



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

**TESIS PREVIO A LA OBTENCIÓN DE TÍTULO EN LICENCIATURA DE
ENFERMERÍA**

TEMA: Descripción de la salud reproductiva de gestantes de la comunidad Archidona durante el periodo 2016-2017.

AUTOR: EDISON GUSTAVO PUJOTA PUJOTA

DIRECTORA DE TESIS: MSC. MARITZA ÁLVAREZ

IBARRA-ECUADOR

2018

CONSTANCIA DE APROBACIÓN DE LA DIRECTORA DE TESIS

En calidad de directora de tesis de grado titulada “Descripción de la salud reproductiva de gestantes de la comunidad de Archidona durante el periodo 2016-2017”, de autoría de Edison Gustavo Pujota Pujota, para 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 02 días del mes de Julio del 2018



Msc. Maritza Álvarez
C.I 1002523114
DIRECTORA DE TESIS



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
BIBLIOTECA UNIVERSITARIA

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

1. IDENTIFICACIÓN DE LA OBRA

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

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

DATOS DE CONTACTO			
CÉDULA DE IDENTIDAD		1003294491	
APELLIDOS Y NOMBRES		Pujota Pujota Edison Gustavo	
DIRECCIÓN		Baltazar Pillajo y Juan Albarracín	
EMAIL		tavo04091991@hotmail.com	
TELÉFONO FIJO:	928-137	TELÉFONO MÓVIL:	0987780302
DATOS DE LA OBRA			
TÍTULO	Descripción de la salud reproductiva de gestantes de la comunidad de Archidona durante el periodo 2016-2017.		
AUTOR	Edison Gustavo Pujota Pujota		
FECHA	12-06-2018		
SOLO PARA TRABAJOS DE GRADO			
PROGRAMA	(X) PREGRADO () POSGRADO		
TÍTULO POR EL QUE OPTA	Licenciado en Enfermería		
DIRECTORA	Msc. Maritza Álvarez		

AUTORIZACIÓN DE USO A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD

Yo, Edison Gustavo Pujota Pujota con cédula de ciudadanía N° 1003294491 en calidad de autor 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 de la biblioteca de la Universidad con fines académicos, para ampliar la disponibilidad del material y como apoyo a la educación, investigación y extensión; en concordancia con la Ley de Educación Superior Artículo 144.

CONSTANCIA.

El autor manifiesta que la obra objeto de la presente autorización es original y se 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 los terceros.

AUTOR



Pujota Pujota Edison Gustavo
CI.: 1003294491



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**

ACEPTACIÓN:

Yo, Pujota Pujota Edison Gustavo, con cedula de ciudadanía N° 1003294491 manifiesto mi voluntad de ceder a la Universidad Técnica del Norte los derechos patrimoniales consagrados en la Ley de Propiedad Intelectual del Ecuador, artículos 4,5 y 6 en calidad del autor de la obra o trabajo de grado denominado Descripción de la salud reproductiva de gestantes de la comunidad de Archidona durante el periodo 2016-2017, 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 mi condición de autor me reservo los derechos morales de la obra antes citada. En consecuencia, 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 02 días del mes de julio del 2018

Autor

Pujota Pujota Edison Gustavo
C.I.: 1003294491

REGISTRO BIBLIOGRÁFICO

Guía: FCCS-UTN

Fecha: Ibarra, 12 junio de 2018

PUJOTA PUJOTA EDISON GUSTAVO

“Descripción de la salud reproductiva de gestantes de la comunidad de Archidona durante el periodo 2016-2017” cantón Ibarra, provincia de Imbabura / Trabajo de Grado. Licenciado en Enfermería. Universidad Técnica del Norte Ibarra, 12 junio de 2018

DIRECTOR:

- El principal objetivo de la presente investigación fue determinar la Descripción de la salud reproductiva de gestantes de la comunidad de Archidona durante el periodo 2016-2017, entre los objetivos específicos se encuentran: Identificar las características socio demográficas de las gestantes de la comunidad de Archidona,

Describir los riesgos antes y durante la gestación de las mujeres de la comunidad de Archidona, Elaborar un brochure sobre salud sexual y reproductiva.

Fecha: Ibarra, 12 Junio de 2018

DEDICATORIA

El logro de los hijos es el logro de los padres y este trabajo es el resultado de la importante labor que han realizado mis padres: Francisco y María, por lo que a ellos va dedicado con mucho amor y profunda admiración este y todos los objetivos que he alcanzado en mi vida.

Edison Gustavo Pujota Pujota

AGRADECIMIENTO

En la esencia básica del ser humano está la capacidad de registrar grandes y pequeñas cosas, entre ellas una de las más importantes es el reconocimiento al apoyo y constante aliento de aquellas incondicionales personas que de manera directa o indirecta contribuyen a la culminación de significativas metas en la vida de un individuo.

Por esta razón expreso mi más sincero agradecimiento a mi familia, amigos y a mis profesores; por el ánimo, guía, compromiso y cariño con el que siempre han estado presentes en mi vida.

Edison Gustavo Pujota Pujota

ÍNDICE DE CONTENIDO

CONSTANCIA DE APROBACIÓN DE LA DIRECTORA DE TESIS	i
AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE	ii
AUTORIZACIÓN DE USO A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD	iii
CONSTANCIA.....	iii
REGISTRO BIBLIOGRÁFICO	v
DEDICATORIA	vi
AGRADECIMIENTO	vii
ÍNDICE DE CONTENIDO.....	viii
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	x
ÍNDICE DE ILUSTRACIONES.....	x
RESUMEN	xi
SUMMARY.....	xii
TEMA:.....	1
CAPITULO 1	2
1. Problema de Investigación.	2
1.1 Planteamiento del Problema.	2
5.1 Formulación del problema.	5
5.1 Justificación.	6
1.4 Objetivos.	8
1.4.1 Objetivo General.	8
1.4.2 Objetivos Específicos.	8
CAPITULO II	10
5. Marco Teórico.	10
2.1 Marco Referencial.	10
2.2 Marco Contextual.	13
2.2.1. Ubicación Demográfica.	13
2.2.2 Historia del Cantón Archidona.	14
2.3 Marco Conceptual.	16
2.3.1 Salud reproductiva.....	16
Definición.....	16
Educación para la Salud Reproductiva.	17
La salud reproductiva en la población indígena.....	17

Embarazo.	18
Factores de riesgo en el embarazo.	21
Prevención de la Mortalidad Materna.	29
Control Prenatal de la mujer embarazada.	30
Enfermedades en el Embarazo.	31
Enfermedades de transmisión sexual en el embarazo.	32
2.4. Marco Legal.	34
2.4.1. Constitución de la República del Ecuador 2008.	34
2.4.2. Marco Ético.	34
CAPÍTULO III	37
3. Metodología de la investigación	37
3.1 Diseño de la investigación	37
3.2 Tipos de investigación	37
3.3 Localización del área de estudio	37
3.4 Población	37
3.5 Operacionalización de variables.	39
3.6 Métodos y técnicas para la recolección de información	43
3.7 Análisis e Interpretación de datos.	43
CAPITULO IV	44
4. Resultado de la Investigación.	44
4.1. Análisis y discusión de los resultados.	44
CAPITULO V	48
5. Conclusiones y Recomendaciones.	48
5.1 Conclusiones.	48
5.2 Recomendaciones.	49
BIBLIOGRAFÍA.....	50
ANEXOS	58

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Características Sociodemográficas	44
Gráfico 2: Edad en el Primer Embarazo	45
Gráfico 3: Antecedentes Reproductivos de la mujer	46
Gráfico 4: Factores de riesgo en el embarazo	47

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1: Comunidad de Archidona	13
Ilustración 2: Protocolo de Atención en el Embarazo	20
Ilustración 3: Enfoques del control prenatal componente normativo materno neonatal	31

RESUMEN

Descripción de la salud reproductiva de gestantes de la comunidad de Archidona durante el periodo 2016-2017.

Autor: Edison Gustavo Pujota Pujota

La salud reproductiva está íntimamente ligada a toda una creencia sociocultural de las mujeres, esto es de gran importancia para conocer los posibles riesgos que pueden desencadenarse a raíz de una falta de conocimiento en este tema. Con el objetivo de evaluar la salud reproductiva de gestantes de la comunidad de Archidona durante el periodo 2016-2017, se realizó un estudio descriptivo con un diseño no experimental, de corte transversal con enfoque cuantitativo. El universo de estudio quedo constituido de 36 mujeres después de aplicar los respectivos criterios de inclusión y exclusión, empleando la observación y la encuesta como método de recolección de datos, los que fueron posteriormente analizados y sistematizados a través del programa Microsoft Excel 2013 y el software estadístico IBM SPSS Statistics versión 23. Los resultados muestran un predominio del 72,22% de mujeres gestantes que se encuentran en una edad de 13 a 18 años de la misma manera el 52.7% se auto identifica como indígena. En cuanto a la edad en el primer embarazo encontramos un predominio del 72,22% en el rango de 13 a 18 años de edad. Así mismo encontramos que en cuanto a enfermedades desarrolladas durante el embarazo existe de forma mayoritaria con un 28% la amenaza de parto prematuro. En conclusión en lo que respecta a las madres se evidencio que la mayor parte de las mujeres que han tenido su embarazo en edad adolescente han desarrollado algún tipo de trastorno o enfermedad en el periodo de gestación, ya que desarrollar un embarazo a esta edad es un sinónimo de factor de riesgo para la salud de la madre y el niño.

Palabras clave: Salud Reproductiva, Embarazo, Adolescente, Factor de Riesgo.

SUMMARY

Description of the reproductive health of pregnant women of the Archidona community during the 2016-2017 period.

Author: Edison Gustavo Pujota Pujota

Reproductive health is intimately linked to a whole sociocultural belief of women, this is of great importance to know the possible risks that can be triggered by a lack of knowledge in this area. With the objective of evaluating the reproductive health of pregnant women of the Archidona community during the 2016-2017 period, a descriptive study was carried out with a non-experimental, cross-sectional design with a quantitative approach. The universe of study was made up of 36 women after applying the respective inclusion and exclusion criteria, using observation and survey as a method of data collection, which were later analyzed and systematized through the Microsoft Excel 2013 program and the software. Statistical IBM SPSS Statistics version 23. The results show a predominance of 50% of pregnant women who are in an age of 13 to 18 years in the same way 72,22% self-identified as indigenous. Regarding the age in the first pregnancy we found a predominance of 72,22% in the range of 13 to 18 years of age. We also find that in terms of diseases developed during pregnancy there is a majority with 28% the threat of premature birth. In conclusion with regard to mothers it was evident that most of the women who have had their teenage pregnancy have developed some type of disorder or disease in the gestation period, since developing a pregnancy at this age is a synonym of risk factor for the health of mother and child.

Key words: Reproductive Health, Pregnancy, Adolescent, Risk Factor.

TEMA:

Descripción de la salud reproductiva de gestantes de la comunidad de Archidona durante el periodo 2016-2017.

CAPITULO 1

1. Problema de Investigación.

1.1 Planteamiento del Problema.

La salud reproductiva, dentro del marco de la salud tal y como la define la OMS (Organización Mundial de la Salud) “*un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solo la ausencia de afecciones y enfermedades*”, aborda los mecanismos de la procreación el funcionamiento del aparato reproductor en todas las etapas de la vida esto, Implica la posibilidad de tener una sexualidad responsable, satisfactoria y segura, así como la libertad de tener hijos si y cuando se desee (1).

Esta concepción de la salud reproductiva supone que las mujeres y los hombres pueden elegir métodos de control de la fertilidad, seguros, eficaces, asequibles y aceptables, que las parejas puedan tener acceso a servicios de salud apropiados que permitan a las mujeres tener un seguimiento durante su embarazo y que ofrezcan a las parejas la oportunidad de tener un hijo sano (1).

Dada la estrecha vinculación entre los diferentes aspectos relacionados con la salud reproductiva y sexual, es probable que las intervenciones efectuadas en una esfera tengan repercusiones positivas en las demás. Es primordial que los países refuercen los servicios existentes y los aprovechen como vía de acceso para el desarrollo de nuevas intervenciones, procurando asegurar la mayor sinergia posible (2).

La prevención de los embarazos no planeados y la reducción del número de casos de maternidad de adolescentes mediante el acceso universal a servicios de salud sexual y reproductiva son cruciales para la salud y el bienestar de las mujeres, los niños y los adolescentes. En 2017, el 78% de las mujeres en edad reproductiva (de 15 a 49 años de edad) que estaban casadas o vivían en pareja en todo el mundo satisfacían la necesidad de planificación familiar mediante métodos modernos, en comparación con el 75% en

2000. El progreso ha sido importante en los países menos adelantados, con un aumento de 18 puntos desde 2000 hasta 2017 (2).

A nivel mundial, la tasa de fecundidad de las adolescentes, en una edad comprendida entre 15 y 19 años, se redujo un 21% entre 2000 y 2015; en América del Norte y Asia Meridional disminuyó en más del 50%. Sin embargo, los embarazos prematuros siguen siendo elevados en dos terceras partes de los países, con más de 20 nacimientos por cada 1000 adolescentes en 2015. (3)

La Organización Panamericana de Salud (OPS) nos habla de la salud reproductiva y la maternidad saludable se han reconocido a nivel mundial y regional, como una prioridad en el desarrollo humano y del derecho al disfrute del mas alto nivel posible de salud y otros derechos humanos relacionados. Por lo que a nivel de América se vuelve una prioridad debido a la alta tasa de morbilidad y mortalidad yno solo en mujeres en periodo de gestacion si no tambien en adolescentes que no han sido educados en una adecuada salud reproductiva. La relacion entre mortalidad materna y el derecho a la salud han hecho resaltar la pertinencia de considerar este derecho en las estrategias para la reduccion de las muertes maternas. El 95% de la mortalidad materna es prevenible con una adecuada y provechosa salud reproductiva, entre 1990 y 2010 la mortalidad materna se redujo un 44% en America Latina Y el Caribe, lo que implica que la region a avanzado en el tema de salud reproductiva pero aun no se llega al proposito que se plantean los ministerios de salud de cada pais lo que cada año implica riesgo potencial para las madres en etapa de embarazo (4).

Fundamentalmente en países subdesarrollados se ha comprobado que salud reproductiva no es una prioridad por lo que trae varias y diversas consecuencias sobre todo dirigidas a las mujeres en periodo de gestacion ya que esto incrementa de manera significativa el riesgo de una muerte materna o una muerte fetal ya sea el caso, esto es prevenible mediante una adecuada educacion en salud reproductiva (4).

En el Ecuador se describe la salud reproductiva en mujeres gestantes como un determinante para evitar las complicaciones de la madre y el niño al momento de la concepcion del mismo, por lo que cada año en nuestra region esto implica un problema para la salud. El Ecuador garantiza la salud como un derecho garantizado por el Estado, esto esta intimamente vinculado a multiples factores sociales, economicos, politicos y

culturales que determinan la calidad de la salud reproductiva y las posibilidades de evitar complicaciones de las mujeres en periodo de gestacion (5).

En el cantón Archidona, Parroquia Archidona, no se han realizado investigaciones que permitan conocer la realidad de la problemática en salud reproductiva y sexual, así como los efectos que esto genera en la población. Por esto surge la necesidad de profundizar en el estudio de salud reproductiva, sus características y su relación en las mujeres gestantes.

5.1 Formulación del problema.

¿Cuáles son las principales características de la salud reproductiva de gestantes de la comunidad de Archidona durante el periodo 2016- 2017?

5.1 Justificación.

El desconocimiento de una adecuada salud reproductiva así como la falta de conocimientos para evitar infecciones ya sea de tracto urinario o enfermedades de transmisión sexual así como las complicaciones que se pueden presentar en el embarazo debido a esto nos justifica de manera clara la aplicación de la presente investigación.

La falta de datos acerca de la calidad y el acceso a la salud reproductiva que poseen las mujeres de la comunidad de Archidona dificulta al personal de salud conocer los datos reales de esta comunidad en este ámbito tan importante de la salud, el cual es muy específico para así poder evitar complicaciones posteriores en mujeres en periodo de gestación así como también en el recién nacido. Se hace necesario comprender íntegramente los diferentes factores que pueden impactar la salud de estas mujeres.

Esta investigación se realiza de acuerdo a las necesidades de la comunidad de Archidona ya que por presentar embarazos a muy temprana edad, estas mujeres desconocen claramente lo que implica una buena salud reproductiva y las repercusiones que esto conlleva. Una buena salud reproductiva podría evitar varias y diversas enfermedades que se desarrollan en la comunidad y lo que significa un problema de salud distrital.

La presente investigación tiene como objetivo evaluar la salud reproductiva de mujeres gestantes, ya que esto implica un pilar fundamental en la salud tanto de la madre como de su hijo por lo que una buena salud reproductiva puede mejorar la calidad de vida y evitar enfermedades que afectan profundamente la salud de la mujer y el niño.

Los beneficiarios directos serán las mujeres gestantes porque a ellas va dirigida la presente investigación con el propósito de informar los beneficios de una correcta salud reproductiva, el personal de enfermería ya que mediante este estudio se podrá analizar las necesidades que pueden existir en las futuras madres y planificar acciones o estrategias que desde el que hacer de enfermería se puedan desarrollar para mejorar la atención a las mujeres gestantes

Con los datos obtenidos de esta investigación el servicio de salud, podrá planificar acciones, que involucren a la mujer gestante, la familia y comunidad para que en forma participativa construyan alternativas para mantener y mejorar la salud reproductiva.

El propósito de esta investigación es que nos permitirá conocer la realidad de la salud reproductiva en mujeres embarazadas y el impacto de este en la salud tanto de la madre como del niño, así como su importancia en la calidad de vida que llevan las mujeres de la comunidad de Archidona.

1.4 Objetivos.

1.4.1 Objetivo General.

Determinar las principales características de la salud reproductiva de gestantes de la comunidad de Archidona durante el periodo 2016-2017.

1.4.2 Objetivos Específicos.

- Caracterizar socio demográficamente a las gestantes de la comunidad de Archidona.
- Identificar los riesgos antes y durante la gestación de las mujeres de la comunidad de Archidona.
- Elaborar un brochure sobre salud sexual y reproductiva.

1.5 Preguntas de Investigación.

¿Cuáles son las características socio demográficas de las gestantes de la comunidad de Archidona?

¿Cuáles son los riesgos antes y durante la gestación de las mujeres de la comunidad de Archidona?

¿Por qué elaborar un brochure sobre salud sexual y reproductiva puede ser beneficioso para las mujeres gestantes de la comunidad de Archidona?

CAPITULO II

5. Marco Teórico.

2.1 Marco Referencial.

Las investigaciones realizadas los siguientes autores sobre el tema de descripción de la salud reproductiva en gestantes. Se los ha considerado como forma de fortalecer y enriquecer el marco teórico del siguiente estudio. Entre las investigaciones referenciales, con relación a la descripción de la salud reproductiva de gestantes, se han tomado en cuenta algunas fuentes bibliográficas más relevantes q nos aportan conocimientos relacionados a nuestro tema de investigación.

Leonor, Aurora 2017 en su estudio denominado *Determinantes sociales de la salud de las adolescentes embarazadas en la Comunidad Nativa Wawain Imaza – Amazonas 2016*, Identifica que: Los determinantes sociales de la salud con el embarazo en adolescentes residentes en la Comunidad Nativa Wawain durante el 2016. Material y métodos: diseño descriptivo simple, transversal y prospectivo. Población: estuvo conformada por 43 gestantes adolescentes. Muestra: 43 gestantes adolescentes. Para el análisis de los datos se utilizó el programa estadístico spss v 22. Instrumento: encuesta. Conclusiones: 65.2% (28) pertenecen a la adolescencia tardía y 34.8% (15) a la etapa intermedia, el grado de instrucción de la gestante adolescente 46% (20) tienen secundaria completa, 28% (12) de los jefes de las familias no tienen instrucción educativa. 88.4% (38) de los ingresos los aporta el jefe del hogar, 95% (40) de los ingresos es menor a s/.850. En relación a la vivienda, 81.4% (35) son multifamiliares, el material predominante de los techos son de yarina, 81.4% (35), 44% (19) de las viviendas no tienen paredes, 81.4% (35) duermen como máximo 5 personas en una habitación, 34.8% (15) eliminan los residuos sólidos en campo abierto y 32.6% (14) lo queman o lo ponen en pozo. En cuanto a los controles prenatales, el 81.4% (35) no asiste (6).

Saeteros, Rosa 2015, en su estudio denominado “*Representaciones socioculturales sobre el ideal de la salud sexual y reproductiva en estudiantes universitarios ecuatorianos*” Determina que: Las representaciones socioculturales permiten

aproximarse a la forma en que las personas interpretan y representan sus saberes sobre los ideales de la salud sexual y reproductiva, como referentes estratégicos para la promoción y prevención en salud. La investigación se realizó en estudiantes hombres y mujeres de segundo semestre de la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo, en dos grupos (7).

Rojas, Mauricio y Méndez, Raquel 2016, en su estudio denominado *Salud sexual y reproductiva en adolescentes: la fragilidad de la autonomía*, nos habla de que esta investigación se centra en el conocimiento, actitudes y prácticas de un grupo de adolescentes de la población general. Materiales y métodos: Se realizó un estudio correlacional por muestreo aleatorio simple entre adolescentes de la ciudad de Bucaramanga, Colombia, entre los 14 y los 19 años de edad. Resultados: Se destaca una buena información de los adolescentes sobre salud sexual y reproductiva, pero un cuestionable ejercicio de su autonomía, especialmente sobre métodos de prevención del embarazo y de enfermedades de transmisión sexual. Objetivo: La salud sexual y reproductiva es un constructo social de fácil comprensión y manejo por parte de los adolescentes. Conclusiones: Este grupo reportó una buena percepción sobre su salud pero denota aspectos problemáticos alrededor de las relaciones familiares y sociales, el bajo impacto de la educación sobre la salud sexual y reproductiva y una pésima percepción sobre las políticas, programas y niveles de atención a la adolescencia desde las instituciones públicas (8).

Rangel, Yesica y Costero, María 2016, en su estudio denominado *“Los riesgos para la salud sexual y reproductiva en un grupo históricamente vulnerado: un estudio sobre las experiencias y percepciones de mujeres parejas de migrantes”* Nos indica que Promover la salud sexual y reproductiva implica reconocer las condiciones sociales, culturales y políticas que enmarcan la sexualidad, enfatizando el marco patriarcal que sostiene el ejercicio de una sexualidad saturada de violencia en la vida de la mayor parte de las mujeres en el mundo. El objetivo fue comprender los riesgos sexuales y reproductivos de un grupo reconocido como históricamente vulnerado: el de las mujeres que sostienen una relación sentimental con migrantes. El estudio se realizó de noviembre de 2010 a noviembre de 2013, con 21 mujeres de dos localidades de San Luis Potosí, México. La recolección de la información se realizó mediante “historia de vida temática” y se aplicó análisis de contenido a la luz del enfoque de género y los aportes teóricos de Michel Foucault y Pierre Bourdieu. Los resultados evidencian que en

la vida sexual de estas mujeres converge una serie de riesgos históricos –asociados a los estereotipos de género- con riesgos emergentes que derivan de las dinámicas en que se da la participación migratoria de sus parejas (9).

Baiz, Johanna y Morales, Francisco 2016, en su estudio denominado “*Aspectos psicosociales de la salud sexual y reproductiva en estudiantes universitarios*” Nos indica que analizar las contribuciones de la literatura científica iberoamericana a la comprensión de los aspectos psicosociales de la salud sexual y reproductiva de estudiantes universitarios, se realizó un estudio observacional de la literatura a través de la web. Se tuvo en cuenta que las revistas fueran iberoamericanas: psicología, educación superior, salud pública y disciplinas asociadas que hayan sido publicadas a partir del año 2005 hasta el 2014 y que los artículos dieran cuenta de los aspectos psicosociales del tema. Se destaca la baja percepción de riesgo a padecer una infección de transmisión sexual. El número de universitarios que utilizan el preservativo en su primera relación sexual es bajo y desciende aún más conforme avanzan en su vida sexual y cuando realizan otras prácticas como pueden ser el sexo oral y el sexo anal. Esto ocurre porque el foco de preocupación se centra únicamente en evitar un embarazo (10).

2.2 Marco Contextual.

Este estudio se realizó en el cantón Archidona que es parte de la provincia del Napo situada solo 11 kilómetros de la ciudad del Tena. Este Cantón está ubicado al nororiente del Ecuador conectando al Norte con el cantón Quijos, al Sur el Cantón Tena, al este la Provincia de Orellana y al oeste la provincia de Pichincha y Cotopaxi.

Este importante Cantón de la Provincia del Napo cuenta con tres parroquias importantes que son Cotundo, San Pablo de Uzhpayacu y Archidona (como cabecera cantonal) (11).

2.2.1. Ubicación Demográfica.

Ilustración 1: Comunidad de Archidona



Está ubicado sobre el valle del río Misahuallí y está situada a una altitud de 577 msnm., en la Región Amazónica del Ecuador. En el centro-sur de la provincia, su clima en promedio es de 25 °C, siendo cálido-húmedo por la presencia de la selva. Su humedad es del 90 a 100 %. De acuerdo al último censo realizado en el año 2010 en la ciudad de Archidona cuenta con un alrededor de 18.551 habitantes. La ciudad está dividida en 1 parroquia (11).

2.2.2 Historia del Cantón Archidona.

Al hablar de Archidona, no se puede referir solamente al bello cantón como espacio físico enmarcado en el paisaje amazónico, sino a su gente, cultura, tradiciones, abusos, triunfos, y cientos de anécdotas que a lo largo de los 455 años marcan su paso firme en el pasado, presente y devenir cósmico de su existencia también llamada zona del alto Napo al sitio donde los historiadores ubican en más de una oportunidad su fundación. Estuvo habitada por la denominada cultura Jondachi, según el padre Pedro Porras, a lo largo del Valle del río Misahuallí entre los ríos Cotundo y Jondachi, con una antigüedad que data de 10.000 años antes de Cristo (a.C), perteneciente al Período Precerámico. La fase Cotundo localizada en el tercio superior del río Misahuallí, a 600 msnm, data de 1.000 a.C – 300 a.C. (12).

A lo largo del río Napo, desde Limoncocha hasta Nuevo Rocafuerte, se desarrolló la cultura Napo de 1.188 a 1.480 d.C. Los habitantes originarios de estas tierras son los quijos, llamados también yumbos y alamas. “Con la llegada de los evangelizadores se los conoce como alamas hasta que se transforman en el hoy reconocido pueblo kichwa, merced a la declaratoria del Parlamento Indio Amazónico, en 1990” (12)

En la actualidad, el pueblo kichwa es el que ha permanecido y expandido su cultura a lo largo de toda la provincia. La ciudad de Archidona ocupa un sitio especial en la historia de Ecuador. Fue la capital de la Gobernación de Oriente, y el lugar donde se obsesionaron los españoles por descubrir el país de la canela y la búsqueda del oro. También fue conocida como los “algodonales” en honor a las plantaciones que existieron. Inmediatamente después de la conquista organizaron varias expediciones militares y religiosas al oriente, para ingresar por la región de los quijos. (12)

“En 1541, Gonzalo Días de Pineda penetró a la región oriental con miles de indígenas de la Sierra y fue seguido por Francisco de Orellana, quien descubrió el río Amazonas en 1542. Entre 1559 y 1563 se fundaron cuatro ciudades importantes: Baeza, Ávila, Archidona y San Juan de los Dos Ríos de Tena. Estas fundaciones dieron comienzo a la administración colonial de lo que se llamó la Gobernación de los Quijos, Sumaco y de la Canela” (12)

La dominación de los quijos se hizo a través del pago de tributos, con oro y algodón, y la evangelización cristiana mediante el establecimiento de doctrinas obligatorias y reducciones, que desencadenaría la resistencia indígena y algunas rebeliones como la de

1552 y las de 1567 al 1579. En 1578 Jumandi en el conocido ‘levantamiento de los brujos’ incendia Archidona un 29 de Noviembre. Luego de los enfrentamientos Archidona se quedó despoblada y fue en 1638, con la entrada de los jesuitas, que se reconstruyó la ciudad y se convirtió en un importante centro eclesiástico. (12)

Archidona fue la puerta de entrada de las misiones religiosas del Napo, Mainas y Marañón. Los jesuitas conservaron esta parroquia hasta 1768, fecha de su expulsión. La misión Josefina tomó la posta desde 1922. En la vida republicana de Ecuador, en la presidencia de Gabriel García Moreno, se erigió la provincia de Oriente por Decreto Supremo el 11 de Mayo de 1861, fijando a Archidona como su capital. (12)

Archidona debe su nombre al lugar de origen de su fundador, Bartolomé Marín, que nació en Archidona al sur de España, en la región de Andalucía. La palabra tiene algunos significados: Según David Guevara, Archidona significa “abundante en dones y regalos”. Para el ayuntamiento de Archidona de España, la traducción oficial es el de “Señora de las Alturas”. La palabra Archidona proviene del romano “arcis” y “domina”. Con el dominio árabe, el nombre se arabizó posteriormente en la palabra Arjiduna, hasta convertirse en Archidona. (12)

2.3 Marco Conceptual.

2.3.1 Salud reproductiva.

Definición.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), nos describe a la salud reproductiva dentro del marco de la salud el cual aborda los mecanismos de procreación y el funcionamiento del aparato reproductor en todas las etapas de la vida. Esto implica la posibilidad de tener una sexualidad responsable, satisfactoria y segura, así como libertad de tener hijos si y cuando se desee; esta forma de ver la salud reproductiva supone que las mujeres tengan el acceso y puedan elegir métodos de control de la fertilidad seguros, eficaces, asequibles y aceptables, además de un seguimiento durante su embarazo y que ofrezcan a las parejas la oportunidad de tener un hijo sano (2).

La salud reproductiva está directamente relacionada con la calidad de vida, la sexualidad y la familia. Representa el ejercicio de la sexualidad responsable y sin riesgos; el bienestar de la madre, del niño en gestación, de los infantes y de los adolescentes y se extiende más allá del período reproductivo de las personas. Tiene que ver con las relaciones interpersonales, con percepciones y con valores; su cuidado evita enfermedades, abuso, embarazos no planeados y la muerte prematura. Pocas decisiones son más importantes en la vida que seleccionar con quién formamos pareja, elegir cuándo y cuántos hijos tener y cómo mantener la salud y gozar la sexualidad en la etapa post reproductiva. La salud sexual es un componente de la salud reproductiva en su contexto más amplio. La promoción de la salud sexual, requiere de un proceso de educación y dotación de servicios, de acceso universal y de calidad. La educación de la sexualidad conforma un proceso de adquirir información y formar actitudes y valores positivos, con respecto al sexo. La meta primaria es la promoción de la salud sexual, lo cual implica adquirir recursos para tomar decisiones sobre la vida presente y futura (13).

Los costos económicos, sociales y psicológicos derivados del ejercicio de la sexualidad, desinformada y sin recursos de protección, son elevados y se aplican a atender embarazos no planeados, infecciones de transmisión sexual, abortos inducidos, violencia intrafamiliar, trastornos psicológicos, entre otros. Con la prestación de servicios de planificación familiar de calidad, accesible y oportuna, se evitan gastos hospitalarios no previstos derivados de la atención del embarazo, parto y puerperio, así

como de sus complicaciones. Asimismo, se reducen los costos sociales para la manutención de los hijos inesperados, la deserción escolar, la marginación, el desempleo, el hacinamiento, la violencia intrafamiliar y los niños sin hogar (13).

Educación para la Salud Reproductiva.

La sexualidad es un aspecto del ser humano que se expresa a lo largo de toda su vida. Sin embargo, la adolescencia y la juventud son etapas en las que se toman decisiones importantes al respecto por lo que mediante una buena capacitación y educación en estos temas se podrían evitar enfermedades de transmisión sexual y complicaciones en el periodo de gestación. La educación de la sexualidad integral y basada en un enfoque de derechos contribuye al desarrollo de competencias para ejercer los derechos sexuales y reproductivos y favorece una mejor calidad de vida actual y futura. Además de ser un derecho, es una herramienta fundamental para que las personas puedan tomar decisiones autónomas, informadas, responsables y saludables sobre este aspecto de sus vidas (14).

La salud reproductiva en la población indígena.

En el Ecuador existe 1'018.176 indígenas que representa según el último censo el 7% de la población total del Ecuador y se encuentran en la sierra y la amazonia. Orellana y Pastaza. Y en la sierra, Chimborazo, Pichincha, Imbabura, Cotopaxi y Morona Santiago. A pesar de la falta general de información sobre la salud de los pueblos indígenas, hay pruebas convincentes en todo el mundo de que se siguen viendo afectados de manera desproporcionada por la mortalidad materna, la falta de acceso a la planificación familiar voluntaria y a métodos anticonceptivos modernos y la falta de acceso al tratamiento del VIH y el SIDA (14).

El VIH/SIDA es uno de los problemas más apremiantes que afrontan las mujeres indígenas, junto con la explotación económica, social y sexual como factores que contribuyen a él. En un estudio regional realizado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en algunos países de América Latina se puso de manifiesto que la falta de acceso a la información, el diagnóstico precoz de las infecciones de transmisión sexual y la prevención de los embarazos precoces son algunas de las causas importantes de la vulnerabilidad de las jóvenes indígenas. En las comunidades indígenas también se dan casos de prácticas discriminatorias, por lo que la diversidad de género, la

orientación sexual y el trabajo sexual se perciben a menudo como algo 'ajeno' a la comunidad y la cultura indígenas (14).

Embarazo.

El embarazo o gravidez es el período que transcurre entre la implantación del cigoto en el útero, hasta el momento del parto, en cuanto a los significativos cambios fisiológicos, metabólicos e incluso morfológicos que se producen en la mujer encaminados a proteger, nutrir y permitir el desarrollo del feto, como la interrupción de los ciclos menstruales, o el aumento del tamaño de las mamas para preparar la lactancia. El término gestación hace referencia a los procesos fisiológicos de crecimiento y desarrollo del feto en el interior del útero materno. En teoría, bien expresado, la gestación se refiere al feto y el embarazo se refiera a la mujer, aunque en la práctica muchas personas utilizan ambos términos como sinónimos (15).

El primer signo presuntivo del embarazo sea la amenorrea o ausencia del período menstrual. Debido a que puede ocurrir amenorrea por causas distintas a un embarazo, no siempre es tomada en cuenta, especialmente si la mujer no tiene ciclos regulares. Sin embargo, pueden presentarse varios signos más que, junto a la amenorrea sugieren un embarazo, como son: la hipersensibilidad en los pezones, mareos, vómitos matutinos, somnolencia, alteración en la percepción de olores, y deseos intensos de ciertos tipos de alimentos (antojos). Esto lo puedes notar a partir del segundo al tercer mes de la concepción (15).

Cambios Fisiológicos del Embarazo:

La mujer embarazada se encuentra en un estado hipervolémico crónico. El volumen de agua corporal total se incrementa debido al aumento de la retención de sal y agua por los riñones. Esta mayor cantidad de agua ocasiona dilución de la sangre, lo que explicaría la anemia fisiológica propia del embarazo que persiste durante todo el embarazo. El aumento del volumen sanguíneo causa un aumento en el gasto cardíaco, el volumen urinario y el peso materno. La acción de la ciertas prostaglandinas causa broncodilatación y aumento en la frecuencia respiratoria. A nivel renal se ve una leve disminución en la depuración de creatinina, y otros metabolitos (16).

El peso de la madre durante el embarazo aumenta a expensas del peso del feto, el peso del líquido amniótico, placenta y membranas ovulares, el incremento del tamaño del útero, la retención de líquidos maternos y el inevitable depósito de grasa en tejidos maternos. El metabolismo de la madre también incrementa durante el embarazo. La frecuencia cardíaca incrementa hasta un promedio de 90 latidos por minuto. La tensión arterial se mantiene constante o a menudo levemente disminuida. La resistencia venosa aumenta, en especial por debajo de la cintura gestante. El corazón tiende a aumentar de tamaño, condición llamada hipertrofia ventricular especialmente izquierda y desaparece a las pocas semanas después del alumbramiento. La presencia circulante de prostaglandinas causa vasodilatación en oposición a los vasoconstrictores fisiológicos angiotensina y noradrenalina, en especial porque la angiotensina II aumenta para mantener la presión arterial normal. La hipertensión y la aparición de edema son por lo general signos de alarma en el embarazo (16).

La tasa o índice de filtrado glomerular y la perfusión del riñón aumentan a expensas del aumento del gasto cardíaco y la vasodilatación renal. Ello causa un leve aumento de los valores de creatinina en sangre por disminución del aclaramiento de creatinina e igualmente de nitrógeno ureico. La disminución de la presión parcial de dióxido de carbono en la sangre materna causa un aumento en la excreción renal de bicarbonato (16).

Protocolo de Atención en el Embarazo.

Se recomienda que el primer control sea realizado lo más pronto posible (primer trimestre del embarazo) y debe enfocarse a identificar y descartar patologías especiales. Aquellas embarazadas identificadas con riesgo de desarrollar complicaciones, deben ser referidas o transferidas a un nivel de atención de mayor complejidad (ver anexo 3). ^{2,3,14}	R-A
Se recomienda establecer un plan para la atención del parto y para las condiciones de urgencias/emergencias que se puedan presentar durante el embarazo: Plan de	R-A
Parto y Plan de Transporte^{2,3}	
<p>Independientemente de la edad gestacional, en la primera consulta, se recomienda que el profesional de la salud, realice las siguientes acciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apertura de historia clínica prenatal base y carné perinatal • Calcular la fecha probable de parto por F.U.M, en caso de duda sobre la edad gestacional corroborar con la primera ecografía realizada. • Medir y registrar presión arterial (ver GPC Trastornos hipertensivos del embarazo). • Medir y registrar el peso. • Medir la talla. • Determinar los factores de riesgo. (modificables y no modificables) • Registrar la talla –peso y cálculo del IMC materno durante el primer trimestre posteriormente se aplican las tablas establecidas • Solicitar grupo sanguíneo y factor Rh, biometría hemática y VDRL. • Descartar incompatibilidad de grupo y factor Rh (Coombs indirecto) • Descartar anemia*** • Suplementar ácido fólico 0,4 mg + 60 mg de hierro elemental diario***. • Detectar de diabetes gestacional, solicitar glucosa en ayunas* (Referirse a la guía de diabetes gestacional) • Detectar VIH y hepatitis B. Realizar tamizaje de función tiroidea (referirse a la guía de hipotiroidismo congénito) • Buscar bacteriuria asintomática y proteínas en orina (examen elemental y microscópico de orina (ver guía infección de vías urinarias en la embarazada) • Solicitar una ecografía de rutina entre las 11-14 semanas y/o, entre las 18-24 semanas de gestación. • Realizar la referencia de las embarazadas que presenten factores de riesgo para Síndrome de Down (edad materna avanzada > de 35 años, antecedentes familiares o personales de malformaciones congénitas, antecedentes de exposición a teratógenos, edad materna avanzada) a segundo o tercer nivel para tamizaje y asesoría genética. • Toma de citología cérvico vaginal • Examen odontológico**** • Programar los controles subsecuentes y registrar la fecha en la hoja de control y en el carné perinatal <p>*Consultar GPC de diabetes en el embarazo **Consultar GPC de infecciones del tracto urinario bajo durante el embarazo ***Consultar la GPC de diagnóstico y tratamiento de la anemia en el embarazo ****Consultar guía de práctica clínica Atención Odontológica en el Embarazo.</p>	R-D
<p>Toda embarazada en su primer control prenatal debe recibir información acerca de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cambios fisiológicos del embarazo • Higiene personal • Actividad física durante el embarazo. • Cambios en estilos de vida: suspender el tabaco, drogas ilícitas y el consumo de alcohol. • Educación nutricional, educación prenatal y planificación familiar. • Signos de alarma • Signos de alarma para preeclampsia, infección obstétrica, parto pretérmino. 	R-D
<p>Se recomienda que en todos los controles prenatales se debe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Registrar todos los datos en la historia clínica. • Calcular la fecha probable de parto por F.U.M, en caso de duda sobre la edad gestacional corroborar con la primera ecografía realizada. • Medir y registrar presión arterial (ver GPC Trastornos hipertensivos del embarazo). 	R-D

Ilustración 2: Protocolo de Atención en el Embarazo

Factores de riesgo en el embarazo.

Antecedentes Reproductivos de la mujer:

Parto prematuro

Cuando el nacimiento sucede antes de la semana 37 de gestación se lo considera parto prematuro. Nacer antes de este periodo de tiempo puede tener consecuencias negativas para el bebé, dependiendo del grado de prematuridad, por eso es importante conocer las señales de alarma de un parto prematuro para así evitar riesgos innecesarios que podrían acarrear graves problemas en la salud del niño. Aproximadamente un diez por ciento de las mujeres experimentan signos de parto prematuro en algún momento del embarazo, sin embargo en muchos casos es posible detener los síntomas de parto y finalmente el nacimiento se produce a término (17).

Síntomas y señales de alarma del parto prematuro (17):

Aumento de la frecuencia de las contracciones: Contracciones regulares cada 15 minutos o menos, con una duración de 20 segundos a 2 minutos cada una entre la semana 21 y 37 de gestación.

Sangrado vaginal: Una metrorragia en el segundo o tercer trimestre puede ser el precedente de un parto prematuro.

Expulsión del tapón mucoso: Si bien no es signo de parto inminente, la expulsión del tapón mucoso es síntoma de que el cuello uterino comienza a dilatarse. El aspecto del tapón mucoso es el de un flujo mucoso, viscoso y espeso (17).

Acortamiento y borramiento del cuello uterino: Cuando el cuello se dilata de forma prematura sin que haya dolor. Puede ser señal de cérvix incompetente.

Aumento y cambio de fluido vaginal: Expulsión de flujo vaginal que puede variar en su color y consistencia. Puede ser transparente de apariencia mucosa o tornarse rosado o amarronado.

Rotura de la bolsa amniótica: la rotura de membranas es signo inequívoco de que se producirá el parto en las próximas horas, no se suele esperar más de 24 horas debido a un riesgo de infección (17).

Calambres o cólicos abdominales por más de una hora.

Presión intensa en la pelvis, caderas y cara interna de los muslos.

Dolor continuo en la parte baja de la espalda.

Sensación de desasosiego y de intranquilidad.

Aumento de temperatura corporal y escalofríos.

Aborto

El Aborto se puede definir como la culminación de un embarazo antes de que el feto pueda vivir de forma independiente fuera del vientre de la madre. La Organización Mundial de la Salud (OMS) hace una definición de una forma de aborto denominado inseguro y lo califica como un procedimiento para terminar un embarazo realizado por personas que carecen de las habilidades necesarias o en un ambiente que no esté en conformidad con los estándares médicos mínimos, o ambas cosas. Existen dos tipos de abortos: El espontaneo o natural y el inducido (18).

Cesárea

La cesárea es una operación quirúrgica que sirve para extraer al feto y la placenta abriendo el abdomen y el útero. Al principio la cesárea era una intervención que solo se practicaba cuando la madre moría y el feto seguía vivo en su interior. Más tarde se comenzó a realizar en aquellos casos en los que el parto a través de la vagina era completamente imposible. Hoy en día es la operación quirúrgica obstétrica más frecuente en las sociedades desarrolladas, ya que se considera el procedimiento más seguro para resolver las complicaciones del parto vaginal y mantener el bienestar fetal (19).

Problemas de salud existentes:

Presión arterial alta:

Si bien la presión arterial alta puede ser riesgosa para la madre y el feto, muchas mujeres con presión arterial alta tienen embarazos e hijos saludables. La presión arterial alta no controlada, sin embargo, puede provocar daño en los riñones de la madre y aumentar el riesgo de tener preeclampsia o un bebé con peso bajo (20).

Síndrome del ovario poliquístico:

El síndrome del ovario poliquístico (PCOS por sus siglas en inglés) es un trastorno que puede interferir en la capacidad de una mujer de quedar embarazada y mantener el embarazo. El PCOS puede provocar tasas más altas de aborto natural (pérdida espontánea del feto antes de las 20 semanas de gestación), diabetes gestacional, preeclampsia y parto prematuro (20).

Diabetes Mellitus:

Es importante que las mujeres con diabetes controlen sus niveles de azúcar en la sangre antes de quedar embarazadas. Los niveles altos de azúcar en la sangre pueden provocar defectos de nacimiento durante las primeras semanas de embarazo, con frecuencia incluso antes de que la mujer sepa que está embarazada. Controlar los niveles de azúcar en la sangre y tomar un complejo vitamínico con 40 microgramos de ácido fólico todos los días puede ayudar a reducir este riesgo.

Epilepsia:

Una crisis epiléptica (CE) es la manifestación clínica de una descarga neuronal excesiva e hipsincrónica que suele ser autolimitada. Dependiendo del área cerebral afectada la crisis tiene manifestaciones diversas (motoras, sensitivas, psíquicas, etc.). Las crisis se originan por muy diversos mecanismos que suelen producir un exceso de excitación neuronal o un defecto de inhibición. La epilepsia es un trastorno del sistema nervioso central crónico caracterizado por la repetición de dos o más crisis epilépticas no provocadas por una causa inmediatamente identificable. La ocurrencia de una única crisis no permite el diagnóstico de epilepsia, a no ser que haya factores predisponentes claros para tener una nueva crisis. No todas las epilepsias se caracterizan por presentar convulsiones ni todas las convulsiones son epilépticas (21).

Durante la gestación la frecuencia de las convulsiones permanece sin cambios en el 60% de las pacientes epilépticas, aumenta en el 20% y disminuye en el 20%. El agravamiento de las crisis epilépticas se ha relacionado con la presencia de una elevada frecuencia de convulsiones previamente a la concepción, al aumento de las

concentraciones de hormonas esteroideas, al estrés psíquico y físico, a la privación de sueño y, sobre todo, a la falta de cumplimiento terapéutico y a la disminución de las concentraciones plasmáticas de fármacos antiepilépticos. La gestación se considera de alto riesgo debido no sólo por el riesgo de presentar crisis durante la misma sino por la mayor incidencia de resultados obstétricos desfavorables (21).

Enfermedades cardiovasculares:

El embarazo y el parto conllevan cambios fisiológicos sustanciales que requieren la adaptación del sistema cardiovascular. Estos cambios, tolerados en las gestantes sin cardiopatía, exponen a la mujer con enfermedad cardiovascular a riesgos importantes. De hecho, la cardiopatía es la causa más frecuente de muerte materna, tras los trastornos psiquiátricos, y se espera que el número de gestantes con cardiopatía crezca en los próximos años. La prevención de las complicaciones cardiovasculares debe ser el primer objetivo de todo cardiólogo involucrado en el manejo de la gestante con cardiopatía congénita o adquirida. En estas mujeres los métodos de diagnóstico que se pueden emplear y las intervenciones que se pueden o deben llevar a cabo durante el embarazo, parto y puerperio han de ser tenidas en cuenta (22).

Enfermedad renal:

Las mujeres con enfermedad renal con frecuencia tienen dificultad para quedar embarazadas y cualquier embarazo corre un riesgo significativo de aborto espontáneo. Las mujeres con enfermedades renales requieren tratamientos adicionales, cambios en la dieta y los medicamentos, y visitas frecuentes al médico.

Enfermedad autoinmune:

Las enfermedades autoinmunes incluyen enfermedades como el lupus y la esclerosis múltiple. Algunas enfermedades autoinmunes pueden aumentar el riesgo de una mujer de tener problemas durante el embarazo. Por ejemplo, el lupus puede aumentar el riesgo de parto prematuro y nacimiento de un niño muerto. Algunas mujeres podrían observar que sus síntomas mejoran durante el embarazo, en tanto que otras sufren empujes y enfrentan otros desafíos. Determinados medicamentos para tratar las enfermedades autoinmunes también podrían ser dañinos para el feto (20).

Enfermedad de la tiroides:

No tener bajo control los problemas de tiroides (glándula pequeña en el cuello que produce hormonas que regulan el ritmo cardíaco y la presión arterial), como una tiroides hiperactiva o hipoactiva, puede causar problemas en el feto como insuficiencia cardíaca, poco aumento de peso y defectos de nacimiento.

Infertilidad:

Varios estudios descubrieron que las mujeres que toman medicamentos que aumentan las probabilidades de un embarazo son significativamente más propensas a tener complicaciones en el embarazo que las mujeres que quedan embarazadas sin ayuda. Estas complicaciones con frecuencia involucran a la placenta (el órgano que conecta al feto con la madre) y sangrado vaginal.

Obesidad:

La obesidad puede tornar más difícil un embarazo, al aumentar la probabilidad de que una mujer desarrolle diabetes durante el embarazo, lo que contribuye a los partos difíciles.⁸ Por otro lado, algunas mujeres pesan demasiado poco para su propia salud y la salud del feto en desarrollo. En 2009, el Instituto de Medicina actualizó sus recomendaciones sobre el aumento de peso durante el embarazo.⁹ Las nuevas recomendaciones del Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG por sus siglas en inglés) sugieren que las mujeres con sobrepeso y obesidad podrían aumentar incluso menos peso del que se recomienda e incluso así tener un bebé saludable (20).

VIH/SIDA

El VIH/SIDA daña las células del sistema inmunitario, lo que les dificulta combatir las infecciones y determinados cánceres. Las mujeres pueden transmitir el virus al feto durante el embarazo; la transmisión también puede darse durante el trabajo de parto y el parto, o a través de la leche materna. Afortunadamente, hay tratamientos efectivos para reducir la transmisión del VIH de la madre al feto, al recién nacido o al bebé. Las mujeres con cargas virales muy bajas podrían tener un parto vaginal con un bajo riesgo

de transmisión. Una opción para las mujeres embarazadas con cargas virales (cantidad de VIH activo en la sangre) más altas es un parto por cesárea, el cual reduce el riesgo de transmitir el VIH al bebé durante el trabajo de parto y el parto. Es importante recibir cuidados prenatales tempranos y regulares. Las mujeres que toman medicamentos para tratar el VIH y tienen un parto por cesárea pueden reducir el riesgo de transmisión a un 2%.

Edad

Embarazo adolescente:

Las adolescentes embarazadas son más propensas a desarrollar presión arterial alta y anemia (falta de glóbulos rojos saludables) y comenzar el trabajo de parto antes que las mujeres de más edad. Las adolescentes también podrían estar expuestas a enfermedades de transmisión sexual o infecciones que podrían afectar el embarazo. Las adolescentes podrían ser menos propensas a recibir cuidados prenatales o a visitar a un profesional de la salud de manera regular durante el embarazo para evaluar los riesgos, garantizar una buena salud y entender qué medicamentos y fármacos pueden usar (23).

Las madres primerizas de más edad pueden tener embarazos normales, pero las investigaciones indican que estas mujeres corren más riesgo de tener (23).

Un parto por cesárea (cuando el recién nacido nace a través de una incisión quirúrgica en el abdomen de la madre)

Complicaciones en el parto, incluido sangrado excesivo durante el trabajo de parto

Trabajo de parto prolongado (que dura más de 20 horas)

Un trabajo de parto que no avanza

Un bebé con un trastorno genético, como el síndrome de Down

Factores del estilo de vida

Consumo de alcohol:

El alcohol que se consume durante el embarazo pasa directamente al feto a través del cordón umbilical. Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC por sus siglas en inglés) recomiendan que las mujeres eviten las bebidas alcohólicas durante el embarazo o cuando están tratando de quedar embarazadas. Durante el embarazo, las mujeres que beben son más propensas a tener un aborto natural o el nacimiento de un niño muerto. Otros riesgos para el feto incluyen más probabilidad de tener defectos de nacimiento y el síndrome alcohólico fetal (FASD por sus siglas en inglés). El FASD es el nombre técnico para el grupo de trastornos fetales asociados con beber alcohol en exceso durante el embarazo. Causa rasgos faciales anormales, baja estatura y bajo peso corporal, trastorno de hiperactividad, discapacidades intelectuales y problemas de visión o audición (24).

Consumo de cigarrillos:

Fumar durante el embarazo aumenta el riesgo del feto de tener un parto prematuro, determinados defectos de nacimiento y el síndrome de muerte súbita del lactante (SIDS por sus siglas en inglés). El humo de segunda mano también hace que la mujer y el feto en desarrollo corran más riesgo de tener problemas de salud (24).

Condiciones del embarazo:**Embarazo múltiple:**

Un embarazo múltiple es aquel en el que se desarrolla más de un feto. Esto se produce como resultado de la fecundación de dos o más óvulos, o cuando un óvulo se divide, dando lugar en este caso a gemelos, genéticamente idénticos. Los gemelos pueden ser monocigóticos, en cuyo caso son idénticos, o dicigóticos. Los monocigóticos proceden de un solo óvulo que se ha dividido en dos partes que han seguido desarrollándose por separado hasta formar a dos bebés genéticamente idénticos, del mismo sexo y físicamente muy similares (25).

En los embarazos múltiples se multiplica por diez el riesgo de tener un parto prematuro, un factor que aumenta en función de si estamos hablando de gemelos, trillizos o más. Si todo va bien, un embarazo de gemelos suele durar 37 semanas, de trillizos 34 semanas y de cuatrillizos 32 semanas (25).

Diabetes gestacional:

La diabetes gestacional es un tipo de diabetes que aparece por primera vez durante el embarazo en mujeres embarazadas que nunca antes padecieron esta enfermedad. En algunas mujeres, la diabetes gestacional puede afectarles en más de un embarazo. La diabetes gestacional por lo general aparece a la mitad del embarazo. Los médicos suelen realizar estudios entre las 24 y 28 semanas del embarazo (26).

La diabetes gestacional se inicia cuando el cuerpo no puede producir ni utilizar toda la insulina que necesita para el embarazo. Sin suficiente insulina, la glucosa no puede salir de la sangre y convertirse en energía. El nivel de glucosa sube porque se acumula en la sangre. Esto se llama hiperglucemia. La diabetes gestacional se puede controlar a menudo con una alimentación saludable y ejercicio regular, pero algunas veces la madre también necesitará insulina (26).

Preeclampsia y Eclampsia:

Preeclampsia:

La preeclampsia es una complicación del embarazo caracterizada por un cuadro de hipertensión arterial y proteinuria (pérdida de proteínas en la orina) que comienza después de 20 semanas de gestación. En algunas pacientes, la preeclampsia también causa daño a órganos importantes, tales como hígado, riñón, pulmones y cerebro, también conocida como toxemia del embarazo, es una enfermedad relacionada con la hipertensión, que ocurre en algunas mujeres durante el embarazo. Puede suceder a partir del quinto mes, es decir, a partir de la semana 20 de gestación. Su incidencia es mayor durante el primer embarazo, en embarazadas adolescentes o mayores de 40 años, y en aquellas mujeres cuyas madres o hermanas tuvieron preeclampsia (27).

El tratamiento definitivo es la inducción del parto. No siempre la preeclampsia ocurre en edades gestacionales que permiten la inducción del parto sin daño para el feto. Por otro lado, la no finalización del embarazo puede traer graves consecuencias para la madre. Por lo tanto, la decisión de inducir al parto o prolongar el embarazo debe tener en cuenta la edad gestacional, la severidad de la preeclampsia y las condiciones de salud de la madre y del feto (27).

Eclampsia:

La eclampsia es el grado más grave de la hipertensión en el embarazo, que incluye la hipertensión gestacional, preeclampsia y eclampsia propiamente dicha. La caracterización de la eclampsia es dada por la presencia de una o más crisis convulsivas en una mujer embarazada con preeclampsia ya establecida. Contrario a lo que se pensaba antiguamente los nombres preeclampsia y eclampsias pueden sugerir, una enfermedad no es la evolución de otra. En realidad, la eclampsia es solamente una manifestación severa de la preeclampsia (28).

Hasta el 30% de las convulsiones ocurren en el momento del parto o hasta 48 horas después de que nazca el bebé. Las convulsiones generalmente duran en promedio 1 minuto y generalmente son precedidas por dolor de cabeza, cambios visuales o dolor abdominal severo. Se hace el tratamiento con sulfato de magnesio. La presencia de eclampsia es indicación para inducirse al parto después de la estabilización del cuadro. El término del embarazo es el único tratamiento curativo. El 70% de las mujeres embarazadas con eclampsia que no interrumpen el embarazo presentan complicaciones graves con riesgo de muerte. En mujeres embarazadas con edad gestacional baja (menos de 32 semanas) se puede indicar la cesárea (28).

Prevención de la Mortalidad Materna.

La mortalidad materna es la principal causa de muerte entre mujeres en edad reproductiva a nivel global. Más de 1,500 mujeres y niñas mueren cada día a causa de complicaciones relacionadas con el embarazo y el parto; lo que se traduce en cerca de 550 mil muertes anuales. Si bien es difícil medir las enfermedades y secuelas relacionadas con el embarazo, las estimaciones varían de 16 a 50 millones de casos anuales e incluyen condiciones como infección, complicaciones neurológicas, hipertensión, anemia y fístula obstétrica (29).

Clásicamente se define la mortalidad materna como la ocurrida en el “embarazo, parto y puerperio hasta 6 semanas postparto” o bien como “La mortalidad materna de causa directa o indirecta durante el embarazo, parto o puerperio” (Ejemplo de causa indirecta, el suicidio en una gestante). La Organización Mundial de la Salud (OMS) extiende este período hasta un año posparto concepto reciente a mi juicio discutible que obviamente

elevará las cifras sumando patologías, que no tengan relación alguna con la gestación (29).

Control Prenatal de la mujer embarazada.

El embarazo es un proceso fisiológico, por tanto, la atención prestada a las gestantes de estar basada en los cuidados para su desarrollo normal, el uso de la tecnología apropiada y en el reconocimiento del importante papel que tiene la propia mujer en la toma de las decisiones que le afectan. El respeto a la evolución natural del embarazo debe liderar toda la atención sanitaria y cualquier intervención debe ser aplicada solo si ha demostrado beneficio y está de acuerdo con las necesidades y deseos de cada mujer. La atención de calidad a las embarazadas conlleva: el seguimiento eficiente del proceso, la realización de las visitas domiciliarias, pruebas y procedimientos basados en la evidencia científica, la implicación de las usuarias y la adecuada coordinación entre todos los niveles de atención (30).

Un control prenatal óptimo en el embarazo de bajo riesgo según la Organización Mundial de la Salud comprende un mínimo de cinco chequeos por personal profesional de salud calificado (médico u obstetrix). Sin embargo, 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 brinda 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 (30).

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 (30).

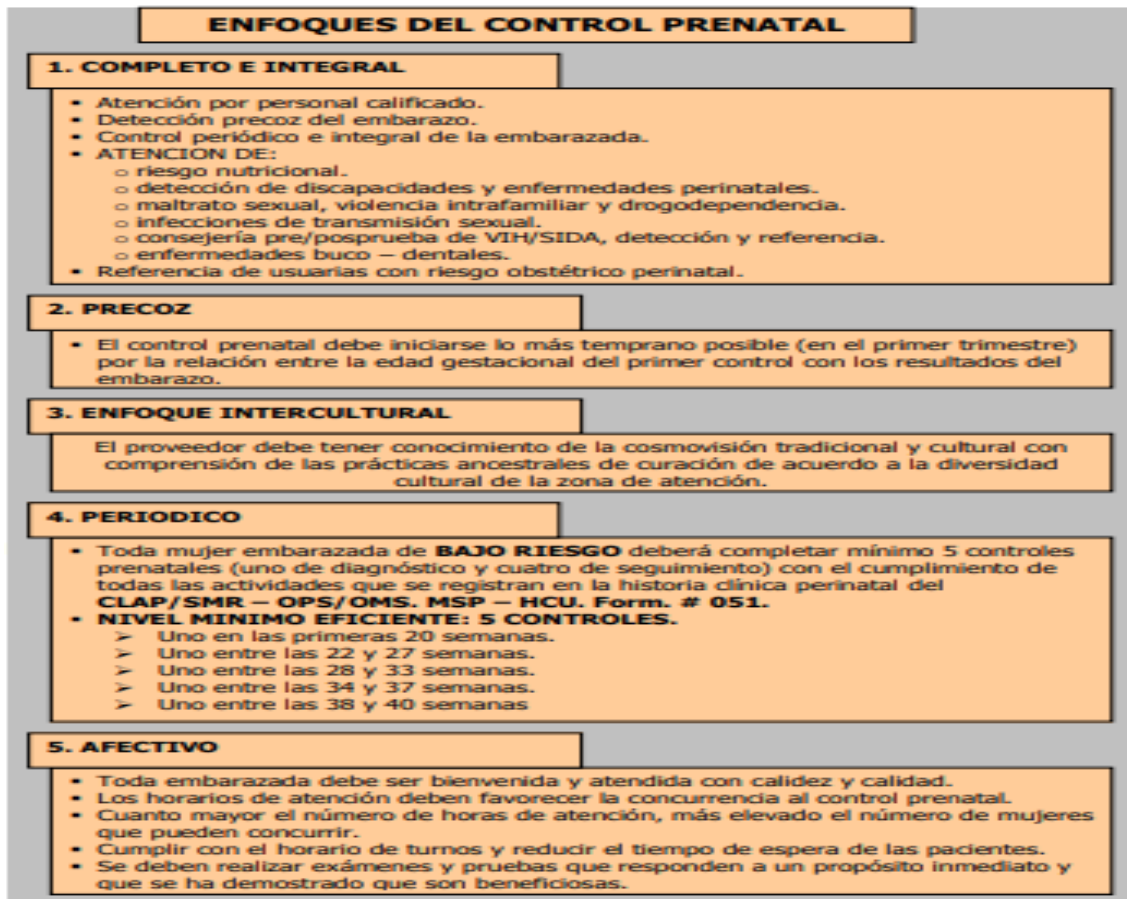


Ilustración 3: Enfoques del control prenatal componente normativo materno neonatal

Enfermedades en el Embarazo.

Una de las cuestiones que más preocupan a las embarazadas son los posibles trastornos y enfermedades que puede sufrir la futura mamá durante la gestación. Existen trastornos propios del embarazo, es decir, fisiológicos (normales), que pueden afectar a muchas mamás, aunque no necesariamente a todas. Algunos ejemplos de estos trastornos típicos de las embarazadas son: las náuseas, la hinchazón de las piernas, el ardor de estómago, el dolor de pechos, de espalda o de pubis, la ciática o la infección de orina, por ejemplo. Asimismo, durante el embarazo, se pueden sufrir otros trastornos de mayor entidad, como la anemia, la diabetes gestacional, la hipertensión, vomitar sangre e incluso otras enfermedades más graves, como la preeclampsia o el desprendimiento de placenta. En estos casos, siempre debes acudir a tu ginecólogo o a un servicio de urgencias lo antes posible, puesto que la intervención temprana es fundamental (31).

Enfermedades de transmisión sexual en el embarazo.

Una infección de transmisión sexual (ITS) llamada también a veces enfermedad de transmisión sexual (ETS) es una enfermedad bacteriana o viral que se puede contraer a través del sexo genital, oral o anal con una pareja infectada. Estas infecciones pueden tener consecuencias graves para la salud de la madre como para la del bebé.

Un componente fundamental de la atención prenatal adecuada es garantizar que se les hagan pruebas de detección de ETS a las pacientes embarazadas. Hágales las pruebas de detección de ETS a sus pacientes embarazadas en etapas tempranas del embarazo y repítalas al acercarse el parto, si es necesario. Para garantizar que se realicen las pruebas de detección correctas, lo animamos a que tenga conversaciones abiertas y sinceras con sus pacientes embarazadas y, si es posible, con sus parejas sexuales sobre los síntomas que hayan tenido o tengan y sobre cualquier comportamiento sexual de alto riesgo que puedan tener (32).

Algunas de las ETS más comunes incluyen:

Clamidia

Herpes genital

Gonorrea

Hepatitis B

VIH/SIDA

Virus del Papiloma Humano (VPH o HPV por sus siglas en inglés)

Sífilis

Tricomoniasis

Cada año, más de 2 millones de embarazadas se infectan con una enfermedad de transmisión sexual en Estados Unidos. Desafortunadamente, las mujeres hispanas en general, tienen un mayor índice de infecciones de transmisión sexual que las mujeres de raza blanca. Según los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC por sus siglas en inglés), el índice de clamidia entre mujeres latinas es casi tres veces más y la tasa de sífilis más de dos veces mayor — que entre mujeres de raza blanca. Asimismo, la tasa de VIH/SIDA para mujeres latinas es casi cuatro veces mayor que la

de las mujeres blancas. El 80 por ciento de las nuevas infecciones corresponden a hispanas, debido a relaciones heterosexuales de alto riesgo (33).

Los expertos aseguran que la pobreza, la falta de acceso médico, y el uso ilegal de drogas son factores que contribuyen a una mayor incidencia de infecciones de transmisión sexual entre algunos grupos raciales y étnicos. La falta de protección al tener relaciones sexuales, es para las latinas, el problema más común y riesgoso. Y es que las cifras muestran que el uso del condón es bajo entre las latinas y, como consecuencia, presentan mayores tasas de infecciones de transmisión sexual. Las mujeres embarazadas pueden infectarse con las mismas enfermedades de transmisión sexual que las mujeres que no están embarazadas. El embarazo no ofrece a las mujeres ni a sus bebés ninguna protección adicional contra las Enfermedades de transmisión sexual. Muchas son "silenciosas", o no tienen síntomas, por lo que usted podría no saber si está infectada. Si está embarazada, debe hacerse pruebas de detección de Enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH (el virus que causa el sida), como parte de la atención médica de rutina durante el embarazo. Las consecuencias de una Enfermedades de transmisión sexual para usted y su bebé pueden ser más graves y hasta mortales, si se infecta durante el embarazo. Es importante que usted conozca los efectos dañinos de las Enfermedades de transmisión sexual y que sepa cómo protegerse y proteger a su bebé contra las infecciones (33).

Las Enfermedades de transmisión sexual pueden causarle complicaciones en el embarazo y tener graves efectos en usted y su bebé en gestación. Algunos de estos problemas se pueden notar al momento del nacimiento, mientras que otros no se descubrirán sino hasta meses o años después. Además, se sabe que la infección por una enfermedad de transmisión sexual, puede hacer más fácil que una persona se infecte con el VIH. La mayoría de estos problemas pueden prevenirse si usted recibe atención médica de rutina durante el embarazo. Esto incluye hacer pruebas de detección de Enfermedades de transmisión sexual en etapas tempranas del embarazo y repetirlas cerca del momento del parto, si es necesario (33).

2.4. Marco Legal.

2.4.1. Constitución de la República del Ecuador 2008.

“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.

El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional” (34).

Ley Orgánica de Salud:

“Art. 6.- Es responsabilidad del Ministerio de Salud Pública:

3. 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” (35).

Objetivo 1: Toda una vida.

“Garantizar una vida digna con iguales oportunidades para todas las personas” (36).

Política 1.6

“Garantizar el derecho a la salud, la educación y al cuidado integral durante el ciclo de vida, bajo criterios de accesibilidad, calidad y pertinencia territorial y cultural” (36).

2.4.2. Marco Ético.

➤ Derechos de las y los usuarios de servicios de salud reproductiva

“Toda persona que solicite servicio de salud reproductiva tiene derecho a:

Información: Ser enterado (a) con oportunidad, veracidad y en un lenguaje comprensible, de los beneficios y de los riesgos de las intervenciones médicas

Acceso: Recibir atención y servicios de calidad con calidez” (37).

“Elección: Decidir responsable y libremente entre las diversas alternativas que existan para dar cumplimiento a su solicitud.

Seguridad: Recibir el tratamiento que ofrezca mejores condiciones de protección a la salud.

Privacidad: Recibir información, orientación, consejería y servicios en un ambiente libre de interferencias

Confidencialidad: Que cualquier información personal proporcionada no será divulgada a terceras personas (37).

Dignidad: Ser tratado(a) con respeto, consideración y atención

Continuidad: Recibir información, servicios y suministros por el tiempo que sea requerido” (37).

➤ **Art. 5. Derecho a la Información.**

“Se reconoce el derecho de todo paciente a que, antes y en las diversas etapas de atención al paciente, reciba del centro de salud a través de sus miembros responsables, la información concerniente al diagnóstico de su estado de salud, al pronóstico, al tratamiento, a los riesgos a los que médicamente está expuesto, a la duración probable de incapacitación y a las alternativas para el cuidado y tratamientos existentes, en términos que el paciente pueda razonablemente entender y estar habilitado para tomar una decisión sobre el procedimiento a seguirse. Exceptuándose las situaciones de emergencia. El paciente tiene derecho a que el centro de salud le informe quien es el médico responsable de su tratamiento” (38).

➤ **Derechos de Enfermeros y Enfermeras.**

Art.5. “Las profesionales enfermeras y enfermeros que se encuentran prestando sus servicios en los organismos de salud que dependen de la administración pública estarán protegidos por la Ley de Servicio Civil y Carrera Administrativa; los profesionales que presten sus servicios en instituciones de salud privada estarán protegidos por el Código de Trabajo” (39).

➤ **Pautas Éticas de la Investigación en Seres Humanos.**

➤ **El respeto por las personas.**

“Respeto por la autonomía, que implica que las personas capaces de deliberar sobre sus decisiones sean tratadas con respeto por su capacidad de autodeterminación.

Protección de las personas con autonomía disminuida o deteriorada, que implica que se debe proporcionar seguridad contra daño o abuso a todas las personas dependientes o vulnerables”.

➤ **Beneficencia.**

“Se refiere a la obligación ética de maximizar el beneficio y minimizar el daño. Este principio da lugar a pautas que establecen que los riesgos de la investigación sean razonables a la luz de los beneficios esperados, que el diseño de la investigación sea válido y que los investigadores sean competentes para conducir la investigación y para proteger el bienestar de los sujetos de investigación”.

➤ **Justicia.**

“Se refiere a la obligación ética de tratar a cada persona de acuerdo con lo que se considera moralmente correcto y apropiado, dar a cada uno lo debido. En la ética de la investigación en seres humanos el principio se refiere, especialmente, a la justicia distributiva, que establece la distribución equitativa de cargas y beneficios al participar en investigación.

La justicia requiere también que la investigación responda a las condiciones de salud o a las necesidades de las personas vulnerables. Las personas seleccionadas debieran ser lo menos vulnerables posible para cumplir con los propósitos de la investigación” (40).

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 se limita a la observación de situaciones ya existentes.

3.2 Tipos de investigación

Este tipo de investigación descriptivo ya que nos permite discutir las características del estudio tal cual fueron observadas, es de corte transversal ya que la toma de datos se la hizo por una sola vez.

No experimental ya que el fenómeno de la investigación fue el objeto de estudio se lo desarrollo de una manera material en la manipulación de variable que modifique dicho fenómeno en estudio.

3.3 Localización del área de estudio

La investigación se llevó a cabo en la comunidad de Archidona perteneciente al cantón Archidona de la provincia de Napo.

3.4 Población

Mujeres gestantes de la comunidad de Archidona

3.4.1 Muestra

Por ser un número reducido se trabajó con 36 mujeres gestantes que participaron en el estudio por lo que no se realizó cálculos muestrales.

3.4.2 Criterios de Inclusión.

Mujeres gestantes de la comunidad de Archidona, quienes accedieron a participar en el estudio por lo que no se realizó cálculos muestrales.

3.4.3 Criterios de Exclusión.

Mujeres que no han cursado un embarazo.

Mujeres que no deseen participar en el estudio.

Mujeres que no pertenezcan a la comunidad de Archidona.

3.5 Operacionalización de variables.

Objetivo.- Identificar las características socio demográficas de las gestantes de Archidona.				
Variable	Concepto	Dimensión	Indicador	Escala
Factores Sociodemográficos	Conjunto de características sociales y demográficas relacionados con las mujeres gestantes de la comunidad	Edad	N° de mujeres según grupo de edad	10 a 18 19 a 30 31 a 40 41 a 50 >50
		Etnia	Población según autodefinición étnica	Blanco Mestizo Indígena Afrodescendiente Otro
		Nivel de Escolaridad	Población por nivel de escolaridad	Ninguno Primaria Secundaria Superior
		Estado Civil	Población según estado civil	Soltero Casado Viudo Unión Libre
		Tipo de trabajo	Tipo de trabajo	Ama de casa Empleada privada Servidor Publico Estudiante Otro

Objetivo.- Detallar los riesgos preconcepciones de las gestantes de la comunidad de Archidona.

Variable	Concepto	Dimensión	Indicador	Escala
Riesgos Preconcepcionales	la probabilidad que tiene una gestante de sufrir daño, ella o su producto	Edad de la madre en el embarazo	Embarazo Adolescente Embarazo en mujer adulta	➤ 13 años ➤ 14 a 18
		Abortos	Abortos Previos	Si No
			Nº de abortos	1 2 3 + 3
		Antecedentes patológicos familiares	Tuberculosis, diabetes, hipertensión, preeclampsia, eclampsia, otra conducta medica grave	Tuberculosis () Diabetes () Hipertencion () Preeclampsia () Eclampsia () Otra conducta medica grave ()
		Antecedentes patológicos personales	Tuberculosis, diabetes, hipertensión, preeclampsia, eclampsia, cirugía genito urinaria, infertilidad, cardiopatía, nefropatía, violencia, VIH+, otra conducta medica grave	Tuberculosis () Diabetes () Hipertencion () Preeclampsia () Eclampsia () cirugía genito urinaria () infertilidad () cardiopatía () nefropatía () violencia () VIH+ ()

				Otra conducta medica grave ()
		Parto	Tipo de parto	eutócico () distócico()
		Embarazo	Planeado	Si () No ()
		Métodos anticonceptivos	No usaba, barrera, DIU, hormonal, emergencia, natural, otro.	No usaba () Barrera () Diu () Hormonal () Emergencia () Natural () Otro ()
		corticoides		Si () No () N/c ()
Objetivo.- Detallar los riesgos gestacionales de las gestantes de la comunidad de Archidona.				
		Embarazo actual enfermedades	Hipertensión previa, hipertensión en el embarazo, pre eclampsia, eclampsia, cardiopatía, nefropatía, diabetes, infección ovular, infección de vías urinarias, amenaza parto pre término, R.C.I.U, ruptura prematura de membranas, anemia, otra condición grave.	Hipertensión previa Hipertensión en el embarazo () Pre eclampsia () Eclampsia () Cardiopatía () Nefropatía () Diabetes () Infección ovular () Infección de vías urinarias () Amenaza parto pre término () R.C.I.U () Ruptura prematura de membranas () Anemia () otra condición grave ()

		Hábitos tóxicos	Alcohol Cigarrillo Otros Ninguno	Alcohol () Cigarrillo () Otros () Ninguno ()
--	--	-----------------	---	---

3.6 Métodos y técnicas para la recolección de información

El instrumento que se utilizó para la recopilación de datos fue la encuesta realizada por el autor.

Encuesta: A través de 15 preguntas cerradas las mismas que fueron establecidas, se obtuvo datos o respuestas sobre la investigación. Estas fueron transformadas en preguntas como análisis de datos.

3.7 Análisis e Interpretación de datos.

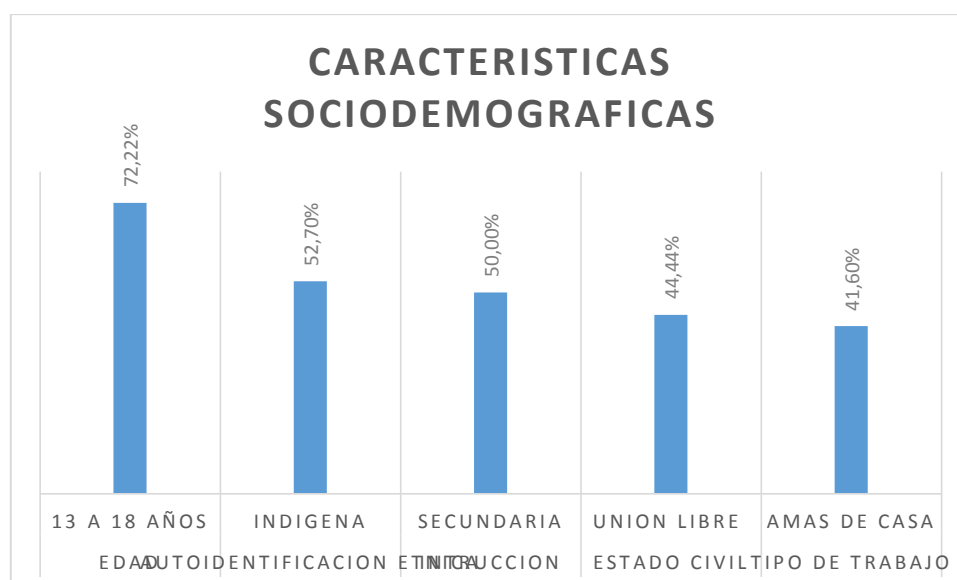
Para la recolección de datos se utilizó como base los instrumentos validados los cuales se seleccionaron las variables objeto de estudio de esta investigación: grupos de edad, etnia, escolaridad, estado civil, tipo de trabajo, edad en el primer embarazo, abortos previos, patologías familiares, enfermedades en el embarazo, tipo de parto, embarazo planeado, método anticonceptivo, uso de corticoides y enfermedades presentes en el embarazo. Se confeccionó una base de datos en el programa Microsoft Excel 2013, que fueron extraídos de la encuesta que se aplicó a las mujeres participantes en el estudio la cual fue exportada al software estadístico IBM SPSS Statistics versión 23.

CAPITULO IV

4. Resultado de la Investigación.

4.1. Análisis y discusión de los resultados.

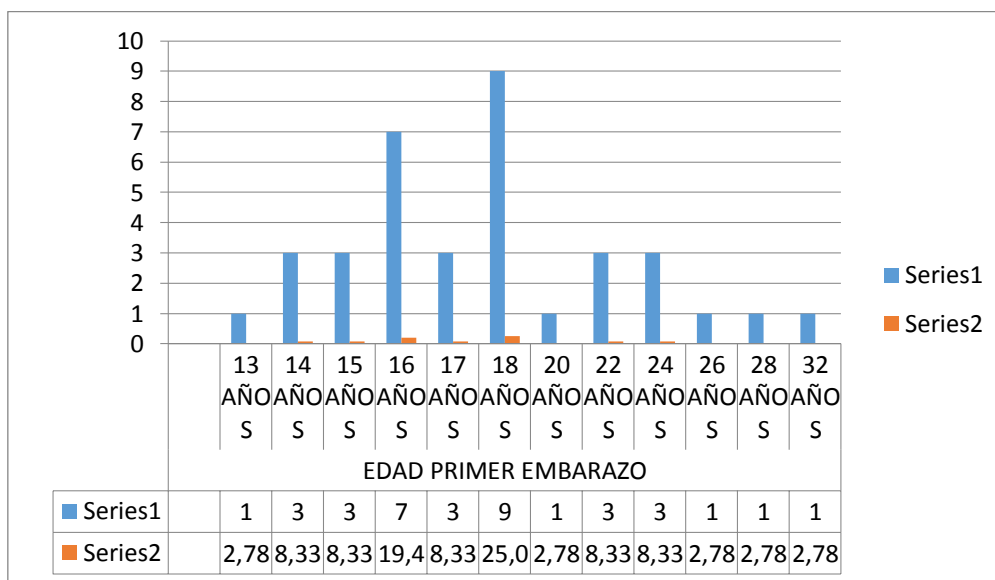
Gráfico 1: Características Sociodemográficas



Análisis.

Los resultados en el gráfico 1, reflejan que el 72,22% de las mujeres participantes en el estudio se encuentran en una edad de 13 a 18 años siendo esta el mayor porcentaje etario de la comunidad de Archidona. El 52,70% de las mujeres investigadas se auto identifican de etnia indígena. Así como el 50% de ellas poseen un nivel de instrucción secundaria. El 44,44% del total de mujeres participantes en el estudio se encuentran en estado civil de unión libre y el 41,60% de mujeres embarazadas tienen una ocupación de amas de casa, por lo que las cifras arrojadas en el estudio se encuentran en los rangos esperados. Según el instituto nacional de estadísticas y censos (INEC) de Napo el 56.8% de la población es indígena, el 35% de población total se encuentra en una edad de 15 a 25 años, el 56% de la población tiene un nivel de escolaridad de secundaria, el 40% mantienen una unión libre y el 31,8% de la población poseen un trabajo no declarado al Estado (41).

Gráfico 2: Edad en el Primer Embarazo

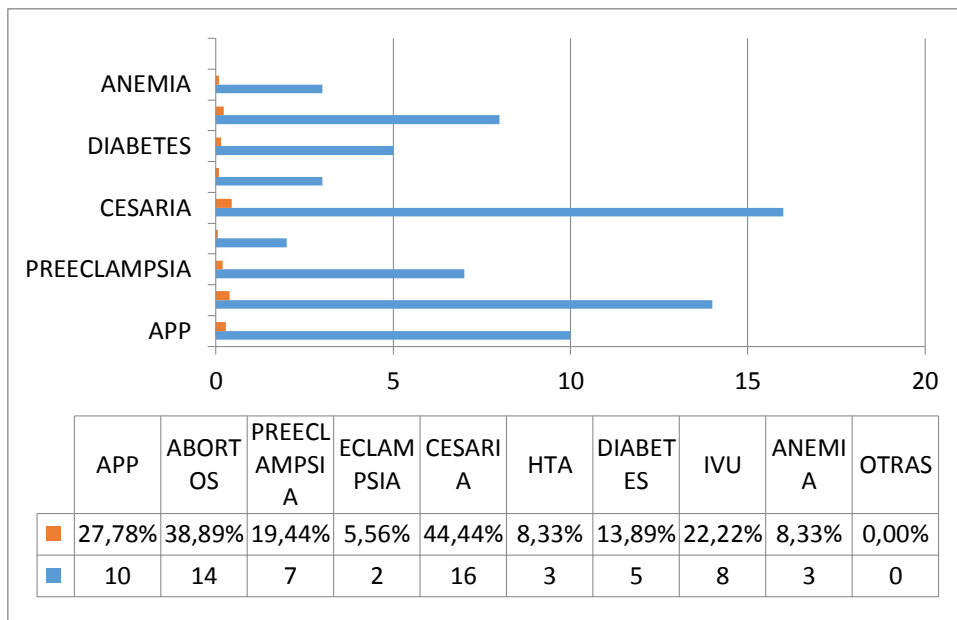


Análisis

La edad en el embarazo es de gran relevancia en la salud de la mujer gestante ya que si es una madre adolescente o una madre adulta joven esto simboliza un factor de riesgo a la salud. En el gráfico 2 podemos observar que el 72,22% del total de madres participantes en el estudio ha tenido su primera gesta en edades de 13 a 18 años lo que implica que la mayoría de las madres tuvieron un factor de riesgo presente en su embarazo. Así concluye en su trabajo de investigación realizado en 2015 por Quintero, Rondon & Rojas, Betancur en su estudio denominado “*El embarazo a temprana edad, un análisis desde la perspectiva de madres adolescentes*”, lo que demuestra que el embarazo en adolescentes es un problema de salud pública ya que se convierte en un factor de riesgo tanto para la madre como para su hijo (42).

Sobre estas consideraciones se puede confirmar que existe similitud con el estudio citado y la investigación realizada ya que un embarazo adolescente es un embarazo de riesgo para la salud de la madre.

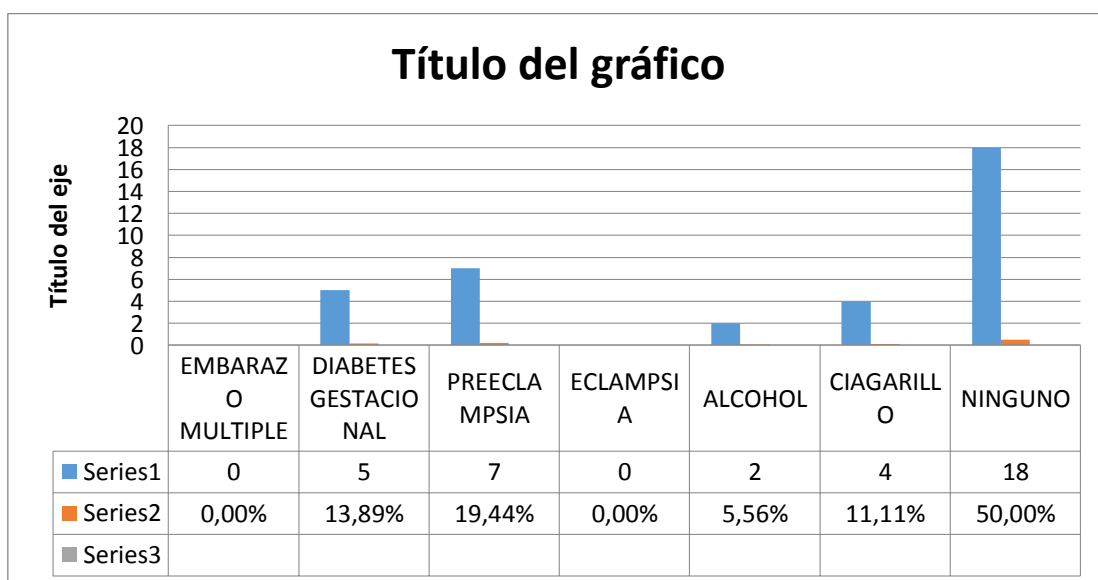
Gráfico 3: Antecedentes Reproductivos de la mujer



Análisis:

Entre los antecedentes reproductivos de la mujer el más sobresaliente tenemos la cesárea con un 44,44%, seguido de abortos, amenaza de partos prematuros, IVU y en mínima cantidad, Eclampsia e HTA. En el año 2016 Barrera, Lina; Manrique, Fred y otros en su estudio denominado “*Factores asociados al parto pre termino en adolescentes de Tuja Boyacá*”, concluye que la cesárea garantiza la salud de la mujer gestante y el bebé a fin de evitar sufrimiento fetal y enfermedades asociadas a este (43). Existiendo similitud con el estudio citado y la investigación realizada ya que las cesáreas se deben ejecutar únicamente con fines estrictamente terapéuticos y necesarios.

Gráfico 4: Factores de riesgo en el embarazo



Análisis:

Entre los Factores de riesgo en el embarazo, se evidencio que el 19,44% de las mujeres participantes presentan pre eclampsia, seguido por la diabetes gestacional 13,89%, seguido por el consumo de cigarrillo con un 11,11% y con un mínimo de mujeres gestantes que han consumido alcohol en un 5,56%. La investigación realizado en 2017 por Hernández, Salvador; Pérez, Omar y otros, en su estudio denominado “*Enfermedades metabólicas maternas asociadas a sobrepeso y obesidad pregestacional en mujeres mexicanas que cursan con embarazo de alto riesgo*”, lo que nos demuestra que las condiciones en el embarazo son un factor muy importante para evitar complicaciones en el embarazo así como el desarrollo de enfermedades que agravan posteriormente la condición de salud (45). Pese a que los porcentajes encontrados en esta investigación son bajos de alguna manera influyen en la calidad de vida de la mujer gestante y el niño.

CAPITULO V

5. Conclusiones y Recomendaciones.

5.1 Conclusiones.

De los datos obtenidos en la investigación a través de la encuesta aplicada a las madres gestantes de la comunidad de Archidona perteneciente al cantón Tena encontramos:

Entre las características Sociodemográficas encontramos que en su gran mayoría son adolescentes que oscilan entre las edades de 13 a 18 años, cuyas mujeres están cruzando su primer embarazo debido al desconocimiento de métodos de protección por falta de inclusión de programas del ministerio de salud para evitar embarazos no deseados, se auto identificación indígena con un nivel de instrucción secundaria, estado civil unión libre y lo que respecta al tipo de trabajo son amas de casa.

En lo que respecta a los antecedentes reproductivos de la mujer pudimos concluir que en su mayoría han recurrido a dar alumbramiento por medio de la cesaría debido a que son adolescentes y han presentado dificultad durante la gestación, podemos notar que gracias a los datos recolectados hay un gran número de abortos, seguido por amenazas de parto prematuros, infecciones de vías urinarias, preeclampsia, diabetes y anemia. Entre los factores de riesgo en el embarazo encontramos que predomina la preeclampsia el cual es un factor de riesgo muy importante que compromete la salud de la madre gestante, seguido de diabetes gestacional. y en un mínimo porcentaje de las mujeres participantes en el estudio han consumido alcohol y tabaco durante su embarazo no siendo este representativo pero representa un factor de riesgo en estas mujeres.

El brochure se diseñó como una herramienta y estrategia para ser apoyo para las mujeres con una vida sexual activa y que se encuentran en periodo de gestación para evitar enfermedades previas a su embarazo, posibles riesgos y complicaciones propias de este periodo.

5.2 Recomendaciones.

Se recomienda al personal de salud realizar campañas de promoción y prevención en escuelas, colegios y comunidad con actividades educativas que incentiven una adecuada salud sexual y reproductiva de manera responsable.

A las Autoridades de la Comunidad, Unidades Educativas, y de Salud crear un club de madres y club de adolescentes para así poder llegar de una manera más dinámica para alcanzar una adecuada salud sexual y reproductiva responsable de acuerdo a la edad en la que se encuentran y fomentando la importancia de evitar embarazos adolescentes.

A la Facultad Ciencias de la Salud, realizar actividades de vinculación con la comunidad e investigación sobre temas de salud sexual y reproductiva, puesto que de esta manera llegaríamos a concientizar a un alto porcentaje de población, especialmente a mujeres y adolescentes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. who.int.org. [Online].; 2017 [cited 2018 03 15]. Available from: http://www.who.int/topics/reproductive_health/es/.
2. Organización mundial de la Salud. who.int. [Online].; 2017 [cited 2018 Marzo 14. Available from: http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/EB113/seb11315a1.pdf.
3. medicina. redaccion medica. [Online]. [cited 2018 03 27. Available from: <https://www.redaccionmedica.ec/secciones/salud-publica/salud-sexual-y-reproductiva-en-el-ecuador-est-en-retroceso-87327>.
4. Organización Panamericana de la Salud. paho.org. [Online].; 2013 [cited 2018 Mayo 26. Available from: <http://www.paho.org/salud-mujeres-ninos/wp-content/uploads/2013/09/SRMS-derechos-y-legislacion.pdf?ua=1>.
5. Ministerio de Salud Pública. salud.gob.ec. [Online].; 2017 [cited 2018 Mayo 26. Available from: <https://www.salud.gob.ec/ecuador-estrategia-intersectorial-trabaja-en-salud-sexual-y-reproductiva-de-adolescentes/>.
6. Leonor A. superintendencia de educación superior y universitaria. [Online].; 2017 [cited 2018 Marzo 28. Available from: www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/handle/usmp/2689.
7. Saeteros R, Díaz Z. Representaciones socioculturales sobre el ideal de la salud sexual y reproductiva en estudiantes universitarios ecuatorianos. Revista cubana de salud pública. 2015 Mayo; 41(3).
8. Rojas M, Méndez R. Salud sexual y reproductiva en adolescentes: la fragilidad en autonomía. Revista hacia la promoción de la salud. 2016 Junio; 21(1).
9. Rangel Y, Costero M. Los riesgos para la salud sexual y reproductiva en un grupo históricamente vulnerable: Un estudio sobre las experiencias y percepciones de mujeres parejas de migrantes. Revista de El Colegio de San Luis. 2016 Julio; VI(12).
10. Baiz J, Morales F. Aspectos psicosociales de la salud sexual y reproductiva en estudiantes universitarios. Revista Salud y Sociedad. 2016 Agosto ; 7(2).
11. Gobierno Autónomo Descentralizado de Napo. turismoaccesible.ec. [Online].; 2014 [cited 2018 03 28. Available from: <http://turismoaccesible.ec/site/destination/region-amazonica/napo/san-juan-de-los-dos-rios-de-tena/>.
12. Gobierno Autónomo Descentralizado Municipal de Archidona. archidona.gob.ec. [Online].; 2017 [cited 2018 Marzo 28. Available from: <http://www.archidona.gob.ec/municipalidad/historia.html>.
13. Gobierno de El Salvador. siteresources.worldbank.org. [Online].; 2014 [cited 2018 Mayo

28. Available from:
http://siteresources.worldbank.org/INTLACREGTOPHEANUTPOP/Resources/832436-1363200877627/Informe_SSR_FINAL.pdf.
14. Departamento de Información Pública de las Naciones Unidas. un.org. [Online].; 2014 [cited 2018 Junio 4. Available from:
<http://www.un.org/esa/socdev/unpfii/documents/2014/press/es-shrr.pdf>.
15. Villagrán M, Carreño E. universidaddechile.gob.ch. [Online].; 2014 [cited 2018 Junio 6. Available from: <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/OB03020108031.pdf>.
16. Ojeda J, Rodríguez M. Cambios fisiológicos durante el embarazo. Su importancia para el anestesiólogo. Revista Medisur. 2015 Septiembre; 9(5).
17. Rovati L. bebesymas.com. [Online].; 2017 [cited 2018 Junio 11. Available from:
<https://www.bebesymas.com/embarazo/parto-prematuro-senales-de-alarma>.
18. Sociedad Española de Cirugía y Obstetricia. abortar.org. [Online].; 2017 [cited 2018 Junio 11. Available from: <http://www.abortar.org/>.
19. Saceda D. webconsultas.com. [Online].; 2017 [cited 2018 Junio 11. Available from:
<https://www.webconsultas.com/embarazo/el-parto/que-es-una-cesarea>.
20. Institutos Nacionales de la Salud. 1.nichd.nih.gov/español. [Online].; 2016 [cited 2018 Junio 6. Available from: <https://www1.nichd.nih.gov/espanol/salud/temas/high-risk/informacion/Pages/factores.aspx>.
21. Institut Clínic de Ginecologia, Obstetrícia and Neonatología. medicinafetalbarcelona.org. [Online].; 2015 [cited 2018 Junio 11. Available from:
<https://medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/patologia-materna-obstetrica/epilepsia%20y%20gestaci%C3%B3n.pdf>.
22. Martínez J, del Moral M. Actualización sobre embarazo y enfermedad cardiovascular. Revista Enfermería en Cardiología. 2015 Mayo ; 54(1).
23. Artal R. msdmanuals.com. [Online].; 2017 [cited 2018 Junio 6. Available from:
<https://www.msdmanuals.com/es/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetrica/embarazo-de-alto-riesgo/factores-de-riesgo-para-complicaciones-durante-el-embarazo>.
24. Molina R, Luengo X. dev.bri.cl/sogia/wp-content.com. [Online].; 2016 [cited 2018 Junio 6. Available from: <http://dev.bri.cl/sogia/wp-content/uploads/2015/05/V1factores.pdf>.
25. webconsultas. webconsultas.com. [Online].; 2018 [cited 2018 Junio 11. Available from:
<https://www.webconsultas.com/embarazo/vivir-el-embarazo/embarazo-multiple-864>.

26. American Diabetes Association. diabetes.org. [Online].; 2017 [cited 2018 Junio 12. Available from: <http://www.diabetes.org/es/informacion-basica-de-la-diabetes/diabetes-gestacional/que-es-la-diabetes-gestacional.html>.
27. guiainfantil.com. guiainfantil.com. [Online].; 2018 [cited 2018 Junio 12. Available from: <https://www.guiainfantil.com/salud/embarazo/preeclampsia.htm>.
28. Pinheiro P. mdsau.de.com. [Online].; 2018 [cited 2018 Junio 12. Available from: <https://www.mdsau.de.com/es/2017/05/eclampsia-y-preeclampsia.html>.
29. Fondo de Poblacion de las Naciones Unidas. unfpa.org. [Online].; 2015 [cited 2018 Junio 4. Available from: http://www.unfpa.org.mx/ssr_mortalidad_materna.php.
30. Ministerio de Salud Pública. salud.gob.ec. [Online].; 2015 [cited 2018 Junio 6. Available from: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/GPC-CPN-final-mayo-2016-DNN.pdf>.
31. Goiz E. mibebeoyo.com. [Online].; 2016 [cited 2018 Junio 4. Available from: <https://www.mibebeoyo.com/enfermedades/enfermedades-en-el-embarazo>.
32. GobiernoUSA.gov. cdc.gov. [Online].; 2016 [cited 2018 Junio 4. Available from: <https://www.cdc.gov/std/spanish/embarazo/stdfact-pregnancy-s.htm>.
33. Departamento de Salud y Servicios Humanos de USA. babycenter.com. [Online].; 2018 [cited 2018 Junio 4. Available from: <https://espanol.babycenter.com/a14300260/enfermedades-de-transmisi%C3%B3n-sexual-durante-el-embarazo>.
34. 2008, Asamblea constituyente del Ecuador. Constitucion de la República de Ecuador. 2008. articulo 32 seccion salud.
35. Ministerio de Salud Pública de Ecuador. aplicaciones.gob.ec. [Online].; 2012 [cited 2018 Febrero 11. Available from: <https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/INICIATIVA%20MUNDIAL%20SOBRE%20TENDENCIAS%20EN%20LACTANCIA%20MATERNA.pdf>.
36. Republica del Ecuador Consejo Nacional de Planificacion. Plan Nacional de Desarrollo 2017-2021. 2017..
37. Ministerio de Salud Publica del Ecuador. Plan Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva 2017-2021. 2017..
38. Congreso Nacional,. salud.gob.ec. [Online].; 2006 [cited 2016 Octubre 11. Available from: <http://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/09/Normativa-Ley-de-Derechos-y-Amparo-del-Paciente.pdf>.

39. Congreso Nacional. scribd. [Online].; 2011 [cited 2016 Octubre 11. Available from: <http://natalynurse.blogspot.com/2011/01/ley-de-ejercicio-profesional-de-las.html>.
40. CIOMS; Organizacion Mundial de la Salud. ub.edu. [Online].; 2002 [cited 2018 Junio 4. Available from: http://www.ub.edu/rceue/archivos/Pautas_Eticas_Internac.pdf.
41. Instituto nacional de estadísticas y censos. ecuadorencifras.gob.ec. [Online].; 2010 [cited 2018 Junio 7. Available from: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/wp-content/descargas/Manu-lateral/Resultados-provinciales/napo.pdf>.
42. Quintero R, Rojas B. El embarazo a temprana edad, un analisis desde la perspectiva de madres adolescentes. Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal. 2015 Mayo ; 44(1).
43. Barrera L, Manrique F. Factores asociados al parto pre termino en adolescentes de Tuja Boyacá. Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal. 2016 Mayo ; 1(48).
44. Zerquera J, Cabada Y. Factores de riesgo relacionados con bajo peso al nacer en el municipio Cienfuegos. Revista Medisur. 2015 Junio ; 13(3).
45. Hernández S, Pérez A. Enfermedades metabólicas maternas asociadas a sobrepeso y obesidad pregestacional en mujeres mexicanas que cursan con embarazo de alto riesgo. Revista cirugía y cirujanos. 2017 Agosto ; 85(4).
46. Quinteros P. Caracterización de los factores de riesgo del embarazo en la adolescencia en el Policlínico Universitario "Pedro Borrás Astorga". Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. 2016 Julio ; 42(3).
47. Tundidor R, García P. Protocolo diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la diabetes en el embarazo. Revista Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado. 2016 Septiembre; 12(17).
48. Milos M, Sucksdorf B. Análisis de los factores de riesgo para el desarrollo de estados hipertensivos del embarazo. Revista de la federacion argentina de cardiología. 2017 Mayo ; 46(4).
1. Organizacion Mundial de la Salud. who.int.org. [Online].; 2017 [cited 2018 03 15. Available from: http://www.who.int/topics/reproductive_health/es/.
2. Organizacion mundial de la Salud. who.int. [Online].; 2017 [cited 2018 Marzo 14. Available from: http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/EB113/seb11315a1.pdf.
3. medica r. redaccion medica. [Online]. [cited 2018 03 27. Available from: <https://www.redaccionmedica.ec/secciones/salud-publica/salud-sexual-y-reproductiva-en-el-ecuador-est-en-retroceso-87327>.

4. Organización Panamericana de la Salud. paho.org. [Online].; 2013 [cited 2018 Mayo 26]. Available from: <http://www.paho.org/salud-mujeres-ninos/wp-content/uploads/2013/09/SRMS-derechos-y-legislacion.pdf?ua=1>.
5. Ministerio de Salud Pública. salud.gob.ec. [Online].; 2017 [cited 2018 Mayo 26]. Available from: <https://www.salud.gob.ec/ecuador-estrategia-intersectorial-trabaja-en-salud-sexual-y-reproductiva-de-adolescentes/>.
6. Leonor A. super intendencia de educacion superior y universitaria. [Online].; 2017 [cited 2018 Marzo 28]. Available from: www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/handle/usmp/2689.
7. Saeteros R, Díaz Z. Representaciones socioculturales sobre el ideal de la salud sexual y reproductiva en estudiantes universitarios ecuatorianos. Revista cubana de salud publica. 2015 Mayo; 41(3).
8. Rojas M, Méndez R. Salud sexual y reproductiva en adolescentes: la fragilidad en autonomía. Revista hacia la promoción de la salud. 2016 Junio; 21(1).
9. Rangel Y, Costero M. Los riesgos para la salud sexual y reproductiva en un grupo históricamente vulnerado: Un estudio sobre las experiencias y percepciones de mujeres parejas de migrantes. Revista de El Colegio de San Luis. 2016 Julio; VI(12).
10. Baiz J, Morales F. Aspectos psicosociales de la salud sexual y reproductiva en estudiantes universitarios. Revista Salud y Sociedad. 2016 Agosto ; 7(2).
11. Gobierno Autónomo Descentralizado de Napo. turismoaccesible.ec. [Online].; 2014 [cited 2018 03 28]. Available from: <http://turismoaccesible.ec/site/destination/region-amazonica/napo/san-juan-de-los-dos-rios-de-tena/>.
12. Gobierno Autónomo Descentralizado Municipal de Archidona. archidona.gob.ec. [Online].; 2017 [cited 2018 Marzo 28]. Available from: <http://www.archidona.gob.ec/municipalidad/historia.html>.
13. Gobierno de El Salvador. siteresources.worldbank.org. [Online].; 2014 [cited 2018 Mayo 28]. Available from: http://siteresources.worldbank.org/INTLACREGTOPHEANUTPOP/Resources/832436-1363200877627/Informe_SSR_FINAL.pdf.
14. Departamento de Información Pública de las Naciones Unidas. un.org. [Online].; 2014 [cited 2018 Junio 4]. Available from: <http://www.un.org/esa/socdev/unpfii/documents/2014/press/es-shrr.pdf>.
15. Villagrán M, Carreño E. universidaddechile.gob.ch. [Online].; 2014 [cited 2018 Junio 6]. Available from: <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/OB03020108031.pdf>.

16. Ojeda J, Rodríguez M. Cambios fisiológicos durante el embarazo. Su importancia para el anesestesiólogo. Revista Medisur. 2015 Septiembre; 9(5).
17. Rovati L. bebesymas.com. [Online].; 2017 [cited 2018 Junio 11. Available from: <https://www.bebesymas.com/embarazo/parto-prematuro-senales-de-alarma>.
18. Sociedad Española de Cirugía y Obstetricia. abortar.org. [Online].; 2017 [cited 2018 Junio 11. Available from: <http://www.abortar.org/>.
19. Saceda D. webconsultas.com. [Online].; 2017 [cited 2018 Junio 11. Available from: <https://www.webconsultas.com/embarazo/el-parto/que-es-una-cesarea>.
20. Institutos Nacionales de la Salud. 1.nichd.nih.gov/español. [Online].; 2016 [cited 2018 Junio 6. Available from: <https://www1.nichd.nih.gov/espanol/salud/temas/high-risk/informacion/Pages/factores.aspx>.
21. Institut Clínic de Ginecologia, Obstetrícia and Neonatología. medicinafetalbarcelona.org. [Online].; 2015 [cited 2018 Junio 11. Available from: <https://medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/patologia-materna-obstetrica/epilepsia%20y%20gestaci%C3%B3n.pdf>.
22. Martínez J, del Moral M. Actualización sobre embarazo y enfermedad cardiovascular. Revista Enfermería en Cardiología. 2015 Mayo ; 54(1).
23. Artal R. msdmanuals.com. [Online].; 2017 [cited 2018 Junio 6. Available from: <https://www.msdmanuals.com/es/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/embarazo-de-alto-riesgo/factores-de-riesgo-para-complicaciones-durante-el-embarazo>.
24. Molina R, Luengo X. dev.bri.cl/sogia/wp-content.com. [Online].; 2016 [cited 2018 Junio 6. Available from: <http://dev.bri.cl/sogia/wp-content/uploads/2015/05/V1factores.pdf>.
25. webconsultas. webconsultas.com. [Online].; 2018 [cited 2018 Junio 11. Available from: <https://www.webconsultas.com/embarazo/vivir-el-embarazo/embarazo-multiple-864>.
26. American Diabetes Association. diabetes.org. [Online].; 2017 [cited 2018 Junio 12. Available from: <http://www.diabetes.org/es/informacion-basica-de-la-diabetes/diabetes-gestacional/que-es-la-diabetes-gestacional.html>.
27. guiainfantil.com. guiainfantil.com. [Online].; 2018 [cited 2018 Junio 12. Available from: <https://www.guiainfantil.com/salud/embarazo/preeclampsia.htm>.
28. Pinheiro P. mdsauade.com. [Online].; 2018 [cited 2018 Junio 12. Available from: <https://www.mdsauade.com/es/2017/05/eclampsia-y-preeclampsia.html>.
29. Fondo de Poblacion de las Naciones Unidas. unfpa.org. [Online].; 2015 [cited 2018 Junio 4.

Available from: http://www.unfpa.org.mx/ssr_mortalidad_materna.php.

30. Ministerio de Salud Pública. salud.gob.ec. [Online].; 2015 [cited 2018 Junio 6. Available from: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/GPC-CPN-final-mayo-2016-DNN.pdf>.
31. Goiz E. mibebeyo.com. [Online].; 2016 [cited 2018 Junio 4. Available from: <https://www.mibebeyo.com/enfermedades/enfermedades-en-el-embarazo>.
32. GobiernoUSA.gov. cdc.gov. [Online].; 2016 [cited 2018 Junio 4. Available from: <https://www.cdc.gov/std/spanish/embarazo/stdfact-pregnancy-s.htm>.
33. Departamento de Salud y Servicios Humanos de USA. babycenter.com. [Online].; 2018 [cited 2018 Junio 4. Available from: <https://espanol.babycenter.com/a14300260/enfermedades-de-transmisi%C3%B3n-sexual-durante-el-embarazo>.
34. 2008, Asamblea constituyente del Ecuador. Constitucion de la República de Ecuador. 2008. articulo 32 seccion salud.
35. Ministerio de Salud Pública de Ecuador. aplicaciones.gob.ec. [Online].; 2012 [cited 2018 Febrero 11. Available from: <https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/INICIATIVA%20MUNDIAL%20SOBRE%20TENDENCIAS%20EN%20LACTANCIA%20MATERNA.pdf>.
36. Republica del Ecuador Consejo Nacional de Planificacion. Plan Nacional de Desarrollo 2017-2021. 2017..
37. Ministerio de Salud Publica del Ecuador. Plan Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva 2017-2021. 2017..
38. Congreso Nacional,. salud.gob.ec. [Online].; 2006 [cited 2016 Octubre 11. Available from: <http://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/09/Normativa-Ley-de-Derechos-y-Amparo-del-Paciente.pdf>.
39. Congreso Nacional. scribd. [Online].; 2011 [cited 2016 Octubre 11. Available from: <http://natalynurse.blogspot.com/2011/01/ley-de-ejercicio-profesional-de-las.html>.
40. CIOMS; Organizacion Mundial de la Salud. ub.edu. [Online].; 2002 [cited 2018 Junio 4. Available from: http://www.ub.edu/rceue/archivos/Pautas_Eticas_Internac.pdf.
41. Instituto nacional de estadisticas y censos. ecuadorencifras.gob.ec. [Online].; 2010 [cited 2018 Junio 7. Available from: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/wp-content/descargas/Manu-lateral/Resultados-provinciales/napo.pdf>.

42. Quintero R, Rojas B. El embarazo a temprana edad, un analisis desde la perspectiva de madres adolescentes. *Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal*. 2015 Mayo ; 44(1).
43. Barrera L, Manrique F. Factores asociados al parto pre termino en adolescentes de Tuja Boyacá. *Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal*. 2016 Mayo ; 1(48).
44. Zerquera J, Cabada Y. Factores de riesgo relacionados con bajo peso al nacer en el municipio Cienfuegos. *Revista Medisur*. 2015 Junio ; 13(3).
45. Hernández S, Pérez A. Enfermedades metabólicas maternas asociadas a sobrepeso y obesidad pregestacional en mujeres mexicanas que cursan con embarazo de alto riesgo. *Revista cirugía y cirujanos*. 2017 Agosto ; 85(4).
46. Quinteros P. Caracterización de los factores de riesgo del embarazo en la adolescencia en el Policlínico Universitario "Pedro Borrás Astorga". *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*. 2016 Julio ; 42(3).
47. Tundidor R, García P. Protocolo diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la diabetes en el embarazo. *Revista Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*. 2016 Septiembre; 12(17).
48. Milos M, Sucksdorf B. Análisis de los factores de riesgo para el desarrollo de estados hipertensivos del embarazo. *Revista de la federacion argentina de cardiología*. 2017 Mayo ; 46(4).

ANEXOS

ANEXO 1: Fotografías



Lugar: Parque de la comunidad de Archidona

fuentes: Edison Pujota



Lugar: Comunidad de Archidona

Fuente: Edison Pujota



Lugar: Comunidad de Archidona

Fuente: Edison Pujota



Lugar: Comunidad de Archidona

Fuente: Edison Pujota



Lugar: Comunidad de Archidona

Fuente: Edison Pujota

ANEXO 2: Instrumento

UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN DE PROYECTO DE TESIS:

Tema: Descripción de la salud reproductiva de gestantes de la comunidad de Archidona durante el periodo 2016-2017.

Objetivo: Describir las principales características de salud reproductiva en la comunidad de Archidona.

Está dirigida a mujeres de la comunidad de Archidona, que tengan por lo menos un embarazo, parto o puerperio.

Consentimiento:

La presente encuesta se realizará de forma personal para poder investigar y obtener datos verídicos acerca de la salud reproductiva, la misma que se utilizará para poder brindar una educación de calidad y calidez a todas las madres que estén en esta etapa de su vida; de igual forma será un instrumento para mejorar la calidad de vida de las mujeres embarazadas. Se agradece su colaboración con dicha investigación y se desea los mejores resultados en cuanto a la salud reproductiva.

Instrucción:

Lea detenidamente cada enunciado y marque con una X en el casillero correspondiente en la respuesta que se encuentre de acuerdo a su criterio.

CUESTIONARIO

1. Edad

- 10 a 18 ()
- 19 a 30 ()
- 31 a 40 ()
- 41 a 50 ()
- > 50 ()

2. Auto identificación étnica

- Blanco ()
- Mestizo ()
- Indígena ()
- Afrodescendiente ()
- Otro ()

3. Nivel de Escolaridad

- Ninguno ()
- Primaria ()
- Secundaria ()
- Superior ()

4. Estado Civil

- Soltero ()
- Casado ()
- Viudo ()
- Unión Libre ()

5. Tipo de trabajo al que se dedica actualmente.

- Ama de casa ()
- Empleada privada ()
- Servidor Público ()
- Estudiante ()
- Otro ()

6. A qué edad tuvo su primer embarazo _____

7. ¿Ha tenido usted abortos?

- Si ()
- No ()

8- Número de abortos.

1	2	3	+3
---	---	---	----

9. ¿Sus familiares cercanos han tenido enfermedades en el embarazo?

	si	no
Tuberculosis		
Diabetes		
Hipertensión		
Preeclampsia		
Eclampsia		
Otra conducta medica grave		

10. ¿Ha sufrido usted enfermedades previas a su embarazo?

	si	No
Tuberculosis		
Diabetes		
Hipertension		
Preeclampsia		
Eclampsia		
Cirugía genito urinaria		
Infertilidad		
Cardiopatía		
Nefropatía		
violencia		
VIH +		
Otra condición médica grave		

11. Tipo de parto.

Vaginal	si	no	Cesaría	Si	no
---------	----	----	---------	----	----

12. Su embarazo fue planeado.

Si ()

No ()

13. Señale el tipo de método anticonceptivo que uso.

	si	No
No usaba		
Barrera		
Diu		
Hormonal		
Emergencia		
Natural		
Otro		

14. Uso corticoides antenatales.

	si	No
Completo		
Incompleto		
Ninguna		
N/C		

15. ¿En su embarazo usted tubo una de las siguiente enfermedades'

Enfermedades	SI	NO
Hipertensión previa		
Hipertensión en el embarazo		
Preeclampsia		
Eclampsia		
Cardiopatía		
Nefropatía		
Diabetes		
Infección ovular		
Infección de vías urinarias		
Amenaza parto pretermino		
R.C.I.U.		

Roptura prematura de membranas		
Anemia		
Otra condición grave		

16. ¿Ha consumido usted alguna de estas sustancias durante su embarazo?

- Alcohol ()
- Tabaco ()
- Otros ()
- Ninguno ()

Urkund Analysis Result

Analysed Document: TESIS EDISON PUJOTA.docx (D40450175)
Submitted: 6/29/2018 4:51:00 AM
Submitted By: Tavo04091991@hotmail.com
Significance: 5 %

Sources included in the report:

tesis final.docx (D27045664)
TESIS (1)_SinMarcoLegal.docx (D38543368)
Lic. Sonia Revelo 08-02-2016.docx (D17667222)
Tesis Karin Guamialamá.docx (D31233297)
ENFERMEDADES ASOCIADAS AL EMBARAZO EN PRIMIGESTAS.docx (D36187060)
Empastado 08-03-2016.docx (D18406876)
TESIS RIERA- ORTEGA MULTIPARIDAD.docx (D16598854)
[https://www.msmanuals.com/es/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/embarazo-de-alto-riesgo/factores-de-riesgo-para-complicaciones-durante-el-embarazo.](https://www.msmanuals.com/es/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/embarazo-de-alto-riesgo/factores-de-riesgo-para-complicaciones-durante-el-embarazo)

Instances where selected sources appear:

26