarazo en las mujeres gestantes atendidas en el Hospital San Vicente de Paul; y así tomar medidas preventivas necesarias para disminuir la morbimortalidad.

Mediante este estudio se identificará las patologías más frecuentes, determinaremos como culmino el embarazo y relacionaremos cada patología con la edad de las mujeres gestantes en los últimos 5 años, desde el 2010 hasta la actualidad, para de esta manera clarificar los conocimientos que debe poseer la madre gestante con respecto a las patologías obstétricas y ser nuestro referente al momento de elaborar el material educativo que será la base para educar a las mujeres en edad fértil que acuden al hospital San Vicente de Paúl.

1.4 Viabilidad

1.4.1 Viabilidad social:

Cuenta con una viabilidad social ya que contribuirá a mejorar los conocimientos sobre patologías asociadas al embarazo.

1.4.2 Viabilidad técnica:

Cuenta con una viabilidad Técnica ya que se contarán con los materiales necesarios para realizar la investigación, ya que la información fue recopilada de la base de datos del Hospital San Vicente de Paúl.

1.4.3 Viabilidad económica:

Porque se cuenta con recursos económicos necesarios para poder terminar con éxito la investigación.

1.5 Objetivos

1.5.1 Objetivo General:

Conocer las patologías asociadas al embarazo en pacientes que fueron atendidas en el Servicio de Ginecología del Hospital San Vicente de Paúl, Ibarra 2010–2014.

1.5.2 Objetivos Específicos:

- ❖ Identificar las patologías más frecuentes durante el embarazo en mujeres gestantes que fueron atendidas en el Servicio de Ginecología del Hospital San Vicente de Paúl.
- ❖ Describir la conducta a seguir en el embarazo según la patología obstétrica.
- ❖ Relacionar cada patología con la edad de la mujer en estudio.
- ❖ Elaborar una guía didáctica con las patologías más frecuentes en el embarazo, para las mujeres en edad fértil, la misma que será impartida en charlas educativas que brinda el Hospital San Vicente de Paúl.

1.6 Preguntas de investigación.

- ❖ ¿Para qué identificar las patologías más frecuentes durante el embarazo en mujeres gestantes que fueron atendidas en el Servicio de Ginecología del Hospital San Vicente de Paúl?
- ❖ ¿Por qué describir la conducta a seguir en el embarazo según la patología obstétrica?
- ❖ ¿Cuál es la importancia de relacionar cada patología con la edad de la mujer en estudio?
- ❖ ¿Para qué elaborar una guía didáctica con las patologías más frecuentes en el embarazo, para las mujeres en edad fértil?

CAPÍTULO II

2. Marco Teórico

2.1 Marco Referencial

2.1.1. Investigaciones sobre patologías asociadas al embarazo.

Según las investigaciones de diferentes autores acerca del tema de estudio, todos los embarazos implican algunos riesgos. Las causas pueden ser afecciones que ya tiene o cuadros que se desarrollan durante el embarazo; también incluye embarazos múltiples, antecedentes de embarazos complicados o tener una edad menor de 18 años o más de 35 años. Esto puede afectar la salud de la madre o la salud del bebé.

Según los autores Dr. Alfredo Vázquez Vigoa et al (16) Los trastornos hipertensivos del embarazo son problemas médicos importantes que explican una proporción elevada de complicaciones maternas y fetales. La preeclampsia constituye la más grave de las complicaciones hipertensivas del embarazo y puede resultar catastrófica si pasa inadvertida, sin tratamiento o si evoluciona hacia una eclampsia.

Según menciona la Dra. Elba Gómez Sosa (17) Estos trastornos hipertensivos constituyen un problema de salud, la primera causa de muerte materna en los países desarrollados y la tercera causa de muerte materna en los países en vía de desarrollo, lo cual representa 4 defunciones x 100 000 nacimientos y 150 o más defunciones x 100 000 nacimientos, respectivamente. Son también causa de muerte fetal y neonatal, así como de recién nacido con bajo peso al nacer, hipóxico, con APGAR (apariencia, pulso, gesto, actividad y respiración) bajo, pretérmino entre otras.

La investigación de la Dra. Elba Gómez Sosa (17) dice que las mujeres jóvenes y a su vez nulíparas son en las que más influyen en la hipertensión lo que permite aceptar las

teorías hereditarias e inmunológicas, que se interpreta fundamentalmente por una mayor resistencia del músculo uterino y una deficiente adaptación del árbol vascular a las necesidades que impone la gestación, mientras que las mujeres mayores de 35 años, sumándose a la multiparidad, sufren un desgaste del sistema vascular a causa de la edad, esto compromete el aporte sanguíneo adecuado a un nuevo embarazo.

Jeddú Cruz Hernández et al (18). Describen que la preeclampsia es una enfermedad exclusiva de la gestación humana, que conlleva a morbimortalidad perinatal elevada, y que se caracteriza por el aumento de la presión arterial y proteinuria durante la segunda mitad del embarazo.

Víctor Manuel Vargas H. et al (19). Refieren que la preeclampsia constituye un problema de salud pública porque incide significativamente en las tasas de morbilidad y mortalidad materna perinatal a nivel mundial. Sin embargo, el impacto de la enfermedad es más severo en países en desarrollo.

El manejo médico es ineficaz debido a la presentación tardía de la enfermedad; el problema se complica por su etiología y naturaleza impredecible, que hace necesario contar con un control efectivo de la preeclampsia y sugerir las medidas para aplicarlas en cualquier parte de la población.

A nivel mundial, la incidencia de preeclampsia oscila entre 2-10% de los embarazos, la cual es precursor de la eclampsia y varía en todo el mundo. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que la incidencia de preeclampsia es siete veces mayor en los países en desarrollo que en los desarrollados (2,8% y 0,4% de los nacidos vivos respectivamente).

Rogelio Orizondo AnsolaI; Vivian Cairo González (20) definen a la eclampsia como la aparición de convulsiones o coma es una emergencia con peligro para la vida, que continúa siendo una causa mayor de morbilidad y una de las primeras causas de muerte materna en todo el mundo.

Víctor Manuel Vargas H. et al (19) La incidencia de eclampsia en los países desarrollados de Norteamérica y Europa es similar y se estima alrededor de 5 a 7 casos por cada 10.000 partos, mientras que en países en desarrollo es variable, oscilando entre 1 caso por cada 100 embarazos a 1 por cada 1.700 embarazos

Según la autora Andrea Castillo Cartín (21). La causa de la diabetes mellitus gestacional no se puede definir como una sola, sino que se debe a la suma de varios factores desencadenantes que se originan como parte de los cambios fisiológicos del embarazo y a la predisposición genético metabólica de la gestante los principales factores de riesgo son: Mayor de 25 años, índice de masa corporal (IMC), tener familiares de primer grado con DM (diabetes mellitus), especial DM tipo 2, tener hipertensión arterial crónica, multiparidad.

Los Dres. Claudia Silva, Gustavo Pagés (22) dicen que: Las náuseas y vómitos son síntomas muy comunes en la embarazada, que afectan a más del 50 % de las mujeres con gestaciones simples normales, aparecen alrededor de las 5 semanas y se resuelven antes de las 20. Son más frecuentes en la mañana, causados por olores fuertes y se piensa que tienen relación con factores emocionales, alteraciones hormonales y como respuesta al curso normal del embarazo.

Cuando las náuseas y vómitos son severos, se produce deshidratación, pérdida de peso mayor del 5 %, cetonuria, desequilibrio metabólico y electrolítico, se denomina hiperémesis gravídica, esta patología ocurre en el 0,3 % de todos los embarazos, uno de los factores de riesgo es edades extremas.

La Dra. Icilany Villares Álvarez et al (23). Enuncian que la anemia es una enfermedad que puede coincidir con el embarazo o ser producidas por este. Según estudios de prevalencia realizados en diferentes regiones del mundo, se presenta entre el 30 y el 70 % de las gestantes.

Franklin Espitia De La Hoz, Lilian Orozco Santiago (24) relatan como la anemia en el embarazo se relaciona con la disminución del volumen eritrocitario, sobre un aumento del volumen plasmático materno, con la consecuente disminución de la perfusión tisular y función placentaria inadecuada, situación que puede resultar en aborto o restricción del crecimiento fetal.

La gestante con anemia tiene mayor predisposición a las infecciones. Es así como en las embarazadas anémicas, la infección urinaria ocurre con mayor frecuencia que en las no anémicas; las gestantes con deficiencia de hierro tienen dos veces más riesgo de presentar un parto prematuro, y el triple de tener un feto con bajo peso.

La Dra. Teresa Pino García y Dr. Algimiro Sabina Yturralde (25). Exponen que en la mujer la incidencia de ITU es mayor en los periodos de actividad sexual y el embarazo. Durante el embarazo normal se producen cambios significativos tanto de la estructura como de la función de las vías urinarias, cuya dilatación es una de las alteraciones anatómicas más significativas inducidas por el embarazo, estos cambios pueden provocar la estasis de la orina y pueden llevar al desarrollo de infecciones urinarias altas severas.

Las complicaciones asociadas a la infección del tracto urinario durante el embarazo son: el parto pretérmino, el bajo peso al nacer y el retardo del crecimiento intrauterino. Aproximadamente el 50 % de la población femenina adulta declara haber tenido algún episodio de ITU durante su vida.

Según la investigación de Segundo Cecilio Acho Mego et al (26). En 5% de los embarazos se producen hemorragias antes del parto, en 1% por placenta previa, en 1,2% por desprendimiento de placenta y en 2,8% por causas indeterminadas. En conjunto, todas estas causas de hemorragias son responsables de 20 a 25% de todas las muertes perinatales.

Estudios extranjeros señalan que 6% de todas las muertes maternas son debidas a DPP (desprendimiento prematuro de placenta), que producen hemorragias abundantes, shock hipovolémico y alteraciones de la coagulación; también, señalan que repercute en la incidencia de la morbilidad perinatal, pues es responsable de 15 a 20% de todas las muertes perinatales debido al riesgo de hipoxia en el DPP y de prematuridad en la placenta previa.

Según la investigación de Segundo Cecilio Acho Mego et al (26). La placenta previa es la mayor causa de hemorragia en el tercer trimestre, complicando entre 0,3% y 0,5% de los embarazos y produce morbilidad materna y perinatal significativa. El desprendimiento de placenta es la hemorragia después de la separación prematura de una placenta normalmente insertada. La incidencia varía de 0,49% a 1,8%. La tasa de mortalidad materna es de aproximadamente 1%

Componente Normativo Materno Neonatal (27). El aborto es la interrupción espontánea o provocada del embarazo antes de las 20 semanas de gestación y/o el feto pesa menos de 500gr. La tasa de pérdida clínica es del 10 al 15 % de las gestaciones y más del 80% de los abortos ocurren antes de las 12 semanas.

2.2 Marco contextual

2.2.1 Reseña histórica del Hospital San Vicente de Paúl.

Imagen 1 Edificio Antiguo del Hospital San Vicente de Paúl (28).



A raíz de la batalla de Ibarra en 1823, las huestes del Coronel Agustín Agualongo comandante realista de Pasto deciden sublevarse y saquear la Capilla del Hospital llevándose los utensilios de plata de la misma, las tropas de Agualongo luego fueron derrotadas por Simón Bolívar, a orillas del Tahuando el 17 de Julio de 1823.

En la madrugada del 16 de agosto de 1868, Ibarra y sus comarcas fueron destruidos por un terrible terremoto, en el cual fallecieron cerca de 20.000 personas, pero gracias a la actitud y fuerza de voluntad del Doctor Gabriel García Moreno, es reconstruida la ciudad, cuyos habitantes volvieron a sus solares desde los llanos de Santa María de la Esperanza, el 28 de abril de 1872.

El Hospital de Ibarra es reconstruido bajo los planos del Hermano Benito Aulin, de las Escuelas Cristianas, con el nombre de Hospital San Vicente de Paúl que se encuentra hasta la actualidad en las calles Juan Montalvo y Salinas, fue considerado en su época como uno de los mejores de América (28).

El Hospital San Vicente de Paúl inició su actividad el 20 de abril de 1872 en respuesta a las necesidades de la región de contar con la prestación de servicios en control de salud, atención médica y preventiva. En 1884 inició la atención de la **Botica**, posteriormente se inauguró la **sala de cirugía** el 18 de marzo de 1919, en 1928 se crea la **sala de pediatría y dos salas para maternidad** (29).

En consideración a la creciente demanda fue necesario mejorar la infraestructura y equipamiento tecnológico por lo que el 27 de abril de 1991 se inauguró sus nuevas instalaciones. Durante 23 años viene desarrollando sus actividades en el actual edificio, cuenta con Talento Humano idóneo y capacitado, con equipos modernos y de alta tecnología, lo que le ha convertido en una de las más importantes Instituciones de Salud Pública de la Región Norte (29).

El Hospital San Vicente de Paúl pertenece al Sistema Nacional de Servicios de Salud del Ministerio de Salud Pública. Es un hospital de segundo nivel que ofrece atención de promoción, prevención, curación, rehabilitación. En la actualidad dispone de un considerable desarrollo en las áreas de Emergencias, Consulta Externa y Hospitalización (29) .

El Hospital San Vicente de Paúl se encuentra ubicado en la ciudad de Ibarra, provincia de Imbabura. Tiene una trayectoria formal y bien definida en cuanto a atención a usuarios externos ambulatorios desde el año 1875, su cobertura abarca a nuestra provincia, principalmente, y parte de las provincias de Esmeraldas, Carchi y Pichincha, es un hospital de referencia y contra referencia (29) .

Actualmente, atiende una demanda de la población colombiana que se asentado en nuestro país; el Área de Consulta Externa presta servicios de salud de segundo nivel en las cuatro especialidades básicas como son: Medicina Interna, Cirugía, Pediatría, Gineco-obstetricia (29) .

Misión del Hospital San Vicente de Paúl

El hospital San Vicente de Paúl tiene por misión, ofertar servicios de salud con visión integral de los usuarios y coordinada con el sistema nacional de salud capacitando al recurso humano, fortaleciendo la docencia e investigación como aporte que mejora la salud de la población de su área de influencia (30).

Visión del Hospital San Vicente de Paúl

El hospital San Vicente de Paúl en cinco años será una institución líder en la presentación de servicios de salud del norte del país, brindara atención de calidad con acceso universal, equidad y calidez, contará con la tecnología de punta, personal motivado y altamente capacitado, convirtiéndose en la institución de salud más valorada por la comunidad y que rinda cuenta de su gestión (30).

Imagen 2 Hospital San Vicente de Paúl (31).



En la actualidad el hospital General San Vicente de Paúl está ubicado en Ibarra en las calles Luis Vargas Torres 11-56 y Gonzalo Gómez Jurado; es de tipo general, tiene 166 camas.

Los servicios que ofrece son:

Especialidades quirúrgicas:

- ❖ Cirugía general
- ❖ Cirugía plástica
- ❖ Ginecología
- ❖ Otorrinolaringológica
- ❖ Urológica
- ❖ Traumatológica

Especialidades clínicas

- ❖ Medicina interna
- ❖ Gastroenterología
- ❖ Nefrología
- ❖ Cardiología
- ❖ Geriátrica clínica
- ❖ Dermatología
- ❖ Infectología – dermatología
- ❖ Coloproctología

Unidad de apoyo diagnóstico y terapéutico

- ❖ Farmacia
- ❖ Laboratorio
- ❖ Imagenología
- ❖ Rehabilitación y Terapia Física
- ❖ Salud Mental
- ❖ Nutrición Clínica

Unidades críticas

- ❖ Emergencia
- ❖ Centro quirúrgico
- ❖ Unidad Terapia Intensiva
- ❖ Unidad Terapia Intensiva Neonatales

Está equipado con:

- ❖ Tomógrafo
- ❖ Mamógrafo
- ❖ Ecografía
- ❖ Electrocardiógrafo
- ❖ Ecocardiograma
- ❖ Ecosonógrafo
- ❖ Rectosigmoidoscopio

Los horarios

Emergencia 24 horas

Consulta externa 7:30 a 18:00

Contactos

Teléfonos 2950666-2957275

2.2.2 El servicio de ginecología y obstetricia

Imagen 3 Madre atendida en el Hospital San Vicente de Paúl (28).



El servicio ginecología atiende a las mujeres ecuatorianas, tienen como objetivo procurar la más alta calidad de servicio en el área desde el punto de vista científico, tecnológico y humano, a fin de educar, prevenir y recuperar la salud de las usuarias; atiende en la especialidad de ginecología normal y patología, cuenta con 10 salas y 36 camas.

En el ala derecha se aloja los casos de ginecología normal, y en el ala izquierda los casos de ginecología con patologías. El perfil epidemiológico más usuales es: mujeres en labor de parto, mujeres en post-parto mediato, post-cesárea, mujeres con salpingectomía bilateral tubárica (SBT), abortos, infecciones de transmisión sexual, trastornos hipertensivos, diabetes gestacional entre otros (30).

La estructura organizacional del servicio es piramidal, en el caso de enfermería representada por el Líder de Enfermería, cuenta con doce licenciadas en enfermería para el cuidado directo y seis auxiliares (30).

Objetivos del servicio

- ❖ Brindar una atención excelente al binomio con el objetivo de que la paciente se adapte a su nueva etapa de vida en este caso hablamos de la Primigesta.
- ❖ Brindar una atención óptima al binomio madre-hijo para su pronta recuperación.
- ❖ Brindar la información necesaria a las necesarias en cuanto a sus inquietudes.

- ❖ Prestar los servicios necesarios a las pacientes para su bienestar.

2.3 Marco conceptual

2.3.1 El embarazo

El embarazo o gravidez es una etapa que transcurre desde la implantación del huevo cigoto hasta el momento del parto, durante esta etapa se producen cambios físicos y fisiológicos en el cuerpo de la mujer; estos cambios se producen de manera progresiva y tienen por objetivo la protección, nutrición y desarrollo del nuevo ser, que durante la etapa del embarazo se denomina embrión (hasta la octava semana de embarazo) y feto (a partir de la octava semana de embarazo).

El periodo de embarazo inicia en el momento que el espermatozoide ingresa al óvulo, luego se forma el cigoto, que tienen forma de huevo, a través del proceso de la fecundación y será el desarrollo de cigoto el que permitirá la creación del embrión, de cual se formara el ser humano, el embarazo tendrá una duración aproximada de 40 semanas o nueve meses desde el primer día de la última menstruación; el primer trimestre es el momento de mayor riesgo ya que pueden producirse abortos espontáneos (32).

Fecundación

Fusión de los gametos masculino y femenino, fecundación ocurre en el tercio medio de la trompa uterina (33).

Etapas de la fecundación

- ❖ Penetración de la corona radiada.

- ❖ Penetración de la zona pelúcida.
- ❖ Fusión de las membranas celulares de los gametos.

Segmentación

Primera división de segmentación (etapa 1)

Comienza después de 24 horas de producida la fecundación cuando el cigoto experimenta su primera división mitótica, dando origen a dos células genéticamente iguales llamadas blastómeros.

Formación de la mórula (etapa 2)

Cuando el embrión en segmentación tiene 8 a 12 blastómeros presenta el aspecto de una pequeña mora y recibe el nombre de mórula la misma que está rodeada por la zona pelúcida y se encuentra todavía en la trompa uterina.

Compactación de la mórula (etapa 3)

Los blastómeros ubicados periféricamente en la mórula establecen estrechas uniones intercelulares, dejando en el interior de la mórula la masa celular interna, aislada del ambiente de la trompa.

Blástula o blastocisto:

Resulta de la ordenación espacial de los blastómeros, y se caracteriza por presentar una capa celular externa o trofoblasto, a partir del cual se forma la placenta, una cavidad central o blastocele y una capa celular interna que se encuentra en uno de los polos o embrioblasto, a partir del cual se formará el cuerpo del embrión.

El quinto día después de la fecundación el blastocisto se encuentra ya en la cavidad uterina y la zona pelúcida comienza a desaparecer, situación que permitirá la implantación del embrión (33).

Gástrula

Se caracteriza por la formación de las capas germinales (epiblasto e hipoblasto), a partir de las cuales se van a diferenciar las tres hojas fundamentales precursoras de los diferentes tejidos del embrión: ectodermo, mesodermo y endodermo (34)

Implantación

Hacia finales del sexto día de desarrollo el trofoblasto se fija en la capa compacta del endometrio (capa interna uterina). De esta manera el embrión se adhiere y entra en contacto con la pared uterina que le otorga nutrientes y el oxígeno necesario para su desarrollo (33).

Etapa germinal

Del embrioblasto se desarrollan 3 capas:

Ectodermo

Es la capa más externa del embrión. Da lugar al sistema nervioso, órganos de los sentidos, la epidermis (piel), uñas, pelo, y a las mucosas de la boca y el ano

Mesodermo

Capa celular intermedia del embrión en desarrollo. De ella se derivan los huesos, el tejido conectivo, los músculos, la sangre, los tejidos linfático y vascular, la pleura, el pericardio y el peritoneo

Endodermo

Es la capa más interna del embrión. A partir de ella se origina el epitelio de la tráquea, los bronquios, los pulmones, el sistema digestivo, el hígado, el páncreas, la vejiga urinaria, la faringe, el tiroides, la cavidad timpánica, las amígdalas y las glándulas salivales.

El trofoblasto

Dará origen a órganos de Nutrición y Protección que se denominan:

- ❖ Placenta
- ❖ Cordón umbilical
- ❖ Saco amniótico

Desarrollo de la placenta

Durante la primera semana del desarrollo, el blastocisto se implanta en la cavidad uterina. De los componentes del blastocisto, el trofoblasto dará origen a la placenta y el embrioblasto, al embrión. Ambos se desarrollan en forma simultánea

Etapa embrionaria

Período que va desde las 4 a 8 semanas de gestación.

Se caracteriza por:

El producto de la concepción se denomina Embrión. Se desarrollan los principales órganos y sistemas: nervioso, circulatorio y digestivo.

Durante este período el embrión es muy vulnerable y sensible a las influencias ambientales, en especial el sistema nervioso

Período en que el desarrollo puede ser alterado por agentes teratógenicos (fármacos, virus, etc.) Los embriones que presentan defectos muy severos son abortados en forma natural durante esta etapa.

Etapa fetal (Desde las 9 semanas hasta el nacimiento)

Se caracteriza por:

- ❖ El embrión pasa a llamarse Feto
- ❖ El cuerpo cambia y su crecimiento es progresivo y mayor que en la etapa embrionaria
- ❖ La movilidad fetal es perceptible para la madre
- ❖ Responde a estímulos
- ❖ El sistema nervioso continúa su desarrollo (33)

2.3.2 El parto

El parto también llamado nacimiento, es la culminación del embarazo humano, hasta el periodo de salida del bebé del útero materno. Se considera que una mujer inicia el parto con una aparición de contracciones uterinas regulares, que aumentan en intensidad y frecuencia acompañadas de cambios fisiológicos en el cuello uterino (35). El proceso del parto humano natural se categoriza en tres fases: el borramiento y dilatación del cuello uterino, el descenso y nacimiento del bebé y el alumbramiento de la placenta, el parto más seguro es el que evoluciona espontáneamente (35).

2.3.3 Cesárea

Extracción del producto a través de una incisión quirúrgica en la pared anterior del abdomen y útero, cuando el parto vaginal plantea riesgos para la madre y / o el producto que exceden a los de esta intervención (27).

La mayoría de las cesáreas se realizan cuando:

- ❖ Problemas de la salud de la madre.
- ❖ Posición del bebé.
- ❖ Falta de espacio para que el bebé salga a través del canal vaginal.
- ❖ Signos de sufrimiento fetal.

Las cesáreas son más comunes en mujeres con embarazos múltiples; la operación es relativamente segura para la madre y el niño, también requiere un periodo de recuperación más prolongado que el parto cefalovaginal, la incisión puede dejar un área más débil en la pared uterina y esto podría causar problemas para intentar partos cefalovaginales en el futuro (36).

2.3.4 Patologías asociadas al embarazo

Todos los embarazos implican algunos riesgos, las causas pueden ser afecciones que ya tiene, o cuadros que se desarrollaron durante el embarazo. También incluye embarazos múltiples, antecedentes de embarazos complicados o ser menores de 18 años o mayores de 35 años. Esto puede afectar la salud de la madre o la salud del bebé (37).

2.3.5 Patologías hipertensivas.

Las enfermedades hipertensivas del embarazo y en especial la preeclampsia es una de las principales causas de morbilidad y de las más importantes de mortalidad materna y perinatal, se calcula que mueren anualmente en el mundo 50,000 mujeres por la preeclampsia. En países en vías de desarrollo como los de América Latina y el Caribe; constituye la principal causa de muerte materna menor al 25% (38).

2.3.6 Hipertensión gestacional

- ❖ TA (tensión arterial) sistólica \geq (mayor o igual) 140 mm Hg (mercurio) o TA diastólica \geq 90 mm Hg en embarazo $>$ 20 semanas en mujer previamente normotensa.
- ❖ Proteinuria en 24 h $<$ a 300 mg/tirilla reactiva NEGATIVA (27).

Definido como punto de presión sistólica por lo menos de 140 mm Hg y/o punto diastólico por lo menos de 90 mm Hg en por lo menos dos ocasiones en menos 6 horas de separado después de la semana 20 de la gestación en las mujeres conocidas de ser normotensas antes del embarazo. Las mediciones para establecer este diagnóstico no deben ser de más de 7 días de separación. (39).

La hipertensión gestacional se considera severa si hay elevaciones sostenidas en el punto sistólico por lo menos a 160 mm Hg y/o en el punto diastólico por lo menos a 110 mm Hg en por lo menos seis horas (40).

La hipertensión gestacional es la causa más frecuente de la hipertensión durante el embarazo. Se estima una prevalencia entre el 6% y el 17% en mujeres nulíparas sanas y entre el 2% y el 4% en mujeres multíparas (41), (42).

La cifra se aumenta más a fondo en mujeres con preeclampsia previa y en mujeres con gestación multifetal. Algunas de las mujeres con hipertensión gestacional progresarán posteriormente a la preeclampsia. (43).

Causas

Algunas teorías apuntan al desequilibrio entre prostaciclina y tromboxano, el papel del óxido nítrico, la susceptibilidad genética, causas inmunológicas, alteración de la reactividad vascular y el riego sanguíneo, disminución del volumen vascular y filtración glomerular, entre otros (44), (45), (46).

Factores predisponentes:

- ❖ Nuliparidad.
- ❖ Grupos étnicos extremos.
- ❖ Hipertensión crónica.
- ❖ Diabetes mellitus.
- ❖ Embarazo múltiple.
- ❖ Mola hidatiforme.
- ❖ Alteración en la coagulación predisponente a trombosis.
- ❖ Factores genéticos.
- ❖ Otros: polihidramnios, dieta, actividad física de la embarazada, nivel socioeconómico.

Factores de riesgos adicionales:

- ❖ Primigesta.
- ❖ ≥ 10 años de diferencia desde el último parto.
- ❖ Edad ≥ 40 años.
- ❖ IMC (índice de masa corporal) ≥ 35 .
- ❖ Historia familiar de preeclampsia (madre o hermana).

- ❖ Condiciones patológicas subyacentes: hipertensión, enfermedad renal o diabetes preexistente (44).

2.3.7 Preeclampsia

- ❖ TA sistólica ≥ 140 mm Hg o TA diastólica ≥ 90 mm Hg en embarazo ≥ 20 semanas en mujer previamente normotensa.
- ❖ Proteinuria en 24h \geq a 300mg/ tirilla reactiva positiva ++ (27).

2.3.8 Preeclampsia Leve:

- ❖ TA sistólica ≥ 140 y < 160 mm Hg.
- ❖ TA diastólica ≥ 90 y < 110 mm Hg en embarazo > 20 semanas.
- ❖ Proteinuria en tirilla reactiva positiva ++.
- ❖ Proteinuria en 24 horas POSITIVA.
- ❖ Ausencia de signos, síntomas y exámenes de laboratorio que indiquen severidad (27).

2.3.9 Preeclampsia severa:

- ❖ TA sistólica ≥ 160 mm Hg.
- ❖ TA diastólica ≥ 110 mm Hg en embarazo > 20 semanas.
- ❖ Proteinuria > 3 g en 24 horas o proteinuria en tirilla reactiva ++/+++.
- ❖ Presencia de uno de los siguientes signos, síntomas y exámenes de laboratorio:
Vasomotores: cefalea, tinnitus, acúfenos, dolor en epigastrio e hipocondrio derecho.
- ❖ Hemólisis.
- ❖ Plaquetas < 100000 mm³.

- ❖ Disfunción hepática con aumento de transaminasas.
- ❖ Oliguria menor 500 ml en 24 horas.
- ❖ Edema agudo de pulmón.
- ❖ Insuficiencia renal aguda (27).

Causas

- ❖ Primigesta.
- ❖ Edad: igual o menor que 16 años; mayor que 35 años.
- ❖ Herencia: madre o hermana con historia de preeclampsia.
- ❖ Embarazo gemelar.
- ❖ Obesidad.
- ❖ Diabetes.
- ❖ Hipertensión crónica (44).

2.3.10 Eclampsia

- ❖ TA \geq 140/90 mm Hg en embarazo >20 semanas.
- ❖ Proteinuria en tirilla reactiva +/++/+++, en 24 horas >300mg.
- ❖ Convulsiones tónico clónicas o coma (27).

La eclampsia se define como la aparición de convulsiones, coma o ambos cuadros, sin relación con otros trastornos cerebrales durante el embarazo o el puerperio en mujeres con signos y síntomas de preeclampsia, por lo que la paciente puede tener edemas trastornos funcionales en múltiples órganos y sistemas como: cardiovascular, renal, hepático, desequilibrio hidromineral y alteraciones del sistema nervioso central (47)

Existen tres categorías:

- ❖ **Eclampsia típica:** existen convulsiones tónico clónicas generalizadas y complejas auto limitadas por la recuperación del estado de conciencia en las siguientes 2 horas de la crisis.
- ❖ **Eclampsia atípica:** dada por un cuadro neurológico que aparece antes de las 24 semanas del embarazo o después de 48 horas postparto.
- ❖ **Eclampsia complicada:** cuando los cuadros clínicos anteriores se acompañan de accidente vásculo- encefálico, hipertensión endocraneana o edema cerebral generalizado. Estas pacientes presentan compromiso neurológico persistente manifestado por focalizaciones, estatus convulsivo, coma prolongado (48).

Causas

Los médicos no saben exactamente que causa la eclampsia. Los siguientes factores pueden jugar un papel importante:

- ❖ Problemas vasculares.
- ❖ Factores cerebrales y del sistema nervioso (neurológicos).
- ❖ Dieta.
- ❖ Factor hereditario (47).

2.3.11 Hipertensión Arterial Crónica

- ❖ TA \geq 140/90 mm Hg en embarazo <20 semanas o previa al embarazo y que persiste luego de las 12 semanas postparto.
- ❖ Proteinuria en tirilla reactiva NEGATIVA (27).

2.3.12 Hipertensión Arterial Crónica + Preeclampsia Sobreañadida

- ❖ TA \geq 140/90 mm Hg antes de las 20 semanas de gestación o previa al embarazo.

- ❖ Proteinuria en tirilla reactiva +/++/+++ pasadas las 20 semanas de gestación (27).

2.3.13 Hipertensión Arterial Crónica d alto riesgo en el embarazo

Hipertensión Arterial Crónica que cursa con:

- ❖ Tensión arterial sistólica ≥ 160 mm Hg y diastólica > 110 mm Hg antes de las 20 semanas.
- ❖ Edad materna: > 40 años.
- ❖ Duración de la hipertensión: > 15 años.
- ❖ Diabetes mellitus con complicaciones.
- ❖ Enfermedad renal (por cualquier causa).
- ❖ Miocardiopatía, coartación de la aorta.
- ❖ Colagenopatía.
- ❖ Antecedentes de accidente cerebro vascular.
- ❖ Antecedentes de insuficiencia cardíaca congestiva (27).

2.3.14 Síndrome de HELLP

- ❖ Variante de la preeclampsia severa (PA diastólica > 90 mm Hg en el embarazo > 20 semanas + Proteinuria en 24 horas > 300 mg / tirilla positiva).
- ❖ Criterios diagnósticos: Hemólisis (H), elevación de enzimas hepáticas (EL) y disminución de plaquetas (LP) (27).

2.3.15 Diabetes gestacional

La diabetes gestacional se define como la alteración del metabolismo de los carbohidratos que es detectada por primera vez en el embarazo, especialmente en el tercer trimestre de gestación y representa un importante factor de riesgo para la embarazada y un problema de salud para el producto (21), (49).

Causas

La causa de la diabetes mellitus gestacional no se puede definir como una sola sino que se debe a la suma de varios factores desencadenantes que se origina como parte de los cambios fisiológicos del embarazo y a la predisposición genética metabólica de la gestante.

Factores de riesgo:

- ❖ Mayor de 25 años.
- ❖ Índice de masa corporal.
- ❖ Raza mestiza, afroamericana o asiática.
- ❖ Tener familiares con diabetes mellitus en especial diabetes mellitus tipo 2.
- ❖ Tener hipertensión arterial crónica.
- ❖ Intolerancia a la glucosa previa.
- ❖ Multiparidad.
- ❖ Diabetes mellitus gestacional previa
- ❖ Polihidramnios previo.
- ❖ Óbito previo.
- ❖ Macrosomía fetal previa.
- ❖ Malformaciones fetales previas.
- ❖ Abortos a repetición (21).

2.3.16 Hiperémesis Gravídica

Las náuseas son síntomas muy comunes en la embarazada, que afecta a más del 50% de las gestantes, aparecen alrededor de las 5 semanas y se resuelven antes de las 20 semanas de gestación. Estos síntomas son más frecuentes en las mañanas se cree que tienen relación con factores emocionales, alteraciones hormonales y como respuesta al curso normal del embarazo.

Cuando las náuseas y vómitos son severos, se produce deshidratación, pérdida de peso mayor al 5%, acetonuria, desequilibrio metabólico y electrolítico, se denomina hiperémesis gravídica, esta patología ocurre en el 0.3% de todos los embarazos (22).

Factores de riesgo

- ❖ Antecedentes de hiperémesis gravídica en embarazos anteriores.
- ❖ Nuliparidad.
- ❖ Estilo de vida industrializado.
- ❖ Corta estatura.
- ❖ Edades extremas.
- ❖ Obesidad.
- ❖ Embarazo gemelar.
- ❖ Embarazo molar.
- ❖ Intolerancia a los anticonceptivos.
- ❖ Enfermedad vesicular.
- ❖ Hepatitis.
- ❖ Cuerpo lúteo del lado derecho (22).

Causas

Algunas mujeres experimentan vómitos y náuseas extremas durante el embarazo, pero es más probable en casos de estar esperando gemelos (o más bebés) o si tiene una mola hidatiforme.

Se cree que la causa de las náuseas y los vómitos durante el embarazo es una elevación rápida de los niveles sanguíneos de la gonadotropina coriónica humana que es secretada por la placenta (50).

2.3.17 Anemia

La anemia es una de las complicaciones más frecuentes en el embarazo, parto y puerperio la sufren hasta el 95% de las mujeres gestantes y es causada por descenso de hierro por debajo de los valores normales (51).

La anemia produce un aumento de partos prematuros, fetos de bajo peso para su edad gestacional y de la mortalidad perinatal. La atención a la embarazada debe evaluar el riesgo de anemia, dar consejo dietético preconcepcional y emplear las pruebas de laboratorio más apropiadas (52).

El hierro es una parte clave de la hemoglobina, en general las mujeres tienen reservas más pequeñas de hierro que los hombres y tienen más pérdida a través de la menstruación, siendo una de las principales causas, lo que deja a las mujeres en mayor riesgo de padecer anemia (52).

La alta prevalencia de deficiencia de hierro y otros micronutrientes en embarazadas de países en desarrollo es motivo de preocupación; la anemia materna continúa siendo causa de un número considerable de mortalidad perinatal (52).

Causas

Durante el embarazo puede presentarse anemia debido a concentraciones bajas de hierro y de ácido fólico y a ciertos cambios de la sangre, también es importante tener en cuenta que en ocasiones la anemia real es algo menor de lo que marcan los análisis de sangre, ya que en el embarazo aumenta la cantidad de líquido en la sangre y se produce un fenómeno de hemodilución (51).

Durante los primeros 6 meses la porción líquida (plasma) de la sangre de la mujer aumenta con más rapidez que la cantidad de glóbulos rojos, esto hace que la sangre se diluya y se puede producir anemia (53).

2.3.18 Infección de las vías genitourinarias en el embarazo

Es la infección más común en el embarazo, se caracteriza por la presencia marcada de bacterias en cualquier lugar del tracto urinario: uretra, vejiga, uréteres y riñones, es mayor en los periodos de actividad sexual y el embarazo.

Durante el embarazo normal se producen cambios significativos tanto en la estructura como en la función de las vías urinarias, cuya dilatación es una de las alteraciones más significativas inducidas por el embarazo e involucra la dilatación de los cálices y las pelvis renales, así como de los uréteres.

Las complicaciones asociadas a la infección del tracto urinario durante el embarazo son: el parto pretérmino, bajo peso al nacer y el retardo del crecimiento intrauterino, aproximadamente el 50% de la población femenina ha tenido algún episodio de infección del tracto urinario (ITU) durante su vida (25).

La infección de la vía genitourinaria puede ocurrir en:

- ❖ **La vejiga.** Una infección en la vejiga también se denomina cistitis o infección vesical.

- ❖ **Los riñones.** Una infección de uno o en los dos riñones se denomina pielonefritis o infección renal.
- ❖ **Los uréteres.** Los conductos que llevan la orina desde cada riñón hasta la vejiga sólo en raras ocasiones son el único sitio de una infección.
- ❖ **Uretra.** Una infección del conducto que lleva la orina desde la vejiga hacia el exterior se denomina uretritis (54).

Causas

En general los gérmenes causantes de infecciones del tracto urinario durante la gestación son los mismos:

- ❖ Gérmenes grampositivos: estreptococo agalactiae.
- ❖ Gérmenes gramnegativos: echerichia coli en el 85% de los casos, klebsiella spp, proteus mirabilis, enterobacter spp, serratia spp y pseudomonas spp son más frecuentes en las infecciones del tracto urinario complicadas y en pacientes hospitalizadas (55).

2.3.19 Hemorragias vaginales durante el embarazo

Hemorragia vaginal durante el embarazo es el sangrado que sale a través de la vagina durante el embarazo por cualquier razón, hasta el 10% de las mujeres presentan sangrado vaginal en algún momento durante su embarazo especialmente durante los primeros tres meses o primer trimestre (26).

En el 5% de los embarazos se producen hemorragias antes del parto, en 1% por placenta previa, en 1,2% por desprendimiento de placenta y en 2,8% por causas indeterminadas; en conjunto todas estas causas de hemorragias son responsables de 20 a 25 % de todas las muertes perinatales (26).

2.3.20 Hemorragia de causa obstétrica

Aquella que determina una pérdida excesiva de sangre, generalmente superior a los 500cc de sangre (27).

2.3.21 Sangrado de la primera mitad del embarazo

Pérdida sanguínea en embarazo menor de 20 semanas (27). El sangrado vaginal durante los primeros tres meses del embarazo puede ser señal de aborto espontáneo (56).

El sangrado puede ser un signo de:

- ❖ Amenaza de aborto.
- ❖ Aborto completo.
- ❖ Aborto incompleto.
- ❖ Aborto en curso o inevitable.
- ❖ Aborto séptico.
- ❖ Embarazo molar.
- ❖ Embarazo ectópico.
- ❖ Lesiones uterinas.
- ❖ Lesiones cervicales.
- ❖ Lesiones vaginales.
- ❖ Lesiones vulvares (27).

2.3.22 Sangrado de la segunda mitad del embarazo

Pérdida sanguínea en embarazo mayor de 20 semanas.

Sangrado genital durante el trabajo de parto antes de que se produzca el parto.

Causas

- ❖ Salida del tapón mucoso- inicio de labor de parto.
- ❖ Placenta previa.
- ❖ Desprendimiento prematuro e placenta normoinserta.
- ❖ Rotura uterina (27)

2.3.23 Sangrado de la Tercera Etapa del Trabajo de Parto

Hemorragia que sucede del nacimiento del producto.

- ❖ Atonía – hipotonía uterina.
- ❖ Desgarros del canal del parto: cuello del útero, vagina o periné
- ❖ Retención de placenta.
- ❖ Retención de fragmentos placentarios.
- ❖ Inversión uterina.
- ❖ Rotura uterina.
- ❖ Hemorragia postparto tardía (27).

2.3.24 Shock Hipovolémico

Incapacidad del aparato circulatorio para mantener el riego sanguíneo a los órganos vitales (27).

2.3.25 Complicaciones de la placenta

Las anomalías en la placenta son causa común de parto prematuro y en pocas ocasiones de cesárea.

Según la relación entre la placenta y el cuello del útero podemos distinguir tipos de placenta previa:

Placenta Previa: implantación variable de la placenta sobre el orificio cervical interno (27).

Esta complicación afecta a un 0,4 o 0,5% de las embarazadas, suele dar la cara en forma de hemorragias durante el tercer trimestre del embarazo, las mujeres multíparas son más propensas a padecer una placenta y también las mayores de 40 años, aunque no existen evidencias científicas al respecto (57).

Placenta previa oclusiva total: el orificio cervical interno está totalmente cubierto por la placenta (31%) (27).

Placenta previa oclusiva parcial: el orificio cervical está parcialmente cubierto por la placenta (33%) (27).

Placenta previa marginal: la placenta está muy cerca del orificio cervical interno, sin llegar a cubrirlo (% variable) (27).

Placenta previa de inserción baja: la placenta se sitúa a más de 3cm del orificio cervical interno o se logra palparla durante el tacto vaginal (36%) (27).

Desprendimiento Prematuro de Placenta Normoinserta

- ❖ Es la separación prematura de la placenta normalmente inserta en el útero.

- ❖ Forma externa (20%): la hemorragia se limita al interior de la cavidad uterina, sin exteriorizarse; el desprendimiento puede ser completo con complicaciones graves.
- ❖ Forma oculta (80%): hemorragia que fluye a través del cuello uterino; generalmente el desprendimiento es parcial y a veces solo marginal (27).

El desprendimiento de placenta es otra complicación grave del embarazo, que suele acabar en un parto prematuro por falta de oxigenación el feto, por eso la embarazada debe seguir un estrecho control ginecológico y estar atenta a los síntomas de alarma como: sangrados abundantes o dolor abdominal intenso (57).

El desprendimiento prematuro de placenta se convierte en una urgencia médica de primer orden, la cesárea urgente suele ser la indicación más frecuente, a no ser que la embarazada llegue con el cuello del útero totalmente dilatado; entonces, puede ser posible un parto vaginal pero la salud del niño puede verse comprometida por la falta de oxígeno que debería llegarle de la placenta (57).

Factores de Riesgo

- ❖ Traumatismos: Caídas, golpes o accidentes.
- ❖ Nutrición deficiente: Déficit de ácido fólico en el embarazo.
- ❖ Tabaco y drogas: actúan sobre los vasos placentarios favoreciendo su desprendimiento.
- ❖ Maniobras médicas: Como la amniocentesis cuando se atraviesa la placenta.
- ❖ Rotura prematura de membranas: en gestantes con mucho líquido amniótico, si la rotura es brusca se produce una descompresión que puede provocar despegamiento de la placenta.
- ❖ Hipertensión arterial

Las alteraciones en las paredes del útero (endometrio) como la presencia de miomas, tabiques uterinos o las producidas por legrados o cesáreas previas, también pueden

predisponer a que la placenta no se inserte adecuadamente en su lugar propicio y lo haga en otra zona del útero (58).

2.3.26 Amenaza de Aborto

Embarazo de producto vivo con contracciones uterinas, con o sin sangrado genital y cuello cerrado.

2.3.27 Aborto

El aborto es la interrupción espontánea o provocada del embarazo antes de las 20 semanas de gestación y/o el feto pesa menos de 500gr. La tasa de pérdida clínica es del 10 al 15% de las gestaciones y más del 80% de los abortos ocurren antes de las 12 semanas (27).

Causa

Entre las causas reconocidas de aborto se encuentran los factores genéticos, uterinos, endocrinos, infecciosos, inmunológicos, ambientales, entre otros, así como la edad de la mujer y la presencia de endometriosis (59).

Causas fetales

Por anomalías congénitas del feto, con frecuencia fallos cromosómicos en los primeros estadios de la gestación, también a anomalías del trofoblasto (capa de células formada alrededor del huevo entre el quinto y el séptimo día después de la fecundación) (60).

Causas maternas

Ya sea por alteraciones uterinas, infecciones, agresiones externas inmunológicas, estados de desnutrición, enfermedades sistémicas o infecciosas (60).

Edad

La probabilidad de aborto aumenta con la edad de la mujer, Así, en las mujeres mayores de 40 años, más de la tercera parte de sus embarazos terminan en abortos espontáneos y la mayoría de estos embriones tienen un número anormal de cromosomas (59).

Factores nutricionales y ambientales

Relacionados con el consumo de café, cigarrillo, alcohol, deficiencia de ácido fólico, deficiencia de selenio, enfermedad celiaca, estrés, entre otros (59).

2.3.28 Aborto en Curso (inevitable)

Aumento progresivo del dolor, de las contracciones o de la hemorragia, con modificaciones cervicales o ruptura de membranas (27).

2.3.29 Aborto Incompleto

Expulsión parcial de tejidos fetales, placentarios o líquido amniótico a través de un cuello con modificaciones y sangrado variable (27).

2.3.30 Aborto Completo

Expulsión completa del feto y anexos ovulares con cese posterior de la hemorragia y del dolor (27).

2.3.31 Aborto diferido

Aborto caracterizado por la retención en la cavidad uterina, de un embrión o feto muerto (incluye embarazo anembrionado) o la detención de progresión normal del embarazo, puede acompañarse o no de sangrado variable (27).

2.3.32 Aborto séptico

Infección de causa obstétrica que cursa con la fiebre (temperatura de 38° C o más) antes, durante o después del aborto espontáneo o provocado acompañado de otros signos como dolor uterino, mal olor o pus (27).

2.3.33 Aborto terapéutico

Terminación médica o quirúrgica de embarazo para prevenir lesiones graves o permanentes en la madre (27).

2.3.34 Legrado uterino instrumental

Legrado es un procedimiento que se realiza para raspar y recolectar tejido del interior del útero.

Este procedimiento se puede llevar a cabo en embarazo de 12 a 20 semanas luego de expulsión del producto, puede ser necesaria la maduración cervical con Misoprostol (un análogo sintético de la prostaglandina E-1) 400 ug por vía vaginal cada 3 horas por 5 dosis previo a legrado uterino instrumental. La inductoconducción con oxitocina

adicional puede ser necesaria en embarazos de 16 a 20 semanas para eliminación del producto (27)

Cuando realizar un legrado uterino instrumental

- ❖ Diagnosticar o descartar afecciones como: el cáncer uterino.
- ❖ Extraer tejido después de un aborto espontáneo.
- ❖ Tratar un sangrado menstrual profuso, periodos irregulares o sangrado entre períodos.
- ❖ Llevar a cabo un aborto provocado o terapéutico (61).

2.4 Marco Legal

2.4.1 Leyes y reglamentos de la Constitución de la República del Ecuador

Salud

Art. 32.- *“La salud es un derecho que garantiza el Estado (62).”*

Derechos de las personas y grupos de atención prioritaria

Art. 35.- *“Las personas adultas mayores, niñas, niños y adolescentes, mujeres embarazadas, personas con discapacidad, personas privadas de libertad y quienes adolezcan de enfermedades catastróficas o de alta complejidad, recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado” (62).*

2.4.2 Ley Orgánica de la Salud

De la salud sexual y la salud reproductiva

Art. 20.- *“Las políticas y programas de salud sexual y salud reproductiva garantizarán el acceso de hombres y mujeres, incluidos adolescentes, a acciones y servicios de salud que aseguren la equidad de género, con enfoque pluricultural, y contribuirán a erradicar conductas de riesgo, violencia, estigmatización y explotación de la sexualidad” (63).”*

Art. 21.- *“El Estado reconoce a la mortalidad materna, al embarazo en adolescentes y al aborto en condiciones de riesgo como problemas de salud pública; y, garantiza el acceso a los servicios públicos de salud sin costo para las usuarias de conformidad con lo que dispone la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia.”*

Art. 22.- “Los servicios de salud, públicos y privados, tienen la obligación de atender de manera prioritaria las emergencias obstétricas y proveer de sangre segura cuando las pacientes lo requieran, sin exigencia de compromiso económico ni trámite administrativo previo.”

Art. 26.- “Los integrantes del Sistema Nacional de Salud, implementarán acciones de prevención y atención en salud integral, sexual y reproductiva, dirigida a mujeres y hombres, con énfasis en los adolescentes, sin costo para los usuarios en las instituciones públicas.”

Art. 28.- “Los gobiernos seccionales, en coordinación con la autoridad sanitaria nacional, desarrollarán actividades de promoción, prevención, educación y participación comunitaria en salud sexual y reproductiva”.

Art. 29.- “Esta Ley, faculta a los servicios de salud públicos y privados, a interrumpir un embarazo, única y exclusivamente en los casos previstos en el artículo 447 del Código Penal. Estos no podrán negarse a atender a mujeres con aborto en curso o inevitables, debidamente diagnosticados por el profesional responsable de la atención (63).

CAPÍTULO III

3. Metodología de la investigación

3.1. Diseño de estudio

El diseño del estudio es no experimental cuantitativa porque con la información obtenida solo observamos los hechos tal y como ocurrieron evidentemente, sin intervenir en su desarrollo.

3.2 Tipo de estudio

El tipo de estudio que se realizó es descriptivo ya que se describe el que y el cómo de los hechos señalando sus características, siendo fundamental en la investigación, se ordena y simplifica la información, es decir trata de describir las variables en el estudio, exploratoria porque descubre y comprueba la posible asociación de las variables encontradas en esta investigación, estadística bibliográfica al recopilar datos de libros, revistas, resultados de otras encuestas y entrevistas como medio de investigación, compilando distintas fuentes de información para ser comentado, discutido, analizado, identificado la forma más fácil de interpretación de los resultados y dar una posible solución en cuanto a la temática, por la temporización es retrospectiva porque la información obtenida corresponde a los años 2010-2014, también es transversal porque hace un corte en el tiempo, va desde enero del 2010 hasta diciembre del 2014. Nuestro estudio identificará las patologías más frecuentes que afectaron a las mujeres en estudio, describiremos la conducta a seguir en el embarazo según patología y al final relaciona las patologías más frecuentes con la edad de la mujer en estudio durante el año 2010 hasta el año 2014.

3.3 Localización y Ubicación del área de estudio

El presente estudio se realizó en el Servicio de Ginecología del Hospital San Vicente de Paúl el mismo que se encuentra en la calle Dr. Luis Gonzalo Gómez Jurado y Av. Cristóbal de Troya en la ciudad de Ibarra en la provincia de Imbabura, ubicada en el norte de Ecuador.

3.4 Población de estudio

Mujeres gestantes que presentaron patologías asociadas al embarazo que fueron hospitalizadas en el Servicio de Ginecología en el Hospital San Vicente de Paúl, del Cantón Ibarra Provincia Imbabura durante los años 2010-2014.

3.5. Operacionalización de las variables.

Tabla 1 Variables e Indicadores.

Objetivo	Variable	Indicadores
<p>2 Establecer cinco patologías asociadas al embarazo más frecuente en mujeres gestantes que fueron atendidas en el Servicio de Ginecología del Hospital San Vicente de Paúl.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Diagnósticos de ingreso. ❖ Diagnósticos de egreso. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Hipertensión gestacional ❖ Pre-Eclampsia ❖ Eclampsia ❖ Diabetes gestacional ❖ Hiperémesis Gravídica ❖ Anemia ❖ Infección de la vía genitourinario en el embarazo. ❖ Hemorragias vaginales ❖ Complicaciones de la placenta ❖ Aborto ❖ Otros
<p>3 Describir la conducta a seguir en el embarazo</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Interrupción del embarazo 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Parto normal ❖ Cesárea ❖ Aborto

según la patología obstétrica.	❖ Continuación del embarazo	
4 Relacionar cada patología con la edad de las mujeres en estudio.	❖ Grupos de edad	❖ Menos de 18 años ❖ 19 años a 34 años ❖ más de 35 años

3.6 Métodos y técnicas para la recolección de información

Para el análisis de datos, se empleó lo siguiente:

- ❖ **Recolección de información:** se recolectó información como: diagnóstico patológico, tipo de parto (parto normal y cesárea) y edad de las pacientes que fueron parte del estudio, esta información fue obtenida de la base de datos de estadística del Hospital San Vicente de Paúl del año 2010 al 2014.
- ❖ **Revisión de la información recopilada:** se realiza una revisión de los datos estadísticos.
- ❖ **Filtración de datos:** filtrar información necesaria para la investigación.
- ❖ **Tabulación de datos:** todos estos datos se ingresaron al programa Microsoft Excel 2010 para el mejor análisis de resultados.
- ❖ **Análisis de datos:** permitió obtener información específica, tablas estadísticas gráficos estadísticos.

3.7. Análisis de datos

Análisis e interpretación de datos, mediante tablas, gráficos estadísticos en el programa Microsoft Excel utilizando barras o pasteles según la valoración y los objetivos planteados.

CAPÍTULO IV

4. Resultados

4.1 Presentación de Resultados

La presente investigación de patologías asociadas al embarazo en pacientes atendidas en el Hospital San Vicente de Paúl 2010-2014, en el proceso de presentación de resultados se hizo referencia a la identificación de patologías asociadas al embarazo, descripción de la conducta a seguir en el embarazo según la patología obstétrica, relación las patologías más frecuentes con la edad de la mujer gestante, información obtenida de la base de datos de estadística del Hospital San Vicente de Paúl.

Para la presentación de los resultados encontrados se utilizaron: tablas estadísticas y para una mejor comprensión gráficos estadísticos, los mismos que en forma clara y precisa permiten demostrar información con su respectivo porcentaje y así poder identificar eventos que ocurrieron en los años 2010 y 2014.

A continuación, se detallan los mismos.

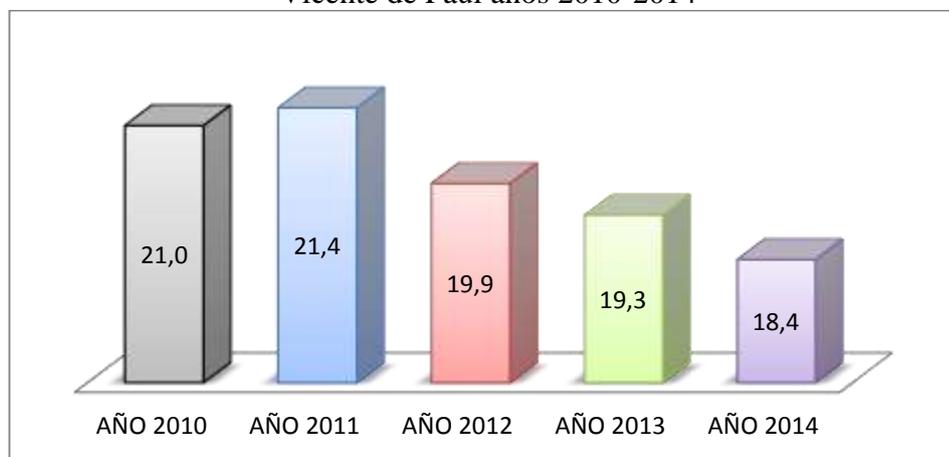
4.2 Tabulación, representación gráfica.

Tabla 2 Pacientes atendidas en el Servicio de Ginecología del Hospital San Vicente de Paúl años 2010-2014.

No.	AÑO	PACIENTES ATENDIDAS	PORCENTAJE
1	2010	5303	21,0

2	2011	5390	21,4
3	2012	5017	19,9
4	2013	4861	19,3
5	2014	4641	18,4
TOTALES		25212	100

Gráfico 1 Pacientes atendidas en el Servicio de Ginecología del Hospital San Vicente de Paúl años 2010-2014



Fuente: Base de datos del Hospital “San Vicente de Paúl” Ibarra

Elaborado por: Mireya Sevillano Anrango.

Análisis:

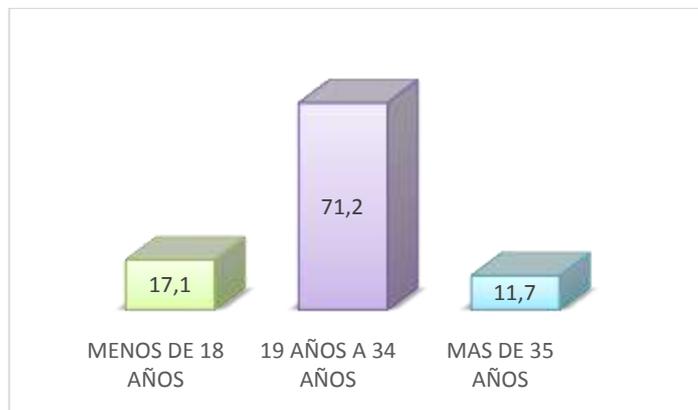
Se detalla que desde el año 2010 al año 2014 se hospitalizaron en el servicio de ginecología un promedio de 5042 mujeres al año, tomando en cuenta que en el año 2011 hubo más ingresos.

Tabla 3 Edad de las pacientes atendidas en el Servicio de Ginecología del Hospital San Vicente de Paúl años 2010-2014.

	AÑO	PACIENTES ATENDIDAS	MENOS DE 18 AÑOS	19 AÑOS A 34 AÑOS	MAS DE 35 AÑOS
1	2010	5303	917	3768	618

2	2011	5390	933	3803	654
3	2012	5017	849	3552	616
4	2013	4861	899	3357	605
5	2014	4641	723	3462	456
TOTAL		25212	4321	17942	2949
PORCENTAJE		100	17,1	71,2	11,7

Gráfico 2 Pacientes hospitalizadas en el Servicio de Ginecología del Hospital San Vicente de Paúl año 2010-2014 según edad.



Fuente: Base de datos del Hospital “San Vicente de Paúl” Ibarra

Elaborado por: Mireya Sevillano Anrango.

Análisis:

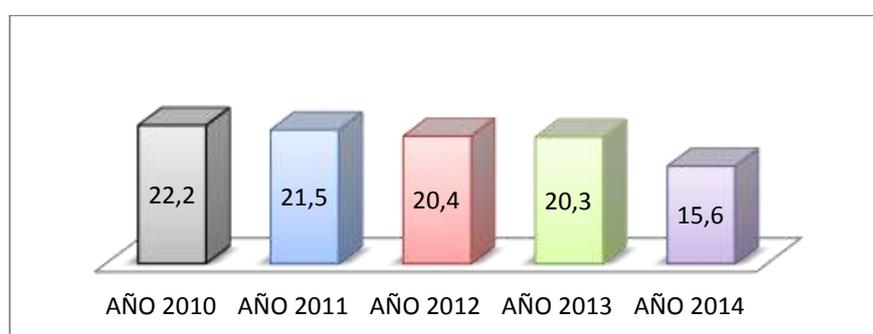
Las mujeres que ingresaron al servicio de Ginecología del año 2010 al 2014 en su mayoría se encuentran en edades de 19 a 34 años.

Tabla 4 Pacientes que presentaron patología obstétrica

NO.	AÑO	PACIENTES CON PATOLOGÍA OBSTÉTRICA	PORCENTAJE
1	2010	1334	22,2

2	2011	1291	21,5
3	2012	1230	20,4
4	2013	1221	20,3
5	2014	939	15,6
TOTAL		6015	100

Gráfico 3 Pacientes hospitalizadas con patología obstétrica en el Servicio de Ginecología del Hospital San Vicente de Paúl año 2010 -2014.



Fuente: Base de datos del Hospital “San Vicente de Paúl” Ibarra

Elaborado por: Mireya Sevillano Anrango.

Análisis:

Según los datos obtenidos entre el año 2010 al 2014 un promedio del 20% de las embarazadas en estudio son ingresadas al Servicio de Ginecología debido la presencia de una patología asociada al embarazo, siendo el año 2010 es el año en el que más patologías se encontraron en esas mujeres hospitalizadas.

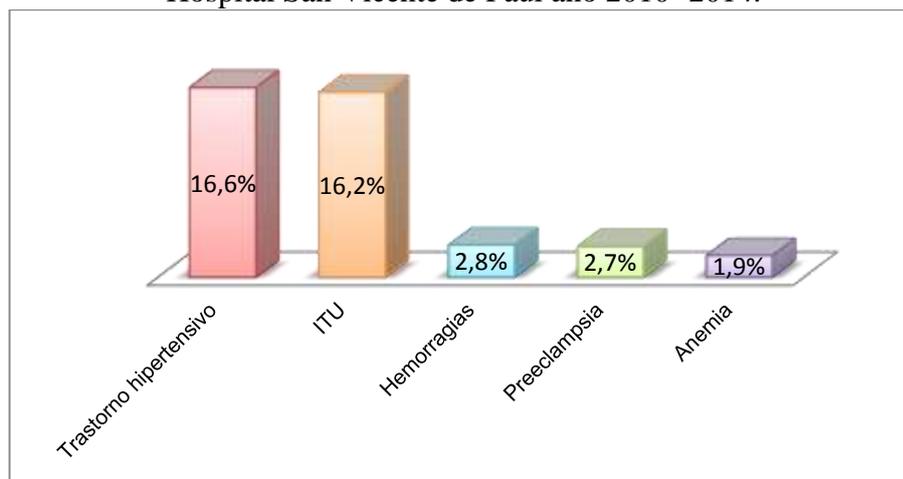
Objetivo 1 identificar las patologías más frecuentes durante el embarazo en mujeres gestantes que fueron atendidas en el Servicio de Ginecología del Hospital San Vicente de Paúl.

Tabla 5 Patologías más frecuentes asociadas al embarazo identificadas en el Servicio de Ginecología en el Hospital San Vicente de Paul 2010 -2014.

	DIAGNÓSTICO PATOLÓGICO	
--	-------------------------------	--

No.	AÑO	Pacientes con patología	Trastorno hipertensivo	Pre eclampsia	Diabetes gestacional	Eclampsia	Infecciones del tracto urinario	Hiperémesis gravídica	Anemia	Hemorragia vaginal	Complicaciones de la Placenta	otras	Abortos
1	2010	1334	185	3	2	1	207	17	13	29	30	38	809
2	2011	1291	227	8	0	2	176	13	12	40	18	43	752
3	2012	1230	260	10	1	3	188	13	17	35	20	70	613
4	2013	1221	226	14	6	0	266	22	26	52	22	40	547
5	2014	939	101	127	6	7	138	2	46	13	16	46	437
TOTALES		6015	999	162	15	13	975	67	114	169	106	237	3158
Porcentajes		100	16,6	2,7	0,2	0,2	16,2	1,1	1,9	2,8	1,8	3,9	52,5

Gráfico 4 Patologías más frecuentes identificadas en el Servicio de Ginecología del Hospital San Vicente de Paúl año 2010 -2014.



Fuente: Base de datos del Hospital “San Vicente de Paúl” Ibarra

Elaborado por: Mireya Sevillano Anrango.

Análisis:

Se observa dos altos porcentajes con 16,6% los trastornos hipertensivos y un 16,2% infecciones del tracto urinario y también se evidencia porcentajes bajos aquí están otras patologías frecuentes como: hemorragias vaginales, preeclampsia y anemia.

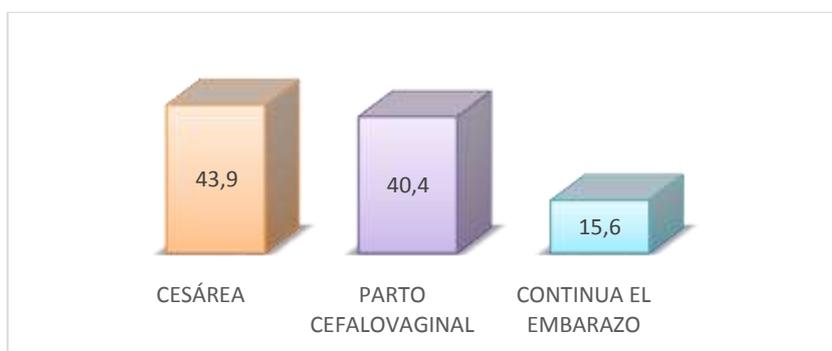
Objetivo 2 Describir la conducta a seguir en el embarazo según la patología obstétrica.

Tabla 6 Conducta a seguir en el embarazo en pacientes con trastorno hipertensivo.

AÑO	PACIENTES CON PATOLOGÍA	TRASTORNO HIPERTENSIVO GESTACIONAL	CESÁREA	PARTO CÉFALO- VAGINAL	CONTINUA EL EMBARAZO
2010	1334	185	85	81	19

2011	1291	227	101	98	28
2012	1230	260	116	104	40
2013	1221	226	98	84	44
2014	939	101	39	37	25
TOTAL	6015	999	439	404	156
%	100	16,6	43,9	40,4	15,6

Gráfico 5 Conducta a seguir en el embarazo en pacientes con Trastornos Hipertensivos atendidas en el Servicio de Ginecología del Hospital San Vicente de Paúl año 2010-2014.



Fuente: Base de datos del Hospital “San Vicente de Paúl” Ibarra

Elaborado por: Mireya Sevillano Anrango.

Análisis

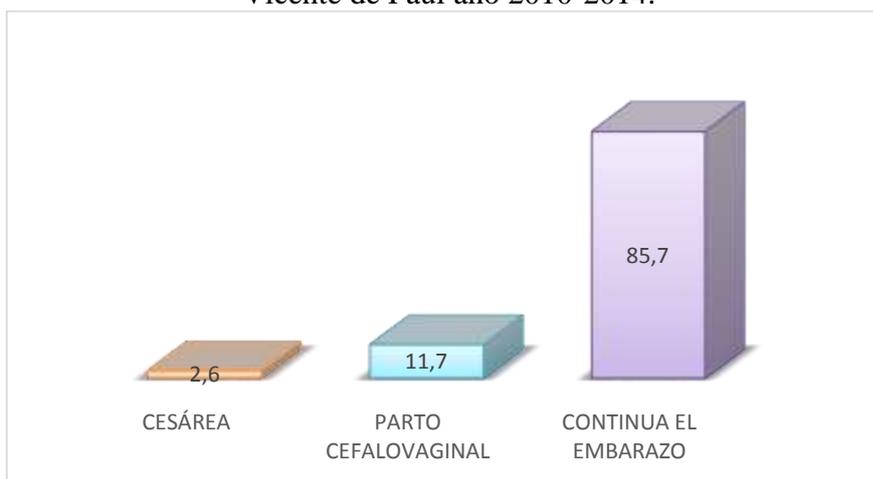
Se observa que el 43,9% de los embarazos con trastornos hipertensivos fue interrumpido con una cesárea, seguido de un 40,4% referido a partos normales, y un pequeño porcentaje continuó el embarazo.

Tabla 7 Conducta a seguir en el embarazo en pacientes con Infecciones del Tracto Urinario.

AÑO	PACIENTES CON PATOLOGÍA	INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO	CESÁREA	PARTO CEFALOVAGINAL	CONTINUA EL EMBARAZO
2010	1334	207	9	25	173
2011	1291	176	6	22	148
2012	1230	188	4	26	158
2013	1221	266	3	20	243
2014	939	138	3	21	114

TOTAL	6015	975	25	114	836
%	100	16,2	2,6	11,7	85,7

Gráfico 6 Conducta a seguir en el embarazo en pacientes con Infecciones del Tracto Urinario que fueron atendidos en el Servicio de Ginecología del Hospital San Vicente de Paúl año 2010-2014.



Fuente: Base de datos del Hospital “San Vicente de Paúl” Ibarra

Elaborado por: Mireya Sevillano Anrango.

Análisis:

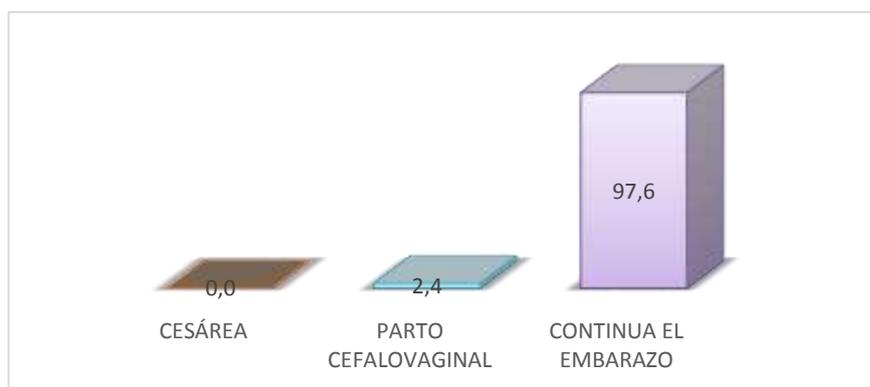
De acuerdo al gráfico sobre la conducta a seguir en el embarazo, se observa que el 85,7% de las pacientes que tuvieron infecciones del tracto urinario continuaron el embarazo y en un porcentaje bajo representado por el 2,6% fue a través de cesárea.

Tabla 8 Conducta a seguir en el embarazo en pacientes con Hemorragias Vaginales

AÑO	PACIENTES CON PATOLOGÍA	HEMORRAGIA VAGINAL	CESÁREA	PARTO CEFALOVAGINAL	CONTINUA EL EMBARAZO
2010	1334	29	0	0	29
2011	1291	40	0	1	39
2012	1230	35	0	1	34
2013	1221	52	0	1	51
2014	939	13	0	1	12

TOTAL	6015	169	0	4	165
L					
%	100	2,8	0,0	2,4	97,6

Gráfico 7 Conducta a seguir en el embarazo en pacientes con Hemorragias Vaginales que fueron atendidos en el Servicio de Ginecología del Hospital San Vicente de Paúl del año 2010-2014.



Fuente: Base de datos del Hospital “San Vicente de Paúl” Ibarra

Elaborado por: Mireya Sevillano Anrango.

Análisis:

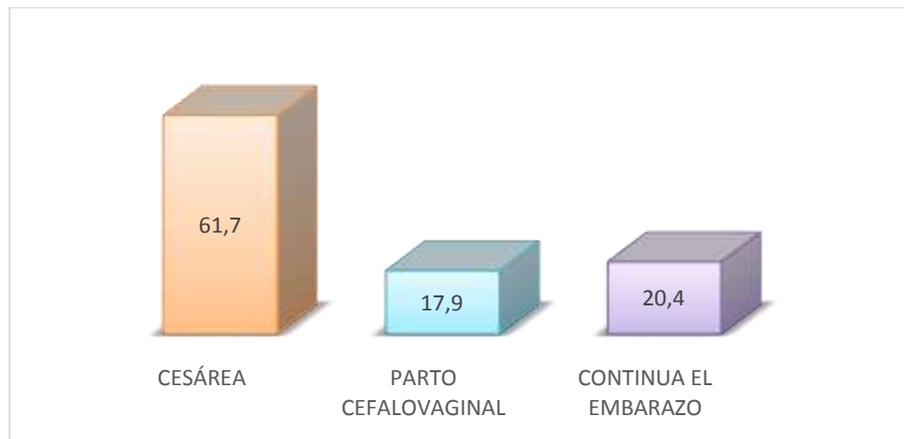
Con respecto a las pacientes que presentaron hemorragia vaginal en la gráfica se observa que el 97,6% continuaron el embarazo y que el 2,4% de las pacientes el embarazo fue a término.

Tabla 9 Conducta a seguir en el embarazo en pacientes con Preeclampsia.

AÑO	PACIENTES CON PATOLOGÍA	PREECLAMPSIA	CESÁREA	PARTO CEFALOVAGINAL	CONTINUA EL EMBARAZO
2010	1334	3	2	1	0
2011	1291	8	3	2	3
2012	1230	10	6	1	3
2013	1221	14	10	2	2

2014	939	127	79	23	25
TOTAL	6015	162	100	29	33
%	100	2,7	61,7	17,9	20,4

Gráfico 8 Conducta a seguir en el embarazo en pacientes con Preeclampsia que fueron atendidos en el Servicio de Ginecología del Hospital San Vicente de Paúl del año 2010-2014.



Fuente: Base de datos del Hospital “San Vicente de Paúl” Ibarra

Elaborado por: Mireya Sevillano Anrango.

Análisis:

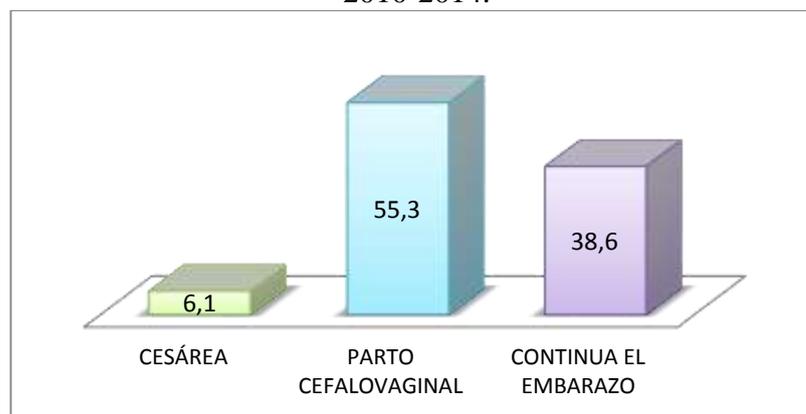
De acuerdo a las pacientes que presentaron preeclampsia durante el embarazo, sobresalen las cesáreas con el 61,7%, mientras que el 20,4% continuo el embarazo esto se debe a que el embarazo aún no estaba a término y que el 17,9% de estas pacientes tuvieron un parto normal.

Tabla 10 Conducta a seguir en el embarazo en pacientes con Anemia.

AÑO	PACIENTES CON PATOLOGÍA	ANEMIA	CESÁREA	PARTO CÉFALOVAGINAL	CONTINUA EL EMBARAZO
2010	1334	13	0	2	11
2011	1291	12	0	6	6

2012	1230	17	0	10	7
2013	1221	26	0	14	12
2014	939	46	7	31	8
TOTAL	6015	114	7	63	44
%	100	100	6,1	55,3	38,6

Gráfico 9 Conducta a seguir en el embarazo en pacientes con Anemia que fueron atendidos en el Servicio de Ginecología del Hospital San Vicente de Paúl del año 2010-2014.



Fuente: Base de datos del Hospital “San Vicente de Paúl” Ibarra

Elaborado por: Mireya Sevillano Anrango.

Análisis:

El 55,3% de los embarazos con anemia estuvieron a término es por eso que se realizó un parto céfalo-vaginal, seguido de un porcentaje elevado en el cual las pacientes continuaron el embarazo, mientras que el 6,1% de estos embarazos fueron interrumpidos con una cesárea se asume que las pacientes tuvieron una cesárea previa u otra complicación.

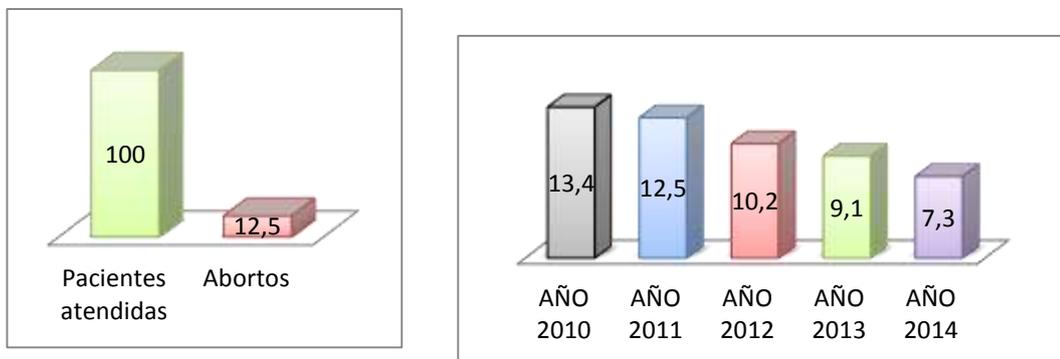
Tabla 11 Total de Abortos en los años 2010 - 2014

Año	Pacientes gestantes	Abortos
2010	5303	809
2011	5390	752

2012	5017	613
2013	4861	547
2014	4641	437
TOTAL	25212	3158
%	100	12,5

Año	Pacientes con patología obstétrica	Abortos	Porcentaje
2010	1334	809	13,4
2011	1291	752	12,5
2012	1230	613	10,2
2013	1221	547	9,1
2014	939	437	7,3
TOTAL	6015	3158	52,5

Gráfico 10 Total de Abortos atendidos en el Servicio de Ginecología del Hospital San Vicente de Paúl de los años 2010-2014.



Fuente: Base de datos del Hospital “San Vicente de Paúl” Ibarra

Elaborado por: Mireya Sevillano Anrango.

Análisis:

De un total de 25212 pacientes que ingresaron en el servicio de ginecología el 12,5% presento un aborto y que del universo de estudio que es 6015 mujeres representa el 52,5%, también se observa que en el transcurso de cinco años los abortos se han reducido casi a la mitad.

Tabla 12 Abortos según edad.

AÑO	PACIENTES GESTANTES	ABORTOS	MENOS DE 18 AÑOS	19 AÑOS A 34 AÑOS	MAS DE 35 AÑOS
2010	1334	809	117	569	123
2011	1291	752	120	502	130
2012	1230	613	82	413	118
2013	1221	547	91	358	98
2014	939	437	59	287	91
TOTAL	6015	3158	469	2129	560
%	100	52,5	14,9	67,4	17,7

Gráfico 11 Edad de las mujeres con Abortos que fueron atendidas en el Servicio de Ginecología del Hospital San Vicente de Paúl del año 2010-2014.



Fuente: Base de datos del Hospital “San Vicente de Paúl” Ibarra

Elaborado por: Mireya Sevillano Anrango.

Análisis:

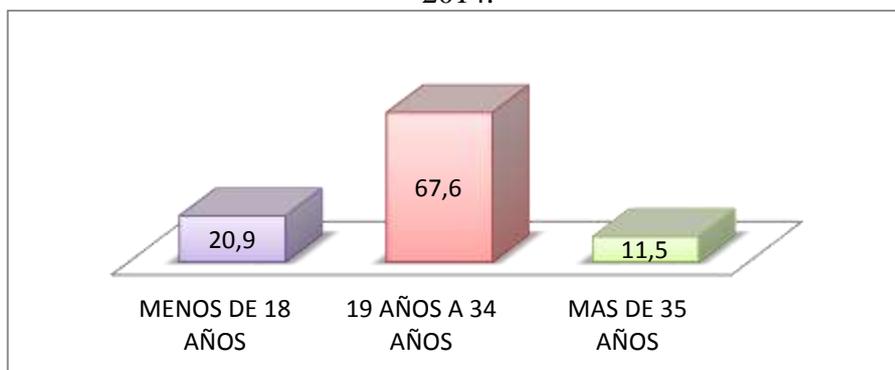
Del universo de estudio el mayor porcentaje se encuentran en edades entre 19 a 34 años y un 17,7 % corresponde a pacientes mayores de 35 años, mientras que el menor porcentaje está en el grupo de menores de 18 años.

Objetivo 3 Relacionar cada patología con la edad de la mujer en estudio.

Tabla 13 Patologías-edad.

PATOLOGÍA	NÚMERO	MENOS DE 18 AÑOS	19 AÑOS A 34 AÑOS	MAS DE 35 AÑOS
Trastorno hipertensivo gestacional	999	186	656	157
Infección del tracto urinario	975	233	676	66
Hemorragias vaginales	169	23	126	20
Preeclampsia	162	38	100	24
Anemia	114	25	78	11
Total, de gestantes	2419	505	1636	278
Porcentaje	100,0	20,9	67,6	11,5

Gráfico 12 Edad de mujeres que presentaron las patologías más frecuentes en el Servicio de Ginecología del Hospital San Vicente de Paúl durante los años 2010-2014.



Fuente: Base de datos del Hospital “San Vicente de Paúl” Ibarra

Elaborado por: Mireya Sevillano Anrango.

Análisis:

El 67,6 % de las pacientes con patologías obstétricas están entre 19 y 34 años y que más o menos el 32% de estas mujeres gestantes son menores de 18 años y mayores de 34 años.

4.3 Discusión de resultados.

En relación al estudio de investigación realizado en el Hospital San Vicente de Paúl en el servicio de Ginecología ingresaron 25212 pacientes de las que 6015 ingresaron por presentar un diagnóstico de patologías obstétricas entre las que se encontró que los trastornos hipertensivos y las infecciones del tracto urinario son las patologías más frecuentes entre las gestantes hospitalizadas, en menor porcentaje se ubican las hemorragias vaginales, la preeclampsia y la anemia, la edad de estas pacientes oscila entre 19 y 34 años.

Existe un alto porcentaje de abortos durante este periodo, pues del universo de estudio representan más del 50% de casos, al analizar más detenidamente las causas que produjeron el aborto, no se encontró información que permita relacionar el aborto como una consecuencia de que la gestante haya presentado una patología obstétrica previa; para mejor comprensión y estudio de las variables se escogen cinco patologías obstétricas más frecuentes.

Con respecto al objetivo dos que es describir la conducta a seguir en el embarazo según patología podemos decir que más de la mitad de las pacientes que ingresaron con trastorno hipertensivo finalizó el embarazo con una cesárea; podemos determinar que para el término del embarazo se aplicó el mejor procedimiento ya que según indica el protocolo del Componente Normativo Materno que cuando la patología compromete el bienestar materno fetal el embarazo debe finalizarse en las primeras 24 horas por cualquiera de estos procedimientos, todo depende de la cuadro clínico de cada paciente (27). Sin embargo, un alto porcentaje de gestantes tienen un parto normal, lo que no se puede definir es si existieron complicaciones post parto.

Podemos señalar que las infecciones del tracto urinario se trataron a tiempo y las embarazadas continuaron normalmente con su embarazo y que una pequeña parte finalizó el embarazo con una cesárea, se asume que pudo ser porque estas mujeres tuvieron una cesárea anterior o presentaron alguna otra complicación.

También observamos que el mayor porcentaje continuó el embarazo y que tanto las infecciones del tracto urinario como las hemorragias vaginales pueden presentarse en cualquier periodo del embarazo y al ser tratadas a tiempo según señala el protocolo del Componente Normativo Materno el embarazo continúa sin riesgos. Y que un pequeño porcentaje de las embarazadas se encontraban en el último período del embarazo o a término por lo que se realizó el parto normal. (27).

El Componente Normativo Materno señala que la cesárea y el parto dentro de las primeras 24 horas es la mejor opción a realizarse cuando la vida de la madre o del feto se encuentra comprometida. Podemos decir que en este caso la mayoría finalizó el embarazo con una cesárea como opción adecuada, existen partos cefalovaginales; ya que todo depende del cuadro clínico de la paciente para determinar que el parto normal sea conveniente, mientras 20,4 % de estas mujeres continuó el embarazo asumiendo que la patología se presentó en la segunda mitad del embarazo o que el embarazo no estuvo a término (27).

Podemos decir que el 55,3 % de las pacientes con anemia finalizaron su embarazo con parto normal lo que quiere decir que la patología apareció en la etapa final del embarazo; y gracias a un buen tratamiento oportuno se evitó complicaciones y el embarazo continuó mientras que el 6,1 % puede corresponder a madres que tuvieron cesáreas anteriores o a su vez también presentaron otra complicación que fue la causante de que el embarazo finalice con una cesárea.

La tasa de pérdida clínica respecto al aborto del HSVP es del 12,5 % y corresponde con la tasa de pérdida clínica que menciona el Componente Normativo Materno como estándar, no podemos saber exactamente cuál fue la causa para que se produzca el aborto porque no hay la información adecuada que ayude a determinar el por qué; sin embargo es posible que muchos de estos abortos pueden ser a consecuencia de una patología obstétrica, pero en la base de datos del Hospital San Vicente de Paúl no se puede definir; también podemos resaltar que en el transcurso de los cuatro años los abortos se han ido disminuyendo casi a la mitad (27).

El mayor porcentaje de las pacientes con patologías obstétricas están entre 19 y 34 años, mientras que el 21% de estas mujeres gestantes son menores de 18 años y que según estudios tanto las complicaciones durante el embarazo y el parto son la segunda causa de muerte entre las gestantes de 15 a 19 años en todo el mundo a su vez los bebés de estas madres menores se enfrentan a un riesgo un 50% superior de mortalidad prenatal o de morir en las primeras semanas de vida. Cuanto más joven sea la madre, mayor el riesgo para el bebé. Además, los recién nacidos de madres adolescentes tienen una mayor probabilidad de registrar peso bajo al nacer, con el consiguiente riesgo de efectos a largo plazo (3).

CAPÍTULO V

5. Conclusiones y Recomendaciones

5.1 Conclusiones

- ❖ De todas las pacientes que ingresaron al servicio de ginecología el 20% presentó una patología asociada al embarazo, se identifican Trastornos hipertensivos, infección del tracto urinario, hemorragias vaginales, preeclampsia, anemia con un como patologías con mayor incidencia en el servicio.
- ❖ De un universo de estudio de 6015 pacientes con patologías encontró que un 20,5% continuaron con el embarazo y la patología tuvo un tratamiento oportuno, el 10,2% fueron partos céfalo-vaginales ya que el bienestar materno fetal no estuvo comprometido y por eso el embarazo finalizó así y que el 9,5% de estos embarazos finalizó con una cesárea se cree que hubo alguna complicación; estos porcentajes reflejan que la conducta a seguir, es realizada por parte de los profesionales de salud, y que va acorde con el Componente Normativo Materno del MSP.
- ❖ La edad materna es un factor predisponente para que la embarazada pueda padecer alguna patología obstétrica. En este caso coincide que el grupo de mujeres de 19 y 34 años presentan patologías obstétricas y que por el rango de edad representan a la población de mujeres en edad fértil.
- ❖ Como la mayoría de mujeres gestantes está representada por mujeres en edad fértil la guía a elaborarse estará dirigida a este grupo poblacional sobre todo a las que acuden al Hospital San Vicente de Paúl, con información que les permita reconocer a tiempo los factores de riesgo de las cinco patologías más frecuentes y evitar complicaciones.

5.2 Recomendaciones

- ❖ La Universidad Técnica del Norte debe hacer más investigaciones sobre las causas o factores que influyen para que una mujer tenga alguna de estas patologías durante el embarazo y así en conjunto con el hospital San Vicente de Paúl poder mejorar las estrategias preventivas.
- ❖ Estimular a las mujeres gestantes a realizarse los controles prenatales ya que es de mucha importancia detectar y tratar a tiempo cualquier patología evitando complicaciones que pueden terminar en aborto o cesárea y así reducir los índices de morbilidad materna y perinatal.
- ❖ Educar a las mujeres gestantes sobre la importancia de la edad ya que, si el embarazo se presenta a edades extremas de la vida, este factor podría incidir en el surgimiento de alguna patología asociada a la edad.
- ❖ El Hospital San Vicente de Paúl debe educar a las mujeres que se encuentran en edad fértil sobre las complicaciones posteriores que pueden presentarse en el embarazo mediante la guía elaborada en este estudio, y a la vez proporcionar los trípticos para una mejor comprensión del contenido de la guía.

BIBLIOGRAFÍA

1. **Organización Mundial de la Salud.** *who.int*. [En línea] 2007. [Citado el: 24 de enero de 2016.]

http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/maternal/maternal_perinatal/es/.

2. **Ministerio de Salud Pública** . *Salud.gob.ec*. [En línea] 2013. [Citado el: 20 de Abril de 2015.] <http://www.salud.gob.ec/ecuador-sin-muertes-maternas/>.
3. **Organización Mundial de la Salud**. *www.who.int*. [En línea] 2014. [Citado el: 28 de enero de 2016.] <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/es/>.
4. **Preeclampsia Foundation**. *preeclampsia.org*. [En línea] 2014. [Citado el: 14 de diciembre de 2015.] <http://www.preeclampsia.org/es/informacion-de-salud/149-advocacy-awareness/332-preeclampsia-and-maternal-mortality-a-global-burden>.
5. **INEC**. *Instituto Nacional de Estadística y Censos*. [Instituto Nacional de Estadística y Censos] 2010.
6. **Moodley, J.** Maternal deaths associated with hypertensive disorders of pregnancy. *Slideshare, Guía Práctica de Trastornos Hipertensivos del Embarazo*. [En línea] marzo de 2004. [Citado el: 28 de enero de 2015.] <http://es.slideshare.net/pomicin/guia-practica-clinica-trastornos-hipertensivos-del-embarazo>.
7. *Distribution of Causes of Maternal Mortality During Delivery and Post-Partum*. **Thonneau, P.F., y otros**. 1, junio de 2004, *Obstet Gynecol*, Vol. 2.
8. *Patología médica y embarazo: Trastornos gastrointestinales, neurológicos, cardiovasculares y dermatológicos*. **Pérez Rodríguez, A.F., Roche, M. y Larrañaga, C.** 1, mayo de 2009, *Anales Sis San Navarra* [revista en la Internet], Vol. 32.
9. **OMS**. *Organización Mundial de la Salud*. [En línea] 2015. [Citado el: 18 de enero de 2015.] <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs370/es/>.
10. **Aragón, Andrea**. *Desnutrición Infantil en América Latina y Caribe*. Guatemala, UNICEF. Chile : issn, 2006. pág. 11, voletín. ISSN 1816-752.
11. **Medlineplus**. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. *Información de Salud Para Usted*. [En línea] enero de 2011. [Citado el: 16 de Abril de 2015.] http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/esp_imagepages/19724.htm.

12. **Nich.** diabeabetes gestacional. *Nichd, Preconceptioncare*. [En línea] junio de 2005. [Citado el: 17 de marzo de 2015.]
<http://www.nichd.nih.gov/espanol/salud/temas/preconceptioncare/informacion/Pages/desarrollar.aspx>.
13. **Medlineplus.** *Nichd, Gov*. [En línea] 2011. [Citado el: 13 de Abril de 2015.]
<http://www.nichd.nih.gov/health/topics/preconceptioncare/espanol/informacion/Pages/desarrollar.aspx>.
14. *Women & anemia: Increased need for iron during pregnancy.* **ORG.** 1, septiembre de 2008, *Women & anemia*, Vol. 1.
15. *Iron Deficiency Anemia.* **Medlineplus.** 1, mayo de 2011, *Medline Plus, Org.*, Vol. 1.
16. **Vasquez, Dr.alfredo.** *Trastornos hipertensivos del embarazo*. [En línea] 2005. [Citado el: 22 de 11 de 2015.] <http://scielo.sld.cu/pdf/med/v44n3-4/med103-405.pdf>.
17. *Trastornos hipertensivos durante el embarazo.* **Gómez Sosa, Elba.** 152, Diciembre de 2000, *Cubana Obstet Ginecol*, Vol. 26.
18. *Factores de riesgo de preeclampsia: enfoque inmunoendocrino. Parte I.* **Cruz Hernández, Jeddú, y otros.** 4, Octubre-Diciembre de 2007, *Revista Cubana de Medicina General Integral*, Vol. 23.
19. *La preeclampsia un problema de salud pública mundial.* **Vargas H, Víctor Manuel, Acosta A, Gustavo y Moreno E, Mario Adán.** 6, Enero de 2012, *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, Vol. 77.
20. *Eclampsia en Santa Clara.* **Orizondo Ansola, Rogelio y Cairo Gonzáles, Vivian.** 3, Septiembre de 2009, *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, Vol. 35.
21. *Diabetes Mellitus Gestacional. Generalidades.* **Castillo Cartín, Andrea.** 1, mayo de 2011, *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica*, Vol. 3.
22. *Hiperemesis gravídica.* **Silva, Claudia y Pagés, Gustavo.** 3, Septiembre de 2006, *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela Scielo*, Vol. 66.
23. *Anemia y deficiencia de hierro en embarazadas de un área urbana del municipio Cienfuegos.* **Villares Alvaréz, Icilany, y otros.** 1, enero-abril de 2006, *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, Vol. 32.

24. *Anemia en el embarazo, un problema de salud que puede prevenirse.* **Espitia De La Hoz , Franklin y Orozco Santiago, Lilian.** 3, Diciembre de 2013, *Medicas UIS scielo*, Vol. 26.
25. *Evaluación de la prescripción de gentamicina en gestantes ingresadas con infección del tracto urinario.* **Pino García, Teresa y Sabina Yturalde, Algimiro.** 1, Abril de 2005, *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, Vol. 31.
26. *Hemorragia de la segunda mitad del embarazo en un Hospital Nacional de Lima.* **Acho Mego, Segundo Cecilio, y otros.** 4, junio de 2011, *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, Vol. 57.
27. **Ministerio de Salud Pública.** *Componente Normativo Materno .* [ed.] V. Wilfrido León, y otros. Quito : s.n., 2008.
28. **Arévalo, Diego y Bustillo, César.** Hospital San Vicente de Paúl. *bibdigital.epn.edu.ec.* [En línea] 2006. [Citado el: 15 de febrero de 2016.] <http://bibdigital.epn.edu.ec/bitstream/15000/1340/1/CD-2076.pdf>.
29. **Universidad Técnica del Norte.** *Biblioteca virtual, Repositorio, UTN.* [En línea] 2010. [Citado el: 2 de Julio de 2015.] <http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/4176/1/05%20FECYT%202072%20TESIS.pdf>.
30. **Hospital San Vicente de Paúl.** *HSVP.gob.ec.* [En línea] 2012. [Citado el: 5 de Julio de 2015.] <http://hsvp.gob.ec/index.php/2012-08-26-14-30-20/2012-08-26-15-07-18>.
31. **Diario El Norte.** *Hospital San Vicente de Paúl.* Ibarra : s.n., 2006.
32. **Definiciónabc.** *Definiciónabc.* [En línea] 2007. [Citado el: 20 de Octubre de 2015.] <http://www.definicionabc.com/salud/embarazo.php>.
33. **Santo Tomás.** [En línea] 2013. [Citado el: 24 de febrero de 2016.] <https://tegnst.files.wordpress.com/2013/03/nc2b0-2-embriologia-general-2013.pdf>.
34. *Desarrollo embrionario del sistema nervioso central y órganos de los sentidos: revis.* **Bayona Rodríguez, Francy.** 66, enero-junio de 2012, *revistascientificasjaveriana*, Vol. 31.
35. *Parto.* **Centro Nacional de Información.** 1, Julio de 2007, *Salud Para la Mujer*, Vol. 1.

36. **MedlinePlus** . Cesaréa. *MedlinePlus, Cesárea*. [En línea] marzo de 2015. [Citado el: 22 de septiembre de 2015.] <https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/cesareansection.html>.
37. **Medline Plus**. *Institutos Nacionales de la Salud para pacientes, familiares y amigos*. [En línea] 2013. [Citado el: 15 de junio de 2015.] <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/healthproblemsinpregnancy.html>.
38. **Conetec**. Detección y Diagnóstico de Enfermedad Hipertensivas del Embarazo. *Conetec, Salud*. [En línea] 2010. [Citado el: 15 de junio de 2015.] http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/058_GPC_Enf.HipertdelEmb/HIPERTENSION_EMBARAZADAS_EVR_CENETEC.pdf.
39. *Obstetrics: diagnostic and management of preeclampsia and eclampsia*. **Bulletins, ACOG**. 1, junio de 2010, *Bulletins, ACOG*, Vol. 2, págs. 159-167.
40. **Hauth, M.G., y otros**. *Pregnancy outcomes in healthy nulliparas women who subsequently developed hypertension*. s.l. : Obstet Gynecol, 2000. págs. 24–28.
41. **Knuist, M., y otros**. *Intensification of fetal and maternal surveillance in pregnant women with hypertensive disorders*. s.l. : Gynecol Obstet, 1998. pág. 127.
42. **Hnat, M.D., y otros**. *Perinatal outcome in women with recurrent preeclampsia compared with women who develop preeclampsia as nulliparas*. [ed.] *Am J Obstet Gynecol*. s.l. : Am J Obstet Gynecol, 2002. págs. 422–426.
43. **Rosas, Martín, y otros**. *www.scielo.org*. [En línea] 2008. [Citado el: 14 de junio de 2015.] http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-99402008000600007&lng=es..
44. *HIPERTENSION GESTACIONAL. CONSIDERACIONES GENERALES*,. **Ulanowicz, María Gabriela, Parra, Karina Elizabeth y Rozas, Gisela Verónica**. 152, Diciembre de 2005, *Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina*, Vol. 2.
45. *Algunos factores epidemiológicos y obstétricos de la enfermedad hipertensiva gravídica*. **González Rodríguez, G., y otros**. 1, octubre de 2015, *Revista Ginecológica*, Vol. 129.
46. *Comportamiento de la preeclampsia grave*. **Belestena Sánchez, J. M., Fernández Alech, R. y Hernández Sordo, A**. 3, mayo de 2005, *Rev cubana Obstet Ginecol*, Vol. 27.

47. **Medlineplus.** *Medlineplus, ADAM Health Solutions.* [En línea] 2014. [Citado el: 15 de julio de 2015.]
<https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000899.htm>.
48. *Preelcampsia- Eclampsia.* **Nieto Prendes, Pedro, y otros.** 1, enero de 2006, Revista de las Ciencias de la Salud de Cienfuegos, Vol. 11.
49. *Comportamiento de la diabetes gestacional en el embarazo en la adolescencia.* **Rimbao Torres, Gertrudis, y otros.** 3, septiembre de 2007, Revista Cubana de Medicina General Integral, Vol. 23.
50. **ADAM Health Solutions.** Hiperémesis gravídica. *Medline Plus.* [En línea] Noviembre de 2014. [Citado el: 5 de Octubre de 2015.]
<https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001499.htm>.
51. **Inatal.** *Inatal.org.* [En línea] 2015. [Citado el: 12 de Septiembre de 2015.]
<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>.
52. *Anemia Ferropénica del Embarazo.* **Contreras Flores, Christian.** 1, Enero de 2011, Revista Boliviana, Vol. 4.
53. **National Institutes of Health.** *National, Heart, Lung, and Blood Institute.* [En línea] 2012. [Citado el: 18 de Enero de 2016.] <http://www.nhlbi.nih.gov/health-spanish/health-topics/temas/anemia/causes>.
54. **Medlineplus.** Infección urinaria en adultos. *Medlineplus, ADAM Health Solutions.* [En línea] 2014. [Citado el: 10 de AGOSTO de 2015.]
<https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000521.htm>.
55. *Infección urinaria y embarazo.* **Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud.** 2, enero de 2005, Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud, Vol. 29.
56. *Obstetricia: embarazos normales y problemáticos.* **Gabbe, S G, Niebyl, J R y Simpson, J L.** 2, Febrero de 2007, Clínica Dam, Vol. 1.
57. **Natalben.** *www.natalben.com.* [En línea] 2015. [Citado el: 5 de octubre de 2015.]
<http://www.natalben.com/enfermedades-relacionadas-con-el-embarazo/complicaciones-placenta>.

58. —. *Natalben*. [En línea] 2015. [Citado el: 5 de octubre de 2015.]
<http://www.natalben.com/enfermedades-relacionadas-con-el-embarazo/complicaciones-placenta>.
59. *Enfoque actual del aborto recurrente*. **Pacheco, José, De Michelena, María Isabel y Orihuela, Patricia**. 2, Junio de 2009, Scielo Perú, Vol. 70.
60. **Bebes y mas**. Abortos naturales: causas y tipos de aborto. *Bebes y mas*. [En línea] 2011. [Citado el: 7 de Enero de 2016.]
<http://www.bebesymas.com/embarazo/abortos-naturales-causas-y-tipos-de-aborto>.
61. **ADAM Health Solutions**. Dilatación y legrado. *MedlinePlus*. [En línea] Junio de 2014. [Citado el: 19 de Octubre de 2015.]
<https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/002914.htm>.
62. **Asamblea Nacional**. Constitución de la República del Ecuador. *Asambleanacional.gob.ec*. [En línea] 2008. [Citado el: 10 de julio de 2015.]
http://www.asambleanacional.gob.ec/sites/default/files/documents/old/constitucion_de_bolsillo.pdf.
63. **Ediciones legales**. *Ley Orgánica de Salud*. [En línea] 2012. [Citado el: 20 de 10 de 2015.] <http://www.controlsanitario.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/04/LEY-ORGANICA-DE-SALUD1.pdf>.

ANEXOS

Anexo 1 fotografías de tutorías



Imagen 4 Recibiendo tutorías y lineamientos referentes al macro proyecto

Anexo 2 Guía con actividades de promoción y prevención de las patologías asociadas al embarazo.



UNIVERSIDAD
TÉCNICA DEL
NORTE

FACULTAD
CIENCIAS DE
LA SALUD

CARRERA DE
ENFERMERIA

GUÍA DIDÁCTICA DE PATOLOGÍAS MÁS FRECUENTES EN EL EMBARAZO, PARA LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL

¡Ser MADRE...
No es JUEGO de NIÑAS...

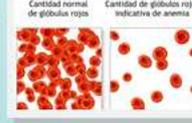
Autora:
Sevillano Anrango Zaira Mireya
Directora de tesis:
MSc. Sonia Revelo Villarreal

Ibarra, 2016



Anexo 3 Tríptico actividades de promoción y prevención de las patologías asociadas al embarazo.

<p>CONCLUSIONES</p> <p>La presión alta es la complicación más frecuentes del embarazo y es responsables de un importante porcentaje de muerte tanto materna como fetal, especialmente en pacientes menores de 18 años como en mayores de 35 años.</p> <p>La infección urinaria conlleva un mayor riesgo de parto prematuro, de recién nacidos con bajo peso.</p> <p>El embarazo a edades más avanzadas pueden aumentar el riesgo a una tener hemorragias.</p> 	<p>RECOMENDACIONES</p>  <p>Las mujeres embarazadas que han tenido presión alta deben seguir un estilo vida y una dieta saludable para evitar complicaciones. Se deben lavar bien las verduras y las frutas que consuma, vigilar la fecha de vencimiento de los alimentos procesados industrialmente y evitar el consumo de comidas a preparaciones crudas o mal cocidas.</p> <p>Consumir alimentos que contengan hierro, para prevenir la anemia.</p> <p>Si presenta signos o síntomas de cualquiera de estas patologías acudir inmediatamente al médico.</p> <p>NO tome vitaminas ni otros medicamentos sin consultar con su médico.</p>	<p>ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES ASOCIADAS AL EMBARAZO</p>  <p>Ser MADRE... no es JUEGO de NIÑAS...</p> <p>Autora: Sevillano Anrango Zaira Mireya</p>
---	--	--

<p>EL EMBARAZO</p>  <p>La embarazo está relacionado frecuentemente con una experiencia positiva, mientras que para otras mujeres se asocia con el sufrimiento, malestar e incluso la muerte es por eso que con el estudio realizado en el Hospital San Vicente de Paúl hemos logrado identificar las principales patologías asociadas al embarazo que son: presión alta, preeclampsia, abortos, infecciones del tracto urinario, hemorragias anemia, entre otras, que al no ser detectadas y tratadas a tiempo pueden causar daños al feto y a la madre, incluso que al complicarse una de estas patologías pueden causar la muerte de la madre o del niño.</p>	<p>Presión alta</p> <p>Dolor de cabeza frecuente, piernas hinchadas, zumbidos de oído, ver lucecitas.</p> <p>Preeclampsia</p> <p>Se define como hipertensión o presión alta más proteinuria.</p> <p>Infección del tracto urinario</p> <p>Dolor y endurecimiento de vientre, ardor al orinar.</p> <p>Hemorragias vaginales</p> <p>Pérdida de sangre materna o sangrado durante el embarazo, puede ocasionar amenaza de aborto o parto prematuro.</p> <p>Anemia</p> <p>Cansancio, baja de peso, palidez de tus encías, del interior de tus ojos, de tus labios y uñas.</p> <p>Hiperémesis gravídica</p> <p>Cuando las náuseas y vómitos son severos, se produce deshidratación, pérdida de peso.</p>     	<p>¿Cuidados cuándo esté en casa?...</p> <p>Reposo en cama y cuidados personales en el hogar.</p> <p>Es posible que deba reducir el consumo de sal.</p> <p>Mida su presión arterial.</p> <p>Vigile la cantidad de líquido que toma.</p> <p>Observe qué tan seguido se mueve su bebé.</p> <p>Hágase chequeos médicos con regularidad</p> <p>Comer alimentos ricos en hierro.</p> <p>Evitar el consumo de alcohol, tabaco o cafeína.</p>        
---	---	---

SUMMARY

This study was conducted at " San Vicente de Paul Hospital" from Ibarra, Imbabura Province from 2010 to 2014; in order to know the most common diseases during pregnancy, describing the action to take during pregnancy according to obstetric pathology and the relationship between pathology-age in patients treated at the Gynecology Service. The research design is not experimental and qualitative, it is descriptive, exploratory, bibliographical statistics, retrospective and cross-sectional. Information as: pathological diagnosis, type of birth and age of patients hospitalized in the Gynecology Service was analyzed, this information was entered to Microsoft Excel 2010 program, that allowed to obtain specific information for better analysis of results on statistical tables and graphs. Among the most relevant information, it was found that a total of 6015 women, who had the most frequent obstetric pathologies, they were: Hypertensive disorders with 16.6%, 16.2% with urinary tract infections, vaginal bleeding with 2.8% followed of Preeclampsia with 2.7% and 1.9% with anemia, the aforementioned diseases occur more frequently from 19 to 34 years old in studied women. From a universe of study of 6015 patients treated at San Vicente de Paul Hospital, 20.5% continued with the pregnancy because the disease had early treatment, 10.2% were normal births since the fetal maternal wellbeing was not committed and the pregnancy ended well and 9.5% of these pregnancies were interrupted by cesarean surgery. In conclusion the five most common diseases and maternal age is a predisposing factor for pregnant women, who may suffer some obstetric pathology. Finally, with the knowledge of the main pathologies, a teaching guide for women of childbearing age is made, the same will be taught in educational workshops at San Vicente de Paul Hospital.

Keywords: pathologies, pregnancy, pathology-age relationship, hypertensive diseases, urinary tract infection.

