



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

**TEMA:**

“FACTORES DE RIESGO MATERNO-FETAL EN MUJERES AÑOSAS, INGRESADAS EN GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL DELFINA TORRES DE CONCHA 2018”

Trabajo de grado previo a la obtención del título de Licenciada en Enfermería

**AUTOR(A):** Karina Michelle Toapanta Cazares

**TUTORA:** MSc. Morejón Jácome Gladys Edelmira

Ibarra – Ecuador

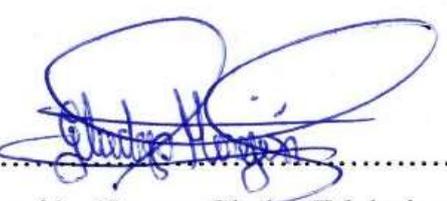
2019

## **CONSTANCIA DE APROBACIÓN DEL DIRECTOR DE TESIS**

En calidad de Directora de la tesis de grado titulada “**FACTORES DE RIESGO MATERNO-FETAL EN MUJERES AÑOSAS, INGRESADAS EN GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL DELFINA TORRES DE CONCHA 2018**” de autoría de Karina Michelle Toapanta Cazares, para obtener el Título de Licenciada en Enfermería, doy fe que dicho 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 8 días del mes de mayo del 2019

**Lo certifico:**

(Firma).....

MSc. Morejón Jácome Gladys Edelmira

C.C: 1002430534

**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

En cumplimiento del Art. 144 de la Ley de Educación Superior, hago la entrega del presente trabajo a la Universidad Técnica del Norte para que sea publicado en el Repositorio Digital Institucional, para lo cual pongo a disposición la siguiente información:

DATOS DE CONTACTO			
<b>CÉDULA DE IDENTIDAD:</b>	1003824164		
<b>APELLIDOS Y NOMBRES:</b>	Toapanta Cazares Karina Michelle		
<b>DIRECCIÓN:</b>	Av. José Miguel Vaca 7-25 y Guaranda (Azaya)		
<b>EMAIL:</b>	mishu_k@hotmail.es		
<b>TELÉFONO FIJO:</b>	2-545-951	<b>TELÉFONO MÓVIL:</b>	0994164834

DATOS DE LA OBRA	
<b>TÍTULO:</b>	Factores de riesgo Materno-Fetal en mujeres añosas, ingresadas en Ginecología del Hospital Delfina Torres de Concha 2018
<b>AUTOR (ES):</b>	Toapanta Cazares Karina Michelle
<b>FECHA: DD/MM/AAAA</b>	08/05/2019
SOLO PARA TRABAJOS DE GRADO	
<b>PROGRAMA:</b>	<input checked="" type="checkbox"/> <b>PREGRADO</b> <input type="checkbox"/> <b>POSGRADO</b>
<b>TÍTULO POR EL QUE OPTA:</b>	Licenciatura en Enfermería
<b>ASESOR /DIRECTOR:</b>	MSc. Morejón Jácome Gladys Edelmira

#### 2. CONSTANCIAS

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

Ibarra, a los 08 días del mes de mayo de 2019

**EL AUTOR:**  
(Firma).....  
Karina Michelle Toapanta Cazares

## REGISTRO BIBLIOGRÁFICO

**Guía:** FCS.UTN

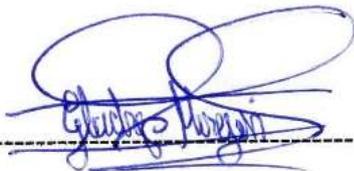
**Fecha:** Ibarra, 8 de mayo de 2019

**Karina Michelle Toapanta Cazares** “FACTORES DE RIESGO MATERNO-FETAL EN MUJERES AÑOSAS, INGRESADAS EN GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL DELFINA TORRES DE CONCHA 2018” / TRABAJO DE GRADO. Licenciada en Enfermería. Universidad Técnica del Norte Ibarra.

**DIRECTORA DE TESIS:** MSc. Morejón Jácome Gladys Edelmira

El principal objetivo de la presente investigación fue, Identificar los factores de riesgo materno-fetal en mujeres añosas ingresadas en ginecología del Hospital Delfina Torres de Concha. Entre los objetivos específicos se encuentran: Caracterizar siciodemográficamente a la población de estudio, Determinar los principales riesgos Materno-Fetal en mujeres años, Determinar complicaciones del Recién Nacido de madres añosas y Elaborar una guía informativa de los principales riesgos que implican un embarazo en mujeres añosas.

**Fecha:** Ibarra, 8 de mayo de 2019



MSc. Morejón Jácome Gladys Edelmira

**Directora**



Karina Michelle Toapanta Cazares

**Autora**

## DEDICATORIA

Primeramente, a Dios padre celestial por haberme permitido llegar hasta este punto, por haberme dado salud, por ser el manantial de vida, por darme lo necesario para seguir cada día y conseguir mi objetivo, por su infinita bondad y amor que en cada momento lo sentí.

A mi madre Susana Cazares quien siempre ha estado a mi lado apoyándome y dándome ese apoyo incondicional que solo una madre le puede dar a su hija, para seguir adelante y no desfallecer en el intento, siempre a mi lado en las dificultades, triunfos y alegrías a lo largo de mi vida, A mis hermanos Marjorie y Juan Carlos por ser una de mis más grandes motivaciones, por brindarles el ejemplo como hermana mayor que aquel que persevera alcanza y que todo lo que se hace bien, al final trae muchos triunfos. Culminar esta etapa es muestra de ello.

*Karina Michelle Toapanta Cazares*

*“Ahora puedo decir que todo lo que soy  
es gracias a todos ustedes”*

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco a Dios por acompañarme a lo largo de mi camino y de darme la fortaleza para cumplir todos y cada uno de mis objetivos. A la Universidad Técnica del Norte y a la Facultad Ciencias de la Salud por permitirme realizar este estudio. A mi directora de tesis MSc. Gladis Morejón por su paciencia, apoyo, por su entrega y colaboración a lo largo de esta investigación, por la confianza brindada y por impulsarme siempre a hacer las cosas de la mejor forma posible. A mi madre Susana cazares por su lucha diaria y por demostrarme que con trabajo y esfuerzo se puede salir adelante. A mi tío Fernando Ibadango por estar pendiente siempre, tratando de compartir su granito de arena. Y por ayudarme a salir adelante siempre con positivismo y con la ideología de que tiempos mejores siempre están próximos y este es uno de los pasos para lograrlo.

A todas las personas que me aprecian y que de una u otra forma han contribuido en la elaboración de este estudio, gracias por el cariño y por el impulso a seguir avanzando siempre. Gracias por creer en mí.

## ÍNDICE GENERAL

CONSTANCIA DE APROBACIÓN DEL DIRECTOR DE TESIS .....	i
AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN .....	ii
REGISTRO BIBLIOGRÁFICO .....	iii
DEDICATORIA .....	iv
AGRADECIMIENTO .....	v
ÍNDICE GENERAL.....	vi
ÍNDICE DE TABLAS .....	ix
RESUMEN.....	x
ABSTRACT.....	xi
TEMA: .....	xii
CAPÍTULO I.....	1
1. Problema de investigación .....	1
1.1. Planteamiento del problema.....	1
1.2. Formulación del problema .....	3
1.3. Justificación .....	4
1.4. Objetivos .....	5
1.5. Preguntas de la investigación.....	6
CAPÍTULO II .....	7
2. Marco Teórico .....	7
2.1. Marco Referencial.....	7
2.2. Marco Contextual .....	10
2.2.1.Generalidades del Hospital General Sur Delfina Torres de Concha .....	10
2.3. Marco conceptual.....	15
2.3.1. Teoría de enfermería .....	15
2.3.2. Concepto.....	16
2.3.3. Factores de riesgo en el embarazo con edad avanzada .....	16
2.3.3.1. Diabetes Gestacional .....	16
2.3.3.2. Hipertensión Gestacional .....	17

2.3.3.3.	Preeclampsia.....	19
2.3.3.4.	Eclampsia .....	20
2.3.3.5.	Hemorragia.....	22
2.3.3.6.	Anemia .....	26
2.3.3.7.	Embarazo general.....	27
2.3.3.8.	Ruptura prematura de membranas.....	28
2.3.3.1.	Parto prematuro .....	29
2.3.3.2.	Pérdida del embarazo .....	30
2.3.4.	Factores de riesgo para el Recién Nacido .....	30
2.3.4.1.	Bajo peso nacer .....	30
2.3.4.2.	Prematuros.....	31
2.3.4.3.	Hidrocefalia .....	31
2.3.4.4.	Macrosomía.....	31
2.3.4.5.	Síndrome de Down.....	31
2.3.4.6.	Síndrome de dificultad respiratoria neonatal .....	32
2.3.5.	Tipos de parto.....	32
2.3.5.1.	Parto normal .....	32
2.3.5.2.	Cesárea .....	34
2.4.	Marco legal y ético .....	34
2.4.1.	Marco legal.....	34
2.4.1.1.	Constitución de la República del Ecuador 2008 .....	34
2.4.1.2.	Toda una Vida Plan Nacional de Desarrollo 2017-2021.....	37
2.4.1.3.	Objetivos del milenio .....	37
2.3.6.	Marco ético.....	38
2.3.6.1.	Código de ética de la federación ecuatoriana de enfermeras/os del ecuador.....	38
2.3.6.2.	Biótica y seguridad del paciente-usuario .....	39
2.3.6.3.	Principios propios de la Biótica personalista .....	40
2.3.6.4.	Código de Helsinki.....	41
CAPÍTULO III.....		42
3.	Metodología de la investigación .....	42

3.1. Diseño de la Investigación .....	42
3.2. Tipo de Investigación.....	42
3.3. Localización y ubicación del estudio .....	43
3.4. Población.....	43
3.5. Operalización de variable .....	45
3.6. Métodos de recolección de información .....	51
3.7. Análisis de datos .....	51
<b>CAPITULO IV .....</b>	<b>52</b>
4. Resultados .....	52
<b>CAPITULO V .....</b>	<b>67</b>
5. Conclusiones: .....	67
6. Recomendaciones:.....	68
<b>Bibliografía .....</b>	<b>69</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>74</b>
Anexo 1. Ficha de recolección de datos .....	74
Anexo 2. Oficios para la recolección de datos .....	76
Anexo 3. Archivo Fotográfico.....	78
Anexo 4. Portada de la guía.....	79

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Características sociodemográficas. ....	52
Tabla 2 Factores de riesgo para la madre-Diabetes Gestacional.....	54
Tabla 3 Factores de riesgo hipertensivos .....	55
Tabla 4 Factores de riesgo hemorrágicos.....	56
Tabla 5 Otros factores de riesgo para la madre anemia-embarazo gemelar .....	57
Tabla 6 Factores de riesgo en el tercer trimestre del embarazo- ruptura prematura de membranas-parto prematuro .....	58
Tabla 7 Factores de riesgo para la madre perdida del embarazo .....	59
Tabla 8 Factores de riesgo en mujeres añosas .....	60
Tabla 9 Relación entre edad y factores de riesgo de mujeres en edad avanzada. ....	61
Tabla 10 Número de partos de mujeres añosas ingresadas en ginecología del Hospital Defina Torres de Concha .....	63
Tabla 11 Factores de riesgo para el Recién Nacido bajo peso al nacer- prematuros .....	64
Tabla 12 Factores de riesgo para el Recién Nacido –Macrosomías.....	65
Tabla 13 Factores de riesgo para el Recién Nacido síndrome de Down-síndrome de dificultad respiratoria neonatal-ninguna patología.....	66

## RESUMEN

“FACTORES DE RIESGO MATERNO-FETAL EN MUJERES AÑOSAS, INGRESADAS EN GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL DELFINA TORRES DE CONCHA 2018”

**Autora:** Toapanta Cazares Karina Michelle

**Correo:** mishu\_k@hotmail.es

La Federación Internacional de Ginecólogos y Obstetras en 1958, define a la ‘edad materna avanzada’ como aquel embarazo a partir de los 35 años en adelante, lo que conlleva a desarrollar factores de riesgo materno-fetal. El objetivo de esta investigación es Identificar los factores de riesgo materno-fetal en mujeres añosas ingresadas en servicio de ginecología del Hospital Delfina Torres de Concha, la metodología utilizada fue de tipo cuantitativo, no experimental, el diseño fue descriptivo, transversal, bibliográfico, documental, retrospectivo, constituida por 240 mujeres gestantes añosas. Resultados, la edad promedio es de 38 a 40 años, se auto identifican como afroecuatorianas, los factores de riesgo que más prevalecieron fueron, hipertensión crónica con 70,85%, anemia con 95,96% en el primer trimestre del embarazo, ruptura prematura de membranas 58,36%, parto prematuro 47,53% antes o a las 37 semanas de gestación, los de menor prevalencia fueron, diabetes gestacional con el 18,83%, preeclampsia 20,63%, eclampsia 19,73%, embarazo gemelar 4,93%. Los factores de riesgo en el recién nacido fueron, el 52,33% bajo peso al nacer y prematurez, el 10,36% padecieron hidrocefalia, 8,29% síndrome de Down y síndrome de dificultad respiratoria neonatal y 20,73% no padecieron ningún factor de riesgo. En conclusión, las madres gestantes de 35 años en adelante presentan más complicaciones y patologías lo cual conlleva a una cesaría con un porcentaje de 82,97% según esta investigación.

**Palabras claves:** factores de riesgo materno, factores de riesgo fetales, preeclampsia, eclampsia, abruptio placentae, síndrome de Down, gestantes añosas.

## ABSTRACT

"MATERNAL AND FETAL RISK FACTORS IN ELDERLY WOMEN, ADMITTED IN GYNECOLOGY AT THE DELFINA TORRES DE CONCHA HOSPITAL."

Author: Toapanta Cazares Karina Michelle

Email: mishu\_k@hotmail.es

The International Federation of Gynecologists and Obstetricians, in 1958, defined 'advanced maternal age' as pregnancy from the age of 35 onwards, leading to the development of maternal and fetal risk factors. The objective of this research is to identify the maternal and fetal risk factors in elderly women admitted to the gynecology service of the Delfina Torres de Concha Hospital. The methodology used was quantitative, not experimental, the design was descriptive, transverse, bibliographic, documentary and retrospective, the sample was composed of 240 elderly pregnant women. Results that in the sample the most predominant were 38 to 40 years old Afro-Ecuadorian women, the most prevalent risk factors were chronic hypertension with 70.85%, anemia with 95.96% in the first trimester of pregnancy, premature rupture of membranes 58.36%, premature delivery 47.53% before or at 37 weeks of gestation, the least prevalent were, gestational diabetes with 18.83%, preeclampsia 20.63%, eclampsia 19.73%, twin pregnancy 4.93%, preeclampsia 20.63%, eclampsia 19.73%, twin pregnancy 4.93%, anemia with 95.96% in the first trimester of pregnancy, premature rupture of membranes 58.36%, preterm delivery 47.53% before or at 37 weeks of gestation, the lowest prevalence were, gestational diabetes with 18.83%, preeclampsia 20.63%, eclampsia 19.73%, twin pregnancy 4.93%. The risk factors in the newborn were 52.33% low birth weight and prematurity, 10.36% had hydrocephalus, 8.29% Down syndrome and neonatal respiratory distress syndrome and 20.73% had no risk factor. In conclusion, pregnant mothers 35 years and older present more complications and pathologies which leads to a cesarean section with a percentage of 82.97% according to this research.

**Key words:** maternal risk factors, fetal risk factors, preeclampsia, eclampsia, abruptio placentae, Down syndrome, elderly pregnant women.

**TEMA:**

FACTORES DE RIESGO MATERNO-FETAL EN MUJERES AÑOSAS,  
INGRESADAS EN EL GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL DELFINA TORRES DE  
CONCHA 2018.

# CAPÍTULO I

## 1. Problema de investigación

### 1.1. Planteamiento del problema

Según el Instituto Nacional de Estadística y Censo a nivel mundial en los últimos años se ha visto un aumento de un 40% de mujeres que queden embarazadas después de los 35 años, lo cual aumenta el riesgo de sufrir complicaciones durante la gestación y después del parto, además pone en riesgo la vida del niño. (1)

La organización mundial de la salud afirma que existe la posibilidad de sufrir algún factor de riesgo entre el 20 y el 35% en aquellas mujeres en edad de 35 a 45 años. Una vez superada esta edad el riesgo aumenta hasta el 50%. A medida que aumenta la edad las anomalías cromosómicas que puede tener el embrión también crecen. (2)

De acuerdo con Organización Mundial de la Salud cada día mueren aproximadamente casi 830 mujeres por complicaciones que se producen durante el embarazo, parto y puerperio, cabe recalcar que la atención especializada antes, durante y después del parto puede salvarles la vida a las embarazadas y a los recién nacidos. La mortalidad materna mundial se ha reducido alrededor del 44% entre el año 1990 y 2015. (3)

En Latinoamérica se reporta un aumento significativo del 34% en mujeres embarazadas añosas, afirma que el riesgo de sufrir complicaciones obstétricas se puede presentar por primera vez durante el embarazo en mujeres mayores a 35 años de edad, ya que disminuye la fertilidad, y también lo hace la calidad de los ovocitos. Los estudios indican que, además, aumenta el riesgo de problemas cromosómicos en el feto, como el síndrome de Down; aunque a partir de los 35 años también se produce un mayor número de abortos espontáneos, frecuentemente relacionados con los trastornos cromosómicos que presenta el feto. (4)

En Ecuador los datos reflejan que cada año se produce un incremento de un 20% de mujeres que quedan embarazadas después de los 35 años de edad, a nivel provincial se refleja un aumento del 3% cada año. Hoy en la actualidad existen cifras alarmantes que demuestran que la edad materna constituye un factor de riesgo muy importante en todo el proceso del embarazo, parto y puerperio. El embarazo trae consigo complicaciones obstétricas y perinatales tanto en mujeres menores de 18 años como en mujeres mayores de 35 años, siendo estos embarazos denominados como embarazo de alto riesgo. (5)

Según un estudio realizado por Napoleón Baranda-Nájera y Dulce María Patiño-Rodríguez afirma que el riesgo de sufrir complicaciones obstétricas se puede presentar por primera vez durante el embarazo en mujeres mayores a 35 años de edad, ya que disminuye la fertilidad, y también lo hace la calidad de los ovocitos. Los estudios indican que, además, aumenta el riesgo de problemas cromosómicos en el feto, como el síndrome de Down; aunque a partir de los 35 años también se produce un mayor número de abortos espontáneos, frecuentemente relacionados con los trastornos cromosómicos que presenta el feto. Según un estudio científico realizado en Latinoamérica afirma que la fertilidad de la mujer va disminuyendo de manera progresiva después de los 20 años hasta llegar a puntos relativamente bajos después de los 35 años. Cada mes las mujeres en sus 20 años tienen una probabilidad del 20-25% de quedar embarazadas, las de 30-35 alrededor de 15%, las de 35-40 años un 10%, de 40-45 años solo un 5% y las mayores de 45 años un escaso 1% mensual. (6)

## **1.2. Formulación del problema**

¿Cuáles son los factores de riesgo materno-fetal que poseen las mujeres añosas, ingresadas en ginecología del Hospital Delfina Torres de Concha 2018?

### **1.3. Justificación**

Es importante conocer este tema porque en el Ecuador existe un incremento de mujeres que se quedan embarazadas después de los 35 años de edad, la falta de información y el desconocimiento sobre los factores de riesgo materno-fetal en mujeres embarazadas añosas hace que pongan en riesgo su vida y la de su hijo. La maternidad tardía se asocia generalmente a complicaciones de patologías preexistentes que inevitablemente se incrementan con la edad y la asocian con patologías dependientes del embarazo. Por lo tanto, es importante que el personal de salud brinde información y orientación a este grupo de madres gestantes para que tomen las medidas necesarias y puedan llegar a un parto y alumbramiento satisfactorio, con un bebé sano.

Se busca disminuir la incidencia de embarazo en mujeres añosas, brindando educación a las mujeres en edad fértil para así lograr una gran disminución de embarazo de alto riesgo por edad.

Los beneficiarios directos del estudio serán todas las mujeres en estado de gestación mayores de 35 años y mujeres en edad fértil, los beneficiarios indirectos serán el personal de salud del Hospital Delfina Torres de Concha.

Esta investigación es viable considerando que será realizada en el Hospital Delfina Torres de Concha donde el porcentaje de mujeres embarazadas añosas es muy alto, con la participación de las madres que deseen formar parte de este estudio, esto beneficiara a todo el personal de salud, a mujeres embarazadas y en edad fértil, en si a todo el hospital.

## **1.4. Objetivos**

### **1.4.1. Objetivos generales**

Analizar los factores de riesgo materno-fetal en mujeres añosas ingresadas en ginecología del Hospital Delfina Torres de Concha.

### **1.4.2. Objetivos específicos**

Caracterizar sociodemográficamente a la población en estudio que ingresaron al servicio de ginecología del Hospital Delfina Torres de Concha.

Determinar los principales riesgos Maternos en mujeres añosas atendidas en el servicio de ginecología del Hospital Delfina Torres de Concha.

Conocer las complicaciones del Recién Nacido de madres añosas ingresadas en el servicio de ginecología del Hospital Delfina Torres de Concha.

Elaborar una guía informativa de los principales riesgos que implican un embarazo en mujeres añosas.

## **1.5. Preguntas de la investigación**

¿Cuáles son las características sociodemográficas de la población en estudio que ingresaron al servicio de ginecología del Hospital Delfina Torres de Concha?

¿Cuáles son los principales riesgos Maternos en mujeres añosas atendidas en el servicio de ginecología del Hospital Delfina Torres de Concha?

¿Cuáles son complicaciones del Recién Nacido de madres añosas ingresadas en el servicio de ginecología del Hospital Delfina Torres de Concha?

¿Por qué es importante elaborar una guía informativa de los principales riesgos que implican un embarazo en mujeres añosas?

## **CAPÍTULO II**

### **2. Marco Teórico**

#### **2.1. Marco Referencial**

##### **2.1.1. La edad materna como factor de riesgo obstétrico**

Objetivo: Comparar los resultados perinatales de gestantes mayores de 35 años con un grupo control (< 35 años, fue un estudio de cohortes históricas, como resultados se analizaron 1455 partos (355 correspondientes al grupo de estudio: 24,39%). Las gestantes de mayor edad presentaron más patología asociada al embarazo como diabetes gestacional, metrorragia del primer trimestre, y amenaza de parto prematuro. En conclusión: la edad materna avanzada se asocia con mayor frecuencia a patología gestacional y mayor incidencia de inducciones medicas del parto y tasa de cesáreas, especialmente en nulíparas. Todo ello repercute en la morbilidad materna y fetal, siendo un grupo poblacional de riesgo obstétrico. (7)

##### **2.1.2. Condición clínica al nacer de niños de madres con edad avanzada**

Objetivo: Identificar los problemas de salud de los recién nacidos de madres con edad avanzada. Se sabe que los niños de mujeres añosas tienen más riesgo de padecer enfermedades con relación a diversas condiciones maternas adversas, como el retraso del crecimiento intrauterino del feto y, por ende, prematurez al nacer, entre otros factores. Se desarrolló un estudio retrospectivo en recién nacidos de mujeres en edad avanzada que nacieron entre marzo de 2014 y febrero de 2015 e ingresaron al área de neonatología. Como resultados se obtuvo que 59 niños nacieron de mujeres añosas e ingresaron al Servicio de Neonatología del Hospital. La edad promedio de las madres fue de 38.8 años y de éstas, ocho fueron primigestas, 14 con enfermedad hipertensiva del embarazo y 11 con diabetes mellitus; en 29 de ellas los niños nacieron de manera prematura y en 27 de éstos hubo retardo en el crecimiento intrauterino, 41 tuvieron dos

o más factores clínicos de riesgo. En conclusión: Los embarazos de mujeres con edad avanzada implican serios problemas de salud para ellas y para los niños, ya que en éstos la prematurez es la principal causa de hospitalización. (8)

### **2.1.3. Riesgos del embarazo en la edad avanzada**

Objetivos: Identificar las principales características demográficas y obstétricas de las gestantes de edad avanzada, determinar las principales causas de morbilidad materna en este grupo de riesgo y compararlas con un grupo control. Se realizó un estudio retrospectivo y analítico de casos y controles sobre los riesgos del embarazo en las gestantes de 35 y más años del Policlínico de Falcón, entre el 1ro de enero de 2010 y el 31 de diciembre de 2013. El grupo control estuvo integrado por una muestra aleatoria de embarazadas de 34 a 44 años. Se aplicaron pruebas estadísticas y de análisis de riesgo. Como resultados: El hábito de fumar se encontró en el 71,43 % de las gestantes de edad avanzada, en las que predominaron además el sobrepeso (42,86 %) y la obesidad (38,09 %). En conclusión: Fueron más frecuentes en el grupo estudio el tabaquismo, el peso corporal excesivo, la hipertensión arterial crónica y la amenaza de parto pretérmino. (9)

### **2.1.4. Edad materna avanzada y morbilidad obstétrica**

Objetivo: Evaluar el resultado obstétrico de pacientes embarazadas con edad materna avanzada atendidas en el Hospital de la Mujer, dependiente de la Secretaría de Salud, en México. Es un estudio descriptivo, observacional y retrospectivo en pacientes embarazadas  $\geq 35$  años, con resolución del embarazo en el Hospital de la Mujer durante el periodo comprendido del primero de enero de 2012 al 31 de enero de 2013. Como resultado Se obtuvo una muestra de 113 pacientes. La media de edad fue de  $37.58 \pm 2.59$  años, con un rango de 35-45 años. Las principales comorbilidades que se presentaron en el segundo trimestre de la gestación fueron: DG (41.37%), RPM (37.96%) y HG (20.61%). En el tercer trimestre correspondió a placenta previa (30.0%), oligohidramnios severo (50.0%), preeclampsia severa (10.0%) y TVP (10.0%). En conclusión: las pacientes embarazadas  $\geq 35$  años presentan una mayor

incidencia de cesárea, el doble de riesgo de prematurez y aproximadamente un 7% más riesgo de padecer diabetes gestacional en comparación con la población general. (10)

#### **2.1.5. Complicaciones perinatales y neonatales asociadas a la edad materna**

Objetivo: describir los resultados perinatales de las pacientes de 35 años, o mayores, atendidas en el Hospital Español de México y compararlos con los reportados en la bibliografía. Material y métodos: estudio retrospectivo y descriptivo. Se incluyeron 736 recién nacidos y 672 madres de 35 de edad, o mayores atendidos entre marzo de 2012 y marzo de 2013 en el Hospital Español de México. Los datos se obtuvieron de los expedientes clínicos. Para el análisis estadístico se calcularon medias, desviación estándares de las variables continuas y frecuencias, y porcentajes y  $\chi^2$  para las variables categóricas. Se realizó otro análisis para comparar los embarazos múltiples versus únicos. Resultados: la incidencia de edad materna avanzada fue de 33.3%. El 15.6% de las pacientes manifestó alguna enfermedad relacionada con el embarazo. La complicación neonatal más común fue el parto pretérmino y prematurez (28.6%), seguida de peso bajo para la edad gestacional e hidrocefalia (26.3%). En el segundo análisis, donde se dividió por número de neonatos, se encontraron diferencias significativas en prematurez, peso bajo para la edad e ingreso a la unidad de cuidados intensivos neonatales. En conclusión en este estudio La edad materna avanzada se ha relacionado con diversas complicaciones obstétricas y neonatales. Entre las obstétricas más comunes se encuentran la diabetes gestacional y las enfermedades hipertensivas del embarazo, y en las neonatales el parto pretérmino y peso bajo para la edad gestacional. (11)

## 2.2. Marco Contextual



### 2.2.1. Generalidades del Hospital General Sur Delfina Torres de Concha

El Hospital Esmeraldas Sur, Delfina Torres de Concha es una institución de salud del Ministerio de Salud Pública de la República del Ecuador, y que se encuentra en la actualidad en la ciudad de esmeraldas entre la calle Av. El Ejercito Barrio Inmaculada Concepción, provincia de Esmeraldas. (12)

Es una organización que trabaja para el desarrollo y bienestar de la salud de sus habitantes regionales, nacionales y extranjeros. Es una entidad que presta servicios sanitarios actualizados y tecnológicos con calidad y calidez, efectúa la respuesta inmediata, oportuna y con responsabilidad, brinda a sus habitantes la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud integral. (13)

Trabaja con un personal eficiente y capacitado en sus actitudes físicas, científicas, humanas y laborales que cumplen con las normas y protocolos establecidos por el Ministerio de Salud Pública para brindar un servicio digno y acorde a las necesidades de cada paciente.

Consta con una infraestructura de última generación con los servicios en su planta baja de, Emergencia, Información, Estadística, Consulta Externa, Farmacia, Laboratorio, Sala de RX, Salas de Rehabilitación, Centro Obstétrico, Centro Quirúrgico, Cafeterías, Salas de Espera, Lavanderías, Cocina y comedor.

En su primer piso vamos a encontrar la Unidad de Cuidados Intensivos, Cirugía, Ginecología, Pediatría, Oftalmología. Y en el segundo piso vamos a encontrar las áreas de Medicina interna, salas de espera, oficinas de enfermería, oficinas de Medicina y cafeterías. (12) (13)

### **Misión**

Prestar servicios de salud con calidad y calidez en el ámbito de la asistencia especializada, a través de su cartera de servicios, cumpliendo con la responsabilidad de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación de la salud integral, docencia e investigación, conforme a las políticas del Ministerio de Salud Pública y el trabajo en red, en el marco de la justicia y equidad social. (14)

### **Visión**

Ser reconocidos por la ciudadanía como hospitales accesibles, que prestan una atención de calidad que satisface las necesidades y expectativas de la población bajo principios fundamentales de la salud pública y bioética, utilizando la tecnología y los recursos públicos de forma eficiente y transparente. (14)

## **Valores**

**Respeto.** - Entendemos que todas las personas son iguales y merecen el mejor servicio, por lo que nos comprometemos a respetar su dignidad y a atender sus necesidades teniendo en cuenta, en todo momento, sus derechos.

**Inclusión.** - Reconocemos que los grupos sociales son distintos y valoramos sus diferencias.

**Vocación de servicio.** - Nuestra labor diaria lo hacemos con pasión.

**Compromiso.** - Nos comprometemos a que nuestras capacidades cumplan con todo aquello que se nos ha confiado.

**Integridad.** - Tenemos la capacidad para decidir responsablemente sobre nuestro comportamiento".

**Justicia.** - Creemos que todas las personas tienen las mismas oportunidades y trabajamos para ello.

## **SERVICIO DE GINECOLOGIA**

El servicio de ginecología del Hospital General Esmeraldas Sur Delfina Torres de Concha es un lugar donde se atienden a mujeres embarazadas o con alguna patología ginecológica, teniendo como objetivo procurar la más alta calidad de servicios en el área desde el punto científico, tecnológico y humano, a fin de educar, prevenir y recuperar la salud de las usuarias, consta con un gran espacio y con dos estaciones de enfermería, consta con 60 camas dependiendo de la patología de las usuarias. (13)

### **Personal**

Está conformado por 5 médicos especialistas, y 4 médicos residentes, 4 enfermeras por turno dos en cada estación de enfermería y 3 auxiliares de enfermería por turno.

### **2.2.2. Servicios que ofrece el Hospital Sur Delfina Torres de Concha**

- Especialidades quirúrgicas:
  - Cirugía general
  - Cirugía plástica
  - Cirugía ginecológica
  - Otorrinolaringológica
  - Urológica
  - Traumatología
  
- Especialidades clínicas:
  - Medicina interna
  - Gastroenterología
  - Nefrología
  - Cardiología
  - Geriátrica Clínica
  - Dermatología
  - Psicología
  - Infectología
  - Proctología
  - Ginecología
  - Pediatría
  - Neonatología
  - Cirugía
  
- Unidades de apoyo diagnóstico y terapéutico:
  - Farmacia
  - Laboratorio Clínico

- Imagenología
- Rehabilitación Y Terapia Física
- Salud Mental
- Nutrición Clínica
  
- Unidades críticas:
  - Emergencias
  - Centro Quirúrgico
  - Unidad de Terapia Intensiva
  - Unidad de cuidados intensivos neonatales
  - Unidad de Quemados
  
- Otros servicios
  - Medicina transfusional
  - Medicina física
  - Rehabilitación
  - Docencia
  - Investigación
  - Esterilización

## **2.3. Marco conceptual**

### **2.3.1. Teoría de enfermería**

#### **Ramona Mercer “Adopción del papel maternal”**

Realiza su enfoque en la maternidad, considera la adopción del papel maternal como un proceso interactivo y evolutivo, en el cual la madre se va sintiendo vinculada a su hijo, adquiere competencias en la realización de los cuidados asociados a su papel y experimenta placer y gratificación dentro del mismo. La forma en que la madre define y percibe los acontecimientos está determinada por un núcleo del sí mismo relativamente estable, adquirido a través de la socialización a lo largo de su vida. Sus percepciones sobre su hijo y otras respuestas referentes a su maternidad están influidas además de la socialización, por las características innatas de su personalidad y por su nivel evolutivo.

#### **Metaparadigmas:**

Persona: Se refiere al “sí mismo”. A través de la individualización maternal una mujer puede alcanzar de nuevo su propia condición de persona.

Salud: La define como la percepción por parte del padre y de la madre de su salud previa.

Entorno: No lo define. Describe la cultura del individuo, la pareja, la familia o red de apoyo y la forma como dicha red se relaciona con la adopción del papel maternal. El amor, el apoyo y la contribución por parte del cónyuge, los familiares y los amigos son factores importantes para hacer a la mujer capaz de adoptar el papel de madre.

Enfermería: Se refiere a ella como una ciencia que está evolucionando desde una adolescencia turbulenta a la edad adulta. Las enfermeras son las responsables de proveer salud, dada la continua interacción con la gestante durante toda la maternidad.

(15)

### **2.3.2. Concepto**

El embarazo en mujeres arias se ha definido por la Federaci3n Internacional de Ginecologfa y Obstetricia desde 1958 como aquella gestaci3n que ocurre con una edad igual o superior a los 35 aros. Hace tan solo 2 d3cadas, si una mujer quedaba embarazada a los 30 aros, se consideraba un embarazo de riesgo debido a la "avanzada edad", actualmente la Sociedad Espaola de Ginecologfa y Obstetricia considera madres arias a partir de 35 hasta los 45 aros de edad. (16)

El embarazo y el parto son procesos totalmente naturales. Sin embargo, en determinadas condiciones y circunstancias la gestante presenta mayores riesgos de morbilidad, mortalidad materna y perinatal. El embarazo en los extremos de la vida reproductiva es considerado como factor de riesgo, por el aumento de la patologfa perinatal que se presenta. (17)

Las gestantes con edad materna avanzada tienen mayor riesgo de aborto espontaneo, anomalfas cromos3micas, malformaciones cong3nitas, hipertensi3n arterial cr3nica, diabetes gestacional, amenaza de parto prematuro y hemorragia del primer y tercer trimestre, hemorragia post parto, parto por cesarea, y trastornos hipertensivos del embarazo sobre todo la preeclampsia que trae consigo la restricci3n de crecimiento intrauterino. (18)

### **2.3.3. Factores de riesgo en el embarazo con edad avanzada**

#### **2.3.3.1. Diabetes Gestacional**

Esta forma de diabetes se desarrolla por primera vez durante el embarazo. Los estudios sugieren que las mujeres de m3s de 35 aros tienen aproximadamente el doble de probabilidades que las mujeres m3s j3venes de desarrollar diabetes gestacional. Las mujeres con diabetes gestacional tienen m3s probabilidades de tener beb3s de gran tamao y ocurre el riesgo de sufrir lesiones durante el parto y de tener problemas

durante las primeras semanas de vida del recién nacido como problemas respiratorios. (19)

### **Diagnóstico de enfermería**

Hiperglicemia mayor de 130 mg/dl. Lo normal en ayunas es de 70 a 110 mg/dl. (20)

### **Razón científica**

Se produce debido a una deficiencia relativa de insulina que se caracteriza por la utilización alterada de la glucosa en los tejidos musculares y adiposo, así como una anomalía en la síntesis hepática durante el embarazo las concentraciones progresivamente crecientes de las hormonas gonadales y somatropinas coriónicas circulantes antagonizan los efectos de la insulina y da lugar a la producción aumentando la glucosa en la sangre. (21)

### **Cuidados de enfermería**

- Control riguroso de la glicemia capilar para evitar complicaciones y detectar los riesgos de anomalías congénitas.
- Administración de la insulina según esquema para disminuir la hiperglicemia.
- Vigilar estrictamente la administración de líquidos y la insulina para evitar hipoglicemia.
- Evolución frecuente de bienestar fetal para garantizar la vida fetal.
- Educar a la madre sobre la dieta que debe llevar durante el embarazo de acuerdo al peso y hábitos diabéticos. (22)

#### **2.3.3.2. Hipertensión Gestacional**

Es la hipertensión previa al embarazo o la que se descubre antes de las 20 semanas de gestación, se considera que todo embarazo con una tensión sistólica de 140 o más y

una diastólica de 90 o más, antes de iniciar su gestación presenta una hipertensión crónica, por ello es preciso tener en cuenta el cambio fisiológico que ocurre en el segundo trimestre y de esta manera, una diastólica mayor de 80mmHg puede considerarse como una alteración. (23)

A la hipertensión se le agregan: proteinuria nueva o con un aumento brusco, aumento súbito en la presión arterial trombocitopenia o encimas hepáticas elevadas, después de veinte semanas de gestación.

Hipertensión crónica, cuando persiste después de las 12 semanas, es la complicación más frecuente, muchas de las mujeres ya son hipertensas antes de la gestación y ésta se agrava, pudiendo desarrollar una preeclampsia, entidad grave que puede poner en peligro la vida de la madre y el feto. (24)

El manejo de la HTC se instauraría un plan de seguimiento y control más ajustado, es recomendable que todas las pacientes antes de procrear, se realicen controles de presión arterial basal previamente a embarazarse y a un más las mujeres que sobrepasan la edad de 35 años, ya que esta es la principal causa para padecer hipertensión crónica. (25)

Hay que vigilar muy de cerca la aparición de una preclamsia, síndrome específico del embarazo que suele aparecer después de la semana 20 de gestación, y se caracteriza por la aparición de HTC, proteinuria y edemas, que, si no se controla a tiempo, puede evolucionar a cuadros muy graves con convulsiones como eclampsia, insuficiencia hepática, hemolisis, alteración de las plaquetas como Síndrome HELLP. (26)

### **Diagnóstico de enfermería**

Presión sistólica es mayor o igual a 140 mm Hg y la diastólica igual o mayor a 90 mm Hg. (20)

### **Razón científica**

Según la fisiología normal de la gestación nos habla de cambios gatillados por las hormonas del embarazo que modularían la hemodinámica hacia la hipotensión arterial en el primer trimestre, y que luego se irá incrementando de forma paulatina hasta la finalización del embarazo. (21)

### **Cuidados de enfermería**

- Vigilar la presión arterial cada 15 a 30 minutos
- Vigilar la frecuencia cardíaca, llenado capilar, pulso, ingurgitación yugular
- Tener en cuenta que los diuréticos y los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina son teratógenos
- Tener en cuenta que los medicamentos recomendados para iniciar o remplazar el tratamiento son alfa-metoldopa, nefedipino de liberación prolongada y labetalol.
- Evolución frecuente de bienestar fetal para garantizar la vida fetal.
- Educar a la madre sobre la dieta que debe llevar durante el embarazo de acuerdo al peso y hábitos. (22)

#### **2.3.3.3. Preeclampsia**

Es un desorden de etiología desconocida que se caracteriza por: hipertensión, edema y proteinuria. Casi siempre se encuentran los tres síntomas, pero el primero de ellos es el más importante para el diagnóstico. Se presenta después de la vigésima semana de gestación y en la forma grave puede culminar con convulsiones o coma, es más frecuente en mujeres con edad avanzada, ya que se ha comprobado que a partir de los 35 años de edad la probabilidad de sufrir preeclampsia aumenta. (27)

## **Diagnóstico de enfermería**

Presión arterial por encima de 140 /90. (20)

## **Razón científica**

Durante el embarazo la paciente produce prostaglandinas y la presencia de esta prostaglandina es mayor la concentración, si el embarazo es normal puede disminuir la vasoconstricción por la angiotensina II una reducción de esta de origen placentario puede contribuir a la vasoconstricción exagerada debido a la angiotensina y además de las prostaglandinas es un vasodilatador que inhibe la agresión y adhesión placentaria esta disminuye la hipertensión en el embarazo. (21)

## **Cuidados de enfermería**

- Monitorizar la presión arterial.
- Valoración las características y cantidad de la orina.
- Vigilar signos vitales cada 15 a 30 minutos
- Administración de medicación prescrita en horarios respectivos
- Control de dieta
- Reposo relativo. (22)

### **2.3.3.4. Eclampsia**

Es la presencia de convulsiones tónico-clónicas en una gestante con el diagnóstico de preclamsia que no sean el efecto de alguna alteración neurológica como epilepsia, hemorragia cerebral u otros trastornos convulsivos. Puede presentarse en el embarazo, el parto y hasta siete días después de él. Los síntomas a presentarse suelen ser: cefalea: intensa, global y persistente; visión borrosa, escotomas, epigastralgia, náuseas y vómitos, irritabilidad, cianosis, y edema pulmonar, esto sucede con más frecuencia en

pacientes que no han tenido vigilancia prenatal y en mujeres mayores de 35 años ya que la edad es considerada como un factor de riesgo para desarrollar eclampsia. (27)

### **Diagnóstico de enfermería**

Proteinuria y disuria manifestada como menos de 2 gr de proteínas x 1000 y más de 500cc de orina en 24horas colocándose en la Preclamsia leve, menos de 5gr de proteínas x 1000 y 500 a 700cc de orina en las 24horas dentro de la Preclamsia moderada y más de 5gr de proteína x 1000 y menos de 500cc de orina en 24horas dentro de la Preclamsia grave. (20)

### **Razón científica**

La proteína secretada es principalmente la albumina esta proteína pasa atreves del glomérulo hacia la orina más rápido y en mayor cantidad de las que se puede reabsorber en los túbulos proximales debido a la lesión glomerular o tubular cuando mayor sea el daño renal mayor es la perdida de proteínas excretadas por la orina esta angiotensina que inactiva la angiotensinasa hace que puede contribuir la hipertensión arterial. Disminuir la proteinuria y evitar la anuria. (21)

### **Cuidados de enfermería**

- Monitorizar la frecuencia cardiaca fetal hasta término de embarazo.
- Colocar compresas de agua fría a nivel de la frente esto ayudara aliviar los espasmos de las arterias disminuyendo el dolor.
- Proporcionar periodos de descanso y distracción conservando un medio confortable.
- Realizar exámenes de laboratorio especialmente de las proteínas.
- Evitar el consumo excesivo de líquidos para evitar la retención del mismo.

- Llevar un control de ingesta y eliminación estricto de líquidos para saber su balance correspondiente a un balance positivo o negativo para podernos darnos cuenta si continúa reteniendo líquidos.
- Observar las características de la orina para determinar cualquier complicación.
- Enseñar a la madre que no contenga el deseo de orinar ya que esto coacciona que la mucosa vesical se inflame. (22)

### **2.3.3.5. Hemorragia**

Se entiende por hemorragia durante el embarazo todo sangrado vaginal que se produzca a través de la vagina en cualquier momento del embarazo, en mujeres embarazada añosa puede presentar alguna anomalía como placenta previa, abruptio placentae o anemia. (21)

#### **➤ Placenta previa**

Se le conoce con el nombre de placenta previa un proceso caracterizado, anatómicamente, por la incursión de la placenta en el segmento inferior del útero y clínicamente , por hemorragias de intensidad variables, esta presenta una serie de variedades lateral cuando se inserta en el segmento inferior a una distancia del orificio del cuello inferior a 10cm y sin llegar al mismo, marginal cuando el reborde placentario alcanza el margen del orificio cervical, oclusiva es cuando se implanta sobre el área cervical, obturando el orificio. (21)

Esta ocurre cuando ésta se sitúa muy próxima al cuello uterino, obstruyendo total o parcialmente su abertura. La edad juega un papel muy importante, porque la placenta previa es más frecuente en las mayores de 35 años cuando se compara con las de 25 años sin tener en cuenta el número de partos. La reducción de la vascularidad en el fondo y en el segmento, trae como consecuencia la alteración del endometrio donde se encuentra zonas atróficas y en ella se puede implantar la placenta, otro factor se

relaciona con las inflamaciones del cuerpo y del segmento, los tumores en el fondo uterino y las cicatrices del segmento. El embarazo gemelar se acompaña frecuentemente de placenta previa porque esta requiere una superficie mayor de implantación. (27)

### **Diagnóstico de enfermería**

Sangrado transvaginal roja rutilante más o menos abundante que se acompaña con contracciones uterinas indoloro y a menudo profuso que con frecuencia ocurre cerca del final del segundo trimestre o el tercer trimestre del embarazo en algunos casos se presenta hemorragia severa. (20)

### **Razón científica**

Se produce cuando la placenta está localizada por encima de orificio interno inevitablemente produce desgarro de las uniones placentarias seguido de hemorragia a partir de los vasos uterinos la hemorragia aumenta por incapacidad de las fibras miometriales alargados ala comprimir los vasos rotos como ocurre cuando una placenta localizada normalmente se separa a partir del útero por los demás vasos durante el tercer estadio del parto. (21)

### **Cuidados de enfermería**

- Canalizar una vía venosa con dextrosa al 5% en solución salina para remplazar líquidos perdidos.
  - Si la hemoglobina esta menos de 7 mg realizar transfusiones de sangre.
  - Observar la hemorragia frecuencia consistencia color y duración para prevenir shock hipovolémico.
  - Controlar la frecuencia cardiaca fetal para verificar si hay sufrimiento fetal.
  - Reposo absoluto de la paciente para mejorar el estado de la madre gestante.
- (22)

### ➤ **Abruptio placentae**

Es la separación parcial o total de una placenta que se encuentra implantada normalmente. Se inicia con la hemorragia de los vasos maternos y en ocasiones, también están comprometidos los fetales; esto trae como consecuencia la formación de un hematoma de localización retroplacentaria. El fenómeno puede ocurrir con mayor frecuencia durante el tercer trimestre o vigésima semana del embarazo. Cuando hay hipertensión crónica o preeclampsia grave, puede tener una instalación brusca durante el trabajo de parto. Casi siempre el feto muere en los casos graves y presenta sufrimiento fetal en los moderados. (28)

Si el tratamiento se demora y el feto no muere, puede presentar posteriormente daño cerebral. El parto prematuro está íntimamente relacionado con el abruptio.

### **Diagnóstico de enfermería 1**

Sangrado transvaginal oscuro con coágulos escasos que se acompaña de contracciones uterinas dolorosas y a menudo profuso que con frecuencia ocurre cerca del final del segundo trimestre o el tercer trimestre del embarazo. (20)

### **Razón científica**

La placenta se desprende provocando gran sangrado para disminuir la hemorragia el miometrio se contrae y comprime las arterias espinales esta contracción es tan intensa y generalizada que impide la circulación útero placentaria por lo que aparece la hipoxia y con mayor tendencia al desprendimiento de la placenta. (21)

### **Cuidados de enfermería**

- Canalizar una vía venosa con dextrosa al 5% en solución salina para remplazar líquidos perdidos.

- Controlar signos vitales especialmente la presión arterial en pacientes con hipertensión crónica o con preeclamsia.
- Si la hemoglobina esta menos de 7 mg realizar transfusiones de sangre.
- Controlar la frecuencia cardiaca fetal para verificar si hay sufrimiento fetal.
- Reposo absoluto de la paciente para mejorar el estado de la madre gestante.
- Mantener la volemia para evitar un desequilibrio de líquidos y electrolitos a nivel tisular.
- Control estricto de ingesta y eliminación.
- Control de hemorragia frecuencia color duración para prevenir complicaciones y prevenir shock hipovolémico. (22)

## **Diagnóstico de enfermería 2**

Dolor de gran intensidad a nivel de hipogastrio. (20)

### **Razón científica**

El dolor se produce porque el miometrio se contrae y comprime las arterias espinales esta contracción es tan intensa y generalizada que impide la circulación útero placentaria por lo que aparece la hipoxia y con mayor tendencia al desprendimiento de la placenta produciendo el dolor. (21)

### **Cuidados de enfermería**

- Aplicar técnicas de relajación como conversar con la madre sobre su bebe, soplar botella etc.
- Educar a que no realice esfuerzos para caminar.
- Administración de analgésicos prescritos por el médico y así aliviar el dolor.
- Reposo relativo luego asistir en la de ambulación de la paciente para ello debe evitar la movilización temprana.
- Administración de analgésicos prescritos por el médico para aliviar el dolor.

- Valorar las características del dolor localización, frecuencia.
- Realizar ducha bulbar dos veces al día para evitar infección.
- Valorar la cantidad, características de sangrado transvaginal para evitar shock hipovolémico. (22)

#### **2.3.3.6. Anemia**

La anemia es considerada la enfermedad más frecuente del estado grávido puerperal, pues ocurren cambios fisiológicos en la volemia y aumenta el consumo de hierro elemental por las necesidades del feto en desarrollo y la placenta, siendo la más frecuente la anemia por déficit de hierro. La gestante anémica y su hijo están frecuentemente expuestos a complicaciones, algunas graves, que lo sitúan en la categoría de alto riesgo. Con frecuencia el embarazo induce cambios fisiológicos que contribuyen a confundir el diagnóstico de diferentes enfermedades hematológicas, así como la evaluación de sus tratamientos. (29)

#### **Diagnóstico de enfermería 1**

Alteraciones digestivas relacionadas con la modificación de las secreciones del aparato digestivo o de la motilidad disminución de la acidez total. (20)

#### **Razón científica**

Ocurren cambios fisiológicos en la volemia y aumenta el consumo de hierro elemental por las necesidades del feto en desarrollo y la placenta, siendo la más frecuente la anemia por déficit de hierro. (29)

#### **Cuidados de enfermería**

- Incentivar a la madre a que ingiera una dieta equilibrada y con suplementos de vitaminas y ácido fólico para un buen desarrollo del feto.

- Se debe tomar en cuenta el peso de la madre antes de la gestación, para saber si existe un déficit o un exceso.
- La buena nutrición ayudará a prevenir en la madre, anemia, infecciones y la mala cicatrización de los tejidos después del parto y Favorece una adecuada producción de leche en los primeros meses de lactancia.
- Influye directamente en el desarrollo del niño o niña.
- Revenir el consumo de café, bebidas gaseosas. (22)

## **Diagnóstico de enfermería 2**

Deterioro de la integridad cutánea producida por el déficit de vitamina A y B vitamina C, complejo B. (20)

## **Cuidados de enfermería**

- Observar el color de la piel palidez ictericia temperatura textura si hay inflamación y ulceraciones en las extremidades.
- Observar si hay sequedad de la piel y aplicar cremas lubricantes y así evitar la sequedad de la piel.
- Dar masajes en movimiento circular para ayudar a la circulación sanguínea.
- Limpieza de la boca con agua bicarbonatada.
- Recibir rayos solares para la fijación de la vitamina D. (22)

### **2.3.3.7. Embarazo general**

Una de las causas de alto riesgo obstétrico es el embarazo con más de un feto, situación que está asociada con complicaciones maternas importantes y con una alta morbilidad perinatal. La mayoría de las gestaciones múltifetales son embarazos gemelares o bifetales.

La incidencia de embarazos gemelares aumenta con la edad materna (hasta los 35 a 39 años) y la paridad. Los efectos positivos de la edad creciente de la madre y la paridad sobre la incidencia de gemelos han sido demostrados por Waterhouse. Igualmente se considera como patología prevalente el aumento de cesáreas durante la atención del parto, entre otras. (30)

Su frecuencia ha aumentado en los últimos años como resultado de técnicas de fertilización asistida y la mayor edad materna. Por definición, es un embarazo de alto riesgo dado su mayor asociación con enfermedades del embarazo. El parto prematuro es la principal complicación, seguido de síndromes hipertensivos y restricción de crecimiento fetal. Hay complicaciones específicas de la presentación gemelar, como la transfusión feto fetal, la restricción de crecimiento selectivo y la perfusión arterial reversa. Todas ellas aumentan la morbimortalidad perinatal. (31)

#### **2.3.3.8. Ruptura prematura de membranas**

Se define como la ruptura de membranas que ocurre espontáneamente antes del inicio del trabajo de parto. El término latencia se refiere al tiempo que transcurre entre la ruptura y la terminación del embarazo. Así, el periodo de latencia y la edad gestacional determinan el pronóstico y consecuentemente el manejo de la enfermedad de acuerdo a la posibilidad o no de terminación del embarazo. Cuando la ruptura prematura de membranas ocurre antes de la semana 37 es conocida como ruptura prematura de membranas pretérmino. Es así como muchos autores las han clasificado. Ruptura prematura de membranas pretérmino “previable” menos de 23 semanas de gestación, Ruptura prematura de membranas fetales pretérmino “lejos del término” desde la viabilidad hasta aproximadamente 32 semanas de gestación, Ruptura prematura de membranas fetales pretérmino “cerca al término” aproximadamente 32-36 semanas de gestación, se ha comprobado que ha tenido más prevalencia en mujeres mayores de 35 años por la edad ya que este es un factor muy influyente. (32)

En aproximadamente 8 a 10% del total de los embarazos a término las membranas fetales se rompen antes del inicio del trabajo de parto. Si el trabajo de parto no es

inducido, 60-70% de estos comienzan trabajo de parto espontáneamente en un periodo de 24 horas y cerca del 95% lo hará en un periodo no mayor a 72 horas. La ruptura prematura de membranas ocurre en aproximadamente 1-3% del total de mujeres embarazadas, además se encuentra asociada con aproximadamente el 30-40% de partos pretérmino, por esta razón podría considerarse como el problema obstétrico de la actualidad debido a que está reportado que el 85% de la morbilidad fetal es resultado de la prematuridad. Es muy importante conocer que, si el tiempo de latencia se hace cada vez mayor, el riesgo de infección fetal y materna se comporta de manera directamente proporcional, también se ha visto que la ruptura prematura de membranas ha aumentado en mujeres con edad avanzada ya que se relaciona con alguna patología que va relacionada con un embarazo de alto riesgo. (33)

#### **2.3.3.1. Parto prematuro**

El trabajo de parto que empieza al cumplirse las 37 semanas es llamado "pretérmino" o "prematuro", algunos síntomas son sangrado, contracciones con lumbago, líquido que sale desde la vagina y más de 5 contracciones por minuto, las causas más comunes son embarazo gemelar, ciertos defectos del bebé, hipertensión arterial de la madre y sangrados en el primer trimestre. (34)

Las mujeres de 30 o 40 años tienen más probabilidades que las mujeres de entre 20 y 30 años de tener un parto prematuro, antes de completar las 37 semanas de embarazo. Los bebés prematuros corren un riesgo mayor de tener problemas de salud durante las primeras semanas de vida y de padecer incapacidades permanentes. Algunos estudios también sugieren que las mujeres de 40 a 49 años podrían tener un mayor riesgo de tener un bebé de bajo peso al nacer menos de cinco libras y media. El bajo peso al nacer puede ser resultado de un nacimiento prematuro, un desarrollo insuficiente antes de nacer o ambos. (35)

### **2.3.3.2. Pérdida del embarazo**

Perdida del embarazo o también llamado aborto espontáneo es la pérdida del embarazo antes de la semana 20 de gestación. La mayoría de los abortos espontáneos ocurren muy temprano en el embarazo, a menudo antes de que la mujer sepa que está embarazada. Las causas pueden ser por un problema genético del feto, Problemas con el útero o el cuello uterino, enfermedades crónicas, incluyendo el síndrome de ovario poliquístico, edad avanzada, los signos pueden incluir manchado vaginal, dolor abdominal o calambres y fluidos o tejidos que salen por la vagina. El sangrado vaginal puede ser un síntoma común de un aborto espontáneo, pero muchas mujeres tienen un poco de sangrado al comienzo del embarazo sin ser un aborto espontáneo. (36)

Las mujeres mayores de 35 años tienen un mayor riesgo de aborto que las mujeres más jóvenes. Para una mujer mayor de 40 años, el riesgo se duplica en comparación con una mujer de 20 años o iniciando los 30. La mayoría de las veces, estos abortos son producto de anomalías genéticas, las cuales son más comunes en mujeres mayores de 35 años.

Aborto: es la interrupción del embarazo que acontece antes de la semana 23 desde la amenorrea (37)

### **2.3.4. Factores de riesgo para el Recién Nacido**

#### **2.3.4.1. Bajo peso nacer**

Según la Organización Mundial de la Salud, el recién nacido de bajo peso es aquel niño con un peso menor de 2,500 gramos al nacer; esta medición debe realizarse al momento de nacer o dentro de las primeras horas de vida para que sea válido. (38)

En los países en desarrollo como el nuestro, alrededor del 16% de los bebés nacen con un peso inferior a 2,500 gramos. Estos bebés tienen 20 veces más probabilidades que

los que nacen con peso normal de morir en sus primeros meses o años de vida. Los que sobreviven suelen ser más susceptibles a las enfermedades infecciosas y a las alteraciones del crecimiento. Así mismo, tienen más probabilidades de presentar posteriormente enfermedades crónicas como obesidad, diabetes. (39)

#### **2.3.4.2. Prematuros**

Un recién nacido prematuro es aquel que nace antes de completar la semana 37 de gestación, siendo la gestación una variable fisiológica fijada en 280 días, más menos 15 días. El término preterminó no implica valoración de madurez, como lo hace prematuro, aunque en la práctica ambos términos se usan indistintamente. La mayor parte de la morbimortalidad afecta a los recién nacidos “prematuros”, cuya Edad Gestacional es inferior o igual a las 37 semanas y especialmente a los “preterminos extremos” que son los nacidos antes de la semana 28 de Edad Gestacional. (40)

#### **2.3.4.3. Hidrocefalia**

Es la respuesta orgánica a un desequilibrio entre la producción y absorción de líquido céfalo raquídeo. El trastorno es a menudo congénito y se asocia a otras malformaciones de Sistema Nervioso Central. Se estima que la incidencia global es de uno de cada 2.000 nacimientos, la manifestación predominante es el rápido aumento de la circunferencia craneal, también se muestran signos de presión intracraneal aumentada. Un factor de riesgo también es la edad de la madre ya que a partir de los 35 años tiene más tendencia a padecer patologías propias del embarazo. (41)

#### **2.3.4.4. Macrosomía**

#### **2.3.4.5. Síndrome de Down**

El síndrome de Down es una enfermedad genética resultante de la trisomía del par 21 por la no disyunción meiótica, mitótica o una translocación desequilibrada de dicho

par, que se presenta con una frecuencia de 1 en 800.000 habitantes, incrementándose con la edad materna.

Los signos clínicos generales que caracterizan a este cuadro son: deficiencia mental, braquicefalia, eritema facial continuo, microtia, manchas de Brushfield, anomalías cardíacas congénitas, displasia de la segunda falange del quinto dedo, manos pequeñas, facies mongólica, hipotonía, además de retraso en el desarrollo físico y psíquico. Sin embargo, la presencia de retraso mental en estos pacientes puede ser variable, encontrándose afecciones leves que permiten a estos pacientes realizar labores cotidianas con mucha facilidad. (42)

#### **2.3.4.6. Síndrome de dificultad respiratoria neonatal**

El síndrome de dificultad respiratoria, anteriormente llamado enfermedad de las membranas hialinas, es un cuadro respiratorio agudo que afecta casi exclusivamente a los recién nacidos prematuros. La inmadurez del pulmón del prematuro no es solamente bioquímica, déficit de surfactante pulmonar, sino también morfológica y funcional, ya que el desarrollo pulmonar aún no se ha completado en estos niños inmaduros. El pulmón con déficit de surfactante es incapaz de mantener una aireación y un intercambio gaseoso adecuados. Los síntomas comienzan al poco de nacer, con dificultad respiratoria debida a las alteraciones de la función mecánica del pulmón y cianosis secundaria por anomalías del intercambio gaseoso. La dificultad respiratoria que lo caracteriza progresa durante las primeras horas de vida, alcanzando su máxima intensidad a las 24 - 48 horas de vida y, en los casos no complicados, comienza a mejorar a partir del tercer día de vida. (43)

#### **2.3.5. Tipos de parto**

##### **2.3.5.1. Parto normal**

El parto normal según la OMS en 1996 se define como aquel de comienzo espontáneo, de bajo riesgo desde el comienzo del trabajo de parto, hasta la finalización del

nacimiento. El niño nace en forma espontánea, en presentación cefálica, entre las 37 y 41 semanas completas de edad gestacional. Luego, tanto la madre como el niño están en buenas condiciones, el parto consta de tres periodos de trabajo de parto que son dilatación, expulsivo y alumbramiento. (44)

### **Periodo de dilatación**

Este periodo va desde el inicio del trabajo de parto, hasta que se completa la dilatación hasta llegar a los 10 cm. Este periodo se subdivide en 2 fases: Fase latente: Desde que se comienza a tener contracciones uterinas y rítmicas, hasta llegar a los 4 cm de dilatación. En mujeres sin hijos o nulíparas puede llegar a durar hasta 20 horas. En mujeres multíparas el tiempo puede ser menor a 14 horas. Fase Activa: desde los 4 cm, hasta alcanzar los 10 cm de dilatación. En mujeres nulíparas se dilata alrededor de 1.2 cm por hora, mientras que las que ya han sido mamás alcanzan 1.5 cm por hora. (45)

### **Periodo expulsivo**

Comienza cuando el cuello del útero está completamente borrado y dilatado en la que la madre siente la necesidad de pujar provocado por la distensión de la vagina, la vulva y el periné. Corresponde al paso del feto por el canal del parto. Esta etapa termina con el nacimiento del bebé. El tiempo promedio de este periodo es de 1 a 2 horas en madres primerizas, y se reduce en los embarazos posteriores al primero. (45)

### **Periodo de alumbramiento**

Este periodo va desde que se termina la dilatación hasta que se completa el nacimiento. Incluye la expulsión de la placenta, la cual se inicia con el desprendimiento de la misma. Esta etapa se caracteriza por la ausencia de dolor. En el caso de que la placenta no se desprenda sola, habrá que hacer una extracción manual de la placenta introduciendo la mano dentro de la cavidad uterina y separando la placenta de las paredes. Si la paciente tiene la anestesia epidural, podrá hacerse en la sala de partos. En caso de no tener anestesia previa, deberá pasarse a la mujer al quirófano para hacer

la extracción bajo anestesia general. A veces, la extracción manual de placenta requiere de un legrado posterior sobre todo si la placenta está muy adherida. El tiempo promedio de esta etapa es de 8 a 15 minutos. (45)

### **2.3.5.2. Cesárea**

La cesárea es la intervención quirúrgica que tiene como objetivo extraer el producto de la concepción y sus anexos ovulares a través de una laparotomía e incisión de la pared uterina. (46)

#### **Tipos de cesárea**

- Primera: Es la que se realiza por primera vez.
  - Iterativa: Es la que se practica en una paciente con antecedentes de dos o más cesáreas.
  - Previa: es cuando existe el antecedente de una cesárea anterior
  - Urgente: Es la que se practica para resolver o prevenir una complicación materna o fetal en etapa crítica.
  - Electiva: Es la que se programa para ser realizada en una fecha determinada por alguna indicación médica y se ejecuta antes de que inicie el trabajo de parto.
- (46)

## **2.4. Marco legal y ético**

### **2.4.1. Marco legal**

#### **2.4.1.1. Constitución de la República del Ecuador 2008**

*Art. 10.- la constitución de Ecuador manifiesta el derecho a tomar decisiones libres responsables e informadas sobre salud y vida reproductiva y a decidir cuándo y cuantos hijos desea tener, la*

*federación internación de planificación familiar, organización voluntaria que trabaja por la planificación familiar en la carta de derecho sexual y reproductivo, incluye el derecho a decidir tener hijos, cuando tenerlos, la protección de la salud reproductiva, la maternidad y el aborto seguro.*

*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. (47)*

*“Art. 362.- La atención de salud como servicio público se prestará a través de las entidades estatales, privadas, autónomas, comunitarias y aquellas que ejerzan las medicinas ancestrales alternativas y complementarias. Los servicios de salud serán seguros, de calidad y calidez, y garantizarán el consentimiento informado, el acceso a la información y la confidencialidad de la información de los pacientes. (48)*

*Art. 43.- El Estado garantizará a las mujeres embarazadas y en periodo de lactancia los derechos a:*

- *No ser discriminadas por su embarazo en los ámbitos educativo, social y laboral.*

- *La gratuidad de los servicios de salud materna.*
- *La protección prioritaria y cuidada de su salud integral y de su vida durante el 20 embarazo, parto y posparto.*
- *Disponer de las facilidades necesarias para su recuperación después del embarazo y durante el periodo de lactancia.*

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

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

- *Promover el desarrollo integral del personal de salud (49)*

#### **2.4.1.2. Toda una Vida Plan Nacional de Desarrollo 2017-2021**

*Toda una Vida Plan Nacional del buen vivir redacta en sus objetivos la importancia del equilibrio de la salud con la calidad de vida mediante los siguientes objetivos*

*Eje 1: derechos para todos durante toda la vida: con esto se espera mejorar la calidad de vida de la población. - Las intervenciones emblemáticas propuestas para el primer eje de este Plan buscan garantizar los derechos de las personas a lo largo de la vida, la revalorización de las identidades diversas, la interculturalidad y plurinacional, así como el aprovechamiento de los recursos naturales renovables y no renovables, precautelando los derechos de la naturaleza para las presentes y las futuras generaciones. (50)*

#### **2.4.1.3. Objetivos del milenio**

##### **Mejorar la salud materna**

*Meta 5.A. Reducir en tres cuartas partes, entre 1999 y el 2015, la mortalidad materna.*

*Meta 5.B. Lograr, para 2015, el acceso universal a la salud reproductiva.*

*En 2013, 289 000 mujeres fallecieron durante el embarazo o el parto, un descenso del 45% respecto a los niveles de 1990. La mayoría muere porque no se dispone de suficiente personal competente en la prestación de atención de rutina o de emergencia. Desde 1990, algunos países de Asia y África del Norte han reducido en más de la mitad la mortalidad materna.*

*Se han registrado progresos en el África subsahariana, una de cada 38 mujeres corre riesgo de morir durante el embarazo o el parto en algún momento de su vida, cuando en los países desarrollados esa proporción es de una de cada 3700. (51)*

### **2.3.6. Marco ético**

#### **2.3.6.1. Código de ética de la federación ecuatoriana de enfermeras/os del Ecuador**

El código de ética establece las diferentes características que los profesionales de enfermería deben cumplir:

##### *Título Primero*

*Se basa en principios morales que deben ser aplicados honestamente por las y los profesionales de la enfermería, para garantizar el ejercicio profesional con una conducta honorable, con justicia, solidaridad, competencia y legalidad.*

*La concepción integral del proceso salud - enfermedad, deben aplicar las y los profesionales de enfermería, para la defensa de la salud y la vida de la población.*

*La salud y la enfermedad tienen condicionantes en todas las esferas de la Vida humana, por lo tanto, los o los profesionales de enfermería deben incorporar a su ejercicio los conocimientos, metodologías y técnicas de la economía, política, comunicación, educación, antropología, cultura, bioética y ecología; en la perspectiva de contribuir a la solución de los problemas inmediatos.*

*La salud es un derecho humano, por lo tanto, la enfermera y el enfermero, deben respetarla y trabajar para que la sociedad y el estado la pongan en vigencia. (52)*

### **2.3.6.2. Biótica y seguridad del paciente-usuario**

*Es todo acto relacionado con la atención de salud tiene una base de reflexión ética, por lo tanto, hablar base seguridad para el paciente comprende un deber moral de todos los actores relacionados con el cuidado de la salud, sustentando en el ejercicio de cuatro principios éticos. Beneficencia, No maleficencia, Autonomía y Justicia. (53)*

#### ***Beneficencia***

*Obliga al profesional de la salud a poner el máximo empeño en atender al paciente, con conocimientos y habilidades profesionales al servicio del bien de los pacientes. (54)*

#### ***No maleficencia***

*Este principio tiene que ver con no hacer daño al paciente, Implica, sobre todo hacer el bien y de evitar el mal, es un lema de alianza mundial el cual significa “ante todo, no hacer daño” derivado del principio hipocrático primum nos encamina a evitar cualquier daño al paciente. (54)*

#### ***Autonomía***

*Este principio se basa en la convicción de que el ser humano debe ser libre de todo control exterior y ser respetado en sus decisiones vitales básicas. Se refiere al respeto debido a los derechos del hombre, incluido el de la autodeterminación. Es un principio profundamente enraizado en el conjunto de la cultura occidental, aunque ha tardado en tener repercusiones en el ámbito médico. (55)*

### **Justicia**

*Se ha identificado con la equidad, con dar a cada uno lo que le corresponde. Se refiere a la obligación de igualdad en los tratamientos y, respecto del Estado, en la distribución equitativa de los recursos para prestar los servicios de salud. (55)*

### **2.3.6.3. Principios propios de la Biótica personalista**

*Los principales principios propios de la bioética personalista sobre lo que se sustenta la actividad profesional son: (54)*

*El mal menor: Es aquello que, siendo privación de un bien o de una perfección debida, se considera en caso concreto como algo estimable y aun digno de elogio, porque impide males mayores, perjuicios de mayor importancia. Debe aclararse que la elección del mal menor se debe dar en el ámbito de lo físico ya que nunca es posible admitirlo en materia moral por lo que es en aquel ámbito donde es posible en caso de conflicto entre dos males, escoger el menor en impacto, duración, extensión. (54)*

*Consentimiento informado: El Consentimiento Informado es un proceso mediante el cual un sujeto confirma voluntariamente su deseo de participar en un estudio en particular después de haber sido informado sobre todos los aspectos de éste que sean relevantes para que tome la decisión de participar. El consentimiento informado se documenta por medio de un formulario de consentimiento informado escrito, firmado y fechado. Por lo tanto, el consentimiento informado debe entenderse esencialmente como un proceso y por conveniencia un documento, con dos propósitos fundamentales: (54)*

- *Asegurar que la persona controle la decisión de si participa o no en una investigación clínica, y*

- *Asegurar que la persona participe sólo cuando la investigación sea consistente con sus valores, intereses y preferencias.*

*Para otorgar un consentimiento verdaderamente informado, es decir, para asegurar que un individuo tome determinaciones libres y racionales de si la investigación médica está de acuerdo con sus intereses, debe hacerse énfasis en que la información debe ser veraz, clara y precisa, de tal forma que pueda ser entendida por el sujeto al grado de que pueda establecer sus implicaciones en su propia situación clínica, considerar todas las opciones, hacer preguntas, para que así pueda tomar una decisión libre y voluntaria. (54)*

#### **2.3.6.4. Código de Helsinki**

De acuerdo al código de Helsinki como una propuesta de principios éticos para investigación médica en seres humanos, incluida la investigación del material humano y de información identificables se denota a continuación. (56)

*La participación de personas capaces de dar su consentimiento informado en la investigación médica debe ser voluntaria. Aunque puede ser apropiado consultar a familiares o líderes de la comunidad, ninguna persona capaz de dar su consentimiento informado debe ser incluida en un estudio, a menos que ella acepte libremente*

*El participante potencial debe ser informado del derecho de participar o no en la investigación y de retirar su consentimiento en cualquier momento, sin exponerse a represalias. Se debe prestar especial atención a las necesidades específicas de información de cada participante potencial, como también a los métodos utilizados para entregar la información (56)*

## CAPÍTULO III

### 3. Metodología de la investigación

#### 3.1. Diseño de la Investigación

La metodología que se utilizará en la presente investigación es de tipo cuantitativa, no experimental.

**Cuantitativa:** porque en la investigación se utilizará estadísticas descriptivas mediante las cuales se validará la información correspondiente.

**No experimental:** porque no se tiene el control sobre las variables independientes porque ya ocurrieron los hechos o porque no son intrínsecamente manipulables.

#### 3.2. Tipo de Investigación.

La presente investigación es de tipo:

**Descriptiva:** Porque se describe las características del objeto de estudio, en el cual se describirá cada uno de los factores de riesgo maternos y fetales en mujeres añosas.

**Transversal:** Porque se realizó en un determinado tiempo y no se hará un seguimiento a futuro.

**Documental:** porque se revisó cada una de las historias clínicas, para realizar la recopilación de datos.

**Retrospectivo:** busca evaluar cambios generados en diversos estudios realizados anteriormente y compararlos con estudios actuales.

### **3.3. Localización y ubicación del estudio**

La presente investigación se realizó en el Hospital Delfina Torres de Concha, ciudad de esmeraldas en el año 2018, el cual se encuentra ubicado en las calles Av. El Ejercito Barrio Inmaculada Concepción.

### **3.4. Población**

#### **3.4.1. Universo**

El universo de la presente investigación fueron 1.600 mujeres añosas pertenecientes a la provincia de esmeraldas.

#### **3.4.2 Muestra**

El presente estudio esta constituida por 1.600 mujeres añosas pertenecientes a la provincia de esmeraldas, de las cuales 240 mujeres añosas ingresadas en el servicio de ginecología en el 2018 serán tomadas como muestra, el tipo de muestra que se tomo fue probabilístico aleatorio porque el método consiste en extraer una parte o muestra de la población o universo de tal forma que todas las muestras posibles de tamaño fijo tengan la misma posibilidad de ser seleccionadas.

#### **3.4.3. Criterios de inclusión**

Al presente estudio se incluirán:

- Todas las pacientes añosas embarazadas y en puerperio inmediato ingresadas en el servicio de ginecología en el año 2018.

#### **3.4.4. Criterios de exclusión**

Se excluirán del estudio a:

- Pacientes embarazadas trasladadas a otras instituciones de salud durante este periodo.

### 3.5. Operalización de variable

Objetivo	Variable	Definición conceptual	Dimensiones	Indicador	Escala.
<b>Caracterizar socio demográficamente el grupo de estudio</b>	Edad	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo.	Grupos de edad	Población por grupo de edad	35-39 40-45
	Estado civil	Situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.	Social	Población según estado civil	Soltero Casada Viuda Unión libre
	Etnia	Se trata de una comunidad humana que comparte una afinidad cultural que permite que sus integrantes puedan sentirse identificados entre sí. Los miembros mantienen en el presente prácticas culturales y comportamientos sociales similares.	Autoidentificación	Población según su consideración étnica.	Mestizo Indígena Afroamericano Negro

Nivel de Instrucción	Grado más elevado de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o están provisional o definitivamente incompletos.	Años de escolaridad	Población según su nivel de instrucción.	Primaria Secundaria Superior
Ocupación	Actividades de producción que desarrollan las personas.	Social	Población según su ocupación.	Actividad laborar Sin actividad Laborar
Zona	Es una extensión de terreno de dimensiones considerables y que presenta una forma de banda o franja.	Demográfica	Población según su ubicación territorial.	Rural Urbana
Nivel socioeconómico	Es una medida total económica y sociológica combinada de la preparación laboral de una persona, de la posición económica y social individual o familiar en relación a otras personas, basada en sus ingresos, educación y empleo.	Demográfica	Población según su ubicación territorial.	Alto Medio Bajo

<b>Factores de riesgo en las madres</b>	Diabetes gestacional	Hiperglicemia mayor de 130 ya que se consideramos lo normal en ayunas es de 70 a 110 mg/dl.	Riesgo materno	Población que presenta la patología	SI NO
	Hipertensión crónica	Se considera que todo embarazo con una tensión sistólica de 140 o más y una diastólica de 90 mayores antes de las 20 semanas de gestación.	Riesgo materno	Población que presenta la patología	SI NO
	Preeclampsia	Es una alteración que se presenta a partir de la semana 20 de embarazo. Cursa con hipertensión arterial (valores superiores a 140/90 mmHg) y proteínas en la orina.	Riesgo materno	Población que presenta la patología	SI NO
	Eclampsia	TA > 140/90 mm Hg en el embarazo > 20 semanas, proteinuria > 300 mg en 24 horas. Convulsiones tónico clónicas o coma.	Riesgo materno	Población que presenta la patología	SI NO

	Placenta previa	Esta ocurre cuando ésta se sitúa muy próxima al cuello uterino, obstruyendo total o parcialmente su abertura. ocurre cuando ésta se sitúa muy próxima al cuello uterino, obstruyendo total o parcialmente su abertura.	Riesgo materno	Población que presenta la patología	SI NO
	Abruptio placentae	Es la separación parcial o total de una placenta que se encuentra implantada normalmente	Riesgo materno	Población que presenta la patología	SI NO
	Anemia	Síndrome que se caracteriza por la disminución anormal del número o tamaño de los glóbulos rojos que contiene la sangre o de su nivel de hemoglobina.	Riesgo materno	Población que presenta la patología	SI NO
	Embarazo gemelar	El embarazo múltiple se define como la presencia de dos o más fetos dentro del útero	Riesgo materno	Población que presenta la patología	SI NO

	Ruptura prematura de membranas.	Es la salida de líquido amniótico a través de una solución de continuidad de las membranas ovulares en embarazos mayores de 20 semanas y/o por lo menos 2 horas. antes del inicio del trabajo de parto.	Riesgo materno	Población que presenta la patología	SI NO
	Perdida del embarazo	Se considera perdida del embarazo a la muerte del feto ocasionado por diferentes causas	Riesgo materno	Población que presenta la patología	SI NO
	Tipos de parto	Es la culminación del embarazo humano hasta el periodo de la salida del bebé del útero.	Social	Población según el tipo de parto	Parto normal Cesárea
<b>Factores de riesgo para el niño</b>	Compromiso de bienestar fetal	Sospecha o confirmación de perturbación del estado metabólico basal del feto. Disminución del intercambio materno fetal de oxígeno que se expresa con disminución de movimientos fetales, alteraciones de la FCF y acidosis fetal.	Riesgo neonatal	Población que presenta la patología	SI NO

	Bajo peso nacer	Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el bajo peso al nacer se da cuando un niño pesa menos de 2,500g al nacer.	Riesgo neonatal	Población que presenta la patología	SI NO
	Prematuros	Cuando el nacimiento se produce antes de la semana 37 de gestación.	Riesgo neonatal	Población que presenta la patología	SI NO
	Hidrocefalia	Es la acumulación de una cantidad excesiva de líquido cefalorraquídeo en el cerebro.	Riesgo neonatal	Población que presenta la patología	SI NO
	Síndrome de Down	Es una enfermedad genética resultante de la trisomía del par 21 por la no disyunción meiótica, mitótica.	Riesgo neonatal	Población que presenta la patología	SI NO
	Síndrome de dificultad respiratoria neonatal	Es un trastorno de nacidos prematuros, cuyos pulmones no están maduros, de tal forma que cuanto más baja es la edad gestacional más probabilidades tienen de padecerla.	Riesgo neonatal	Población que presenta la patología	SI NO

### **3.6. Métodos de recolección de información**

La presente investigación se realizó mediante una ficha de recolección de datos, con una revisión de historias clínicas, de todas las mujeres arias ingresadas en ginecología del Hospital Delfina Torres de Concha, con esto podremos recolectar la información requerida, ya que fue la manera más viable y confiable para poder conocer sus características sociodemográficas, y los factores de riesgo de cada mujer aaria, debido a que si se hubiese utilizado otra técnica como la entrevista o encuesta no lograríamos obtener una información verdadera.

### **3.7. Análisis de datos**

Para el análisis de la información en la presente investigación se procedió a la tabulación de datos en el programa Microsoft Excel y Epi-Info, para luego proceder a elaborar tablas que permitieron detallar los resultados y facilitaron de esa forma el análisis

## CAPITULO IV

### 4. Resultados

Se realizó un estudio de 240 mujeres añosas en el hospital Delfina Torres de Concha, en los cuales se obtuvieron los siguientes resultados que se representaron mediante tablas para su interpretación y análisis, los mismos son detallados;

**Tabla 1**

*Características sociodemográficas.*

Característica	Frecuencia	Porcentaje
<b>Edad</b>		
35-37	45	18,75%
38-40	87	36,25%
41-43	67	27,92%
44-45	41	17,08%
<b>Etnia</b>		
Afroecuatoriana	205	85,42%
Mestizo	35	14,58%
<b>Estado Civil</b>		
Casada	17	11,55%
Soltera	99	48,33%
Unión libre	124	51,67%
<b>Nivel de instrucción</b>		
Primaria	71	29,58%
Secundaria	169	70,42%
<b>Ocupación</b>		
Trabaja en casa	205	85,42%
No trabaja en casa	35	14,58%
<b>Zona</b>		
Rural	175	72,92%
Urbano	65	27,08%

## **Análisis**

En relación a los datos sociodemográficos que se puede apreciar en a la tabla N° 1, se observó que, de una muestra de 240 mujeres, el grupo que sobresalió fue 38 a 40 años de edad, con un porcentaje de 36,25%, el 82,42% se autoidentifican en su mayoría como afroecuatorianas, en relación al estado conyugal corresponde a unión libre 51,67%, el 70,42% solo a cruzado la secundaria, y el 72,92% pertenecen zonas rurales.

Según un estudio realizado en Latinoamérica (Perú) por Félix Ayala y Enrique Guevara en el 2016 llamado Edad Materna Avanzada y Morbilidad Obstétrica se observó que la muestra tomada fue superior, 321 mujeres de las cuales el grupo que más sobresale es de 35 a 40 años con un porcentaje de 60,04%, lo que nos indica que la edad de las mujeres fue similar a la de este estudio, el 80,43% se identifican como mestizas, a diferencia de este estudio el cual fue realizado en la provincia de Esmeraldas donde sobresale la raza afroecuatoriana, en relación al estado conyugal corresponde a unión libre el 45,43%, su nivel de instrucción es inferior al de este estudio ya que el 70,45% solo han cruzado el nivel primario, y el 70,60% son de zonas rurales lo cual nos indica que estos dos estudios son similares. (18)

**Tabla 2**

*Factores de riesgo para la madre-Diabetes Gestacional*

Característica	Frecuencia	Porcentaje
<b>Diabetes gestacional</b>		
SI	42	18,83%
NO	198	81,17%
Total	240	100,00%

**Análisis**

En relación a los antecedentes patológicos que se puede apreciar en la tabla N3, podemos observar que el 18,83% padecen diabetes gestacional de un total de 223 mujeres.

Según un artículo científico publicado en 2016 por Alba Lozano y Luz Hernández llamado *Gestación en Mujeres con Edad Avanzada* se puede apreciar que el 19,77% padecen diabetes gestacional, lo cual nos indica que estas dos investigaciones son similares, ya que el porcentaje es similar. (57)

**Tabla 3***Factores de riesgo hipertensivos*

Característica	Frecuencia	Porcentaje
<b>Hipertensión crónica</b>		
SI	65	29,15%
NO	175	70,85%
Total	240	100,00%
<b>Preeclampsia</b>		
SI	46	20,63%
NO	194	79,37%
Total	240	100,00%
<b>Eclampsia</b>		
SI	44	19,73%
NO	196	80,27%
Total	240	100,00%

**Análisis**

En relación a los factores hipertensivos que se puede apreciar en la tabla N4, se pudo observar que el 29,15% padecieron hipertensión crónica la cual se produce antes de las 20 semanas de gestación, el 20,63% padecieron preeclampsia y 19,73% padecieron eclampsia de un total de 223 mujeres, se concluyó que casi es un número igualitario ya que estas dos patologías están relacionadas.

Según un artículo científico publicado en 2015 por la Dra. Gabriela Rodríguez Romero llamado Complicaciones hipertensivas Asociadas con la Edad Avanzada, se apreció que el 30,12% padecieron de hipertensión crónica, el 22,75% padecieron eclampsia y el 18,78% preeclampsia, con esta tabla se pudo observar que estos dos estudios son similares ya que estas patologías están relacionadas y que los porcentajes son iguales a los de este estudio. (58)

**Tabla 4**

*Factores de riesgo hemorrágicos.*

<b>Característica</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Placenta previa</b>		
SI	18	8,07%
NO	222	96,41%
Total	240	100,00%
<b>Abruptio placentae</b>		
SI	8	3,49%
NO	232	96,41%
Total	240	100,00%

**Análisis**

En relación a los antecedentes patológicos que se puede apreciar en la tabla N5, se observó que 8,07% padecieron placenta previa y 3,49% abruptio placentae de un total de 223 mujeres, esto nos indica que un porcentaje bajo de mujeres sufrieron patologías hemorrágicas.

Según un artículo científico publicado en el 2016 México por Héctor Luis Guillermo Macías Villa y Alejandro Miguel Hernández llamado la edad materna avanzada como factor de riesgo perinatal y del recién nacido, se puede observar que 9.34% padecieron de placenta previa y 4,45% padecieron abruptio placentae de un total de 180 mujeres, con lo cual podemos concluir que las patologías hemorrágicas si se encuentra prevalentes en mujeres embarazadas añosas, y que estos dos estudios son similares.

(59)

**Tabla 5**

*Otros factores de riesgo para la madre anemia-embarazo gemelar*

<b>Característica</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Anemia</b>		
SI	214	95,96%
NO	26	4,04%
Total	240	100,00%
<b>Embarazo Gemelar</b>		
SI	11	4,93%
NO	238	95,07%
Total	240	100,00%

**Análisis**

En relación a los antecedentes patológicos que se puede apreciar en la tabla N6, se observó que el 95,96% han padecido de anemia durante el embarazo y 4,93% han tenido un embarazo gemelar.

Según los artículos científicos publicados por Félix Ayala y Enrique Guevara en el 2016 llamado Edad Materna Avanzada y Morbilidad Obstétrica podemos observar que el 90,33% padecieron de anemia durante el embarazo y 7,33% han tenido un embarazo gemelar, con lo cual se puede concluir que estos dos estudios son similares. (18)

**Tabla 6**

*Factores de riesgo en el tercer trimestre del embarazo- ruptura prematura de membranas-parto prematuro.*

Característica	Frecuencia	Porcentaje
<b>Ruptura prematura de membranas</b>		
SI	130	58,30%
NO	110	41,70%
Total	240	100,00%
<b>Parto prematuro</b>		
SI	106	47,53%
NO	134	52,47%
Total	240	100,00%

**Análisis**

En relación a los antecedentes patológicos que se puede apreciar en la tabla N7, podemos observar que el 58,30% sufrieron ruptura prematura de membranas y el 47,53% sufrieron partos prematuros, gracias a esta tabla podemos darnos cuenta que estas cifras son muy alarmantes, ya que esto lleva complicaciones tanto a la madre como al recién nacido.

Según los artículos científicos publicados por Félix Ayala y Enrique Guevara en el 2016 llamado Edad Materna Avanzada y Morbilidad Obstétrica se pudo observar que el 52,44% sufrieron de ruptura prematura de membranas y 41,22% padecieron un parto prematuro, en estas dos investigaciones podemos observar que los datos obtenidos son muy alarmantes, y que estos estudios son similares. (18)

**Tabla 7***Factores de riesgo para la madre perdida del embarazo*

Característica	Frecuencia	Porcentaje
<b>Perdida del embrazo en las primeras 20 semanas</b>		
SI	31	13,90%
NO	209	86,10%
Total	240	100,00%
<b>Perdida del embarazó después de las 20 semanas.</b>		
SI	17	12,11%
NO	213	87,89%
Total	240	100,00%

**Análisis**

En relación a los antecedentes patológicos que se puede apreciar en la tabla N8, se pudo observar que el 13,90% sufrieron una pérdida de embarazo en las primeras 20 semanas y 12,11% sufrieron una pérdida de embarazo después de las 30 semanas, siendo así un porcentaje alto de mujeres que no lograron llegar a culminar su embarazo.

Según un artículo científico publicado por Félix Ayala y Enrique Guevara en el 2016 llamado Edad Materna Avanzada y Morbilidad Obstétrica se pudo observar que de 321 mujeres el 19,33% sufrieron una pérdida de embarazo en las primeras 20 semanas y 14,43% sufrieron una pérdida de embarazo después de las 30 semanas, al comparar estas dos investigaciones podemos darnos cuenta que son casi similares, pero se debe tomar muy en cuenta que la población es mucho más grande a la de este estudio, por lo tanto los resultados serán mucho mayores. (18)

**Tabla 8**

*Factores de riesgo en mujeres añosas*

Característica	Frecuencia	Porcentaje
<b>Factores de riesgo para la madre</b>		
SI	223	92,99%
NO	17	17,08%
Total	240	100,00%

**Análisis**

En relación a la tabla N2. Como punto central de la investigación en lo que se refiere a factores de riesgo para la madre se observó que la población de muestra fue 240 mujeres gestantes, y que el 92,99% de ellas padecieron algún factor de riesgo o patología, la cual es causada por el embarazo en edad avanzada, y que 17,08% no padeció ningún factor de riesgo.

Según un estudio realizado en Latinoamérica Napoleón Baranda-Nájera en el 2014 llamado Edad Materna Avanzada podemos observar que la muestra cogida fue de 180 mujeres la cual es menor a la de este estudio y que 88,33% padecieron algún factor de riesgo mientras que 11,67% no padeció ningún factor de riesgo, lo que nos indica que estos dos estudios son similares, pero se debe tomar en cuenta que la población tomada es mucho menor por lo tanto el resultado también será menor. (10)

**Tabla 9***Relación entre edad y factores de riesgo de mujeres en edad avanzada.*

FACTORES DE RIESGO	EDAD				TOTAL
	35-37	38-40	41-43	44-45	
Hipertensión crónica	13	25	16	11	65
Diabetes gestacional	4	9	16	13	42
Preeclampsia	6	17	14	9	46
Eclampsia	4	15	18	7	44
Placenta previa	2	3	5	8	18
Abruptio placentae	1	2	4	1	8
Anemia	54	54	54	52	214
Embarazo gemelar	10	1	0	0	11
Ruptura prematura de membranas	27	31	25	47	130
Parto prematuro	24	26	33	23	106
Perdida del embarazo	4	6	18	20	48
Ninguno	7	5	3	2	17

FACTORES DE RIESGO	EDAD				TOTAL
	35-37	38-40	41-43	44-45	
Hipertensión crónica	20,01%	38,04%	24,06%	16,09%	100,00%
Diabetes gestacional	9,06%	21,05%	38,00%	30,09%	100,00%
Preeclampsia	13,01%	39,09%	30,04%	19,06%	100,00%
Eclampsia	9,01%	34,00%	41,00%	15,09%	100,00%
Placenta previa	11,01%	16,06%	27,09%	44,04%	100,00%
Abruptio placentae	12,05%	25,00%	50,00%	12,5%	100,00%
Anemia	25,02%	25,02%	25,02%	24,4%	100,00%
Embarazo gemelar	90,09%	9,01%	0%	0%	100,00%
Ruptura prematura de membranas	20,07%	23,08%	19,02%	36,03%	100,00%
Parto prematuro	22,06%	24,05%	31,03%	21,06%	100,00%
Perdida del embarazo	8,03%	12,05%	37,05%	41,07%	100,00%
Ninguno	41,01%	29,04%	17,06%	11,09%	100,00%

## **Análisis**

En relación a la edad-factor de riesgo que se puede apreciar en la tabla N9, se observó que 25 mujeres padecieron de hipertensión crónica entre 38-40 años, 16 mujeres padecieron de diabetes gestacional entre 41-43 años, 17 mujeres padecieron de preeclamsia entre 38-40 años, 18 mujeres padecieron eclampsia entre 41-43 años, 8 mujeres padecieron de placenta previa entre 44-45, 4 mujeres padecieron de abrupcio placentae entre 41-43, 54 mujeres padecieron de anemia entre 35-43 años, 10 mujeres tuvieron un embarazo gemelar entre 35-37 años, 47 mujeres tuvieron una ruptura de membranas prematura entre 44-45 años, 38 mujeres tuvieron parto prematuro entre 41-43 años, 20 mujeres tuvieron pérdida del embarazo entre 44-45 años y 7 mujeres que no sufrieron ninguna patología entre 35-37 años, estos son los datos más representativos según la edad y el factor de riesgo.

Según los artículos científicos publicados por Félix Ayala y Enrique Guevara en el 2016 llamado Edad Materna Avanzada y Morbilidad Obstétrica se pudo observar que los datos obtenidos son similares a los de este estudio, pero se debe tener muy en cuenta que la muestra es mucho mayor a la de este estudio ya que las edades coinciden al igual que los factores de riesgo. (18)

**Tabla 10**

*Número de partos de mujeres añosas ingresadas en ginecología del Hospital Defina Torres de Concha*

Característica	Frecuencia	Porcentaje
<b>Tipos de parto</b>		
Vaginal	41	17,03%
Cesárea	151	62,92%
Abortos	48	20,05%
Total	240	100,00%

**Análisis**

En relación al tipo de partos que se puede apreciar en la tabla N10, se observó que, de 240 mujeres, el 17,03% fueron vaginales, el 62,92% fueron cesáreas y que el 20,05% fueron abortos, estos datos son muy alarmantes ya que se trata de disminuir el número de muerte neonatal.

Según los artículos científicos publicados por Félix Ayala y Enrique Guevara en el 2016 llamado Edad Materna Avanzada y Morbilidad Obstétrica se observó que de 321 mujeres el 20,31% fueron partos vaginales y el 70,22% fueron cesáreas, y el 15% fueron abortos, al comparar estas dos investigaciones podemos darnos cuenta que el número de nacidos vivos ha sido mayor en los dos estudios y que el tipo de parto que más sobresale es la cesárea ya la mayoría de mujeres sufre algún factor de riesgo el cual es determinante para la realización de una cesárea. (18)

**Tabla 11**

*Factores de riesgo para el Recién Nacido bajo peso al nacer- prematuros*

<b>Característica</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Bajo peso al nacer</b>		
SI	101	52,33%
NO	92	47,67%
Total	193	100,00%
<b>Prematuros</b>		
SI	101	52,33%
NO	92	47,67%
Total	193	100,00%

**Análisis**

En relación a los factores de riesgo para el niño que se puede apreciar en la tabla N11, se observó que el mismo número de niños con bajo peso al nacer pertenecen al grupo de prematuros que son el 52,33% de un total 193 recién nacidos.

Según un artículo científico publicado en 2015 por José Recalde y Isabel Zapata llamado Complicaciones Perinatales y Neonatales Asociadas con la Edad Avanzada, se pudo apreciar que la muestra tomada fue de 736 recién nacidos, mucho mayor a la muestra de esta investigación en el cual se obtuvo que 49,54% recién nacidos tuvieron bajo peso, los mismos fueron prematuros, estas dos investigaciones son casi similares, pero se debe tener muy en cuenta que en la investigación en comparación el número de niños es mucho más alto. (11)

**Tabla 12**

*Factores de riesgo para el Recién Nacido –Macrosomías.*

Característica	Frecuencia	Porcentaje
<b>Hidrocefalia</b>		
SI	20	10,36%
NO	173	89,64%
Total	193	100,00%
<b>Síndrome de Down</b>		
SI	16	8,29%
NO	177	91,71%
Total	193	100,00%

**Análisis**

En relación a los factores de riesgo para el recién nacido que se puede apreciar en la tabla N12, se observó que, de 193 niños, el 10,36% padecieron hidrocefalia, el 8,29% nacieron con síndrome de Down, los cuales se pueden diagnosticarse durante el embarazo.

Según un artículo científico publicado en 2015 por José Recalde y Isabel Zapata llamado Complicaciones Perinatales y Neonatales Asociadas con la Edad Avanzada, se pudo apreciar que se tomó como muestra 736 recién nacidos, mucho mayor a la muestra de esta investigación en el cual se obtuvo que el 7,45% nacieron con síndrome de Down y 8,23 con síndrome de dificultad respiratoria y que el 20,45% de recién nacidos no padecieron ninguna patología, por lo tanto los datos son algo similares, pero se debe tomar en cuenta que la muestra es mucho mayor. (11)

**Tabla 13**

*Factores de riesgo para el Recién Nacido síndrome de Down-síndrome de dificultad respiratoria neonatal-ninguna patología*

<b>Característica</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Síndrome de dificultad respiratoria neonatal</b>		
SI	16	8,29%
NO	177	91,71%
Total	193	100,00%
<b>Ninguna patología</b>		
SI	153	79,27%
NO	40	20,73%
Total	193	100,00%

**Análisis**

En relación a los factores de riesgo para el recién nacido que se puede apreciar en la tabla N12, se observó que, de 193 niños, el 8,29% padecieron síndrome de dificultad respiratoria, y que el 20,73% de toda la muestra no padecieron ninguna patología.

Según un artículo científico publicado en 2015 por José Recalde y Isabel Zapata llamado Complicaciones Perinatales y Neonatales Asociadas con la Edad Avanzada, se pudo apreciar que se tomó como muestra 736 recién nacidos, mucho mayor a la muestra de esta investigación en el cual se obtuvo que el 7,38% padecieron síndrome de dificultad respiratoria, y que el 27,33% de toda la muestra no padeció ningún factor de riesgo, por lo tanto los datos son algo similares, pero se debe tomar en cuenta que la muestra es mucho mayor. (11)

## CAPITULO V

### 5. Conclusiones:

- En relación a las características sociodemográficas, la muestra tomada fue 240 mujeres añosas, el grupo que más sobresale es de 38 a 40 años de edad, se auto identifican en su mayoría como afroecuatorianas, estado civil unión libre, su nivel de instrucción es secundaria, se puede observar que la mayoría no trabaja por lo tanto su nivel socioeconómico es bajo, y un gran porcentaje pertenecen zonas rurales.
- En el estudio realizado se determinó que los factores de riesgo más predominantes en las mujeres añosas fueron, diabetes gestacional, hipertensión crónica, ruptura prematura de membranas, parto prematuro, anemia, y las de menor prevalencia fueron preeclampsia, eclampsia, placenta previa, abruptio placentae, embarazo gemelar, y perdida del embarazo, siendo estas las principales complicaciones que pueden llevar a una muerte materna.
- En relación a los factores de riesgo que más prevalecieron fueron, bajo peso al nacer, prematurez, y los de menor prevalencia fueron hidrocefalia, síndrome de Down, y síndrome de dificultad respiratoria, causados por la edad materna y complicaciones durante la gestación.
- La elaboración de esta guía didáctica facilitara la comprensión de cada uno de estos factores de riesgo que se producen en mujeres embarazadas añosas, ya que es un instrumento que incluye información práctica y necesaria, la cual beneficiara a mujeres en edad fértil.

## **6. Recomendaciones:**

Las recomendaciones que podemos brindar al presente estudio relacionado con el tema de Factores de riesgo Materno-Fetal en mujeres añosas, ingresadas en ginecología del Hospital Delfina Torres de Concha.

- Que se brinde información a las mujeres en edad fértil sobre de los factores de riesgo que pueden aparecer en mujeres gestantes de 35 años en adelante.
- Incentivar a la promoción y prevención de salud educando a las mujeres añosas que antes de quedar embarazadas se debe acudir a una consulta médica para una valoración, y así poder evitar estos factores de riesgo que ponen en peligro la vida de la madre y del recién nacido.
- Brindar información sobre los factores de riesgo para el recién nacido a mujeres en edad fértil ya que la mayoría de ellas no conoce sobre las patologías que afectan al feto de madres añosas durante la gestación.
- Que cada servicio de salud entregue a todas las mujeres en edad fértil esta guía para que ellas puedan informarse acerca de los factores de riesgo que conlleva un embarazo en edad avanzada.

## Bibliografía

1. Juan Larrea y José Riofrío. Instituto Nacional de Estadística y Censo. [Online].; 2018 [cited 2018 junio 5. Available from: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/salud/#ras>.
2. OMS. Salud de la Mujer. OMS. 2018 septiembre.
3. OMS. MUERTE MATERNA. Organización mundial de la salud. 2016 agosto.
4. Verónica Chamy P FCM. Perfil Epidemiológico: Embarazadas con Edad Avanzada. Revista chilena de obstetricia y ginecología. 2013 septiembre; 3(3): p. 5-8.
5. GE. C. Complicaciones Obstétricas y Perinatales en Gestantes mayores de 35 años. Scielo. 2014 junio.
6. Napoleón Baranda-Nájera DMPR. Edad Materna Avanzada y Morbilidad Obstétrica. Evidencia Medica Investigacion en Salud. 2015 septiembre; 7: p. 1-7.
7. Pérez BH. Resultados Perinatales en Gestantes de Edad Avanzada. Eievier Doyma. 2015 agosto; 1(34): p. 1-3.
8. Catalán EV. Condición Clínica al Nacer de Niños de Madres Añosas. Revista Mexicana de Pediatría. 2014 septiembre-octubre; B1: p. 1-4.
9. García AI. Riesgos del Embarazo en la Edad Avanzada. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. 2013 agosto; 2: p. 1-4.
10. Napoleón Baranda-Nájera DMPR. Edad Materna Avanzada y Morbilidad Obstétrica. Evidencia Medica Investigación en Salud. 2013 julio-septiembre; 7(3): p. 1-3.
11. José Recalde IZ. Complicaciones perinatales y Neonatales Asociadas con Edad Materna Avanzada. Revista de Sanidad Militar. 2015 julio-agosto; 69(4).
12. MSP. Hospital General Sur Delfina Torres de Concha. [Online].; 2018 [cited 2018 marzo 8. Available from: <http://www.hdte.gob.ec/portal/>.

13. Ecuador MdSPd. Hospital General Esmeraldas Sur Delfina Torres de Concha. [Online].; 2018 [cited 2018 octubre 25. Available from: <http://www.hdtc.gob.ec/portal/>.
14. MSP. Misión y Visión del Hospital General Esmeraldas Sur Delfina Torres de Concha. [Online].; 2018 [cited 2018 octubre 11. Available from: <http://www.hdtc.gob.ec/portal/index.php/hospital>.
15. Cisneros F. Teoría y Modelos de Enfermería. Fundamentos de Enfermería. 2015 febrero.
16. Jorge Manuel Balestena Sánchez YPSJRMS. La Edad Materna Avanzada como Elemento Favorecedor de Complicaciones Obstétricas y del Nacimiento. Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río. 2015 septiembre- octubre; 19(5).
17. Matilde Valls Hernández OSE. Comportamiento del Embarazo en Mujeres Mayores de 40 años. Revista Cubana de Ginecología y Obstetricia. 2014 marzo; 37(2).
18. Félix Dasio Ayala Peralta EGR. Edad Materna Avanzada y Morbilidad Obstétrica. Rev Peru Investig Matern Perina. 2016 mayo; 15(9).
19. Guebara D. March of Dimes. [Online].; 2018 [cited 2018 noviembre 9. Available from: [https://nacersano.marchofdimes.org/centro/9239\\_9619.asp](https://nacersano.marchofdimes.org/centro/9239_9619.asp).
20. Enfermeras Ad. NANDA. 10th ed. Herdman TH, editor.: Elsevier; 2015-2017.
21. Fescina R. Obstetricía. 7th ed. Duverges C, editor. Argentina: Ateneo; 2016.
22. Enfermeras Ad. NOC. 5th ed. Moorhead S, editor. España: Elsevier; 2015-2017.
23. María Fernanda Noriega Iriondo EAAS. Hipertensión Arterial en el Embarazo. 4th ed. 12 , editor. Medical SuR: Edigraphic; 2014.
24. Mora DL. Hipertensión en el Embarazo. Medical. 2015 mayo; 1(1).
25. Fecina R. Obstetricía. 7th ed. ClaudiacSolari , editor. Buenos Aires-Argentina: El Ateneo; 2016.
26. Sanchez DA. Enfermedad Hipertensiva del Embarazo. Revista Cubana de Medicina Intensiva y Emergencias. 2015 junio; 1(1).

27. Salud OPdl. Guia del Manejo de las Complicaciones del Embarazo. Organizacion Mundial de la Salud. 2013 octubre; 1(1).
28. Packard L. E Stanford Clindren's Health. [Online].; 2015 [cited 2018 diciembre 4. Available from: <https://www.stanfordchildrens.org/es/topic/default?id=sangradoenelembrazolaplacentapreviaeldesprendimientonormoplacentarioabruptioplacentae-90-P05547>.
29. Taín LdC. Anemia en Embarazadas Añosas. Medicina Universitaria. 2014 mayo; 5(20).
30. Ardila DLV. Determinantes del Embarazo Gemelar. Estado Actual del Embarazo Gemelar. 2014 abril; 1(1).
31. Rencoret G. Embarazo Gemelar. Twin Pregnancy. 2014 abril; 25(6).
32. Moldenhauer JS. Manual MSP. [Online].; 2016 [cited 2018 diciembre 7. Available from: <https://www.msmanuals.com/es-ec/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/anomal%C3%ADas-y-complicaciones-del-trabajo-de-parto-y-el-parto/rotura-prematura-de-membranas-rpm>.
33. López FA. Ruptura Prematura de Membranas. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. 2013 marzo; 57(4).
34. MedlinePlus. MedlinePlus-Parto Prematuro. [Online].; 2014 [cited 2018 noviembre 6. Available from: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000486.htm>.
35. Embarazo CdEd. March of Dimes. [Online].; 2018 [cited 2018 noviembre 9. Available from: [https://nacersano.marchofdimes.org/centro/9239\\_9619.asp](https://nacersano.marchofdimes.org/centro/9239_9619.asp).
36. Shriver K. Medlineplus. [Online].; 2014 [cited 2018 septiembre 2. Available from: <https://medlineplus.gov/spanish/miscarriage.html>.
37. Martínez RMC. Enfermería Obstetricia y Ginecologia. Primera ed. Paz M, editor. Barcelona: Difucion Avanzada de Enfermeria; 2013.
38. Salud OMdl. Bajo Peso al Nacer. MSP. 2018 octubre; 1(1).

39. Paredes A. Bajo Peso al Nacer. Jica. 1015 septiembre; 1(1).
40. S. Rellan Rodríguez CGdRyMPAG. El Recién Nacido Prematuro. Protocolos Diagnóstico Terapeúticos de la AEP: Neonatología. 2014 octubre; 1(1).
41. C.Bindler JWBR. Enfermería Pediátrica. 4th ed. Martín M, editor. Epaña: Pearson; 2013.
42. Alberto PCD. Síndrome de Down. Revista de Actualización Clínica Investiga. 2014 julio; 45(1).
43. J. López de Heredia Goya AViS. Síndrome de Dificultad Respiratoria. AEP. 2014 octubre; 23(1).
44. Kirchner DCFd. Guía de Atención del Parto Normal en Maternidades Centradas en la Familia. 4th ed. Salud Md, editor. Argentina: Área de Comunicación Social; 2014.
45. Abcdelbebe. Periodos del Trabajo de Parto. [Online].; 2015 [cited 2018 11 19]. Available from: <http://www.abcdelbebe.com/embarazo/periodos-del-trabajo-de-parto-13170>.
46. Salud SdPyPdl. Cesárea Segura. 21st ed. Hidalgo DM, editor. México: Secretaria de Salud; 2013.
47. MSP. Artículo 32. Constitución de la República del Ecuador 2008. 2018 abril; 23(6).
48. MSP. Constitución de la Republica del Ecuador Artículo 362 Quito: Registro Oficial; 2008.
49. MSP. Constitución de la Republica del Ecuador Artículo 43 Quito: Registro oficial; 2008.
50. Planificación CNd. Toda una Vida Plan Nacional de Desarrollo 2017-2021. [Online].; 2017-2021 [cited 2018 octubre 11]. Available from: <http://www.buenvivir.gob.ec/objetivo-3.-mejorar-la-calidad-de-vida-de-la-poblacion>.

51. Unidas N. Objetivos del Milenio. [Online].; 2018 [cited 2018 noviembre 11. Available from: <http://portal.onu.org.do/republica-dominicana/objetivos-desarrollo-milenio/7>.
52. FEDE. [Online].; 2010 [cited 2019 marzo 21. Available from: <http://hmasqueretaro.mx/pdf/codigo-etica-enfermeros.pdf>.
53. MSP. Manual de seguridad y Usuario. 760th ed. Pozo HD, editor. Quito: Registro Oficial; 2016.
54. Enfermeras AdMy. Apunte sobre Ética Y Deontología Profesional. [Online].; 2016 [cited 2019 noviembre 17. Available from: <https://www.ufasta.edu.ar/carteleravirtual/files/2016/10/Apunte-sobre-%C3%89tica-y-Deontolog%C3%ADa-Profesional.pdf>.
55. Alvarez M. Principios Fundamentales de la Bioética. [Online].; 2013 [cited 2018 Noviembre 17. Available from: <http://www.iztacala.unam.mx/rivas/NOTAS/Notas1Introduccion/etiprincipios.html>.
56. Codigo de Helsinki. Roque. [Online].; 2014 [cited 2019 marzo 20. Available from: [https://www.institutoroche.es/legalactualidad/105/revision\\_de\\_la\\_ultima\\_actualizacion\\_de\\_la\\_declaracion\\_de\\_helsinki\\_que\\_principios\\_han\\_sido\\_modificados](https://www.institutoroche.es/legalactualidad/105/revision_de_la_ultima_actualizacion_de_la_declaracion_de_helsinki_que_principios_han_sido_modificados).
57. Hernández ALyL. Gestacion en Mujeres con Edad Avanzada. Revista de Obstetricía. 2016 abril; 45(2).
58. Rodriguez G. Complicaciones hipertensivas Asociadas con la Edad Avanzada. Obstetricía Americana. 2015 mayo; 12(3).
59. Hernández HMyA. La Edad Materna Avanzada como Factor de Riesgo Perinatal y del Recién Nacido. Obstetricía de México. 2016 marzo; 56(3).

## ANEXOS

### Anexo 1. Ficha de recolección de datos

HOSPITAL GENERAL SUR DELFINA TORRES DE CONCHA

#### INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Guía de observación factores de riesgo Materno-Fetal en mujeres añosas en las historias clínicas

Indicadores

N° de historia clínica

Zona: Urbana

Rural

Datos Sociodemográficos

Edad	Estado civil	Etnia	Nivel de educación	Ocupación
35 a 39 ( )	Soltera ( )	Mestizo ( )	Primaria ( )	Actividad
40 a 45 ( )	Casada ( )	Indígena ( )	Secundaria ( )	laborar ( )
	Viuda ( )	Afroamericano ( )	Superior ( )	Sin actividad
	divorciada ( )	Blanco ( )		laborar ( )
	Unión libre( )			

- Factores de riesgo para la madre

- Hipertensión crónica SI  NO

- Diabetes gestacional SI  NO

- Preeclamsia SI  NO

- Eclampsia SI  NO

- Placenta previa SI  NO

- Abruption placentae SI  NO

- Anemia SI  NO
- Embarazo gemelar SI  NO
- Ruptura Prematura de Membranas SI  NO

TIPO DE PARTO

Parto Normal

Cesaría

• Factores de riesgo para el Recién Nacido

- Bajo peso al nacer SI  NO
- Prematuros SI  NO
- Hidrocefalia SI  NO
- Síndrome de Down SI  NO
- Síndrome de dificultad respiratoria SI  NO

## Anexo 2. Oficios para la recolección de datos



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE**  
IBARRA - ECUADOR

Ibarra, 07 de diciembre del 2018

Msc. Miryam Giler Salvatierra  
Coord. Docencia e Investigación

De mis consideraciones

Me permito solicitar a Ud. muy comedidamente se conceda el ingreso al Hospital General Sur Delfina Torres de Concha, A la estudiante: **KARINA MICHELLE TOAPANTA CAZARES** con número de cédula **1003824164**, para poder realizar la aplicación del estudio de investigación, se permita la aplicar de ficha de recolección de datos (adjunta) a 381 pacientes femeninas embarazadas de 35 años en adelante que ingresaron al servicio de ginecología, para la revisión de historias clínicas de las mismas, para obtener datos tales como factores de riesgo materno-fetal en mujeres afeosas, con el compromiso de mantener la confidencialidad, para la investigación del tema de tesis de grado titulada: **"FACTORES DE RIESGO MATERNO-FETAL EN MUJERES AÑOSAS INGRESADAS EN GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL DELFINA TORRES DE CONCHA 2018"** como requisito previo a la obtención del título de Lic. en Enfermería y en virtud de que dicho estudio aportará a la institución ya que toda la información recaudada será entregada al distrito 10D01.

Por la atención que se brinde a la presente, mis más sentidos agradecimientos.

Atentamente  
"CIENCIA Y TÉCNICA AL SERVICIO DEL PUEBLO"



Msc. Gladys Morejón  
TUTORA DE TESIS



Msc. Gladys Morejón  
DOCENTE



SENESCYT 1031-09-8874

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

Ciudadela Universitaria Ibarra E1  
Teléfono: (06) 2 953-6611 Cuadro 19  
0361 2409-4202 640 811 Fax: Ext 8  
E-mail: info@un.edu.ec  
www.un.edu.ec



HOSPITAL ESMERALDA SUR-DELFINA TORRES DE COCHA  
COORDINACIÓN DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

Presente

Dentro de la formación de pre-grado de los futuros Licenciados en Enfermería de la República del Ecuador se considera muy importante la realización de actividades de Investigación como es el caso de la Srta. Toapanta Cazares Karina Michelle Interno de Enfermería de la Universidad Técnica del Norte con el tema "FACTORES DE RIESGO MATERNO-FETAL EN MUJERES AÑOSAS INGRESADAS EN GINECOLOGIA DEL HOSPITAL DELFINA TORRES DE CONCHA 2019"

Es de nuestro interés que esta investigación se pueda desarrollar con el Objetivo de fomentar la investigación en nuestra Institución y Provincia.

Es importante señalar que esta actividad no conlleva ningún gasto para nuestra Institución y se tomarán los resguardos necesarios para no interferir en el normal funcionamiento de las actividades propias del Centro.

Se autoriza que la Srta. Toapanta Karina realice la recopilación de la Información necesaria esperando que le brinden las facilidades para que pueda cumplir con la Investigación.

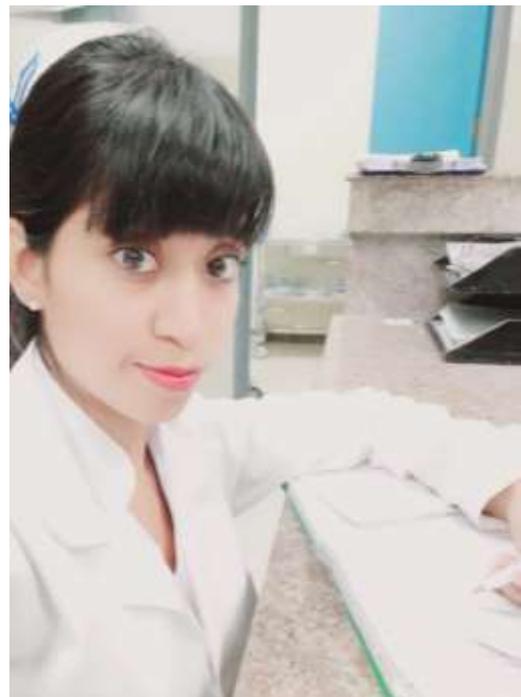


Atte.  
Leda Díaz  
COORDINACIÓN DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

**Anexo 3. Archivo Fotográfico**



**RECOLECCIÓN DE DATOS DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DE MUJERES EMBARAZADAS AÑOSAS**



Anexo 4. Portada de la guía

