



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

TESIS PREVIA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE LICENCIATURA EN
ENFERMERÍA

TEMA: Prevalencia de riesgos obstétricos durante el embarazo en gestantes de la Comunidad de Tanguarín, 2017

AUTORA: Luisa Johana Mediavilla Haro

TUTOR: Dr. Jorge Luis Anaya González

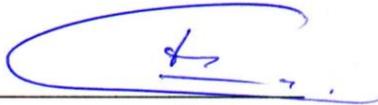
Ibarra - Ecuador

2017

CONSTANCIA DE APROBACIÓN DEL DIRECTOR DE TESIS

En calidad de Directora de la tesis de grado titulada “Prevalencia de riesgos obstétricos durante el embarazo en gestantes de la Comunidad de Tanguarín, 2017”, de autoría de Luisa Johana Mediavilla Haro, para la obtener el Título de Licenciado en Enfermería, doy fe que dicho trabajo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometidos a presentación y evaluación por parte del jurado examinador que se designe.

En la ciudad de Ibarra, a los 23 días del mes de mayo del 2017



Dr. Jorge Luis Anaya González

C.C: 1756755219

DIRECTOR 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:	1004669220
Apellidos y nombres:	Mediavilla Haro Luisa Johana
Dirección:	Quichinche Avenida Quito y 12 de Octubre
Email:	negriss.27130621@gmail.com
Teléfono fijo:	2-668 158
Teléfono móvil:	0988444979
DATOS DE LA OBRA	
Título:	Prevalencia de riesgos obstétricos durante el embarazo en gestantes de la Comunidad de Tanguarín, 2017
Autor:	Luisa Johana Mediavilla Haro
Fecha:	2017-05-23
Solo para trabajos de grado	
Programa:	Pregrado
Título por el que opta:	Licenciada en enfermería
Director:	Dr. Jorge Luis Anaya González

2. AUTORIZACIÓN DE USO A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD

Yo, Mediavilla Haro Luisa Johana, con cédula de ciudadanía Nro. **100466922-0**; 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 el Repositorio Digital Institucional y uso del archivo digital en la Biblioteca de la Universidad con fines académicos, para ampliar la disponibilidad del material y como apoyo a la educación, investigación y extensión; en concordancia con Ley de Educación Superior Artículo 144.

3. CONSTANCIAS

El autor 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 original y es el titular de los derechos patrimoniales, por lo que asume la responsabilidad sobre el contenido de la misma y saldrá en defensa de la Universidad en caso de reclamación por parte de terceros.

En la ciudad de Ibarra, a los 23 días del mes de mayo del 2017

AUTORA:



Mediavilla Haro Luisa Johana

AUTORA C.I.: 100466922-0

ACEPTACIÓN:

Facultado por resolución de Consejo Universitario



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR DEL TRABAJO

DE GRADO A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

Yo, Mediavilla Haro Luisa Johana, con cédula de ciudadanía Nro. 100466922-0 ; manifiesta 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 de la obra o trabajo de grado denominada. Prevalencia de riesgos obstétricos durante el embarazo en gestantes de la Comunidad de Tanguarín, 2017, que ha sido desarrollado para optar por el título de Licenciatura en Enfermería en la Universidad Técnica del Norte, quedando la Universidad facultada para ejercer plenamente los derechos cedidos anteriormente. En condición de autor me reservo los derechos morales de la obra antes citada. En concordancia suscribo este documento en el momento que hago entrega del trabajo final en formato impreso y digital a la biblioteca de la Universidad Técnica del Norte.

En la ciudad de Ibarra, a los 23 días del mes de mayo del 2017

Mediavilla Haro Luisa Johana

C.I.: 100466922-0

REGISTRO BIBLIOGRÁFICO

Guía: FCCS-UTN
Fecha: Ibarra, 23 mayo de 2017

MEDIAVILLA HARO LUISA JOHANA

“Prevalencia de riesgos obstétricos durante el embarazo en gestantes de la Comunidad de Tanguarín, 2017” cantón Ibarra, provincia de Imbabura” / Trabajo de Grado. Licenciada en Enfermería. Universidad Técnica del Norte. Ibarra, 23 mayo de 2017.

DIRECTOR: Dr. Jorge Luis Anaya González

El principal objetivo de la presente investigación fue, Determinar la prevalencia de riesgos obstétricos durante el embarazo en gestantes de la comunidad de Tanguarín, 2017. Entre los objetivos específicos se encuentran: Reconocer las características socio demográficas del grupo en estudio, Identificar los riesgos obstétricos de las gestantes, Clasificar a las gestantes según el tipo de riesgo, Diseñar un plan de prevención de riesgos en mujeres gestantes de la población de Tanguarín.

Fecha: Ibarra, mayo 23 de 2017.



Dr. Jorge Luis Anaya González
Director de Tesis



Mediavilla Haro Luisa Johana
Autora

DEDICATORIA

Este Trabajo de Grado está dedicado a Dios por su amor, sabiduría y fortaleza en todos los momentos de mi vida, por proporcionarme una familia hermosa. Dedico además a mis Padres Patricio y Miriam, a mis hermanos y sobrinos quienes con su apoyo e infinito amor han guiado con su ejemplo de vida valores y principios para alcanzar las metas y sueños, por compartir alegrías y tristezas; por lo que les consagro en el altar de mi corazón

Johana Mediavilla

AGRADECIMIENTO

El más sentido agradecimiento a la Universidad Técnica del Norte y a todos los maestros y amigos pilares esenciales para ser mejores profesionales.

Un agradecimiento especial al Dr. Jorge Luis Anaya Gonzáles Tutor, quien guio este Trabajo de Grado, brindándome sus conocimientos y experiencias por su apoyo, confianza al proporcionar los medios suficientes para llevar a cabo todas las actividades, por su amistad y cordialidad.

A la Comunidad de Tanguarín y sus líderes por su apertura al desarrollo de la investigación, a las madres gestantes quienes brindaron su colaboración paciencia y entrega, quienes fueron la base de información para elaborar este estudio

Johana Mediavilla

ÍNDICE GENERAL

CONSTANCIA DE APROBACIÓN DEL DIRECTOR DE TESIS -----	ii
AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN -----	iii
CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR DEL TRABAJO -----	iv
REGISTRO BIBLIOGRÁFICO -----	v
DEDICATORIA -----	vi
AGRADECIMIENTO -----	viii
ÍNDICE GENERAL -----	ix
ÍNDICE DE GRÁFICOS -----	xii
RESUMEN -----	xiii
PREVALENCIA DE RIESGOS OBSTÉTRICOS DURANTE EL EMBARAZO EN GESTANTES DE LA COMUNIDAD DE TANGUARÍN, 2017 -----	xiii
SUMMARY -----	xiv
TEMA: -----	xv
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 Objetivos -----	6
1.4.1 Objetivo General -----	6
1.4.2 Objetivos Específicos -----	6
1.5 Preguntas de Investigación: -----	7
CAPÍTULO II -----	9
2. Marco teórico -----	9
2.1 Marco Referencial -----	9
2.2 Marco Contextual -----	13
2.2.1 Historia de la Comunidad de Tanguarín -----	13
2.2.2 Servicios que ofrece el Centro de Salud San Antonio -----	14
2.3 Marco Conceptual -----	15
2.3.1 Riesgo obstétrico -----	15

2.3.2 Control Prenatal -----	17
2.3.3 Alto riesgo obstétrico-----	18
2.3.4 Clasificación de los embarazos de Riesgo:-----	19
2.4 Marco Legal y Ético.-----	25
2.4.1 Marco Legal -----	25
2.4.2 Marco Ético -----	30
CAPÍTULO III -----	34
3. Metodología de la investigación -----	34
3.1 Diseño de la investigación -----	34
3.2 Tipo de investigación -----	34
3.2.1 El tipo de investigación considerado es de tipo:-----	34
3.3 Localización del área de estudio -----	35
3.4 Población -----	35
3.4.1 Muestra-----	35
3.4.2 Prevalencia -----	36
3.4.3 Criterios de Inclusión-----	36
3.4.4 Criterios de exclusión -----	36
3.5 Operacionalización de variables -----	37
3.6 Método de recolección de información -----	39
3.7 Técnicas e Instrumentos: -----	40
3.7.1 Técnicas -----	40
3.7.2 Instrumentos y equipos. -----	40
3.8 Análisis de datos-----	40
CAPÍTULO IV -----	42
4. Resultado de la Investigación -----	42
4.1 Análisis e interpretación de resultados -----	42
4.1.1 Datos Socio demográficos -----	42
CAPÍTULO V -----	52
5. Conclusiones y Recomendaciones -----	52
5.1 Conclusiones -----	52
5.2 Recomendaciones -----	54
BIBLIOGRAFÍA -----	55

ANEXOS-----	61
ANEXO 1: Fotografías-----	61
ANEXO 2 EQUIPOS E INSUMOS-----	64
ANEXO 3: INSTRUMENTOS-----	66
APÉNDICE-----	67

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Características sociales y personal.....	42
Gráfico 2. Edad de las gestantes	44
Gráfico 3. Antecedentes familiares	45
Gráfico 4. Antecedentes personales	46
Gráfico 5. Antecedentes obstétricos.....	46
Gráfico 6. Sobrepeso y Obesidad.....	48
Gráfico 7. Triglicéridos, colesterol y glucosa	49
Gráfico 8. Resultados de hemoglobina	50
Gráfico 9. Descripción de la Tensión Arterial	51

RESUMEN

PREVALENCIA DE RIESGOS OBSTÉTRICOS DURANTE EL EMBARAZO EN GESTANTES DE LA COMUNIDAD DE TANGUARÍN, 2017

Mediavilla Haro Luisa Johana ¹

negriss.27130621@gmail.com

La prevalencia de riesgos obstétricos durante el embarazo en gestantes se debe a que las mujeres realizan actividades o prácticas perjudiciales que podrían llevar a una muerte materna o infantil para así crear un plan de capacitación sobre los riesgos obstétricos que puede padecer una mujer gestante y así prevenir sus complicaciones; el presente estudio se realizó con la finalidad de determinar la prevalencia de riesgos obstétricos durante el embarazo en gestantes de la comunidad de Tanguarín, 2017, para alcanzar los objetivos propuestos se realizó un estudio con enfoque cuantitativo no experimental y de corte transversal; la población estuvo constituida por 15 gestantes, como técnicas de investigación la encuesta y la observación complementándose con exámenes de laboratorio, como instrumentos la historia clínica materno perinatal del MSP para evidenciar los riesgos obstétricos durante el embarazo. Entre los principales resultados se puede evidenciar que la mayoría de las gestantes son de etnia mestiza, estudios secundarios, de estado civil de unión libre; no tienen antecedentes familiares de TBC, diabetes, hipertensión, preeclampsia, eclampsia y otras condiciones médicas graves. Tienen además antecedentes obstétricos; no tienen antecedentes de fracaso anticonceptivo, no planearon sus embarazos, han recibido consejería de lactancia materna, al revisar los resultados de los exámenes hematológicos un alto porcentaje son de tipo de sangre positivo, se han realizado exámenes de VIH sin ningún caso positivo y al realizarles el examen de glucosa, triglicéridos, colesterol y hemoglobina se encuentra en márgenes normales. Como propuesta del trabajo de investigación se elaboró un plan de prevención de riesgos en mujeres gestantes de la población de Tanguarín

Palabras clave: Adolescentes embarazo, gestantes, obstétrico, riesgo

SUMMARY

Mediavilla Haro Luisa Johana ¹

negriss.27130621@gmail.com

The prevalence of obstetric risks during pregnancy in pregnant women is due to the fact that women carry out harmful activities or practices that could lead to maternal or infant death, in order to create a training plan on the obstetric risks that a pregnant woman may have and thus prevent their complications; The present study was conducted with the purpose of determining the prevalence of obstetric risks during pregnancy in pregnant women in the community of Tanguarín, 2017, in order to achieve the proposed objectives, a non-experimental, cross-sectional quantitative study was conducted; The population was constituted by 15 pregnant women, such as research techniques, survey and observation, complemented with laboratory tests, as instruments the maternal perinatal medical history of the MSP to evidence obstetric risks during pregnancy. Among the main results can be evidenced that the majority of the pregnant women are mestizo ethnic, secondary studies, civil status of free union; Have no family history of TB, diabetes, hypertension, pre-eclampsia, eclampsia and other serious medical conditions. They also have obstetric antecedents; Have no history of contraceptive failure, did not plan their pregnancies, have received breastfeeding counseling, reviewed the results of haematological examinations a high percentage are of positive blood type, have performed HIV tests without any positive case and when performing them Examination of glucose, triglycerides, cholesterol, and hemoglobin is found in normal margins. As a research proposal, a risk prevention plan was developed for pregnant women in the population of Tanguarín

Key words: Adolescents, pregnancy, pregnant women, obstetric risk

TEMA:

Prevalencia de riesgos obstétricos durante el embarazo en gestantes de la Comunidad de Tanguarín, 2017

CAPÍTULO I

1. El problema de Investigación

1.1 Planteamiento del Problema

Es habitual que muchos embarazos no sean embarazos perfectos, en multitud de ocasiones se presentan ciertos riesgos, que pueden ser medios, altos o muy altos; donde el problema es que son bases complejas y más orientadas a metodologías de análisis de riesgos, por lo que resulta importante que exista la intervención médica durante este periodo de gestación.

A nivel mundial los riesgos obstétricos en el embarazo en un 68% se debe a causas comunes como: la anomalía pélvica identificada clínica y/o radiológicamente, la baja estatura materna, la cardiopatía 1: que no limita su actividad física, las condiciones socioeconómicas desfavorables, la patología psicosocial, el control insuficiente de la gestación: menos de 4 visitas prenatales o 1 visita después de la semana 20, la edad extrema: menores de 15 años o mayores de 35 y tener un embarazo no deseado, la esterilidad previa de 2 o más años, ser fumadora habitual, desconocer la fecha de la última menstruación, tener factor Rh negativo, tener un gran multiparidad: 5 o más fetos de por lo menos 28 semanas, presentar hemorragia del primer trimestre de embarazo, la incompatibilidad Rh, incrementar con peso menor de 5 Kg o superior a 15 Kg al final del embarazo, infección urinaria baja o bacteriuria asintomática y obesidad (IMC >30), período intergenésico inferior a 12 meses (1).

A nivel Latinoamericano los riesgos obstétricos en el embarazo de tipo alto son: la anemia grave. Hb < 9 g/dl o hematocrito < 25% cardiopatía 2: con limitación ligera de su actividad física, cirugía uterina previa, la diabetes gestacional, el embarazo gemelar o múltiple, el embarazo prolongado: más de 42 semanas de gestación, enfermedades endocrinológicas, hemorragia en el segundo y /o en el tercer trimestre, hidramnios u

oligoamnios; presentar historia obstétrica desfavorable: dos o más abortos, uno o más prematuros, partos distócicos, deficiencia mental o sensorial de probable origen obstétrico, infección materna: virus de la hepatitis B o C, toxoplasmosis, pielonefritis, rubeola, sífilis, HIV, estreptococo B, obesidad mórbida (IMC >40), preeclampsia leve (TAD \geq 90 mmHg y/o TAS \geq 140 mmHg) , sospecha de malformación fetal y presentación viciosa constatada tras la semana 38 de gestación (2)

En esta perspectiva los riesgos obstétricos en el embarazo de tipo muy alto son: la amenaza de parto prematuro (antes de la semana 37), cardiopatías 3 o 4: supone una importante limitación de su actividad física o ésta provoca su descompensación, diabetes mellitus previa a la gestación, consumo de tóxicos (alcohol, drogas), incompetencia cervical, isoimmunización: Coombs indirecto positivo en paciente Rh negativo, malformación uterina, muerte perinatal recurrente, placenta previa, preeclampsia grave (TAD \geq 110 mmHg y/o TAS \geq 160 mmHg), patología asociada grave, retraso del crecimiento intrauterino, rotura prematura de membranas y positividad al VIH. SIDA y complejos asociados. (3)

Bajo este análisis la mortalidad y morbilidad materna contribuyen dos situaciones con graves consecuencias sociales y psicológicas para el núcleo familiar, este es un problema de salud mundial que ha llamado la atención a instituciones de salud y gobiernos de todo el mundo ya que esta es considerada un indicador que refleja la atención que se le brinda a la embarazada, también va de la mano con determinantes sociales como los son los económicos, sociales y demográficos que reflejan la calidad de vida de las mujeres de cada uno de los países (4)

Sobre la base de estas consideraciones la Organización Mundial de Salud (OMS) concluye que cada día mueren más de 800 mujeres por causas prevenibles con relación al embarazo y el parto, un 99% corresponde a países en desarrollo: al igual que uno de los ocho objetivos del milenio planteados por la OMS enfatiza una atención especializada antes, durante y después del embarazo para lograr salvar la vida del binomio madre-hijo (5)

En Latinoamérica se encontró que cada día mueren aproximadamente 16 mujeres por causas relacionadas al embarazo y el parto y en su mayoría son causas que pueden ser evitadas lo cual refleja las condiciones de vida de las personas en cada país ya que esta mortalidad esta relaciona en su mayoría con la falta de acceso que tienen las personas al sistema sanitario y el aborto que es la principal causa de muerte en Latinoamérica (1)

En lo que respecta a la realidad del Ecuador se hace referencia a un 42% de disminución de mortalidad materna entre 1990 y 2014, de acuerdo al desarrollo de un modelo que contempla la estimación econométrica y el uso de registros administrativos los datos lanzados en relación a la mortalidad materna fueron 153,9 muertes por cada 100,00 nacimientos en el año 1990 y a 2014 se ha registrado la disminución de 68.4%. para estas fechas el país ya ha cumplido con el cuarto objetivo del milenio referido a la salud materno-infantil que es reducir en dos terceras partes , entre 1990 y 2015 la mortalidad de niños menores de 5 años y además en el país se sigue trabajando arduamente para seguir disminuyendo esta mortalidad materna entre esto una de las mejores estrategias que se han tomado en cuenta es la educación a su población en todos los medios informativos que tienen acceso los ecuatorianos en cuanto a la detección de factores de peligro. Son muchas las estrategias que se han aumentado en el país para combatir este problema de salud (6)

1.2 Formulación del problema

¿Cuáles es la prevalencia de riesgos obstétricos durante el embarazo en gestantes de la comunidad de Tanguarín, 2017?

1.3 Justificación

La salud perinatal tiene una relación muy cercana con diversos factores como los son sociales, culturales, genéticos, económicos y ambientales, pero quizá sea la salud integral de la madre desde la etapa prenatal y la utilización oportuna y adecuada de servicios médicos prenatales de alta calidad, los factores con más facilidad de modificar y de mayor incidencia en las tasas de mortalidad perinatal, por tal razón los programas orientados a su reducción apuntan hacia el mejoramiento de los programas de planificación familiar, nutrición y control prenatal.

El profesional de enfermería en su labor de contribuir con la salud de la población y dentro de su perfil laboral se encuentra el educar sobre los problemas de salud más incidentes como lo son las patologías del embarazo. Por lo tanto con esta investigación se busca evidenciar las actividades o practicas perjudiciales que tienen las mujeres gestantes de Tanguarín que podrían llevar a una muerte materna o infantil para así crear un plan de capacitación sobre los riesgos obstétricos que puede padecer una mujer gestante y así prevenir sus complicaciones, toda vez que al momento en que se trabaja en la prevención de problemas de salud no solo se está ayudando a un alcance de tiempo inmediato o mediato sino tardío o a futuro ya que se está formando pensamientos críticos, responsables y planificadores.

Como parte relevante de este análisis esta investigación tiene un enfoque cuantitativo no experimental, descriptivo y de corte transversal; tiene como beneficiarias directos a las madres gestantes de la Comunidad de Tanguarín 2017, ya que con su apoyo se logró determinar la prevalencia de riesgos obstétricos durante el embarazo; además esta investigación proporcionó información actualizada que sirvió de base en la formación de los futuros profesionales en esta área de estudio.

Otro factor a considerar es la apertura de las autoridades de la Parroquia de San Antonio, a los líderes de la Comunidad de Tanguarín por su aporte para llevar a cabo este proceso investigativo, la colaboración de las madres gestantes, la preparación académica de la autora, lo que hace factible llevar a la práctica y alcanzar los objetivos planteados.

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo General

Determinar la prevalencia de riesgos obstétricos durante el embarazo en gestantes de la comunidad de Tanguarín, 2017

1.4.2 Objetivos Específicos

- Describir las características socio demográficas del grupo en estudio en la Comunidad de Tanguarín.
- Identificar el número de casos de los riesgos obstétricos de las gestantes en la Comunidad de Tanguarín.
- Clasificar a las gestantes según el tipo de riesgo.
- Diseñar una guía de prevención de riesgos para mujeres gestantes de la población de Tanguarín.

1.5 Preguntas de Investigación:

- ¿Cuál son las características socio demográficas del grupo de estudio en la Comunidad de Tanguarín?
- ¿Qué riesgos obstétricos presentan las gestantes en la Comunidad de Tanguarín?
- ¿Cómo se clasificar a las gestantes según el tipo de riesgo?
- ¿Cómo diseñar una guía de prevención de riesgos en mujeres gestantes de la población de Tanguarín?

CAPÍTULO II

2. Marco teórico

2.1 Marco Referencial

- **Factores de riesgo para preeclampsia**

Según el estudio realizado por MSc. Magel Valdés Yong y MSc. Jónathan Hernández Núñez, en el año 2014, sobre factores de riesgo para preeclampsia, en el Hospital Militar Central "Dr. Luis Díaz Soto" Cuba, tuvo como objetivo identificar los factores de riesgo para preeclampsia, donde se analiza las múltiples complicaciones que incrementan la morbilidad y mortalidad materna y perinatal. empleando como métodos el estudio de casos y controles entre enero de 2012 y diciembre de 2013. Se conformó la muestra con 128 pacientes, divididos en dos grupos; 64 con preeclampsia en el grupo estudio y 64 sanas en el grupo control escogidas al azar. Se recogieron los datos mediante una encuesta y la revisión de la historia clínica para analizar la edad materna, estado nutricional, ganancia de peso, afecciones propias del embarazo, antecedentes obstétricos, paridad y antecedentes familiares.

Como instrumentos de apoyo se emplearon los estadígrafos, media, desviación estándar, porcentaje, prueba T de Student, prueba de independencia Chi cuadrado y Odds Ratio. Los resultados que se obtuvieron coinciden en que los factores que influyeron en la preeclampsia fueron la edad materna de 35 años o más (OR= 4,27), el sobrepeso materno al inicio de la gestación (OR= 2,61), la nuliparidad (OR= 3,35) y el antecedente familiar de madre con preeclampsia (OR= 7,35) o hermana (OR= 5,59); no así las afecciones propias de la gestación, la ganancia global de peso, ni los antecedentes obstétricos desfavorables. En conclusión la mayoría de los factores de riesgo para preeclampsia no son modificables, por lo que se requiere una esmerada

atención prenatal que garantice el diagnóstico precoz y el manejo oportuno de esta entidad (7) .

- **Efecto de la ganancia de peso gestacional en la madre**

Según el estudio realizado por MSc. Abraham Zonana - Nacach, en el año 2015, sobre efecto de la ganancia de peso gestacional en la madre, tuvo como objetivo evaluar el efecto de la ganancia de peso gestacional (GPG) en la madre. Considerando como material y métodos: Se incluyeron 1 000 mujeres en puerperio inmediato atendidas en el Hospital de Ginecología del Instituto Mexicano del Seguro Social, en Tijuana, Baja California, México. Se consideró una GPG óptima si en las mujeres con bajo peso, peso normal, sobrepeso u obesidad previo al embarazo, la GPG fue < 18 kg, < 16 kg, < 11.5 kg y < 9 kg, respectivamente. Estableciéndose como resultados: 38% de las mujeres tuvieron una GPG mayor a la recomendada, lo cual se asoció con oligo/polihidramnios (RM 2.1, IC 95% 1.04-4.2) y cesáreas (RM 1.8, IC 95% 1.1-3.0) en las mujeres con peso normal previo al embarazo; con preeclampsia (RM 2.2 IC 95% I.I-4.6) y macrosomía (RM 2.5, IC 95% I.I-5.6) en las mujeres con sobrepeso, y con macrosomía (RM 6.6 IC 95% I.8-23) en las mujeres con obesidad. El peso previo al embarazo, más que la ganancia de peso gestacional, se asoció con diabetes gestacional. Entre las principales conclusiones se estableció un aumento de riesgo de complicaciones obstétricas y del neonato fue asociado con una GPG mayor a la recomendada (8).

- **Perfil lipídico en la gestación**

Otro de los estudios relevantes en esta investigación es el desarrollado por Ywaskerwycz, Romina y otros en el 2010, sobre perfil lipídico por trimestre de gestación en una población de mujeres adultas, realizado en el Hospital Público Provincial Dr. Ramón Madariaga del Ministerio de Salud Pública, Posadas-Misiones, Argentina; cuyo objetivo es evaluar el perfil lipídico de mujeres adultas por trimestre de gestación y comparar el perfil lipídico de un grupo control de mujeres no embarazadas con gestantes del primer trimestre, se efectuó este estudio descriptivo,

prospectivo y de corte transversal para realizar un diagnóstico precoz, con el propósito de minimizar el riesgo, se estudiaron 248 embarazadas, 69 en primer trimestre, 78 segundo y 101 tercero. Además un grupo control de 43 no gestantes con distribución etérea, índice de masa corporal y criterios de exclusión similares al grupo de gestantes, como resultados: Se encontró que colesterol total, triglicéridos, col-VLDL, col-LDL, los índices colesterol total/col-HDL y triglicéridos/col-HDL, fueron aumentando significativamente en cada trimestre, mientras que el c-HDL no presentó diferencias. Los valores de percentilo 95 del tercer trimestre para CT de 321 mg/dl y TG 371 mg/dl, podrían ser utilizados como valores de corte en la población. Cuando se comparó mujeres no gestantes versus embarazadas del primer trimestre no se encontraron cambios significativos. En conclusión el seguimiento del perfil lipídico de las gestantes podría convertirse en una herramienta diagnóstica que permita monitorear aumentos que superen lo considerado como fisiológico, llevando a un adecuado control prenatal (9).

- **Anemia durante el embarazo**

Barba, Oropezarealiza un estudio sobre factores asociados a la anemia durante el embarazo en el 2014. Tiene por objetivo Establecer los factores asociados a la anemia durante el embarazo, empleando como metodología un estudio de casos y controles, para ello se revisaron expedientes clínicos y entrevistas a mujeres embarazadas identificándose 9 factores asociados con anemia como; deficiencia de hierro, suplementación de hierro inadecuada, disfunción familiar, falta de orientación nutricional, nivel socioeconómico bajo, pre gestacional bajo, alimentación deficiente, antecedentes de tres o más partos y control prenatal inadecuado . En conclusión la anemia en el embarazo se asoció a factores relacionados a la deficiencia de hierro con pobres condiciones de vida y hábitos nutricionales deficientes y alteración de la dinámica familiar (10).

En este contexto la anemia y la ferropenia constituyen dos de los problemas nutricionales más frecuentes en la población especialmente en grupos vulnerables de países en vías de desarrollo. Las embarazadas constituyen uno de estos grupos por

los altos requerimientos de hierro durante la gestación, que pueden representar hasta un tercio de los depósitos totales maternos (2,3). De las casi 2.000 millones de personas anémicas estimadas en el mundo por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (4), se estima que afecte a 77 millones de niños y mujeres en Latinoamérica y el Caribe (5).

- **Prevención de detección temprana de las alteraciones del embarazo**

Bustamante, J y otros en un estudio sobre prevención de detección temprana de las alteraciones del embarazo en el 2014. Tiene por objetivo realizar recomendaciones para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo en Colombia, empleando como materiales y métodos: el grupo desarrollador de la Guía (GDG) elaboró esta GPC durante 2011-2012 acorde con la Guía Metodológica para la elaboración de Guías de Atención Integral en el Sistema General de Seguridad Social en Salud colombiano, basándose en la evidencia científica disponible y sumando la participación activa de grupos de pacientes, sociedades científicas y grupos de interés, la misma que fue actualizada por medio de procedimientos sistemáticos, tanto para la búsqueda y valoración de la evidencia como para la generación de recomendaciones. Entre los resultados: se priorizaron 30 preguntas clínicas, las cuales generaron diversas recomendaciones relacionadas con la organización administrativa del control prenatal, el manejo de las molestias más frecuentes, las actividades para garantizar el bien estar materno-fetal e indicaciones para detectar precozmente aquellas patologías que pueden alterar el embarazo de curso normal, entre otras. En conclusión: se presenta una versión resumida de las recomendaciones y evidencia, que se espera sea adoptada por los profesionales de la salud encargados de la atención del embarazo en el país para disminuir la morbilidad y mortalidad asociada a la gestación (11).

2.2 Marco Contextual

Este estudio se realizó en la Comunidad de San Isidro de Tanguarín que es una Comunidad de la parroquia rural de San Antonio de Ibarra es una localidad perteneciente al cantón de Ibarra, provincia de Imbabura y situado a sólo 6 km de su capital, San Miguel de Ibarra, y a los pies del volcán Imbabura en Ecuador.



Imagen Nro. 1 Mapa de Tanguarin (12)

2.2.1 Historia de la Comunidad de Tanguarín

San Antonio de Ibarra, es una parroquia rural perteneciente al cantón Ibarra de la provincia de Imbabura, ubicada a 5,50 km de la capital provincial y a 121 km de la capital ecuatoriana. La cabecera parroquial consta con las coordenadas geográficas: 0° 20' 08" de latitud norte y 78°10' 09" de longitud oeste.

Etimológicamente la palabra Tanguarín significa “MURO ALTO REAL” en lengua Carangue. Este muro rodeaba el monasterio en el que vivían las vírgenes sacerdotisas de sangre real, escogidas por su sabiduría y belleza. A su alrededor estaba Tauriqui, pequeña parcialidad localizada en la actual Comunidad de Tanguarín.

La Confederación Caranqui se situó en lo que hoy es la provincia de Imbabura, era una sociedad humana compleja, con una bien estructurada organización económica y social, que se extendía desde el Chota hasta Guayllabamba. Su cultura se manifiesta en la presencia de las tolas, en sus habilidades en la cerámica y el uso de la piedra. Adoraban a la araña, al jaguar, a la luna y al agua, su Dios principal era Apo Catequil.

2.2.2 Servicios que ofrece el Centro de Salud San Antonio

Esta Unidad ofrece los siguientes servicios:

- Odontología
- Medicina
- Vacunas
- Farmacia
- Obstetricia
- Preparación
- Curaciones

Entre los profesionales que ofrecen los servicios médicos en el centro de salud motivo de estudio

- 6 Médicos Familiares
- 1 Médico General
- 4 Médicos Rurales
- 1 Obstetra
- 5 Enfermeras
- 2 Odontólogos
- 1 TAPS
- 1 Agendadora
- 1 Auxiliar De Farmacia

- 1 Auxiliar De Enfermería
- 1 Auxiliar De Servicios
- Psicólogo

2.3 Marco Conceptual

2.3.1 Riesgo obstétrico

El embarazo de alto riesgo se define como aquel en el que la madre, el feto o el recién nacido tienen o pueden tener un mayor riesgo de morbilidad o mortalidad antes, durante o después del parto. Hay muchos factores implicados, incluyendo la salud materna, antecedentes obstétricos y enfermedad fetal. Los trastornos obstétricos pueden imponer un riesgo adicional para la madre y el feto, como el desprendimiento de placenta, prematuro, preeclampsia, eclampsia y retardo en el crecimiento del producto, entre otros. (13)

La incidencia de embarazo de alto riesgo varía de acuerdo con los criterios que se utilicen para definirlo; sin embargo se debe considerar que los riesgos obstétricos difiere en cada paciente, de allí que los riesgos obstétricos se entienden como todos aquellos factores externos o intrínsecos a la mujer, que pueden propiciar alguna complicación durante la evolución del embarazo, el desarrollo del parto, el puerperio o que puedan alterar de alguna forma el desarrollo normal o la supervivencia del producto, donde la valoración del riesgo obstétrico permite planear las características y la intencionalidad que debe tener la vigilancia prenatal en cada caso, en particular para la identificación de los factores de riesgo, la educación para la salud y la detección oportuna de complicaciones.

En cualquier caso, existe dos circunstancias que principalmente constituyen las situaciones de riesgo; la primera de ellas está relacionada con pacientes con antecedentes de mal historial obstétrico o con situaciones patológicas bien establecidas; la segunda y la más importante por su frecuencia, es aquella correspondiente a pacientes que controlan su embarazo y en un momento dado,

desarrollan una complicación inesperada. Estas últimas frecuentemente requieren decisiones difíciles y no es extraño que la evolución fetal o materna sea desfavorable. De ahí la importancia de poder identificar tempranamente este colectivo con el fin de adelantar el diagnóstico, y así minimizar los efectos negativos sobre el proceso gestacional.

Entre los factores de riesgo obstétrico (14).

TABLA N° 1 Factores de Riesgo

FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS	ANTECEDENTES REPRODUCTIVOS
<ul style="list-style-type: none"> • Edad materna menor a 17 años • Edad materna mayor a 35 años • Relación peso / talla (IMC) <ul style="list-style-type: none"> - Obesidad > 29 - Delgadez < 20 • Tabaquismo > de 10 cigarrillos / día • Alcoholismo • Drogadicción • Nivel socioeconómico bajo • Riesgo laboral ocupacional 	<ul style="list-style-type: none"> • Esterilidad en tratamiento al menos durante 2 años • Aborto a repetición • Antecedente de parto pre término • Antecedentes de nacido con CIR • Antecedentes de muerte prenatal • Hijo con lesión residual neurológica • Antecedente de nacido con defecto congénito • Antecedente de cirugía uterina (excepto legrado instrumental) • Incompetencia cervical.
ANTECEDENTES MÉDICOS	EMBARAZO ACTUAL
<ul style="list-style-type: none"> • Hipertensión arterial 	

<ul style="list-style-type: none"> • Enfermedad cardíaca • Enfermedad renal • Diabetes • Endocrinopatías • Enfermedad respiratoria crónica • Enfermedad hematológica • Epilepsia y otras enfermedades neurológicas • Enfermedad psiquiátrica • Enfermedad hepática con insuficiencia • Enfermedad auto inmune con afectación sistémica • Trombo embolismo • Patología médico-quirúrgica grave 	<ul style="list-style-type: none"> • Hipertensión inducida por el embarazo • Anemia • Diabetes gestacional • Infección urinaria de repetición • Infección de transmisión perinatal • Isoinmunización Rh • Embarazo múltiple • Polihidramnios • Oligohidramnios • Hemorragia genital • Placenta previa asintomático (diagnóstico ecográfico a semana 32) • Crecimiento intrauterino retardado • Defecto fetal congénito • Estática fetal anormal a semana 36 • Amenaza de parto pretérmino • Embarazo pos término • Rotura prematura de membranas ovulares • Tumoración uterina • Patología médico-quirúrgica grave
---	---

Fuente: Guía de control prenatal MSP 2015 (15).

2.3.2 Control Prenatal

Conjunto de actividades y procedimientos que el equipo de salud ofrece a la embarazada con la finalidad de identificar factores de riesgo en la gestante y enfermedades que puedan afectar el curso normal del embarazo y la salud del recién nacido/a. Los componentes que abarca el control prenatal son: promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud materna y neonatal con enfoques de interculturalidad, género y generacional (16).

Según la OMS el cuidado del embarazo en forma temprana, periódica e integral, disminuye sustancialmente el riesgo de complicaciones y muerte tanto materna como perinatal; además propicia una adecuada atención del parto y por otro lado, asegura condiciones favorables de salud para las madres y sus hijos/as en los períodos inmediatamente posteriores al nacimiento y disminuye la incidencia de discapacidad de causa congénita 5 (17).

Un control prenatal óptimo en el embarazo de bajo riesgo según la OMS comprende un mínimo de cinco chequeos por personal profesional de salud calificado (médico u obstetrix) 5-6. No obstante, el solo cumplimiento de estos controles no garantiza la calidad de la atención, pues se requiere que, en cada visita se brinde un conjunto de actividades y procedimientos que el equipo de salud ofrece a la embarazada con la finalidad de identificar factores de riesgo y enfermedades que puedan afectar el curso normal del embarazo y la salud del recién nacido (18)

2.3.3 Alto riesgo obstétrico

Se define al embarazo de alto riesgo, como aquel en el que la madre, el feto o el recién nacido tiene o pueden tener un mayor riesgo de morbilidad o mortalidad antes, durante o después del parto. El embarazo de alto riesgo constituye el 10 al 20% del total de embarazos y es el responsable del 75% de la morbilidad y mortalidad del feto y del recién nacido (19)

Etimológicamente, la palabra riesgo se deriva de la palabra *riscare*, es decir, se atreven. El concepto de riesgo se asocia a varias posibilidades y la unión entre un factor de

riesgo y un daño no siempre es explicada. Específicamente, el concepto de riesgo en el embarazo parece identificar los grados de vulnerabilidad durante los períodos de embarazo, parto, posparto y la vida del niño en su primer año (20).

2.3.4 Clasificación de los embarazos de Riesgo:

Se dividen en 3 grupos

- Alto Riesgo Tipo I.- Aquellas embarazadas que se encuentran en buen estado de salud en el embarazo actual y no tienen antecedentes de complicaciones en embarazos anteriores ni de muerte perinatal, pero existen riesgos biopsicosociales que las predisponen a complicaciones posteriores tales como: analfabetismo, pobreza, tabaquismo y/o alcoholismo, un embarazo no deseado, talla menor de 1,50 m., peso menor de 45 Kg., edad menor de 15 años o mayor de 35 años para su primer embarazo, entre otros.
(21)
- Alto Riesgo TipoII.- Aquellas embarazadas que se encuentran en buen estado de salud en el embarazo actual, sin antecedentes de muerte perinatal, pero tienen antecedentes gineco-obstétricos tales como: recién nacido con bajo peso al nacer, sensibilización al factor Rh, preeclampsia o eclampsia, cesárea anterior, entre otras. (22)
- Alto Riego tipo III.- Aquellas embarazadas que se encuentran en buen estado de salud en el embarazo actual con antecedentes de muerte perinatal; o embarazadas que presentan complicaciones en el embarazo actual con o sin antecedentes de muerte perinatal; así como también embarazadas que presentan enfermedades de base, tales como diabetes, HTA crónica, nefropatía, cardiopatía, VIH, entre otros (23)

2.3.5 Diabetes gestacional

Se define como cualquier grado de intolerancia a la glucosa que es reconocido o identificado por primera vez en el embarazo, especialmente en el tercer trimestre de gestación. (24)

La DMG aumenta las complicaciones de la madre como del producto. En la madre, la enfermedad aumenta el riesgo a desarrollar preeclampsia y la frecuencia de cesáreas. En el caso del producto, la DMG se asocia con macrosomía (peso al nacer > 4000g), distocia de hombros/trauma obstétrico, mortalidad perinatal, hipoglucemia al nacer y obesidad infantil en etapas posteriores de la vida. La presencia de la DMG también puede traer consecuencias a largo plazo en la madre, siendo que el 50% de ellas tienen un mayor riesgo a desarrollar Diabetes Mellitus Tipo 2 (DM2) en los siguientes cinco años, y tienen una mayor probabilidad de desarrollar DMG en un siguiente embarazo (25)

2.3.6 Pre-Eclampsia

Diagnóstico a partir de las 20 semanas de gestación TA \geq 140/90 mm Hg con presencia de Proteinuria. Por excepción antes de las 20 semanas en Enfermedad Trofoblástica Gestacional o Síndrome Antifosfolípídico Severo. (26)

- **Preeclampsia leve** .- es la tensión arterial \geq 140/90 mm Hg, en dos ocasiones separadas por al menos cuatro horas, con proteinuria \geq a 300 mg/24 h sin criterios de gravedad. (27)
- **La preeclampsia grave** .- Se produce cuando la tensión arterial \geq 160/110 mm Hg, con proteinuria positiva y asociada a uno o varios de los siguientes eventos clínicos o de laboratorio (indicativos de daño endotelial en órgano blanco)
 - Proteinuria >5g/24 h,
 - Alteraciones hepáticas (aumento de transaminasas, epigastralgia persistente, náuseas/vómitos, dolor en cuadrante superior en el abdomen.

- Alteraciones hematológicas (Trombocitopenia $<100.000/mm^3$), Hemólisis, Coagulopatía intravascular diseminada).
- Alteraciones de función renal (Creatinina sérica $>0,9$ mg /dL,
- Oliguria de <50 mL/hora). Alteraciones neurológicas (hiperreflexia tendinosa, cefalea persistente, hiperexcitabilidad psicomotriz, alteración del sensorio - confusión).
- Alteraciones visuales (visión borrosa, escotomas centellantes, diplopía, fotofobia).
- Restricción del crecimiento intrauterino,
- Oligoamnios, desprendimiento de placenta, cianosis y edema Agudo de Pulmón. (28)

2.3.7 La eclampsia

Es un evento fisiopatológico que sigue a la preeclampsia, su presentación es rara pero severa, 1 de cada 2.000 pacientes en países desarrollados y 1 de cada 100 a 1.700 pacientes en países no desarrollados, y contribuye al 10% de las muertes maternas. En la mayoría de los casos un tratamiento adecuado disminuye la incidencia de eclampsia. Las convulsiones que se presentan en casi la totalidad de los casos son del tipo gran mal, la mitad de las convulsiones se presentan antes del trabajo de parto, una tercera parte durante el trabajo y el resto se presenta en el puerperio inmediato (29).

Es la presencia de convulsiones y/o coma en una mujer que sufre preeclampsia. El inicio de los síntomas puede ser anteparto, intraparto o postparto durante las primeras 4 semanas del puerperio. 22– 24 Síntomas premonitorios de eclampsia son la cefalea occipital o frontal, visión borrosa, fotofobia, dolor epigástrico o en cuadrante superior derecho abdominal y alteración del estado de conciencia (30).

Sobre la base de estas consideraciones la elevación de la presión arterial concuerda poco con la producción de convulsiones y por consiguiente con el desarrollo de la eclampsia. El tratamiento actual para esta complicación ha disminuido marcadamente

las muertes maternas y fetales. El 50 % de las preeclámpticas y el 75% de las eclámpticas presentan electroencefalograma anormal, caracterizado por enlentecimiento difuso de las ondas delta y teta. La hemorragia y el edema cerebral son la principal causa de muerte y responde en por el 50% de todas las muertes durante el cuadro.

Entre las causas de la Eclampsia se encuentran (31):

- Problemas vasculares
- Factores cerebrales y del sistema nervioso (neurológicos)
- Dieta
- Genes
- Edad mayos a 35 años
- Ser de raza negra
- Primer embarazo
- Antecedentes de diabetes e hipertensión arterial
- Embarazos múltiples
- Embarazo de adolescentes

Los síntomas de la eclampsia incluyen (3):

- Molestias
- Crisis epiléptica
- Agitación intensa
- Perdida del conocimiento

2.3.8 Hipertensión

Se basa en el daño de las células endoteliales, se desconoce la causa exacta de dicho

daño, pero según investigación indican que el trofoblasto con deficiencia de riego sanguíneo produce un agente que es tóxico para las células endoteliales, en donde los más afectados son el feto y la placenta (29)

- **Hipertensión gestacional.**- es la tensión arterial $\geq 140/90$ mm Hg en dos tomas separadas por seis horas, descubierta después de las 20 semanas de gestación. El diagnóstico es confirmado si la TA retorna a lo normal dentro de las 12 semanas posparto. (32)

2.3.9 Muerte materna

Es definida como la muerte de una mujer durante el embarazo o dentro del periodo de 42 días después de terminar el embarazo, independientemente de la duración o del estado del embarazo, de cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo o por su administración, pero no debido a accidente. La Mortalidad Materna Obstétrica, más específicamente, está relacionada a complicaciones obstétricas durante el embarazo, parto o al puerperio, debido a intervenciones, omisiones y tratamiento incorrecto, o a una cadena de eventos provenientes de cualquiera de esas causas (33)

2.3.10 Anemia gestacional

La anemia es el trastorno nutricional más frecuente en el mundo, y debido a que en el embarazo existe una gran demanda de hierro, se constituye en un importante riesgo de desarrollar anemia ferropénica. La anemia es la alteración hematológica más diagnosticada durante la gestación, por lo que todas las gestantes están en riesgo de padecer anemia en el embarazo, siendo más frecuente en países subdesarrollados. Es referida como un proceso dilucional secundario al aumento del volumen plasmático que ocurre durante el embarazo. Estudios clínicos revelaron que la anemia en el embarazo se asocia con complicaciones en la madre, en el feto y el recién nacido, relacionándose con mayor morbimortalidad fetal y perinatal, de ahí la importancia de

un adecuado control prenatal con la suplementación de hierro necesaria para proveer las crecientes demandas en esta de la mujer (34).

2.3.11 Obesidad y sobrepeso en el embarazo

La obesidad materna (OM) se define como la excesiva ganancia de peso gestacional (GPG), han sido reconocidas como factores de riesgo independientes para complicaciones maternas. Específicamente en el embarazo, la obesidad se asocia a diferentes morbilidades materno-perinatales, incluyendo malformaciones congénitas, aborto recurrente, diabetes (pre-gestacional y gestacional), hipertensión gestacional y preeclampsia, cesárea, parto instrumental, tromboembolismo, infecciones puerperales, mortalidad materna. (35).

2.3.12 Prevención de riesgos obstétricos

Son un conjunto de aspectos que deben ser analizados previamente antes o durante la gestación para evitar riesgos de mortalidad materna (36).

Entre las más recomendadas se pueden citar:

- Informar a las gestantes lo antes posible acerca de los cuidados y las medidas de prevención.
- En caso de un riesgo obstétrico confirmado, la gestante tiene derecho a conocer el nivel de riesgo de su embarazo.
- Es recomendable comunicar el riesgo obstétrico con sutileza y delicadeza.
- Es necesario tener en cuenta que una noticia como tal no es fácil de asimilar.
- Se debe informar a la paciente sobre: La importancia de elegir las mejores condiciones para el momento del parto.
- La posibilidad de una reorientación.
- El establecimiento de salud y el equipo de profesionales que supervisará el tratamiento.

2.4 Marco Legal y Ético.

2.4.1 Marco Legal

El Estado ecuatoriano posee un Marco Constitucional, basado en Políticas Públicas y normas que avalan la salud del pueblo a través del Sistema Nacional de Salud, que incluye programas, recursos, acciones y actores que garantizará promoción, prevención de la salud. En igual sentido la vigencia de acuerdos internacionales, Protocolos y Marcos jurídicos expuestos por la Organización Mundial de Salud.

Constitución de la República del Ecuador

La Constitución aprobada en el 2008 constituye el marco normativo que rige la organización y vida democrática del país, represente un nuevo pacto social para la garantía y ejercicio de los derechos y responsabilidades en función del logro del Buen Vivir, el Sumak Kawsay. (37).

Art. 32. “La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.” (38).

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 ...añade .. El Estado prestará especial protección a las personas en condición de doble vulnerabilidad (39).

Art. 43 Mujeres Embarazadas: El Estado garantizará a las mujeres embarazadas y periodo de lactancia, los derechos a:

1. *No ser discriminadas por su embarazo en los ámbitos educativo , social y laboral (Delinquir no es un ámbito educativo , social y laboral .Delincuente es quien desconoce los cánones . Morales, Legales y Humanos de los Ciudadanos).*
2. *Gratuidad de los Servicios de Salud Materna.*
3. *La protección prioritaria y cuidado de su Salud integral y de su vida durante el embarazo, parto y post parto.*
4. *Disponer de las facilidades necesarias para su recuperación después del embarazo y durante el período de lactancia.*
5. *La ausencia de planes para una eficaz aplicación de estas disposiciones Constitucionales que son declarativas, que se concretan con Leyes y Reglamentos en atención que, el Estado Ecuatoriano, además de ser Constitucional, es de derechos y justicia (38)*

Art. 69.- Para proteger los derechos de las personas integrantes de la familia: Se promoverá la maternidad y paternidad responsable, la madre y el padre estarán obligados al cuidado, crianza, educación, alimentación, desarrollo integral y protección de los derechos de sus hijas e hijos, en particular cuando se encuentren separados de ellos por cualquier motivo. Constitución de la República del Ecuador Asamblea Constituyente. (38)

Art. 361.” El Estado ejercerá la rectoría del sistema a través de la autoridad sanitaria nacional, será responsable de formular la política nacional de salud, y normará, regulará y controlará todas las actividades relacionadas con la salud, así como el funcionamiento de las entidades del sector. “ (40)

Art. 363.- “El Estado será responsable de:”

1. *Formular políticas públicas que garanticen la promoción, prevención, curación, rehabilitación y atención integral en*

- salud y fomentar prácticas saludables en los ámbitos familiar, laboral y comunitario.*
2. *Universalizar la atención en salud, mejorar permanentemente la calidad y ampliar la cobertura.*
 3. *Fortalecer los servicios estatales de salud, incorporar el talento humano y proporcionar la infraestructura física y el equipamiento a las instituciones públicas de salud.*
 4. *Garantizar las prácticas de salud ancestral y alternativa mediante el reconocimiento, respeto y promoción del uso de sus conocimientos, medicinas e instrumentos.*
 5. *Brindar cuidado especializado a los grupos de atención prioritaria establecidos en la Constitución.*
 6. *Asegurar acciones y servicios de salud sexual y de salud reproductiva, y garantizar la salud integral y la vida de las mujeres, en especial durante el embarazo, parto y postparto.*
 7. *Garantizar la disponibilidad y acceso a medicamentos de calidad, seguros y eficaces, regular su comercialización y promover la producción nacional y la utilización de medicamentos genéricos que respondan a las necesidades epidemiológicas de la población. En el acceso a medicamentos, los intereses de la salud pública prevalecerán sobre los económicos y comerciales.*
 9. *Promover el desarrollo integral del personal de salud (39)*

Plan Nacional del Buen Vivir.

El Plan Nacional del Buen Vivir, en concordancia con los mandatos constitucionales define objetivos, políticas y metas prioritarias. (41)

En el objetivo 2. “Mejorar las capacidades y potencialidades de la población, en que la salud y la nutrición constituyen aspectos claves para el logro de este objetivo a través de una visión integral de la salud, la atención adecuada y oportuna que permitan la disponibilidad de la misma energía vital.” (42)

En el objetivo 3. “Aumentar la esperanza y calidad de vida de la población; plantea políticas orientadas al cuidado y promoción de la salud; a garantizar el acceso a servicios integrales de salud; el fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica; el reconocimiento incorporación de las medicinas ancestrales y alternativas.” (43)

Ley Orgánica de Salud

Art.6. “Diseñar e implementar programas de atención integral y de calidad a las personas durante todas las etapas de la vida y de acuerdo con sus condiciones particulares.” (44)

Art. 69.” La atención y el control de enfermedades no transmisibles, crónico degenerativas, congénitas, hereditarias y de los problemas declarados prioritarios. Para la salud pública, se realizara mediante la acción coordinada de todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud y de la participación de la población en su conjunto.” (45)

Art. 44: El estado protege la maternidad a tal efecto debe garantizar servicios y programas de salud gratuitos y la demás alta calidad durante el embarazo parto y post natal. Adicionalmente, debe asegurar programas de atención

dirigidos específicamente a la protección del vínculo filial de las niñas y las adolescentes embarazadas o madres (44)

Derechos de la mujer embarazada

Art. 148.- La mujer embarazada tiene derecho, desde el momento de la concepción, a alimentos para la atención de sus necesidades de alimentación, salud, vestuario, vivienda, atención del parto, puerperio, y durante el periodo de lactancia por un tiempo de doce meses contados desde el nacimiento del hijo o hija; si la criatura muere en el vientre materno, o el niño o niña fallece luego del parto, la protección a la madre subsistirá hasta por un periodo no mayor a doce meses contados desde que se produjo la muerte fetal o del niño o niña (40).

2.4.2 Marco Ético

Tomando como base que el Estado garantiza la construcción de una ética laica que sustente la construcción del que hacer público, con un firme compromiso que pretende rescatar y fortalecer la dimensión humana de la salud pública, mediante acciones orientadas al Buen Vivir. Como parte importante en el Marco ético se consideró el Código de ética del Ministerio de Salud Pública e Instituciones Adscritas (46).

Art. 1 Objetivo

- Promover y regular el comportamiento de los/as servidores/as de la institución para que se genere una cultura organizacional de transparencia, basada en principios y valores éticos, que garantice un servicio de calidad a los/as usuarios/as (46).
- Implementar principios, valores, responsabilidades y compromisos éticos en relación a la conducta y proceder de los/as servidores/as públicos/as de la salud, para alcanzar las metas institucionales (46)

Art. 4 Compromisos (46)

El proceder ético compromete a los servidores/as del Ministerio de Salud Pública a:

- Cumplir rigurosamente los protocolos y normativas en los diferentes procedimientos técnicos y administrativos que sean pertinentes;
- Brindar un servicio de alta calidad técnica y humana, con entrega incondicional en la tarea encomendada;
- Garantizar atención con calidad y calidez en todo el portafolio de servicios del Ministerio de Salud Pública.

También se sustenta en los lineamientos emitidos por el Código Deontológico del CIE para la profesión de enfermería que es una guía para actuar sobre la base de los valores y necesidades sociales. Sólo tendrá significado como documento vivo si se aplica a las realidades de la enfermería y de la atención de salud en una sociedad cambiante.

Contempla cuatro elementos principales que ponen de relieve las normas de conducta ética (47).

Las enfermeras y la persona

La responsabilidad profesional primordial de la enfermera será para con las personas que necesiten de sus cuidados, promoverá un entorno en el que se respeten los derechos humanos, valores, costumbres y creencias espirituales de la persona, la familia y la comunidad; se cerciorará de que la persona reciba información suficiente para fundamentar el consentimiento que den a los cuidados y a los tratamientos relacionados, mantendrá confidencial toda información personal y utilizará la discreción al compartirla. La enfermera compartirá con la sociedad la responsabilidad de iniciar y mantener toda acción encaminada a satisfacer las necesidades de salud y sociales del público, en particular las de las poblaciones vulnerables (47).

La enfermera y la práctica

La enfermera será personalmente responsable y deberá rendir cuentas de la práctica de enfermería y del mantenimiento de su competencia mediante la formación continua, mantendrá un nivel de salud personal que no comprometa su capacidad para dispensar cuidados, juzgará la competencia de las personas al aceptar y delegar responsabilidad; también observará en todo momento normas de conducta personal que acrediten a la profesión y fomenten la confianza del público al dispensar los cuidados, la enfermera se cerciorará de que el empleo de la tecnología y los avances científicos son compatibles con la seguridad, la dignidad y los derechos de las personas (47)

La enfermera y la profesión

A la enfermera incumbirá la función principal al establecer y aplicar normas aceptables de práctica clínica, gestión, investigación y formación de enfermería, contribuirá activamente al desarrollo de un núcleo de conocimientos profesionales basados en la investigación; a través de la organización profesional, participará en la creación y

mantenimiento de condiciones de trabajo social y económicamente equitativas y seguras en la enfermería (47)

Las enfermeras y sus compañeros de trabajo

La enfermera mantendrá una relación de cooperación con las personas con las que trabaje en la enfermería y en otros sectores, adoptará las medidas adecuadas para preservar a las personas, familias y comunidades cuando un compañero u otra persona pongan en peligro su salud (47).

Declaración de Helsinsky

Por la relevancia en este estudio se ha considerado además los principios de la Declaración de Helsinsky que es un documento que auto-regula a la comunidad médica en lo relativo a la investigación y es la base de muchos documentos subsecuentes, que considera como principio básico el respeto por el individuo, su derecho a la autodeterminación y derecho a tomar decisiones una vez que se le ha informado claramente los pros y contras, riesgos y beneficios de su participación o no en un estudio de investigación médica. para que un sujeto participe de un estudio debe obtenerse un consentimiento informado, el cual es un documento donde el sujeto acepta participar una vez que se le han explicado todos los riesgos y beneficios de la investigación, en forma libre, sin presiones de ninguna índole y con el conocimiento que puede retirarse de la investigación cuando así lo decida. Otro precepto de la declaración es que el bienestar del sujeto debe estar siempre por encima de los intereses de la ciencia y de la sociedad. Se reconoce que cuando un potencial participante en una investigación es incompetente, física y/o mentalmente incapaz de consentir o es un menor, el consentimiento debe darlo un sustituto que vele por el mejor interés del individuo (48).

CAPÍTULO III

3. Metodología de la investigación

3.1 Diseño de la investigación

Esta es una investigación con enfoque cuantitativo no experimental, ya que permite cuantificar para describir o tratar de explicar fenómenos a partir de observaciones y es no experimental ya que tiene que limitarse a la observación de situaciones ya existentes, cuyo propósito se centra conocer los riesgos obstétricos en las gestantes de la Comunidad de Tanguarín.

3.2 Tipo de investigación

3.2.1 El tipo de investigación considerado es de tipo:

- Corte transversal: Se consideran transversales los estudios en los que se examinan la relación entre una enfermedad y una serie de variables en una población determinada y en un momento del tiempo.
- Descriptivo: puntualiza la situación real del hecho tal como se presenta en espacio y de tiempo, sin introducir reformas, también se aprovechó para recoger los datos sobre la base teórica y resumirla, para luego mostrar los resultados, a fin de extraer bases significativas que favorecen a la investigación del problema.
- Exploratorio: Se emplea para identificar una problemática.
- Correlacional: Son los que se encargan de identificar la relación entre dos o más conceptos o variables.

- Explicativo: Este tipo de estudio busca el porqué de los hechos, estableciendo relaciones de causa- efecto, de cuál es la prevalencia de riesgos obstétricos durante el embarazo en gestantes de la comunidad de Tanguarín, 2017?

3.3 Localización del área de estudio

Este estudio se realizó en la Comunidad de San Isidro de Tanguarín que es una Comunidad de la parroquia rural de San Antonio de Ibarra.

3.4 Población

Para el desarrollo de esta investigación se consideró a la población 12 mujeres gestantes residentes de la Comunidad de Tanguarín 2017.

3.4.1 Muestra

Por ser el número reducido se trabajó con todas las mujeres gestantes residentes en esta localidad, por lo que, no se realizó cálculos muestrales.

3.4.2 Prevalencia

Tomando en consideración que la prevalencia es la probabilidad de que un individuo sea un caso en un momento determinado y que ella no tiene dimensión y nunca toma valores menores de 0 ó mayores de 1, siendo frecuente expresarla en términos de porcentaje, se empleó la de tipo puntual; ya que la prevalencia puntual se utiliza en determinados estudios etiológicos para identificar factores de riesgo, especialmente cuando la incidencia no se puede estimar correctamente. Para el cálculo de prevalencia se utilizó la siguiente fórmula:

$$\text{Prevalencia Puntual} = \text{Ct} / \text{Nt} \times 100000 \text{ habitantes}$$

Ct = número de casos existentes (prevalentes) en un momento o edad determinado.

Nt = número total de individuos en un momento o edad determinado.

Ct= 9

Nt= 12

PP= 0,8 x 100000 habitantes

3.4.3 Criterios de Inclusión

Se incluyó en este estudio a las mujeres gestantes residentes en la Comunidad de San Isidro de Tanguarín 2017.

3.4.4 Criterios de exclusión

No formarán parte del estudio las mujeres gestantes que no pertenecen a la Comunidad de San Isidro de Tanguarín y las que no deseen participar y aquellas que no estén presentes el día de la aplicación de la encuesta.

3.5 Operacionalización de variables

Objetivo: Establecer las características socio demográficas del grupo en estudio en la Comunidad de Tanguarín.

Variables	Concepto	Dimensión	Indicador	Escala
Características sociodemográficas	Características sociales de la población en estudio, para cuantificar estas existen diferentes dimensiones como lo son la edad, el sexo, los ingresos, nivel de escolaridad, estado civil y tipos de residencia	Edad	Años Cumplidos	Menores de 18 años De 19 a 22 años De 23 a 26 años De 27 a 30 años
		Estado Civil	Las establecidas por el registro civil	Soltero Casado Unión Libre Otro
		Estudios	Aprobación	Sin estudios Primaria Secundaria Universitaria
		Etnia	Clases	Indígena Mestiza Negra Otras

Objetivo: Determinar la prevalencia de riesgos obstétricos de las gestantes en la Comunidad de Tanguarín

Variables	Concepto	Dimensión	Indicador	Escala
Prevalencia de riesgos obstétricos	Son los factores externos o intrínsecos a la mujer, que pueden propiciar alguna complicación durante la evolución del embarazo, el desarrollo del parto, del puerperio o que puedan alterar de alguna forma del desarrollo normal o la supervivencia del producto	Antecedentes familiares	Diabetes Hipertensión Preclampsia Eclampsia	Si No
		Antecedentes personales	Infertilidad Cardiopatía Nefropatía Violencia	Si No
		Antecedentes obstétricos	Abortos Vaginales Cesárea	Si No

Objetivo: Clasificar a las gestantes según el tipo de riesgo

Variables	Concepto	Dimensión	Indicador	Escala
Gestantes	La gestación como período de formación, crecimiento y desarrollo de tejidos y de formación de hormonas y membranas del feto, además de otros fenómenos metabólicos que se presentan, se considera etapa vulnerable al deterioro nutricional.	Peso Talla Índice de masa corporal	Kg Cm (IMC = peso [kg]/ estatura [m2]). Inmunizaciones	Normal Anormal
		Rubeola y antitetánica		
		Triglicéridos Glucosa Colesterol Hemoglobina	mg/dL mg/dL o mmol/l mg/dL g/dL	Normal Anormal
		Hierro y Folatos	Alimentos Vitaminas	Normal Anormal

3.6 Método de recolección de información

Para la recolección de la información, considerando los objetivos trazados y el tipo de estudio propuesto se usó como técnica de investigación la encuesta que ayudó a obtener información, cuyos datos se obtuvieron sin intervención del encuestador; como instrumento se empleó el cuestionario de base estructurada con preguntas diseñadas técnicamente en la Historia clínica perinatal emitida por el MSP.

3.7 Técnicas e Instrumentos:

3.7.1 Técnicas

3.7.2 Instrumentos y equipos.

El instrumento que se utilizó para la recopilación de información fue la la Historia clínica perinatal emitida por el MSP para la recopilación de los datos sociodemográficos. Además, se realizó exámenes hematológicos de glucosa, triglicéridos, colesterol, hemoglobina en accutrend y la evaluación del conocimiento se aplicó una encuesta conformada por aspectos generales:

- Antecedente
- Gestación Actual

Como métodos de procesamiento de la información los datos fueron extraídos de las historias clínicas para ser llenada en una base de datos elaborada en el procesador de datos SPSS 23.0. La información quedo distribuida en tablas y gráficos para facilitar su comprensión

3.8 Análisis de datos

Una vez realizada la recolección de los datos se procedió a la organización y tabulación de los resultados, para lo cual se introdujo todos los datos recopilados en el programa Excel para luego proceder a la diagramación estadística e insertar un gráfico, los mismos que representan a las variables y sus resultados; posteriormente se analizó los

resultados y de forma técnica se argumentó en base a otros estudios que los sustentan. Empleándose además porcentajes.

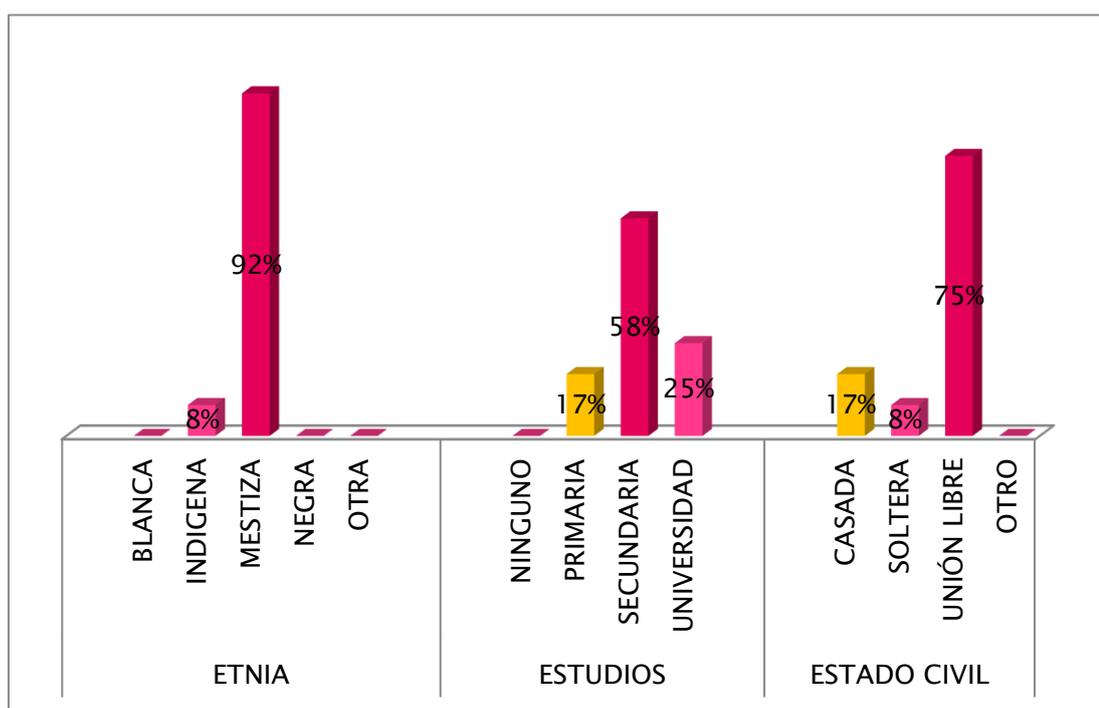
CAPÍTULO IV

4. Resultado de la Investigación

4.1 Análisis e interpretación de resultados

4.1.1 Datos Socio demográficos

Gráfico 1. Características sociales y personal



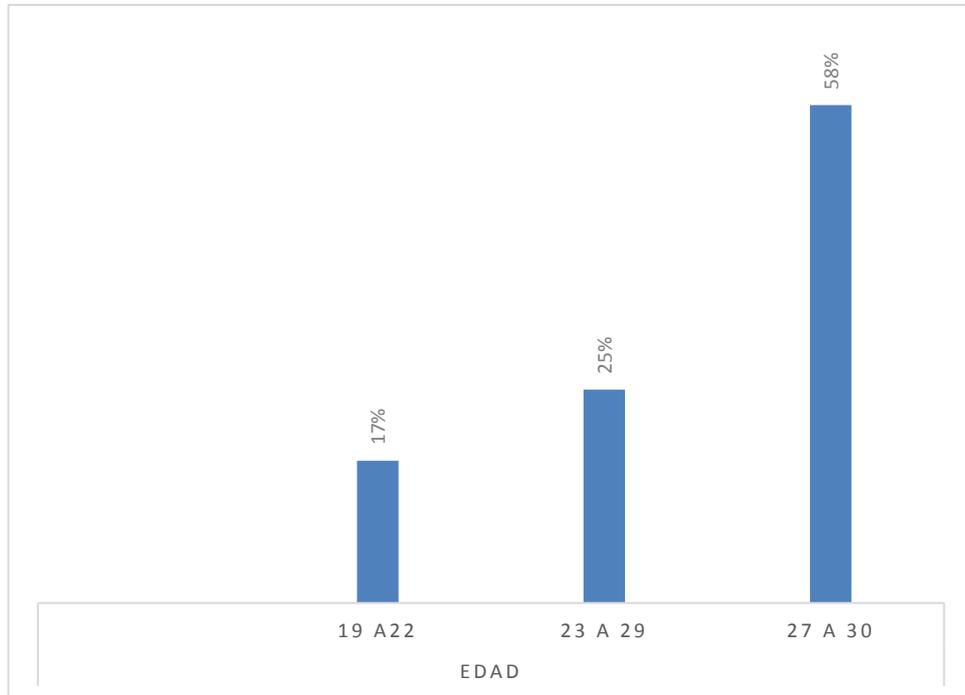
Los resultados reflejan que el 92% de las gestantes investigadas en la Comunidad de Tanguarín se reconoce de etnia mestizas y el 8% restante de indígena. Lo que se refleja en el informe del Censo INEC- 2010, en el que evidencian en tablas y graficas las etnias predominantes en la provincia de Imbabura y más específicamente en el cantón Ibarra. (49)

En lo que respecta al nivel de instrucción o nivel de estudios de las gestantes el 58% ha cursado con el nivel secundario, en tanto que el 25% tiene estudios universitarios y el 17% primaria o elemental. Lo que demuestra que tienen una formación básica que le permite conocer sobre los procesos, riesgos y métodos para culminar un embarazo de forma satisfactoria. Resultado con el que hay concordancia con el estudio realizado por la OMS dónde afirma que el nivel educativo de las gestantes en Latinoamérica se da en mujeres con un nivel educativo medio no profesional (50).

Los resultados reflejan que el estado civil predominante de las gestantes encuestadas en la Comunidad de Tanguarin en un 75% son de unión libre, un 17% son casadas y el 8% son solteras. Lo que demuestra que las embarazadas comparten un estado civil sin mayor compromiso personal hacia la pareja. Ratificándose en un estudio realizado por la FLACSO 2013, sobre embarazo y convivencia en parejas, en el que concluye que la mujer ecuatoriana ya no establece vínculos matrimoniales sino que prevalece uniones de hecho sin documentos de registro civil (51).

En base a lo expuesto se puede establecer que existe concordancia entre los estudios citados y las características sociodemográficas analizadas en la Comunidad de San Isidro de Tanguarin a las madres gestantes, Lo que permite inferir que las embarazadas en su mayoría conocen sobre el proceso del embarazo y sus riesgos, toda vez que han estudiado hasta el bachillerato, además que viven en unión libre, lo que refleja que no han establecido vínculos formales con sus parejas.

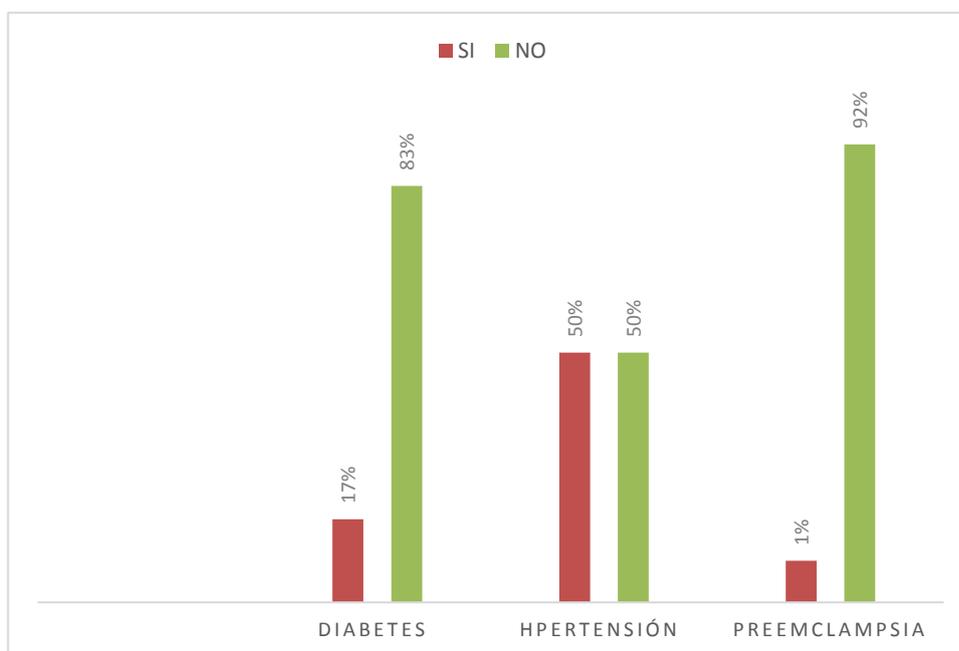
Gráfico 2. Edad de las gestantes



EL 58% de las gestantes investigadas en la Comunidad de Tanguarín son de 27 a 30 años, en tanto que el 25% son de 23 a 29 y 17% de 19 a 22 años. Resultado que evidencia que se encuentran en edad de procreación; lo que se ratifica en otros estudios realizados en 2013 por García Iván y otros, sobre riesgos para la mujer durante la gestación, provocado, entre otros factores, por una incidencia superior de enfermedades preexistentes, edad y causas de morbilidad, detallando que a edades más avanzadas el riesgo gestacional es mayor (52)

En base a lo expuesto se puede determinar que existe concordancia entre el estudio citado y los datos obtenidos en la investigación, ya que los dos coinciden en afirmar que la edad ideal para un embarazo es de 25 a 30 años. Por lo que se infiere que no existe riesgo obstétrico determinado por la edad, reduciéndose de esta manera un factor que es decisivo en el desarrollo gestacional.

Gráfico 3. Antecedentes familiares

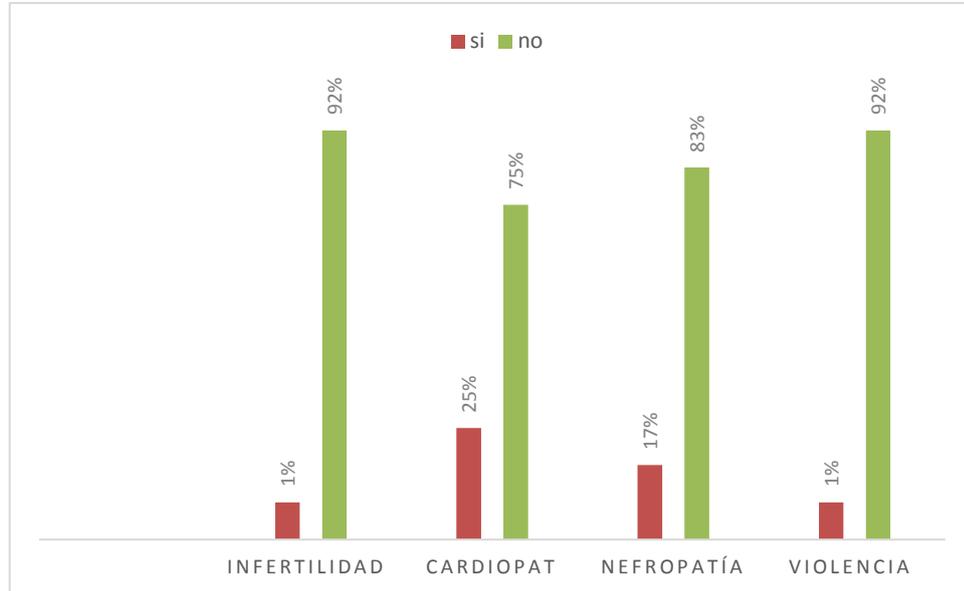


Discusión y Análisis

Los resultados de la investigación realizada a las madres gestantes de la Comunidad de Tanguarín demuestran que el 83% no presentan antecedentes familiares de diabéticos, el 50% no presentan hipertensión arterial, el 92% no tienen antecedentes familiares de pre eclampsia, que puedan afectar el desarrollo gestacional. Resultado que evidencia que las embarazadas no presentan riesgos por antecedentes familiares, lo que coadyuva a que se llegue a culminar sin problemas. En concordancia de los resultados, un estudio realizado por Dr. Casini, Sergio 2012, sobre la guía de control prenatal embarazo normal, donde ratifica que un adecuado desarrollo embrionario – fetal se da cuando no existen antecedentes familiares con patologías como diabetes e hipertensión arterial (53)

Tomando como base a lo expuesto se puede comprobar que existe concordancia entre el estudio citado y los datos obtenidos en la investigación, toda vez que no presentan antecedentes familiares que puedan poner en riesgo su embarazo.

Gráfico 4. Antecedentes personales

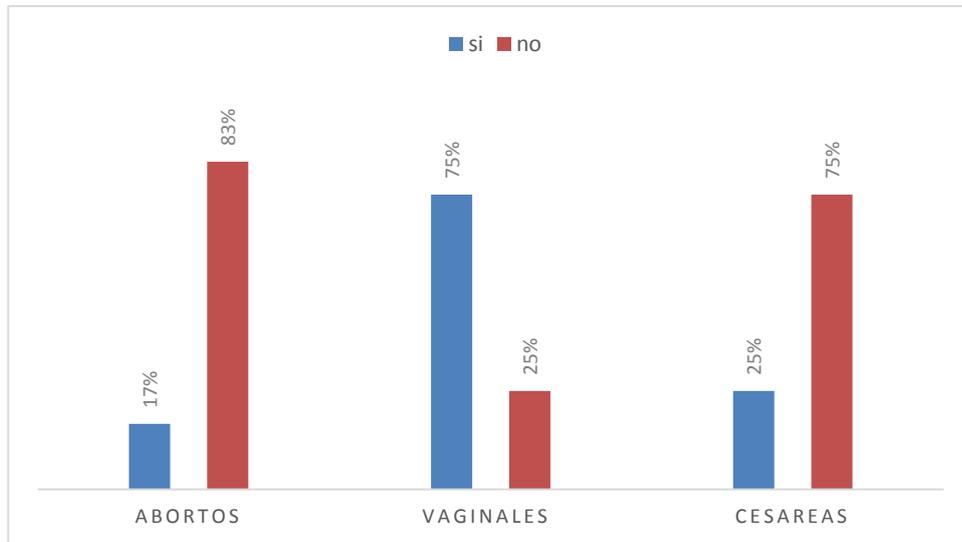


Discusión y Análisis

Los resultados reflejan que el 92% no padecen de infertilidad el 75% no tiene cardiopatías, el 83% no presenta nefropatías y el 92% no a sufrido violencia. Resultado que refleja que las futuras madres se encuentran en óptimas condiciones para llevar un embarazo a término, sin riesgos por antecedentes personales. Datos que concuerdan con el estudio realizado por la Universidad de CEUTA 2011 sobre la guía de cuidados en el embarazo donde ratifica que para un proceso gestacional adecuado la madre debe contar con las condiciones físicas, libre de violencia para un progreso en el desarrollo fetal (54)

Sobre la base de estas consideraciones se puede determinar que existe correlación entre el estudio citado y los datos obtenidos en la investigación, ya que los dos coinciden en afirmar que un buen embarazo es el que no tiene antecedentes personales de dichas enfermedades. Por lo que se infiere que no existe riesgo obstétrico determinado por antecedentes personales; reduciéndose de esta manera un factor que es decisivo en el desarrollo gestacional.

Gráfico 5. Antecedentes obstétricos

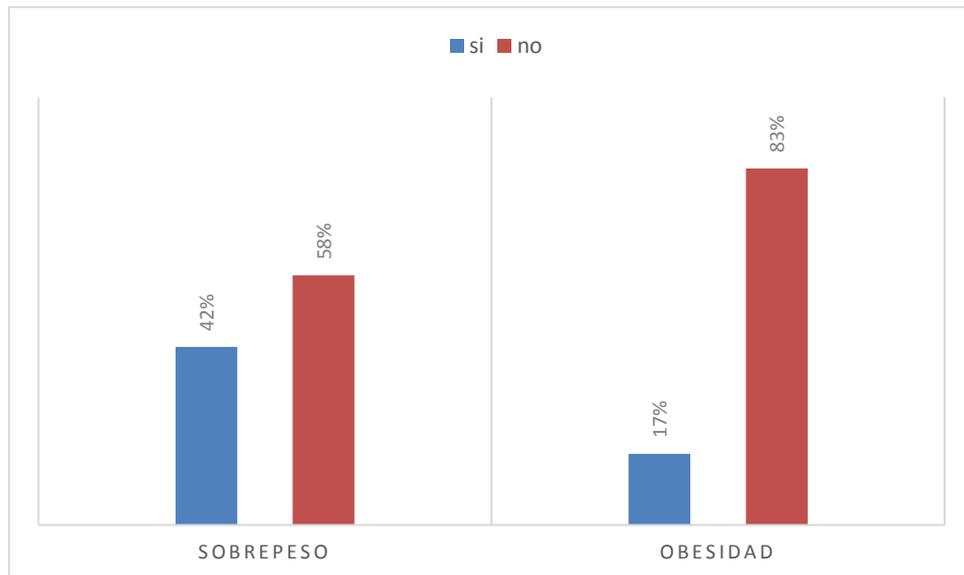


Discusión y Análisis

Los resultados de la investigación realizada a las madres gestantes de la Comunidad de Tanguarín reflejan que el 83% no tuvo abortos espontáneos, el 75% fueron partos vaginales, y un 25% no fueron por cesáreas. Resultado que demuestra que las investigadas en su mayoría no son madres primerizas cuya matriz se encuentra en condiciones aparentemente controladas de salud y bienestar, han tenido abortos, partos vaginales y también se han realizado cesáreas, demostrando que presentan riesgos obstétricos medios. En concordancia de los resultados, un estudio realizado en el 2014 por El Ministerio del Poder Popular para la Salud, sobre Protocolos de atención cuidados prenatales y atención obstétrica de emergencia, destaca que las embarazadas para llevar su proceso de gestación deben practicarse un examen clínico obstétrico riguroso complementándose con exámenes para contrarrestar los riesgos. (55)

En base a estas consideraciones se puede fijar que existe correlación entre el estudio citado y los datos obtenidos en la investigación, ya que la mayoría de madres gestantes no existe antecedentes obstétricos de riesgo que puedan traer complicaciones en el embarazo.

Gráfico 6. Sobrepeso y Obesidad



Discusión y Análisis

Las madres gestantes de la Comunidad de Tanguarín en un 42% no tienen sobrepeso y el 17% no presenta obesidad. Resultados que explican que las investigadas no mantienen un equilibrio corporal según su estado lo que da lugar a que existan más riesgos gestacionales. En concordancia con los resultados, un estudio realizado sobre condiciones esenciales para un embarazo saludable realizado por el Hospital Vicente Corral Moscoso 2012, indica que todas las gestantes deben conservar un peso ideal en relación con la talla, donde se les oriente sobre el cuidado corporal, nutrición para evitar riesgos como sobrepeso, hipertensión arterial y diabetes durante el embarazo, el parto y el periodo postnatal (56).

Sobre estas consideraciones se puede establecer que existe analogía entre el estudio citado y los datos obtenidos en la investigación, ya que el nivel de sobrepeso es alto entre las gestantes incluso algunas bordean un peso que puede llegar a la obesidad ; lo que representa un factor que genera riesgos obstétricos en las gestantes.

Gráfico 7. Triglicéridos, colesterol y glucosa

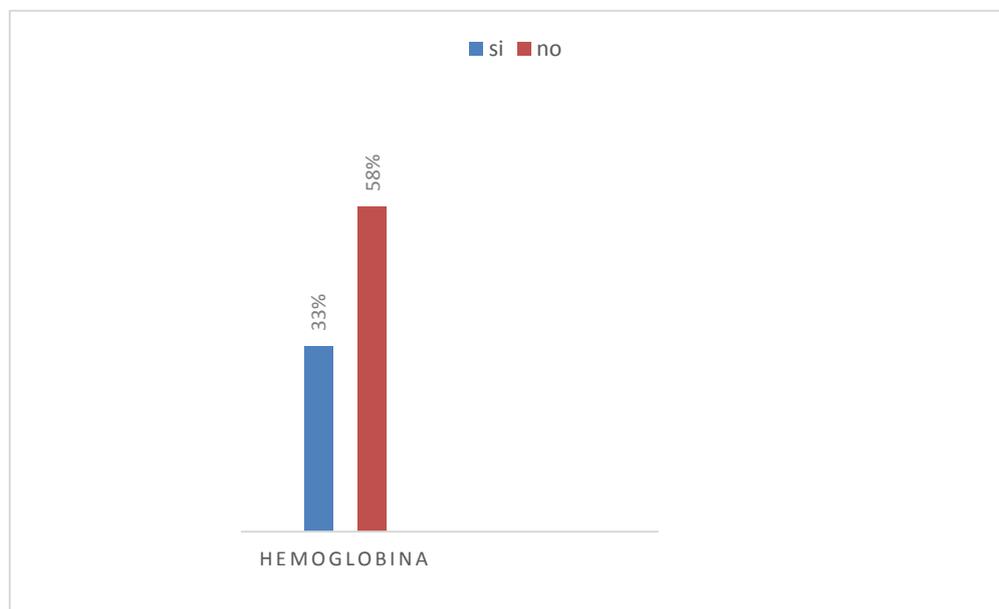


Discusión y Análisis

Al aplicar las pruebas de glucosa, triglicéridos y colesterol a las madres gestantes de la Comunidad de Tanguarín, se demuestra que 67% presentan triglicéridos altos, un 58% tienen un nivel de glucosa alto, mientras que un 97% tienen colesterol alto. Lo que representa factores de riesgo para las embarazadas. Resultados que reflejan que las embarazadas no manejan una dieta sana y equilibrada en azúcares y grasas saturadas. En concordancia con lo citado el estudio realizado por Gómez Ricardo en el 2014 que explica los valores normales de las pruebas de laboratorio, considera que la alimentación basada en la pirámide alimenticia ayudará a equilibrar los lípidos sanguíneos ya que estos tienen tendencia a subir en alguna fase del embarazo (57).

En base a lo expuesto se puede establecer que existe semejanza entre el estudio citado y los datos obtenidos en la investigación, ya que los niveles altos de triglicéridos, glucosa y colesterol al encontrarse en un nivel alto en las gestantes, lo que representa un factor que genera riesgos obstétricos en las embarazadas.

Gráfico 8. Resultados de hemoglobina

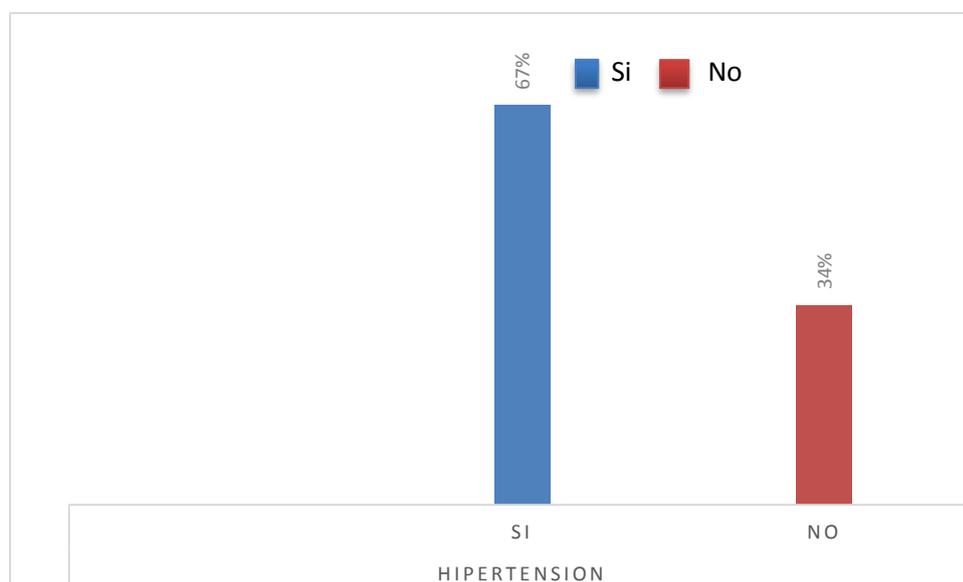


Discusión y Análisis

Al realizar el examen de hemoglobina a las madres gestantes de la Comunidad de Tanguarín, se demuestra que 58% presentan un nivel normal, mientras que el 33% no lo está. Lo que demuestra que la mayoría no presenta riesgo obstétrico pero una pequeña parte si lo que puede dar lugar a complicaciones por presentar este tipo de patologías. En concordancia con lo citado el estudio realizado por Montalvo Ronald en El Hospital Gilbert concluye que las gestantes atendidas en el periodo 2015-2016 tiene niveles anormales de hematocrito y por ende de hemoglobina, representando problema para llevar a término un embarazo saludable (58).

Sobre estas consideraciones se puede confirmar que existe similitud entre el estudio citado y los datos obtenidos en la investigación, ya que un grupo de gestantes presentan un nivel de hemoglobina bajo, lo que representa un riesgo de desarrollar anemia con graves consecuencias para las embarazadas.

Gráfico 9. Descripción de la Tensión Arterial



Discusión y Análisis

Al tomar la tensión arterial a las gestantes de la Comunidad de Tanguarín se evidencia que en un 67% presentaron presiones altas fuera de los valores normales, mientras que un 34% se encuentran dentro de los valores normales. Resultados que reflejan que las embarazadas presentan factores de riesgo por tensión arterial, debido a que no manejan una dieta saludable y equilibrada baja en sodio. En concordancia con lo citado el estudio realizado por Gómez Ricardo en el 2014 explica los valores normales de las pruebas de laboratorio, considera que la alimentación basada en dietas hipo sódicas ayudará a equilibrarlas y evitar riesgos de preclampsia y eclampsia (57).

Sobre estas consideraciones se puede establecer que existe afinidad entre el estudio citado y los datos obtenidos en la investigación, ya que la tensión arterial de las embarazadas presenta un nivel elevado lo que representa un factor que genera riesgos obstétricos en las gestantes pudiendo llevarlas a desarrollar preclampsia.

CAPÍTULO V

5. Conclusiones y Recomendaciones

5.1 Conclusiones

De los resultados obtenidos en la investigación a través de las encuestas aplicadas a las madres gestantes de la Comunidad de Tanguarín 2017 se concluye:

- La mayoría de gestantes están en una edad de 19- 30 años, tienen instrucción secundaria, son de etnia mestiza y esta civil unión libre, lo que refleja que son un grupo humano relativamente joven y saludable, lo que le ha permitido que puedan llevar el proceso gestacional de forma adecuada.
- En forma mayoritaria las gestantes investigadas sobre sus riesgos obstétricos en la Comunidad de Tanguarín presentan un porcentaje bajo de antecedentes familiares y personales, obteniendo como resultados que un 59% de las embarazadas presentaron riesgos en cuanto a sobrepeso, obesidad, hiperglicemia, hiperlipidemias, anemia e hipertensión. Lo que puede generar ciertas afectaciones para la madre gestante, lo cual indica que las mujeres investigadas no tienen un estilo de vida saludable y pueden desarrollar ciertas enfermedades a lo largo de su embarazo, poniendo así en riesgo su vida y la de su bebe. Obteniendo como prevalencia general en estos riesgos de 0,8 x 100000 habitantes
- En forma mayoritaria las gestantes investigadas en la Comunidad de Tanguarín presentan riesgos en un 42%, por lo tanto, las embarazadas están ubicadas en un riesgo obstétrico medio, ya que presentan varios riesgos a desarrollarse

durante las diferentes etapas de su embarazo. Por lo que se puede decir que para llegar a un buen término su gestación deben acudir con más frecuencia al centro de salud más cercano y mejorar ciertas actividades que aumentan su riesgo obstétrico.

- La difusión de la guía de prevención de riesgos obstétricos es un medio formativo e informativo que ayudará a mejorar la calidad de vida y contrarrestar riesgos que puedan afectar la salud de las madres gestantes.

5.2 Recomendaciones

A las madres gestantes de la Comunidad de Tamguarín

- Acudir a controles frecuentes para llevar un embarazo saludable y evitar riesgos a largo plazo.
- Asistir a los Talleres de consejería para recibir orientaciones adecuadas con el fin de aclarar dudas durante el periodo gestacional.
- Aplicar la guía de prevención de riesgos para mujeres gestantes de la población de Tanguarín, con la finalidad de disminuir problemas derivados del desconocimiento o socialización de este tipo de temáticas.

Al Centro de Salud San Antonio

- Programar charlas informativas sobre los riesgos obstétricos en madres gestantes con pautas de prevención para evitarlos y realizar visitas domiciliarias como apoyo al desarrollo adecuado del embarazo.

BIBLIOGRAFÍA

1. OMS Organización Mundial de la Salud. Clasificación del riesgo en el embarazo o riesgo obstétrico. Tercera ed. Suiza; 2012.
2. OPS. Riesgos obstetricos altos. Salud Total. 2015 Marzo;(19).
3. Montilla, W. Riesgos obstetricos muy altos. Revista Cubana de medicina. 2014 Octubre.
4. Cbanilla Hyo. Riesgos en el embarazo. Séptima ed. Barcelona: NARCEA; 2013.
5. CINETS - Universidad de Colombia. Prevención y detección temprana de las alteraciones del embarazo. Revista Colombiana de Obstetricia. 2012 Mayo.
6. MSP. Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Revista medica Hondureña. 2014 Marzo.
7. Valdes M. Factores de riesgo para preclampsia. Cubana de medicina militar. 2014 julio-septiembre; 3(3).
8. Zonana A. Efecto de la ganancia de peso gestacional en madres. Salud pública de México. 2015 Mayo - Junio; 52(3).
9. Ywaskewycz R. Perfil lipídico por trimestre de gestación en una población de mujeres adultas. Chilena de Ginecología y obstetricia. 2010 Abril; 75(4).
10. Barba O. Factores asociados a la anemia durante el embarazo en mujeres Mexicanas. Medicina familiar. 2015 Septiembre; 9(4).
- 11 Bustamante Jyo. Prevención y detección temprana de las alteraciones en el embarazo. Revista Colombiana de Ginecología y Obstetricia. 2014 Agosto; 64(3).
- 12 GAD Ibarra. Comunidad de San Isido de Tanguarín. Informativa. 2014 Mayo; . 23(5).
- 13 Cortez J. DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE EMBARAZO DE ALTO RIESGO . México: Universidad de Colima; 2012.
- 14 Montero Y. Factores de riesgo obstetrico. Salud. 2015 Enero.

- 15 MSP. Guía al de control prenatal. [Online].; 2015 [cited 2017 Mayo 18/05/17].
 . Available from:
http://publicacionesmedicina.uc.cl/AltoRiesgo/control_prenatal.html.
- 16 Ministerio de Salud Pública. Control Prenatal. [Online].; 2015 [cited 2017 marzo
 . 6. Available from: <http://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/GPC-CPN-final-mayo-2016-DNN.pdf>.
- 17 Ministerio de Salud Pública. Control Prenatal. [Online].; 2016 [cited marzo 2017
 . 5. Available from:
<http://instituciones.msp.gob.ec/images/Documentos/Guia%20Control%20Prenatal.pdf>.
- 18 Ministerio de Salud Pública. Control prenatal. [Online].; 2016 [cited 2017 marzo
 . 8. Available from:
<http://instituciones.msp.gob.ec/images/Documentos/Guia%20Control%20Prenatal.pdf>.
- 19 Palomino Saravia SL. Embarazo de edad avanzada. 2016. Tesis.
 .
- 20 Costa MdC, Bezerra Filho JGABMGVdOMI, Carvalho de Oliveira RMDVSAR.
 . Gestación de riesgo: percepción y sentimientos de las mujeres embarazadas con
 amniorrexe prematuro. Enfermería Global. 2010 Octubre; I(20).
- 21 Araujo G. Comorbilidades y resultado perinatal y obstétrico en mujeres
 . embarazadas mayores de 35 años en la unidad metropolitana de salud sur.
 [Online].; 2010 [cited 2017 marzo 29. Available from:
<http://repositorio.puce.edu.ec/xmlui/bitstream/handle/22000/10805/11.45.001030.pdf?sequence=4&isAllowed=y>.
- 22 Araujo G. Comorbilidades y resultado perinatal y obstétrico en mujeres
 . embarazadas mayores de 35 años en la unidad metropolitana de salud sur.
 [Online].; 2013 [cited 2017 marzo 29. Available from:
<http://repositorio.puce.edu.ec/xmlui/bitstream/handle/22000/10805/11.45.001030.pdf?sequence=4&isAllowed=y>.

- 23 Araujo G. Comorbilidades y resultado perinatal y obstétrico en mujeres embarazadas mayores de 35 años en la unidad metropolitana de salud sur. [Online].; 2013 [cited 2017 marzo 29. Available from: <http://repositorio.puce.edu.ec/xmlui/bitstream/handle/22000/10805/11.45.001030.pdf?sequence=4&isAllowed=y>.
- 24 Cartín AC. DIABETES MELLITUS. REVISTA MÉDICA DE COSTA RICA Y CENTROAMÉRICA. 2011 Diciembre; 119(113).
- 25 Chávez-Courtois M, Graham C. Experiencia y percepciones de la diabetes gestacional y su automanejo en un grupo de mujeres multíparas con sobrepeso. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2014 Junio; 16(6).
- 26 MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR. GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA. [Online].; 2012 [cited 2017 abril 2010. Available from: <file:///C:/Users/JESSICA/Downloads/GUIA-DE-PRACTICA-CLINICA-TRASTORNOS-HIPERTENSIVOS-DEL-EMBARAZO.pdf>.
- 27 MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR. GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA. [Online].; 2013 [cited 2017 abril 10. Available from: <file:///C:/Users/JESSICA/Downloads/GUIA-DE-PRACTICA-CLINICA-TRASTORNOS-HIPERTENSIVOS-DEL-EMBARAZO.pdf>.
- 28 VICENTE JSR. Muerte materna asociada a la tercera demora en la provincia de Manabí. 2016. Tesis.
- 29 Guytón J. Fisiología humana. 12th ed. Argentina: Antartida; 2010.
- 30 Fercina Ryo. Guías para la atención de las principales emergencias obstetricas. SMR C, editor.: Organización Panamericana de Salud; 2013.
- 31 Botero J. Obstetricia y ginecología. Décima ed. Madrid: Alfaomega; 2012.
- 32 Siranaula JFP, Montesdeoca. AFC. Prevalencia y factores de riesgo asociados a la Enfermedad Hipertensiva en Embarazadas. 2014. Tesis.
- 33 Souza MdLd, Laurent R, Knobe R. Mortalidad materna en Brasil debida a hemorragia. *scielo*. 2013 junio.

- 34 Espitia F. Anemia gestacional. *Medicas UIS*. 2013 Diciembre; 26(3).
- .
- 35 OPS. Obesidad factor de riesgo obstetrico. *Obstetricia*. 2015 Marzo; 56(21).
- .
- 36 MSP. Guía alde control prena. [Online].; 2015 [cited 2017 Mayo 18/05/17].
 . Available from:
http://publicacionesmedicina.uc.cl/AltoRiesgo/control_prenatal.html.
- 37 ecuador , editor. Manual del Modelo de Atención Integral de Salud - MAIS. 3rd
 . ed. Quito: Ecuador; 2013.
- 38 ecuador cdlr. <http://www.lacamaradequito.com/>. [Online].; 2012 [cited 2016 abril
 . 10. Available from:
http://www.lacamaradequito.com/uploads/tx_documents/prorrogadeplazoparapermisosdefuncionamiento.pdf.
- 39 ecuador cdlr. <http://www.efemerides.ec/>. [Online].; 2012 [cited 2016 abril 24.
 . Available from: <http://www.efemerides.ec/1/cons/index7.htm>.
- 40 ecuador cdlrd. <http://es.slideshare.net/>. [Online].; 2011 [cited 2016 abril 20.
 . Available from: <http://es.slideshare.net/PresidenciaEc/4-a-articulos-359-y-361>.
- 41 Plan Nacional dBV. Plan Nacional del buen Vivir. [Online].; 2013 [cited 2016
 . Ablir 24. Available from: <http://www.planificacion.gob.ec/>.
- 42 vivir Pndb. <http://www.buenvivir.gob.ec/>. [Online].; 2016 [cited 2016 abril 24.
 . Available from: <http://www.buenvivir.gob.ec/objetivo-2.-auspiciar-la-igualdad-la-cohesion-la-inclusion-y-la-equidad-social-y-territorial-en-la-diversidad>.
- 43 vivir pndb. <http://www.buenvivir.gob.ec/>. [Online].; 2016 [cited 2016 abril 24.
 . Available from: <http://www.buenvivir.gob.ec/objetivo-3.-mejorar-la-calidad-de-vida-de-la-poblacion>.
- 44 Nacional. C. Ley Organica de Salud. [Online].; 2012 [cited 2016 4 24. Available
 . from: http://www.desarrollosocial.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2015/04/SALUD-LEY_ORGANICA_DE_SALUD.pdf.

- 45 salud lod. <http://www.controlsanitario.gob.ec/>. [Online].; 2012 [cited 2016 abril . 24. Available from: <http://www.controlsanitario.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/04/LEY-ORGANICA-DE-SALUD1.pdf>.
- 46 MSP. Códigp de ética Quito; 2013.
- 47 Consejo Internacional de Enfermeras. Código Deontológico para la profesión de enfermería Ginebra - Suiza: Imprenta Fornara; 2006.
- 48 Manzini J. Declaración de Helsinsky. Bioética - Universidad de la Plata. 2010 . Agosto.
- 49 INEC. Censo de Población y vivienda 2010. Técnico. Quito: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, Población y demografía - Laboratorio de dinamica laboral y empresarial; 2010.
- 50 Cerillo Kyo. Embarazos adolescentes. Salud y Bienestar. 2011 Enero .
- 51 FLACSO. Embarazo y conveniencia en pareja Quito: Abyayala; 2011.
- 52 Garcia Iyo. Riesgo del embarazo en edad avanzada. Cubana de obstetricia y ginecología. 2010 Abril.
- 53 Dr. Casini Syo. Guía de control de un embarazo normal. Hospital Materno Infantil . Ramón Sarda. 2012 Junio.
- 54 Flores A. Guía de cuidados en el embarazo Madrid: Dirección territorial Ceuta; . 2014.
- 55 Ministerio del Poder Popular para la salud. Protocolo de atención y cuidados prenatales y atencin obsterica de emergencia. UNICEF ed. Caracas : Venezuela; 2014.
- 56 Sanchez M. Condiciones esenciales para un embarazo saludable. científico - . investigativo. Cuenca: Universidad de Cuenca, Facultad de Ciencias Médicas; 2016.

57 Gómez R. Cambios endogenos en el embarazo. MATERNOFETAL. 2014 Mayo.

.

58 Montalvo R. Anemia y embarazo. Salud al día. 2016 Enero .

.

ANEXOS

ANEXO 1: Fotografías







ANEXO 2 EQUIPOS E INSUMOS

EQUIPOS E INSUMOS EMPLEADOS PARA LOS EXÁMENES HEMATOLÓGICOS





APÉNDICE



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA



**PLAN DE PREVENCIÓN DE
RIESGOS EN MUJERES
GESTANTES**

AUTORA: Luisa Johana Mediavilla
Haro

TUTOR: Dr. Jorge Anaya

SUMMARY

Obstetric risks during pregnancy occur because pregnant women carry out harmful activities or practices that could cause maternal or infant death, it was therefore necessary to create a training plan about obstetric risks that pregnant women could possibly have. In this way, it could prevent their complications; this study was conducted with the purpose to determine the prevalence of obstetric risks during pregnancy in Tanguarín community in 2017. In order to achieve the proposed objectives, a non-experimental, cross-sectional and quantitative research was conducted, the population was constituted by 15 pregnant women and the research techniques were a survey and observation form, complemented with laboratory tests; as instrument, the maternal perinatal medical history of the MSP was used to evidence obstetric risks during pregnancy. Among the main results, most of the pregnant women were mestizo with secondary studies, their marital status was free union; they did not have family history of TB, diabetes, hypertension, pre-eclampsia, eclampsia and other serious medical conditions. They also have obstetric antecedents, they did not have contraceptive failure history, did not plan their pregnancies, they have received breastfeeding counseling. Reviewed the haematological examination results, a high percentage of them was a positive blood type, HIV tests were carried out without any positive case and when glucose, triglycerides, cholesterol, and hemoglobin examinations were made normal margins were found. As a research proposal, a risk prevention plan was carried out for pregnant women in Tanguarín

Keywords: Obstetric risk, pregnancy, pregnant women, adolescents

