



ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DE CHIMBORAZO

FACULTAD DE SALUD PÚBLICA

CARRERA DE MEDICINA

“FACTORES DE RIESGO EN GESTANTES DEL CENTRO DE SALUD DE SAN BUENAVENTURA LATACUNGA. ENERO - JULIO 2018”

TRABAJO DE TITULACIÓN

TIPO: Proyecto de investigación

Presentado para optar al grado académico de:

MEDICO GENERAL

AUTORAS

VANNESA ALEXANDRA ATIENCIA CADENA

GABRIELA PAOLA HUARACA AMORES

Riobamba – Ecuador

2019



ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DE CHIMBORAZO

FACULTAD DE SALUD PÚBLICA

CARRERA DE MEDICINA

“FACTORES DE RIESGO EN GESTANTES DEL CENTRO DE SALUD DE SAN BUENAVENTURA LATACUNGA. ENERO - JULIO 2018”

TRABAJO DE TITULACIÓN

TIPO: Proyecto de investigación

Presentado para optar al grado académico de:

MEDICO GENERAL

AUTORAS: VANNESA ALEXANDRA ATIENCIA CADENA

GABRIELA PAOLA HUARACA AMORES

TUTOR: DRA. MARÍA BELÉN GOYES GUERRA

Riobamba – Ecuador

2019

© 2019, Vannesa Alexandra Atiencia Cadena, Gabriela Paola Huaraca Amores

Se autoriza la reproducción total o parcial, con fines académicos, por cualquier medio o procedimiento, incluyendo la cita bibliográfica del documento, siempre y cuando se reconozca el Derecho de Autor

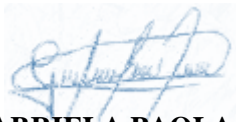
Nosotras, VANNESA ALEXANDRA ATIENCIA CADENA, GABRIELA PAOLA HUARACA AMORES, declaramos que el presente Trabajo de titulación, es de nuestra autoría y que los resultados del mismo son auténticos y originales. Los textos en el documento que provienen de otras **Fuentes** están debidamente citados y referenciados.

Como autoras, asumimos la responsabilidad legal y académica de los contenidos de este Trabajo de Titulación; el patrimonio intelectual pertenece a la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo.



VANNESA ALEXANDRA ATIENCIA CADENA

172087967-3



GABRIELA PAOLA HUARACA AMORES

172109758-0

ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DE CHIMBORAZO

FACULTAD DE SALUD PÚBLICA

CARRERA DE MEDICINA

El Tribunal del trabajo de la titulación certifica que: El trabajo de titulación: Tipo Proyecto de Investigación “**FACTORES DE RIESGO EN GESTANTES DEL CENTRO DE SALUD DE SAN BUENAVENTURA LATACUNGA. ENERO - JULIO 2018**”. Realizado por las señoritas, VANNESA ALEXANDRA ATIENCIA CADENA, GABRIELA PAOLA HUARACA AMORES, ha sido minuciosamente revisado por los Miembros del Tribunal del trabajo de titulación, el mismo que cumple con los requisitos científicos, técnicos, legales, en tal virtud el tribunal autorizada su presentación.

	FIRMA	FECHA
Dr. Jorge Eduardo Lara Granizo PRESIDENTE DEL TRIBUNAL		<u>12 - 06 - 2019</u>
Dra. María Belén Goyes Guerra DIRECTOR DEL TRABAJO DE TITULACION		<u>12 - 06 - 2019</u>
Dra. Dollys Zulema Matías Panchana MIEMBRO DEL TRIBUNAL		<u>12 - 06 - 2019</u>

DEDICATORIA

Dedico este trabajo de investigación, a mi madre Gloria Amores, mi padre Raúl Huaraca y hermas (o) quienes han sido mi fortaleza, escudo y el pilar fundamental en todos los momentos de mi carrera, ya que este trabajo ha sido gracias al esfuerzo, comprensión y amor incondicional que me han brindado, por todo su apoyo, entereza y cariño solo pido que Dios sea quien los llene de mil bendiciones.

Gabriela Paola Huaraca Amores

DEDICATORIA

Esta investigación está dedicada en primer lugar a Dios todo poderoso, a mi padre Ángel Atiencia Villagómez, a mi Madre Antonia Cadena Menéndez y a mis hermanas, ya que han sido mi soporte y apoyo incondicional en toda la carrera y me han enseñado a salir siempre adelante por brindarme el amor, comprensión, valentía, dentro del camino profesional y personal.

Vannesa Alexandra Atiencia Cadena

AGRADECIMIENTO

Gracias Dios que eres fuerza, bondad y amor. Quien con su sabiduría ha podido encaminarnos hacia esta tan anhelada carrera, Agradecemos a nuestro tutor, Dra. María Belén Goyes, quién ha sido apoyo y guía en el desarrollo de este proyecto. Gracias Dra. Dollys Zulema Matias por sus recomendaciones y aportes, que han ayudado a la consolidación del presente proyecto de investigación. Agradecemos a nuestros padres, hermanos(as) y demás familiares por su comprensión, por su cariño, todo es por ustedes y para ustedes. Agradecemos a todos nuestros docentes durante nuestra formación de pregrado, y a todos quienes formaron parte de nuestra vida estudiantil, familia, amigos, a cada uno gracias.

Certifico que el presente documento de investigación titulado “FACTORES DE RIESGO EN GESTANTE DEL CENTRO DE SALUD SAN BUENAVENTURA, LATACUNGA ENERO - JULIO 2018” presentado por Vannesa Alexandra Atiencia Cadena, Gabriela Paola Huaraca Amores para optar al título de Médico General por la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo, se realizará en el Centro de Salud Tipo “B” San Buenaventura, bajo la dirección de la Dra. María Belén Goyes Guerra. El mismo que quedará bajo mi responsabilidad y cuyo patrimonio intelectual del anteproyecto de Trabajo de Titulación pertenece a la ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DE CHIMBORAZO.

Vannesa Alexandra Atiencia Cadena,

Gabriela Paola Huaraca Amores

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN.....	xiv
ABSTRACT.....	xv
INTRODUCCIÓN	1
PROBLEMA.....	3
Planteamiento del problema.....	3
Formulación del problema	5
Justificación	6
OBJETIVOS.....	7
Objetivo general	7
Objetivo específico	7
CAPITULO I	
1. Marco teórico	8
1.1. Embarazo de riesgo.....	8
1.2. Epidemiología	8
1.3. Fisiología	10
1.3.1. <i>Cambios que se producen por sistemas</i>	11
1.4. Factor de riesgo en el embarazo	12
1.4.1. <i>Factor de riesgo modificable</i>	13
1.4.2. <i>Factor de riesgo no modificable</i>	13
1.5. Clasificación según el riesgo.....	15
1.5.1. Bajo riesgo	15
1.5.2. Alto riesgo.....	16
1.5.3. Muy alto riesgo.....	17
1.5.4. <i>Vigilancia en el embarazo de alto riesgo</i>	18
1.6. Riesgo obstétrico	18
1.6.1. <i>Nivel de riesgo obstétrico</i>	19

1.6.2.	<i>Factor de riesgo obstétrico</i>	19
1.7.	Riesgo reproductivo	20
1.8.	Complicaciones mayores	21
1.8.1.	<i>Principales complicaciones mayores</i>	21
1.9.	Morbi mortalidad materna	21
1.9.1.	<i>Morbilidad materna</i>	22
1.9.2.	<i>Mortalidad materna</i>	22
1.9.3.	<i>Clasificación de muerte materna</i>	24
1.9.4.	<i>Causas de mortalidad</i>	25
1.10.	Signos de alerta	26
1.11.	Educación materna	26

CAPITULO III

2.	METODOLÓGICA	28
2.1.	Tipo de estudio	28
2.2.	Determinación del mercado objetivo	28
2.3.	Universo de estudio	28
2.4.	Grupo seleccionado	29
2.5.	Hipótesis	29
2.6.	Variables	29
2.6.1.	<i>Variables dependientes</i>	29
2.6.2.	<i>Variable independiente</i>	30
2.7.	Operacionalización de variables	31
2.8.	Plan de recolección de la información	37
2.9.	Técnica de recolección de la información	37
2.9.1.	<i>Observación directa</i>	38
2.10.	Planes de procesamiento y análisis de la información	38

CAPITULO III

3.	MARCO DE RESULTADOS	39
3.1.	Factores de riesgo	39

CONCLUSIONES	55
RECOMENDACIONES	56
DISCUSIÓN	57
BIBLIOGRAFÍA	
ANEXOS	

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1- 1: Cambios fisiológicos del útero	11
Tabla 2-1: Valores de gases sanguíneos durante la gestación.....	12
Tabla 3-1: Factores de riesgo modificables	13
Tabla 4-1: Factor de riesgo No modificable	14
Tabla 5-1: Riesgo Bajo.	15
Tabla 6-1: Alto Riesgo.....	16
Tabla 7-1: Muy alto Riesgo	17
Tabla 8-1: Niveles de riesgo obstétrico.....	19
Tabla 1-2: Población.....	29
Tabla 2-2: Variable intervinientes.....	31
Tabla 3-2: Recolección de la Información	37

INDICE DE FIGURAS

Figura 1-1: Captación y derivación por riesgo de muerte materna.....	23
---	----

INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1-1: Distribución de Gestantes con relación al grupo etáreo	39
Gráfico 2-3: Distribución porcentual. Edad gestacional	40
Gráfico 3-3: Distribución Porcentual. Estado civil de las Gestantes.	41
Gráfico 4-3: Distribución Porcentual. Actividad de las Pacientes Gestantes.	42
Gráfico 5-3: Distribución Porcentual. Tipo de Instrucción de las Gestantes	43
Gráfico 6-3: Distribución de consumo de estupefacientes y psicotrópicos.	44
Gráfico 7-3: Distribución de gestantes con factores de riesgo en relación al Peso.....	45
Gráfico 8-3: Distribución Porcentual. Número de Parejas Sexuales de las Gestantes.....	46
Gráfico 9-3: Distribución de maltrato físico	47
Gráfico 10-3: Controles prenatales de pacientes gestantes	48
Gráfico 11-3: Distribución porcentual. Edad gestacional	49
Gráfico 12-3: Distribución Porcentual. Antecedente de Abortos	50
Gráfico 13-3: Distribución Porcentual. Anticoncepción.....	51
Gráfico 14-3: Histograma de la distribución de Gestantes con factores de riesgo hipertensión	52
Gráfico 15-3: Variación de enfermedades de transmisión sexual.....	53
Gráfico 16-3: Distribución Porcentual. Infecciones de vías Urinarias.....	54

RESUMEN

Los factores de riesgo en gestantes son la principal causa de morbimortalidad materna y tienen una mayor repercusión en países en vías de desarrollo, el presente estudio se fundamentó en determinar los factores de riesgo modificables y no modificables preponderantes en mujeres gestantes que fueron atendidas en el centro de Salud San Buenaventura en el periodo Enero -Julio del 2018, investigación de tipo descriptivo, analítico, transversal, retrospectivo, realizando un análisis de las historias clínicas que reposan en el servicio de estadística de dicha institución tomando en cuenta los factores de riesgo descritos en la literatura. Se analizaron 238 historias, en las cuales los extremos de vida mostraron una prevalencia alta 24% entre (11 a 15 años y 35 a 45 años), un factor importante es la violencia intrafamiliar, cuya prevalencia es del 15%, generando una situación de vulnerabilidad tanto en la madre como en el niño, la presencia de infección de vías urinarias 97%, infecciones de transmisión sexual presenta en 32%. En los países subdesarrollados como el Ecuador la falta de escolaridad se mantiene como un factor de riesgo para nuestra población, mostrando 9% de analfabetismo y 64% de escolaridad incompleta. No existen otros datos comparativos en el cantón ni en Cotopaxi que nos permitan crear una línea de base por lo cual vemos la importancia de realizar este estudio, e identificar los riesgos durante el embarazo, logrando alcanzar un enfoque en relación a las patologías más preponderante en esta zona y fomentar políticas de salud encaminadas a disminuir la tasa de morbimortalidad materna.

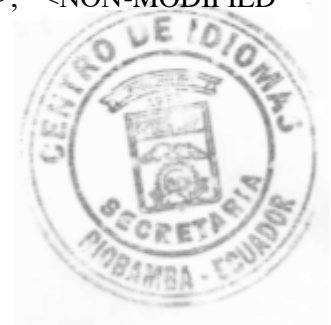
Palabra Clave: <TECNOLOGÍA Y CIENCIAS MÉDICAS>, <MEDICINA>,< GESTANTE>, <FACTOR DE RIESGO>, <FACTORES MODIFICABLES>, <FACTORES NO MODIFICABLES > <. MORTALIDAD MATERNA>.



ABSTRACT

The risk factors in pregnant women are the main cause of maternal morbidity and mortality and have a greater impact in developing countries, the present study was based on determining the predominant modifiable and non-modifiable risk factors in women, pregnant women who were treated in the San Buenaventura Health Center in the period January –July 2018 th research of a descriptive, analytical, cross-sectional, retrospective type, performing an analysis of the medical records that rest in the statistical service of said institution, taking into account the described risk factors in the literature. 238 stories were analyzed, in which the extremes of life showed a high prevalence of 24% between (11 to 15 year and 35 to 45 years), an important factor is interfamily violence whose prevalence is 15% generating a situation of vulnerability in both mother and child, the presence of urinary tract infection 97%, sexually transmitted infections presented in 32%. In underdeveloped countries such as Ecuador, the lack of schooling remains a risk factor for our population, showing 9% illiteracy and 64% incomplete schooling. there are no other comparative data in the Cotopaxi canton that allow us to create a line based on this, we see the importance of carrying out this study, and identify the risks during pregnancy, achieving an approach in relation to the most prevalent pathologies in this area and promoting health policies aimed at reducing the morbidity and mortality rate maternal.

Keyword: <TECHNOLOGY AND MEDICAL SCIENCES>, <MEDICINE>, <GESTANTE >, <RISK FACTOR >, <MODIFIED FACTORS>, <NON-MODIFIED FACTORS>, <MORTAL MORTALITY>.



INTRODUCCIÓN

Los factores de riesgo en gestantes son la principal causa de morbimortalidad materna y tiene mayor repercusión en países en vías de desarrollo como es el caso del Ecuador, y pueden inferir tanto en el periodo pre gestacional como post gestacional, factor que genera tasas de mortalidad que se elevan entre 100 a 200 en comparación con los países desarrollados; se puede clasificar en factores modificables en los cuales la paciente tiene la oportunidad de presentar variaciones y así disminuir su morbimortalidad y en factores no modificables se caracterizan por no ser sujetos a cambio y cuya consecuencia puede llegar a instancias como la muerte materna y del feto. (Martínez Royert, 2016)

No existen estudios en el país o en países de América Latina sobre la prevalencia de los distintos factores de riesgo descritos en la literatura internacional que nos permitan desarrollar un análisis comparativo y extrapolar datos hacia la población de estudio, pero sí se puede encontrar estadísticas de mortalidad materna para hacer comparaciones con países de Sur América, con las cuales sí existe una íntima relación y similitudes poblacionales. Según un informe de las Naciones Unidas se determinó que 11 países de América Latina y el Caribe han logrado evoluciones significativas en el descenso de la mortalidad vinculada con obstáculos en el embarazo y el alumbramiento desde 1990. “Sin embargo, ningún país de la región está en condiciones de alcanzar el Objetivo de Desarrollo del Milenio (ODM) la disminución de un 75% de mortalidad materna para 2021”. “De los 11 países los que consiguieron notables mejorías son Barbados (-56%), Bolivia (-61%), Brasil (-43%), Ecuador (-44%), El Salvador (-39%), Guatemala (-49%), Haití (-43%), Honduras (-61%), Nicaragua (-38%), Perú (-64%) y República Dominicana (-57%). A pesar de este avance, en 2013 cerca de 9.300 madres perdieron su vida en América Latina y el Caribe por causas relacionadas con el embarazo (7.700 menos que las 17.000 de 1990)” esto según datos obtenidos de la ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD y publicados en el 2013. (Organización Mundial de Salud, 2016)

En Ecuador en el 2019, en la Gaceta Se 17 del Ministerio de Salud Pública se publicó que “se registraron 47 casos de muerte materna, de los cuales el 83 % se presentó antes de los 42 días del

puerperio definiendo como principales causas las hemorragias obstétricas y los trastornos hipertensivos 23,07% y causas indirectas 24 %.” (Ministerio de Salud Pública, 2019)

El presente trabajo de investigación se basó en estos datos relevantes y en la necesidad de contar con estadísticas locales de los factores de riesgo individuales que conllevan a las tasas descritas de morbimortalidad en nuestra zona permitiendo sentar una línea de base estadística que en un futuro apoye la realización de proyectos enfocados en la reducción de los mismos, al tener como principal hipótesis que son su mayoría factores de riesgo modificables donde se puede intervenir al realizar un control prenatal adecuado, ya que para poder hacer cambios significativos se debe actuar sobre la ocurrencia y una oportuna captación.

PROBLEMA

“Factores de riesgo en gestante del Centro de Salud San Buenaventura, Latacunga Enero - Julio 2018”

Planteamiento del problema

Las mujeres gestantes tienen un riesgo de morbilidad materna alta. En el mundo se ha observado que cada día mueren 830 mujeres por complicaciones que se relacionan con el embarazo, en el año 2015 casi 303000 muertes se han visto relacionados con el embarazo, parto y posparto pudiendo observar que la totalidad (99%) de la mortalidad se da en países en vías de desarrollo y que la mayoría de estas muertes ser evitadas. (Organizacion Mundial de Salud , 2018)

La alta morbilidad materna en algunos países manifiesta la falta de equidad en el acceso a los servicios de salud, con poblaciones que en su mayoría se encuentran en ambientes frágiles y de crisis humanitaria. Las mujeres de países en vías de desarrollo tienen un porcentaje alto de embarazos en comparación con los países en desarrollo lo que incrementa el riesgo de mortalidad, siendo de 1 en 4900 en países desarrollados y de 1 en 180 en países en desarrollo, lo cual señala las consecuencias de la descomposición de los sistemas de salud. (Organizacion Mundial de Salud , 2018)

Los factores de riesgo modificables que se presentan asociados a la gestación pueden ser prevenibles o incluso tratables, muchos de los cuales se presentan antes de la gestación y se pueden agudizar si no se los trata como parte del sistema sanitario de salud, los factores de riesgo que presento la OMS en el 2018, que causaron casi el 75% de mortalidad materna son: hemorragias graves, infecciones, hipertensión gestacional, preeclampsia y eclampsia, abortos. (Organizacion Mundial de Salud , 2018)

En Colombia en el año 2016, se nombraron otros factores de riesgo que se presentan durante la gestación:

Nivel socioeconómico (65 %), antecedentes familiares hipertensión arterial (76 %), hipertensión arterial (34 %), inasistencia al control prenatal (74 %), hábitos cafeínicos (65 %), hábitos tabáquicos (20 %), preeclampsia grave (63 %). Y el síndrome de HELLP (6 %) es la complicación materna preponderante. (Martínez Royert, 2016).

En el Ecuador, se ha presentado una prevalencia sobre los factores de riesgos en el embarazo, pues al encontrarse con un problema socio-cultural ha conllevado a que esta dificultad se agudice no solo por el embarazo, sino por su entorno en general, como pueden ser por sus creencias, raza, educación, soporte familiar, falta de servicios básicos (higiene), desinterés por ayuda profesional y demás.

La morbilidad materna es evitable, las gestantes son las que más necesitan un acceso a una atención prenatal durante su gestación, una atención especializada en su parto y por último atención y apoyo en las primeras semanas posparto para poder reducir estos factores de riesgo que se observa a nivel mundial. (Organización Mundial de Salud, 2018)

Este problema ha ocasionado que los factores de riesgo modificables y no modificables estén en una medición de alta prevalencia en el sector de salud, ya que el proteger a la madre de lesiones o mortalidad es la necesidad prioritaria para el país.

El Ecuador, al valorar la problemática existente en la salud en general, creó el Plan Nacional de la salud sexual y salud reproductiva (2011-2021), fundada en la base del Plan del Buen Vivir, objetivo 3 “Mejorar la calidad de vida de la población”, con enfoque de sus esfuerzos en combatir los factores de riesgo presentes en una población con el 55.5% de mujeres en edad fértil, según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT), (Ministerio de Salud Pública, 2017, Pág. 274).

El Centro de Salud de San Buenaventura cubre una población vulnerable, con un nivel socio-económico bajo, de etnia indígena en su mayoría y con poco acceso a la educación, con numerosas gestaciones, periodos intergenésicos cortos, pero con accesibilidad al servicio de salud; con el fin de disminuir la tasa de mortalidad el personal realiza un control periódico de las gestantes para detectar oportunamente factores de riesgo modificables y no modificables de acuerdo con las Guías de Práctica Clínica Nacionales, sabiendo que la gestante corre con mayor peligro debido a las modificaciones fisiológicas que se presentan, como lo manifiesta en un estudio realizado por la UNICEF, 2011: “Las complicaciones surgidas durante el embarazo y el parto son la causa principal de muerte y discapacidad entre mujeres de edad fecunda en los países en desarrollo”. La mortalidad derivada de la maternidad a nivel mundial es de altas proporciones y se manifiesta que la probabilidad de mortalidad o lesiones sufridas de la madre es un problema en la sociedad.

Formulación del problema

¿Ante la situación descrita, cuáles son los factores de riesgo modificables y no modificables que se presentan en las gestantes atendidas en el Centro de Salud de San Buenaventura por consulta externa en el período comprendido entre Enero - Julio 2018?

JUSTIFICACIÓN

El embarazo asociado a factores de riesgo modificables como no modificarlos, que puede presentar la paciente se deriva en un mayor riesgo de morbimortalidad tanto materna como fetal, en el país no existe lastimosamente investigaciones realizadas para determinar la prevalencia de ciertos factores de riesgo y a encaminar las políticas de salud pública, por tal motivo es necesario determinar la prevalencia de los factores de riesgo descritos internacionalmente en las pacientes para tener una base estadística en la implementación de políticas de salud pública.

En el Ecuador se ha observado una disminución de tasa de muerte materna del 44% (INEC), por el fortalecimiento de la atención primaria de salud, pero todavía existe datos que demuestran que el 57.56% (INEC) de muertes maternas se registran en los centros de salud, se ha visto que la mayoría de mujeres con alta mortalidad son madres sin escolaridad o educación primaria. (Organización Panamericana de la Salud, 2016)

Por lo tanto, este estudio está basado en enfatizar que el estado de gestación en las mujeres tanto en edades óptimas como en mujeres adolescentes constituye una situación de interés en salud pública, e involucra ámbitos educativos, sociales y culturales; se debe involucrar a toda la sociedad en su cuidado, conocimiento y ayudar a concientizar a las mujeres embarazadas y en edad fértil sobre la alta incidencia de la mortalidad materna y los diferentes riesgos que se presentan dentro del período de gestación, y así desarrollar un embarazo con normalidad y responsabilidad.

En el centro de Salud de San Buenaventura, uno de los problemas más comunes es el abandono a las citas médicas programadas que tienen las gestantes en su cuidado, es importante destacar que la mayoría de pacientes son de lugares cercanos que les ayuda a asistir a su cuidado, aunque es un problema presente no es el único, otro problema que se presenta es cuando los familiares cuidan a la gestante y no ven necesario la ayuda profesional, se presenta un cuidado tradicional de la zona como son las comadronas, que en muchos casos la mayoría de las gestantes, por estas decisiones propias o ajenas a ellas, llegan en estado crítico al centro de salud para ser atendidas.

OBJETIVOS

Objetivo general

- Determinar los factores de riesgo modificables y no modificables que se presentan en las mujeres embarazadas atendidas por consulta externa del Centro de salud San Buenaventura, Provincia de Cotopaxi, cantón Latacunga en el período enero - julio del 2018.

Objetivo específico

- Establecer el principal factor de riesgo modificable y no modificable en las pacientes gestantes atendidas en del Centro de Salud de San Buenaventura.
- Determinar los grupos de riesgos de acuerdo con los criterios definitivos en las guías de práctica clínica en las pacientes atendidas en el Centro de Salud de San Buenaventura.
- Determinar las pacientes con embarazos de muy alto riesgo, alto riesgo, bajo riesgo atendidas dentro del Centro de Salud de San Buenaventura.

CAPITULO I

1. MARCO TEÓRICO

1.1. Embarazo de riesgo

Gravidez (del latín Graviditas) Cambio fisiológico de la mujer que se forma con la concepción y concluye con el parto y el origen del producto a término. "Aquel que cursa con criterios de riesgo y debe ser atendido por el primer nivel dependiendo de su complejidad. (Céspedes Avedaño, 2018), (Ministerio de Salud Pública, 2015)

Riesgo (del Italiano Rischio) hace referencia a un peligro inminente que puede presentar una gama de factores encasillados en el periodo de gestación que logran afectar tanto a la madre como al feto, (Real Academia Española , 2018), (Friedrich, 2001)

Embarazo de alto riesgo es un proceso en el cual tanto la madre como el feto pueden presentar mayor riesgo de tener patologías, complicaciones y llegar a un estado crítico inclusive la muerte, estas consecuencias pueden aparecer antes o después del parto. Para las mujeres gestantes es importante recibir cuidados médicos y prenatales frecuentes y tempranos para tener una gestación sin complicaciones y un embarazo saludable. (Ministerio de Salud Pública , 2017)

1.2. Epidemiología

En San Buenaventura, Latacunga, Cotopaxi, no se encuentra datos estadísticos de estudios similares en esta área, con el cual se pueda hacer estudios comparativos que nos ayuden a descubrir prevalencias en factores de riesgo modificable y no modificable en todas las gestantes en esta zona geográfica. Según la OMS se reconoce que el Ecuador representa el tercer país con incidencia en la tasa embarazos adolescentes a nivel de Latinoamérica, al tomar en cuenta los grupos de edades vulnerables en gestación por extremo de vida que se puede mencionar.

Según datos estadísticos del Ministerio de salud público del Ecuador se registraron 413.318 nacidos vivos en madres adolescentes con parto normal, que oscilan entre los 10 y 19 años de edad; estas son cifras tomadas como referencia de los años 2010 al 2017. Aunque son partos normales se encasilla con gestación con factor de riesgo modificable, ya que se encuentran en extremos de vida (Cuesta & Rodríguez Merchan , 2013)

En Ecuador las provincias con mayor factor de riesgo en gestantes son Manabí y Santo Domingo de los Tsáchilas, las dos provincias registradas dieron un resultado de 124.499 embarazos de alto riesgo por encontrarse en edad temprana. Como lo manifiesta en el Plan Nacional del Buen Vivir 2013-2017, da como resultado que de cada 100 mujeres que son madres, 49 de ellas tuvieron su primer hijo entre los 15 y 19 años, se evidenció un aumento de los factores de riesgo, por lo cual la atención de calidad a las embarazadas conlleva: el seguimiento eficiente del proceso, la realización de las visitas domiciliarias, pruebas y procedimientos basados en la evidencia científica, la implicación de las usuarias y la adecuada coordinación entre todos los niveles de atención (Ramos , 2018)

Estos factores de riesgo pueden ser responsable del 75% de la morbilidad y mortalidad del feto a nivel mundial. Por lo cual es básico la identificación anticipada y el control de los factores de riesgo con la finalidad de organizar la vigilancia médica y concentrar los recursos en quienes más los necesitan con la debida distribución, para priorizar el nivel de atención y tomar en cuenta la complejidad y los factores de riesgo si son de tipo modificables o no modificables. (Fernández Rodríguez, 2016)

La comunidad de San Buenaventura, cantón urbano de la Latacunga, según estudios de análisis administrativo del INESC del 2001, se determina que el desarrollo comercial es bueno, pero la mala organización de las autoridades no permite que la dinámica del comercio sea efectuada en beneficio de la comunidad, no todos los sectores presentan infraestructura de servicios básicos hecho que genera un factor de riesgo latente al no contar con sumideros y agua potable, factor de riesgo en la salud de las gestantes: Se determina pobreza medida por las necesidades insatisfechas, que conlleva al bajo nivel de escolaridad y considera que el 51,19% ha cursado la educación primaria, 12,74% la secundaria, y el 10,11% superior. El 30% vive en condiciones de hacinamiento, el 29 % aún cocina en leña, elemento que indica claramente que los factores sociodemográficos en San Buenaventura serán primordiales para las complicaciones maternas que aumentan los índices de las tasas de Morbimortalidad. (Ministerio de Salud Pública, 2015), (Atlas socioambiental de Cotopaxi, 2016)

1.2.1. Demografía

La parroquia San Buenaventura forma parte del cantón Latacunga, perteneciente a la Provincia de Cotopaxi, y se encuentra ubicada en el sector nororiente de la ciudad de Latacunga. (INEC, 2010)

La población registrada en el cantón se encuentra distribuida de la siguiente manera: por género masculino 48,5 % y femenino 51,5%, de ellas las que se encuentran en edad reproductiva son aproximadamente 104,358, según su etnia la mestiza es la predominante con un 72.1 %, seguido de la indígena con el 22.1%. En relación con la tasa de educación y analfabetismo en Cotopaxi fue del 23,7% presentándose en el periodo del 2007 al 2010 30,6% repercutiendo sobre la salud pública, en las mujeres del cantón Latacunga el nivel de escolaridad es 7,7 distribuido en el área rural 6,2 y en la zona urbana 10,9 y la escolaridad en hombre y mujeres es de 7,2 y 8,2 respectivamente. En el ámbito económico la principal fuente de sustento de las mujeres del sector fue la agricultura en 69.414, empleadas privadas 11.610, jornaleras o peones 5.918, empleadas domésticas 3.699, entre otros. (INEC, 2010).

La plaza principal de comercialización se basa en la venta de comidas típicas y se debe mencionar que esta es una zona muy desorganizada por falta de la gestión de las autoridades y moradores según datos obtenidos de estudios pequeños realizados en el sector, de ahí se describe que si se dispone de infraestructura básica pero aun así hay un porcentaje magno de la población que vive en condiciones precarias y de hacinamiento (Ulloa, 2014).

No se dispone en el Centro de Salud de San Buenaventura datos poblacionales ni de diagnósticos situacionales a los que se pueda tener acceso para el presente estudio.

1.3. Fisiología

Los cambios fisiológicos, bioquímicos y anatómicos, inician con la fecundación y pueden cambiar o mantenerse durante el periodo de gestación. Algunos de estos cambios pueden ser patológicos en periodos en los cuales no se presenta embarazo; por ejemplo, en el caso de alteraciones cardiovasculares aumenta el gasto cardíaco, aumenta el volumen sanguíneo que podría dar como consecuencia un diagnóstico erróneo como tirotoxicosis (Cunningham, Leveno, Bloom, Spong, & otros, 2015)

Tabla 1- 1: Cambios fisiológicos del útero

NO EMBARAZO	EMBARAZO	CAUSA
Peso del útero 70 gramos y un volumen de 10 ml	1100 gramos y presentar un volumen de 5 L o llegar a 20L	Se genera una elongación o hipertrofia del musculo, miocito, y presencia de tejido fibroso.

Fuente: (Cunningham, Leveno, Bloom, Spong, & otros, 2015)

Elaborado por: Autoras

1.3.1. Cambios que se producen por sistemas

Sistema cardiovascular: en las primeras semanas de gestación se producen grandes modificaciones en relación al sistema cardiovascular con un aumento del Gasto cardiaco del 50%, y en gestación múltiple es mayor esto a causa de las demandas de circulación útero placentarias, este cambio se produce por aumento significativo de frecuencia cardiaca del 15 al 20%, de 70 a 90 latidos por minuto y un volumen plasmático de entre 44 – 55% , que genera cambios en hematocritos y hemoglobina, los niveles de renina y angiotensina se elevan en el segundo trimestre de embarazo. (Cunningham, Leveno, Bloom, Spong, & otros, 2015), (Purizaca, 2010)

Aparato Urinario: se presenta una dilatación de todas las estructuras del sistema urinario produciéndose aumento de riñón de 1 a 1.5cm, la hidronefrosis se da en la sexta semana, donde se genera modificaciones, infecciones urinarias, cambio en tasa de filtrado glomerular, flujo sanguíneo renal, se incrementa la absorción de líquidos, por lo cual se produce edema, de 50 – 60 reabsorción de aguas y electrolitos. Perdiendo aminoácidos, vitaminas hidrosolubles por la orina; por todas estas variaciones cambian la farmacocinética sobre todo del uso de antibióticos. (Cunningham, Leveno, Bloom, Spong, & otros, 2015)

Sistema Gastrointestinal: se genera por factores mecánicos y hormonales que se producen disminución del peristaltismo gástrico e intestinal, a consecuencia del factor hormonal, mayor absorción por la lentitud del tránsito intestinal, el hígado no presenta modificaciones morfológicas, pero es importante que se produzcan cambios en la vena porta y su flujo aumenta a partir de las 28 semanas, con un rol importante en el metabolismo al analizar en pruebas de laboratorio se detecta fosfatasa alcalina elevada y disminución de amino transferasa, gama glutamil transpeptidasa y bilirrubina total. (Purizaca, 2010)

Sistema nervioso: no existe estudios que indique por qué se produce una disminución de flujo sanguíneo a nivel cerebral en las arterias cerebrales en el tercer trimestre de gestación lo que sí podría dar una explicación a la pérdida de la memoria de manera transitoria en el embarazo. (Purizaca, 2010)

Modificaciones en el sistema respiratorio: por los efectos de la progesterona se produce una disminución de CO₂ haciendo que el volumen minuto, frecuencia respiratoria aumenta por lo cual el consumo de O₂ se incrementa para poder compensar las necesidades metabólicas de la madre y el feto. Hay disminución de la resistencia pulmonar por efecto de relaxina, cortisol, progesterona se da una ingurgitación de la mucosa proporcionando mayor vascularización, tanto en la mucosa faríngea como nasal, también se presentan modificaciones importantes como diámetro vertical interno con los cambios en la caja torácica, los valores de los gases sanguíneos varían según el periodo gestacional. (Purizaca, 2010)

Tabla 2-1: Valores de gases sanguíneos durante la gestación

PARAMETROS	NO GESTANTES	PRIMER TRIMESTRE	SEGUNDO TRIMESTRE	TERCER TRIMESTRE
PaCo2 (mmHg)	40	30	30	30
PaO2 (mmHg)	100	107	105	103
Ph	7.40	7,40	7,44	7,44
HCO3 m Eq/L	24	24	20	20

Fuente (Cunningham, Leveno, Bloom, Spong, & otros, 2015)

Elaborado por: Autoras

1.4. Factor de riesgo en el embarazo

Los factores de riesgo es toda circunstancia que pueda generar alguna enfermedad en el periodo de embarazo o desarrollar un riesgo anormal.

El riesgo en el embarazo se puede determinar por la vulnerabilidad que puede existir en el ser humano sobre todo en el periodo perinatal donde existe tantos cambios físicos que genera mayor fragilidad en este periodo perinatal, con una tasa de mortalidad elevada que se asocian a múltiples

factores dentro de los cuales tenemos hipoxias, y diversas patologías asociadas que se encuentran en el embarazo y otras que se presentan antes del embarazo así como iatrogenias con la finalidad de logrando evitar morbimortalidad materna. (Solano, 1982)

1.4.1. Factor de riesgo modificable

Son aquellos factores de riesgo que pueden variar, identificarse y tener la ventaja de que su evento puede modificarse, es decir, que se logra actuar sobre ellos y así prevenir la ocurrencia de efectos adversos en el periodo de embarazo.

Tabla 3-1: Factores de riesgo modificables

Factores de Riesgo Modificables
Inadecuado soporte familiar y de la pareja
Control insuficiente de la gestación: < 4 visitas prenatales o 1 visita después de la semana 20 de gestación
Esfuerzo físico excesivo, carga horaria, exposición a agentes físicos, químicos y biológicos, incluyendo agentes anestésicos, solventes y pesticidas
Infección urinaria baja o bacteriuria asintomática
Síntomas neurovegetativos
Fumadora habitual
Anemia moderada (Hb: 7 a 10g/dL Hcto 21 a 30%)
Anemia grave (Hcto < 21%, Hb <7g/mL)
Amenaza de parto prematuro: antes de la semana 37
Dependencia de drogas ilícitas y abuso de fármacos
Violencia familiar, historia de abuso sexual, físico y emocional
Disminución o ausencia de movimientos fetales

Fuente: (Ministerio de Salud Pública, 2016)

Elaborado por: Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2016.

1.4.2. Factor de riesgo no modificable

Son aquellos factores que implican un mayor riesgo de generar patologías, ya que se encuentra preexistentes y la madre tendrá que recibir todos los cuidados y atención debida para terminar favorablemente con su embarazo.

Tabla 4-1: Factor de riesgo No modificable

Factores de riesgo No modificables
Baja escolaridad
Múltiples compañeros sexuales
Preeclampsia sin signos de gravedad: TAS \geq 140 mm Hg y $<$ 160 mm Hg y/o TAD \geq 90 mm Hg y $<$ 110 mm Hg* más proteinuria** y sin criterios de gravedad ni afectación de órgano blanco.
Diabetes pre gestacional
Incompetencia cervical
Presentación anómala: constatada tras la semana 38 de gestación
Fecha de última menstruación incierta
Desocupación personal y/o familiar
Vivienda y condiciones sanitarias deficientes
Antecedente de sangrado en 2do o 3er trimestre
Poli hidramnios u oligoamnios
Historia obstétrica desfavorable (óbito fetal, muerte neonatal, malformaciones congénitas)
Enfermedades infecciosas de tipo TORCHS
Gran multiparidad $>$ 5
Gestante con Rh negativo
Edad menor de 16 años o mayor de 35 años
Embarazo gemelar
Endocrinopatía controlada (tiroidea, suprarrenal, hipotalámica)
Infertilidad previa: dos años o más
Incompatibilidad Rh
Bajo peso preconcepciones (IMC $<$ 20)
Periodo Intergenésico menor de 2 años o mayor a 7 años
Enfermedades hereditarias
Condiciones psicosociales y estrés
Embarazo no programado
Hemorragia del primer trimestre
Malnutrición Preconcepciones (Índice de Masa Corporal $<$ 18,5 ó $>$ 30)
Cirugía uterina previa
Cardiopatía 1 y 2: incluye limitación en la actividad física.
Diabetes gestacional controlada
Isoinmunización: Coombs indirecto positivo
Malformación fetal confirmada
Muerte perinatal recurrente
Placenta previa.

Preeclampsia con signos de gravedad: TAS \geq 160 mm Hg y/o TAD \geq 110 mm Hg* y/o uno o más criterios de gravedad y/o afectación de órgano blanco
Patología asociada grave.
Restricción de crecimiento fetal
Rotura prematura de membranas
VIH + con o sin tratamiento, SIDA.
Embarazo prolongado: más de 42 semanas de gestación

Fuente: (Ministerio de Salud Pública, 2016)

Elaborado por: Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2016.

1.5. Clasificación según el riesgo

Dentro del periodo de gestación en etapas perinatales y posnatales se pueden llegar a identificar diversos riesgos que se distribuyen por el grado de complicación y el peligro al que pueda conllevar. Estos pueden ser bajo riesgo, alto riesgo, y muy alto riesgo que es la clasificación que se da según el Ministerio de Salud Pública del Ecuador en la guía de manejo de riesgo obstétrico.

1.5.1. Bajo riesgo

Los factores de bajo riesgo son identificados como aquellos factores que no se pudieron determinar o diagnosticar, como letal, pero puede conllevar a complicaciones, por lo cual se dice que no existe un embarazo sin riesgo.

Es esencial determinar el cumplimiento del control prenatal y consejería, por parte de los facultativos de la salud del primer nivel de atención y si no logra asistir a un control el médico debería realizar visitas domiciliarias para evitar posibles complicaciones a futuro para la madre y el feto.

Los factores de bajo riesgo podrían ser clasificando de la siguiente manera:

Tabla 5-1: Riesgo Bajo.

BAJO RIESGO	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Esfuerzo físico excesivo, carga horaria exposición a agentes físicos, químicos. ▪ Desocupación personal y o familiar ▪ Vivienda y condición sanitaria deficiente. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Planificación familiar ▪ Condición psicosocial y estrés ▪ Síntomas neurovegetativo sin adecuado soporte familiar y de pareja

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fecha de la última menstruación ▪ Baja escolaridad ▪ Bajo peso preconceptivos ▪ Múltiples compañeros sexuales ▪ Enfermedades hereditarias ▪ Incompatibilidad Rh. ▪ Periodo intergenésico mayor de 12 o mayor de 5 años. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Condición socioeconómica desfavorables ▪ Control insuficiente de la gestación mayor de 4 visitas prenatales o 1 visita tras semanas de gestación ▪ Infertilidad previa: dos años o más ▪ Cardiopatía: que no limita su actividad ▪ Gestante con Rh negativo
---	---

Fuente: (Ministerio de Salud Pública, 2013)

Elaborado por: Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2013.

1.5.2. Alto riesgo

Se puede definir como alto riesgo alguna consecuencia o factor de cualquier tipo que pueda llegar a ser dañina para la vida de la madre y generar el final del periodo de gestación por lo cual deberá hacerse un específico control del desarrollo perinatal y post natal.

Cuando se encuentre una paciente con diagnóstico de gestantes de alto riesgo será referido al segundo nivel de atención para que se pueda brindar un adecuado y oportuno manejo clínico.

Tabla 6-1: Alto Riesgo.

ALTO RIESGO	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Anemia grave (Hb menor de 25%) ▪ Cirugía uterina previa ▪ Embarazo gemelar ▪ Embarazo prolongado: más de 42 semanas ▪ Endocrinopatías (tiroides, suprarrenal, hipotalámica) ▪ Antecedentes de sangrado de 2 do y 3 ro trimestre ▪ Polihidramnios u oligohidramnios ▪ Historia obstétrica desfavorables ▪ Enfermedad infecciosa de tipo TORCHs ▪ Preclamsia leve: TA diastólica mayor o igual a 90 mmHg ▪ Sospecha de malformación fetal ▪ Presentación anómala: constatada en las 38 semanas. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Edad menor de 16 o mayor de 35 años ▪ Malnutrición preconceptivos (índice de 18,5 o mayor de 30) ▪ Anomalía pelviana identificada con radiológicamente. ▪ Baja estatura materna menor de 1,45 metros ▪ Gran multiparidad ▪ Hemorragia del primer trimestre ▪ Incremento del peso excesivo o insuficiente mayor 15 kg o menor de 5 kg ▪ Fumador habitual ▪ Infección urinaria baja o bacteriuria asintomática.

Fuente: (Ministerio de Salud Pública, 2013)

Elaborado por: Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2013.

1.5.2.1. Clasificación de alto riesgo

Alto riesgo Tipo I: En este grupo se encuentran las embarazadas que se hallan estables y no presentan antecedentes de embarazos de compromiso, pero presentan factores de riesgo como socioeconómicos, analfabetismo, hábitos inadecuados.

Alto riesgo Tipo II: Aquellas embarazadas que se encuentran en buen estado general no tienen antecedentes de muerte perinatal, pero presentan antecedentes obstétricos como neonatos bajo peso, factor Rh, preclamsia, eclampsia, cesáreas anteriores.

Alto riesgo Tipo III: Presentan buen estado general, pero hay antecedentes de muerte perinatal VIH, cardiopatía, nefropatía, diabetes gestacional. (Fernández Rodríguez, 2016)

1.5.3. Muy alto riesgo

Estas pacientes serán referidas a segundo y tercer nivel de atención.

Tabla 7-1: Muy alto Riesgo

MUY ALTO RIESGO	
<ul style="list-style-type: none">▪ Cardiopatía 3 o 4 paciente obligada a una limitación acentuada.▪ Incompetencia cervical▪ Isoinmunización; Coombs indirecto positivo▪ Malformaciones fetales confirmadas▪ Muerte perinatal recurrente▪ Placenta previa▪ Preclamsia grave: TA diastólica mayor de 110 mm Hg o TA sistólica mayor▪ Patología asociada grave▪ Retardo del crecimiento intrauterino▪ Rotura prematura de membranas	<ul style="list-style-type: none">▪ VIH con o sin tratamiento, Sida▪ Amenaza de parto prematuro: antes de la semana 37▪ Dependencia de drogas y abuso de fármacos en general▪ Violencia familiar, historia de abuso sexual, físico y emocional.▪ Diabetes gestacional▪ Drogadicción y alcoholismo▪ Gestación múltiple

Fuente: (Ministerio de Salud Pública, 2013)

Elaborado por: Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2013.

1.5.4. Vigilancia en el embarazo de alto riesgo

En los embarazos con factor de peligro la prioridad será disminuir la tasa de mortalidad que puede ser de la madre y al feto esto se puede llevar a cabo gracias a la estrategias de los ministerios, el primer paso es ubicación de las gestantes en riesgo, eso como primer paso; el segundo es determinar entre los factores de riesgo que presenta cuál es el que puede generar mayor daño, y el tercer nivel es verificación con pruebas que pueden ser cribados. (AMIR, 2018)

Se recomienda realizar de 7 a 10 controles prenatales para poder controlar la patología preexistente y posibles complicaciones esta puede estar distribuidas de la siguiente manera la semana 36 por lo menos de 4 a 6 visitas, de la semana 37 a la 40 de 1 a 3 semanas, en la semana 40 de una a tres visitas semanales. Estas visitas tendrán que ser supervisadas por un especialista en Ginecología con el objetivo de realizar exploraciones ecográficas en semanas de la 11 a la 13,6 y de 18 a la 21,6 también 34 a 36,6. Pero el número de visitas variará dado los factores de riesgo presentes y la condición de cada paciente. Ya que necesitará vigilancias más estrechas, es habitual que se realice derivación a tercer nivel de atención, esto con la finalidad de que se realice un examen exhaustivo y en el caso de que se identifique el factor de riesgo será necesario realizar la nueva clasificación del riesgo obstétrico. (Febres, E., 2013)

1.6. Riesgo obstétrico

Los factores de riesgo obstétrico pueden ser particularmente detectadas durante el embarazo generando afectaciones a la madre y al producto, en estadísticas de la (OMS) se generó estimación de los porcentajes de mortalidad materna 585.000 al año que pueden ser parto, postparto.

El 99% se produce en países subdesarrollados con las tasas más altas de muerte materna en los continentes como Asia, África, América Latina y Caribe. (Organización mundial de salud, 2016)

El embarazo es un proceso fisiológico, pero puede llegar a tener excepciones generando así daño a la progenitora y al feto, que pueden ser permanente, el riesgo tiene del 20 al 30 % y el 70 % es responsable de mortalidad. Un factor de riesgo se puede definir como riesgo latente que es de forma directa o indirecta, que genere cambios en el desarrollo adecuado del feto y del bienestar materno o de ambos. (Llopis Kraftchenko, González Hernández, Lang Prieto, & Cruz Hernández, 2014)

Para la prevención de factores de riesgo externos o internos que se pueden propiciar durante el embarazo, es importante el análisis socioeconómico, conocer de los antecedentes maternos, educación para las gestantes y los cuidados que deben tener, esto ayudará en la prevención y manejo de los riesgos mejorando la salud materna y disminuyendo las tasas de mortalidad del feto (Ministerio de Salud Pública, 2013)

1.6.1. Nivel de riesgo obstétrico

El nivel de riesgo se puede cuantificar gracias a diversos exámenes que ayudarán a orientar el tratamiento dependiendo del lugar de atención donde se haya detectado el factor de riesgo, se deberá hacer referencias del primer nivel de atención al segundo o tercer nivel para conseguir salud de la madre, manejo y control de los factores de riesgo, y otras patologías que se encuentren asociados

Tabla 8-1: Niveles de riesgo obstétrico

	Objetivo	Como se investiga
Primer nivel de atención	Descubrir los embarazos que presentan una mayor posibilidad de efectos perinatales adversos por mostrar algún factor de riesgo obstétrico	Test de compromiso de embarazadas catalogando a las gestantes como alto riesgo
Segundo nivel de atención	Establece, entre la población de riesgo quien está en esta situación. Análisis de cribado o prescripción de especificidad del peligro Se realizará en previas consultas prenatales subsecuentes.	Ensayos de cribado diagnóstico

Fuente: (AMIR, 2018)

Elaborado por: Las investigadoras

1.6.2. Factor de riesgo obstétrico

- Problemas de salud existentes, como tener presión arterial alta, diabetes o ser VIH positivo
- Sobrepeso y obesidad. Según el Congreso Americano de Obstetras y Ginecólogos, más de la mitad de las mujeres embarazadas en los Estados Unidos tiene sobrepeso u obesidad (Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG por sus siglas en inglés), 2013). La obesidad aumenta el riesgo de presión arterial alta, preeclampsia, diabetes gestacional, nacimiento de niños muertos, defectos del tubo neural y parto por cesárea. Investigadores del NICHD determinaron que la obesidad puede aumentar el riesgo de problemas cardíacos en el bebé al momento de nacer en un 15% (National Institutes of Health, 2010)
- Nacimientos múltiples. El riesgo de complicaciones es mayor en las mujeres que tienen en su vientre más de un feto (mellizos, trillizos o más). Las complicaciones comunes incluyen preeclampsia, trabajo de parto prematuro y nacimiento prematuro. Más de la mitad de los mellizos y casi el 93% de los trillizos nacen con menos de 37 semanas de gestación. (Pediatrics, 2018)
- Madres jóvenes o añosas. El embarazo en las adolescentes y las mujeres de 35 años o más aumenta el riesgo de preeclampsia e hipertensión gestacional (American Academi of Pediatrics, 2012)

Las mujeres con embarazos de alto riesgo deben recibir cuidados de un equipo de especialistas para garantizar que sus embarazos sean saludables y puedan llegar a término. (National Institutes of Health, 2010)

1.7. Riesgo reproductivo

Según estadísticas de la OMS 830 mujeres mueren cada día con causas que podían ser prevenibles el 99% se producen en países en vía de desarrollo, En relación a los grupos etarios es más común en jóvenes adolescentes pues presentan mayor riesgo y posible muerte como resultado del embarazo temprano. La forma de evitar esto es la atención realizada por un personal calificado de la salud que se producirá durante las etapas del embarazo, parto y postparto. Existen estrategias del Objetivo del Desarrollo sostenible para la reducción de la mortalidad materna y sus tasas de muerte en neonatos de 70 por 100000 nacidos vivos entre los periodos de 2016 al 2030 (Organización Mundial de la Salud , 2018)

1.8. Complicaciones mayores

Las complicaciones mayores de embarazos con riesgo es que pueden llegar a tener procesos fatídicos entre estos son la mortalidad materna en épocas anteriores era algo que pasaba por la normalidad, en la actualidad hay varias estrategias por parte de programas de salud y ministerio que se encargan del adecuado control del embarazo y evitar la mortalidad. (Torres Armas, 2015)

1.8.1. Principales complicaciones mayores

Preeclampsia. - Es la presencia de hipertensión arterial, $> 140/90$ que se puede ver acompañada por proteinuria $>300\text{mg}/24$ horas, que se presentan luego de las 20 semanas de gestación, se encuentran agrupadas a edema que es una patología propia del embarazo, se debe considerar que se puede controlar los síntomas, pero no se puede tratar hasta que se dé el inicio del proceso de parto. Si esta patología no es tratada puede llegar a eclampsia o llegar a empeorar y que se produzca el síndrome HELLP en el cual se presentará hemorragias cerebrales, edema del pulmón, insuficiencia renal. Se puede producir Insuficiencia Placentaria que será una restricción del crecimiento intrauterino e incluso podría provocar la muerte del feto. El tratamiento es culminar con el embarazo, está contraindicado diuréticos. (Torres Armas, 2015)

Tratamiento: RCP. Tratamiento de hipertensión por vía intravenosa. Tratamiento anticonvulsivante con $SO3\text{Mg}$. Cuando la madre este clínicamente estable finalizar con el embarazo. (Torres Armas, 2015)

1.9. Morbimortalidad materna

Según la OMS en los países que se encuentran en desarrollo la morbimortalidad materna se generan a causa de no brindar un buen cuidado materno, a pesar de las estrategias que se dan en los diversos sistemas de salud de cada país, al no seguir los lineamientos de estos programas. Al no existir un estudio analítico sobre la efectividad de cada uno, se generan algunos inconvenientes cuando no es posible evidenciar los verdaderos riesgos en gestantes y sus posibles soluciones por falta de insumo, a pesar del esfuerzo que brinde cada uno de los servidores de salud. (Villar & Bergso, 2003)

1.9.1. Morbilidad materna

La morbilidad son aquellas complicaciones que pueden ser muy graves que puede poner en riesgo la vida de la mujer a consecuencia de la demora de atención, falta de insumos para realizar una intervención de emergencia por factores como demográficos. (Rangel Flores & Martínez Ledezma, 2017)

1.9.2. Mortalidad materna

Se define como la muerte en una mujer embarazada o en un tiempo de 42 días periodo postparto por una causa relacionada al embarazo no que se produzca por un evento externo como un accidente.

Pueden ser de tipo directo: son aquellas que se presentan durante el periodo de gestación en cualquier trimestre pueden presentarse en el parto o puerperio. Tipo indirecto: tales como enfermedades preexistentes o desarrollarse durante la gestación, y se agravan por esto, es determinada como.

1.9.2.1. Reducción de muerte materna

La mortalidad sigue siendo un problema de salud pública a consecuencia de los riesgos obstétricos que pueden estar presentes en parto y postparto, a pesar de estrategias que se han implementado a nivel mundial, la tasa de mortalidad ha disminuido desde 1990 en un 45%. En el 2013 se reportaron 9300 muertes en Latino América, y en Ecuador 57.56% de muertes maternas según datos que fueron extraídos del (INEC). (Organización Panamericana de la Salud, 2016)

El desafío en la actualidad son los cuidados obstétricos y prevención del desarrollo de los factores de riesgo, se lo puede lograr realizar una exhaustiva historia clínica, con una anamnesis profunda para conocer e identificar los posibles factores de riesgo obstétricos. En nuestro país se ha considerado estrategias como es el Plan Nacional del Buen Vivir que nos ayuden a determinar el riesgo materno y los factores que puede conllevar a la muerte, esto gracias a la implementación de estrategias del cuidado adecuado incluido el manejo del "Score mamá " en todos los niveles de

atención y tener un seguimiento, derivación y tratamiento oportuno. (Romero Pérez, Sánchez Miranda, Romero López, & Chávez Courtois, 2010); (Fondo de Población de las Naciones Unidas , 2013); (Ministerio de Salud Pública , 2017)

SCORE MAMÁ									
Puntuación	3	2	1	0	1	2	3	Puntuación	TOTAL
FC	≤ 59	-	-	60-100	101-110	111-119	≥ 120	FC	
Sistólica	≤ 70	71-89	90	91-139	-	140-159	≥ 160	Sistólica	
Diastólica	≤ 50	51-59	-	60-85	86-89	90-109	≥ 110	Diastólica	
FR	≤ 10	-	11	12-20	-	21-29	≥ 30	FR	
T (°C)	≤ 36	-	-	36.1-37.6	37.7-38.4	-	≥ 38.5	T(°C)	
Sat (**)	≤ 85	86-89	90-93	94-100	-	-	-	Sat	
Estado de Conciencia	-	confusa / agitada	-	alerta	responde a la voz / somnolient	responde al dolor / estuporosa	no responde	Estado de Conciencia	
Proteinuria (*)	-	-	-	(-)	(+)	-	-	Proteinuria	

Figura 1-1: Captación y derivación por riesgo de muerte materna

Fuente: (Ministerio de Salud Pública, 2016)

Elaborado por: Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2016

La mortalidad dentro de la gestación se puede evitar con la atención prenatal y el apoyo de las personas capacitadas guiado al bienestar de las madres y fetos están totalmente relacionadas, Alrededor de 2,7 millones de recién nacidos murieron en 2015, y otros 2,6 millones nacieron muertos. Es importante que todos los procesos del parto sean atendidos por profesionales sanitarios capacitados. Las hemorragias graves. (Quiroz & Robert , 2014)

La falta de atención de cuidados pre natales puede conllevar a la muerte de una gestante luego del parto, el procedimiento adecuado es la colocación de la oxitócica la cual reduce las hemorragias posparto. Procesos Infecciosos podría evitarse con educación para la madre que consiste en buena higiene y evitar síntomas tempranos con tratamiento adecuados. Preeclampsia que debe ser tratado antes de la aparición de convulsiones y algunas complicaciones con alto grado de mortalidad, así como el sulfato de magnesio puede evitar que las pacientes preclamsias se reduzcan factores para que no se presente eclampsia. (Organizacion Mundial de Salud , 2018)

En la guía española del 2016 se explica que una forma de determinar y evitar factores de riesgo será con las herramientas SCORE MAMÁ para poder identificar los riesgos cardiovasculares.

1.9.2.2. Principios de modelos de control OMS para evitar muerte materna.

En un estudio aleatorizado de la OMS determina que la identificación de factores de riesgo se da gracias a los principios del nuevo modelo de control.

El control será minucioso en busca de gestantes con factor de riesgo independiente de la edad gestacional, será referido a un nivel de atención más complejo o de tercer nivel, en el cual será vital la experticia del facultativo de salud para tratar el factor de riesgo y así evita mortalidad y morbilidad materna y fetal. El uso de herramientas como formularios que presenten toda la información más relevante con la cual se ayude en la identificación de las patologías. El facultativo deberá ser capacitado previamente y estar comprometido con la atención y labor que está realizando, cumplir a cabalidad con los horarios de consultas médicas. Es responsabilidad del facultativo médico no hacer mal uso de los insumos que posee como realización de pruebas siempre y cuando lo amerite y con conciencia científica de posible resultado que se está pensando y cuando el resultado sea patología deberá ser tratado de inmediato. (Villar & Bergso, 2003)

1.9.2.3. Herramientas para evitar muerte materna primer nivel de atención.

El ministerio de salud pública del Ecuador implementó estrategias para reducir la mortalidad materna en el Ecuador al tener como base la instauración de herramientas en el primer nivel de atención para que se pueda.

1.9.3. Clasificación de muerte materna

- Muerte Directa: Se da a consecuencia de algunas complicaciones durante el embarazo parto o puerperio, se da por consecuencia de iatrogenias médicas o tratamientos equivocados.

- Muerte obstétrica Indirecta: se genera a consecuencia de una patología que ya se encuentre existente durante el embarazo, pero esta causa no se produce como consecuencia, pero si puede empeorar por los efectos fisiológicos del mismo (Uribe Elias, 2009).

1.9.4. Causas de mortalidad

La mayoría de estas complicaciones que se generan podrían tratar otra pueden estar presentes antes de la gestación, pero pueden aumentar durante el periodo del embarazo en porcentaje el 75% pueden ser muertes maternas. Como hemorragias graves que se presentan con mayor frecuencia.

Luego del parto, infecciones que se dan tras el proceso del parto hipertensión gestacional como es el caso de preclamsia, eclampsia y los abortos peligrosos. El otro porcentaje está formado por enfermedades como paludismo, infecciones inmunitarias en el embarazo. (Organizacion Mundial de Salud , 2018)

Las gestantes mueren a causa de dificultades que se generan en el embarazo, parto o post parto. Las complicaciones surgen durante la gestación, la mayoría se podrían prevenir o ser tratadas, algunas se encontrarán desde el embarazo, empeorando con el periodo de gestación principalmente si no hay un tratamiento adecuado por parte de la asistencia sanitaria a la gestante. Las causas más relevantes que genero un 75% de las muertes maternas, en el 2018 son:

- Hemorragias graves posparto
- Infección tras el postparto
- Hipertensión gestacional: Preeclampsia, eclampsia
- Complicaciones durante el proceso del parto
- Procedimientos quirúrgicos como abortos. (Organización Panamericana de la Salud , 2017)

1.10. Signos de alerta

La OMS define a los signos y síntomas de alarma en el embarazo como aquellos que muestran que la salud de la embarazada y el feto están en peligro. (Torres Armas, 2015)

Pueden existir un sin número de manifestaciones clínicas que generan factores de riesgo que puede llegar a producir terribles consecuencias en el embarazo, parto y postparto. (AMIR, 2018) Estos pueden ser características físicas como grupos etáreos que se encuentran en edades entre 15 años o menores son más proclives a preclamsia, parto prematuro, la ocurrencia de investigaciones de patologías médicas fue de 29.1 % (35 embarazadas), que fue menor a otros estudios de gabinete. (18): 85.59 % (247 casos), y la patología obstétrica indicó incidencia global de 52.16 % de 181 casos, entre las cuales las hemorragias de segundo y tercer trimestre (31.49 %), amenaza de parto prematuro (23.76 %) e hipertensión inducida por el embarazo (18.78 %); mientras que en este estudio predominó la patología obstétrica APP/amenaza de aborto en un 13,8 %. (Martinez Royert & Pereira Peñate, 2016)

Este medio evidencia una de las hipótesis de varias investigaciones de las indagaciones de los elementos psicosociales, los cuales influyen de forma negativa en el periodo de gestación para generar complicaciones que pueden ser obstétricas, neonatales y perinatales. Los factores psicosociales, el apoyo social a la gestante debe ser dado por parte de la familia, de la comunidad y sobre todo del sistema de salud, teniendo comprensión frente a los factores de riesgo debe justificar en el uso de estrategias de apoyo social como la educación a la gestante, las acciones de cuidado y autocuidado promoviendo salud que consiste en preparación para el proceso del parto la crianza y la aceptación del nuevo rol como madre (Romero Pérez, Sánchez Miranda, Romero López, & Chávez Courtois, 2010)

Las manifestaciones son: hemorragias durante el embarazo sangrados, salida del líquido amniótico dolores intensos en el hipocondrio, cefalea, zumbidos, escotomas, convulsiones perdida de percepción de los movimientos del bebé, Infecciones en vías urinarias, alza térmica

1.11. Educación materna

La educación materna es importante para el éxito de un embarazo, parto y postparto adecuado, ya que podrá seguir de forma adecuada el tratamiento y también será vocera para las demás embarazadas que están sin control prenatal o que no van de forma regular a los controles. La forma adecuada de dirigirse a la gestante y a sus familiares será la base para que capte la información del primer control, esta información brindada tiene que ser clara con términos que pueda entender dependiendo del nivel de instrucción de la madre. (Faùndez, Pérez Sánchez, & Donoso Siña, 1992)

CAPITULO III

2. METODOLÓGICA

2.1. Tipo de estudio

El tipo de investigación que se va a aplicar en el estudio de gestación es de tipo descriptivo, retrospectivo, analítico transversal, ya que permitirá identificar los factores de riesgo modificables y no modificables existentes dentro de las gestantes atendidas por consulta externa en el Centro de Salud de San Buenaventura en la provincia de Cotopaxi, cantón Latacunga en el periodo Enero-Julio 2018.

2.2. Determinación del mercado objetivo

En el centro de Salud de San Buenaventura, según registro detallado en historias clínicas y consultas externas en el periodo comprendido de enero a julio se ha obtenido una muestra de 238 pacientes en estado de gestación.

En tal sentido, de una observación detallada en un periodo de seis meses se observó que el promedio de pacientes gestantes que visitaron al Centro de Salud de San Buenaventura fue de 238 mujeres gestantes, revisando historias clínicas se puede determinar, edades, sectores de residencia, etapa de gestación, estado civil, nivel educativo y demás.

2.3. Universo de estudio

Dentro del Centro de Salud de San Buenaventura, que es un centro de salud tipo B, de este universo, 238 mujeres son gestantes y fueron atendidas en consulta externa, sus edades oscilan entre 12 y 45 años, pertenecientes a diferentes clases sociales, cualquiera sea su estado civil.

Tabla 9 1-2: Población.

INFORMACION	FRECUENCIA
Madres en estado de gestación	238
TOTAL	238

Fuente: Centro de Salud de San Buenaventura

Elaborado por: Atiencia Cadena Vannesa Alexandra y Huaraca Amores Gabriela Paola

2.4. Grupo seleccionado

Para el desarrollo del presente estudio se seleccionó todas las mujeres gestantes atendidas en el centro de Salud San Buenaventura en la provincia de Cotopaxi cantón Latacunga en el periodo Enero- Julio 2018, por lo cual no se necesitó criterios de inclusión e exclusión porque fue el total de la población atendida.

2.5. Hipótesis

(Hi) ¿Las mujeres gestantes atendidas en el centro de salud de San Buenaventura tienen factores de riesgo modificables en su mayoría que pueden ser sujetos de cambio en los controles prenatales?

(Ho) ¿La mayoría de mujeres gestantes atendida en el centro de salud de San Buenaventura no tienen embarazos clasificados como de alto riesgo en base a sus antecedentes?

2.6. Variables

2.6.1. Variables dependientes

- Hipertensión Arterial
- Diabetes mellitus

- Infección de vías Urinarias
- Infección de tras micción sexual
- Preeclampsia
- Anemia
- Endocrinopatías (tiroides, suprarrenal, hipotalámica)
- Polidramios u Oligohidramnios
- Historia Obstétrica Desfavorable
- Enfermedades infecciosas tipo STORCH
- Presentación anómala antes de las 38 semanas y después de las 38 semanas.
- VIH
- Malnutrición Preconcepciones
- Anomalías Pelviana identificada clínica o radiológicamente
- Baja estatura materna:< 1,45 metros.
- Gran multiparidad.
- Hemorragia de primer Trimestre.
- Incremento de peso excesivo o insuficiente >15kg o <5kg

2.6.2. *Variable independiente*

- Embarazo

2.7. Operacionalización de variables

Tabla 10 2-2: Variable intervinientes

VARIABLE INTERVINIENTES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	ESCALA	TIPO DE VARIABLE
EDADES MATERNA AL MOMENTO DE GESTACIÓN.	Edad es el tiempo en años desde el nacimiento hasta el momento en el que se realizó el estudio.	Edad en años	Adolescente: 10-19 Años Primera Etapa de la Adolescencia: 10 años – 14 años. Segunda Etapa de la Adolescencia: 15 años – 19 años Adultos: 20 – 64 Años Adulto Joven: 20 años - 39 años Adulto Medio: 40 años a mas	Cuantitativa
ESTADO CIVIL	Es la condición particular que caracteriza a una persona en la que accede a un vínculo personal con un individuo de otro sexo o de su mismo sexo en el que e crea lazos reconocidos jurídicamente.	El estado ecuatoriano registra el estado civil en los siguientes:	Soltera Casada Divorciada Unión Libre Viuda	Cualitativa
EDUCACIÓN ACADEMICA	Es el grado más elevado de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o están provisional o definitivamente incompletos.	Grado académico de la gestante.	Analfabeto Primaria incompleta Primaria completa Secundaria incompleta Secundaria Completa	Cualitativa

			Superior Incompleta Superior Completa	
SOPORTE FAMILIAR	Es la participación de los familiares en brindar apoyo y orientación, está en relación a la funcionalidad familiar, y abarca las siguientes dimensiones: la cohesión, la flexibilidad y la comunicación”	Con que familiar vive actualmente.	Padre Madre Ambos padres Pareja Hijos Otros familiares	Cualitativa
OCUPACIÓN LABORAL	Es el desempeño de un oficio o profesión que realiza una persona siendo independiente del sector que puede estar empleada o del tipo de estudio que hubiese recibido.	La ocupación que desempeña la paciente.	Ama de casa Estudiantes Vendedor Otras	Cualitativa
HABITOS	Conducta repetitiva en un tiempo o modo sistemático que puede presentar una conducta regular y asidua generando un riesgo para la salud	Consumo	Fumar Drogas Alcohol Violencia	Cualitativo
RELACIÓN CON LA FAMILIA	Es la estabilidad emocional, social y económica. En la cual su primera instancia es aprende a dialogar, escucha, conocer y poder desarrollar los derechos y deberes	Relación familiar	Muy buena Buena Regular Mala	Cualitativa

	de cada miembro que la constituye.			
RECURSOS ECONOMICOS	Ingreso económico mensual de una familia en relación a la canasta básica que es de 628,27 centavos en la actualidad.	Cantidad de dinero que ingresa a su hogar.	Suficiente Insuficiente	Cualitativo
EMBARAZO PLANIFICADO	Decidir el número de hijos que desean y determinar el intervalo entre embarazos.	Planificación Familiar	Si No	Cualitativo
CONTROLES PRENATALES	Son consultas, controles y visitas programadas de la paciente embarazada en la institución de salud.	Número de controles.	1-4 5-8 9 a MAS ATERMINO	Cuantitativos
ANTECEDENTES DE ABORTOS	Interrupción espontánea o provocada del embarazo antes de las 20 semanas de gestación o el feto pesa menos de 500 gramos.	Antecedente de aborto actual.	Si No	Cualitativa
ANTICONCEPCIÓN UTILIZADA	Son métodos o técnicas que se van a utilizar para controlar y evitar la concepción	Métodos Anticonceptivos utilizada en los últimos 10 años.	Si No	Cuantitativas

TALLA	Estatura de una persona, medida desde la planta del pie hasta el vértice de la cabeza, siendo un valor de riesgo gestacional estaturas < 145 cm.	Talla	Talla Actual	Cuantitativo
PESO	Es un indicador de la relación entre el peso y la talla que se utiliza frecuentemente para identificar el estado nutricional.	Peso en kg actual	Desnutrición Peso bajo Peso normal Sobrepeso Obesidad	Cuantitativo
SEMANAS DE GESTACION	El tiempo transcurrido desde el inicio del embarazo hasta el momento del parto.	Semanas de Gestación	1 trimestre 01 – 13 2 trimestre 14- 26 3 trimestre 27- 40	Cuantitativo
DIABETES GESTACIONAL EMBARAZO ACTUAL	Rango de glicemia basal entre 92 a 126 mg/dl con comprobación de los niveles de glicemias por una semana durante el embarazo sin antecedentes previos.	Presencia de diabetes gestacional	1. Si 2. No	Cualitativa
DIABETES PREGESTACIONAL	hallazgo del nivel de glicemia 126 mg /dl siendo una diabetes preexistente al embarazo	Presencia de diabetes pre gestacional	1. Si 2. No	cualitativo
TRASTORNO HIPERTENSIVO EN EMBARAZO ANTERIORES	Presencia de Tensión arterial diastólica mayor de 90 mm Hg y sistólica mayor de 140 mm Hg aumentando la prevalencia por factores concomitantes, que se presentó en el anterior embarazo	Trastorno hipertensivo en embarazo anterior	1. Si 2. No	Cualitativo

ANTECEDENTE FAMILIAR DE TRANSTORNO HIPERTENSIÓN	Presencia de hipertensión en familiares pertenecientes a la primera y segunda línea de consanguinidad durante sus periodos de embarazo	Trastorno hipertensivo como antecedente familiar	1. Si 2. No	Cualitativo
ANEMIA EN EL EMABARAZO ACTUAL	Se puede encontrar un recuento que presenta Déficit de varios tipos proteínas como es el caso de la ferritina menor de 20 ng/ml conllevando a un anemia microcitica también se puede presentar déficit de folatos con un valor inadecuado de 140 mcg / L y presencia de hemoglobinopatías en las cuales se presenta un incremento en bilirrubina sérica 2-4 mg /dl.	Se ha presentado algún tipo de anemia	Anemia microcítica Anemia macrositica Anemia mixta	Cualitativa
PARIEDAD	número de embarazos que ha tenido una mujer durante su edad reproductiva por medio del parto vaginal o cesárea dando existencia a un producto mayor de 20 semanas de gestación producto vivo o muerto pesa mayor o igual a 500 mg.	Numero de gestas anteriores	Nulípara Primípara Multípara Gran multípara	cuantitativa

ANTECEDENTE DE EMABARAZO MULTIPLE	Presencia de dos o más fetos alojados en el útero, ubicados dentro de una placenta o que no comparten placenta: Peso menor de 500 gramos.	Embarazos anteriores múltiples	<ol style="list-style-type: none"> 1. Si 2. No 	Cualitativa
VIOLENCIA DOMESTICA	Toda forma de abuso que tenga lugar entre miembros de una familia hacia gestantes, con conductas que causan daño físico, psicológico, sexual, causando perjuicio en la salud de la gestante y el producto.	Maltrato en gestantes	<p>Físico</p> <p>Psicológico</p> <p>Sexual</p> <p>Ausencia de violencia</p>	Cualitativa
NUMERO DE PAREJAS SEXUALES	Número de personas con las cuales se tiene Relación sexual, con una pareja, diferentes parejas sexuales o grupos que se efectuó en un periodo de 6 meses previo o durante a la gestación.	Número de parejas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Uno 2. Dos 3. Más de dos 	Cuantitativa

Fuente: Centro de Salud de San Buenaventura

Elaborado por: Atencia Cadena Vannesa Alexandra y Huaraca Amores Gabriela Paola

2.8. Plan de recolección de la información

Para recolectar información referente al problema objeto de estudio se aplicará las siguientes técnicas e instrumentos que a continuación se detallan

Tabla 11 3-2: Recolección de la Información

TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN	INSTRUMENTO
1. Información secundaria 1.1 Análisis de documentos	1.1.1. Administración de la HCL de las gestantes del Centro de Salud de San Buenaventura. 1.1.2. Capacitación de las gestantes
2. Información primaria 2.1 La observación 2.2 Indagación Bibliográfica	2.1.1 Formulario 051 Historia Clínica 2.1.2. Guías clínicas. 2.1.3. Tarjera de control prenatal

Elaborado por: Atencia Cadena Vannesa Alexandra y Huaraca Amores Gabriela Paola

2.9. Técnica de recolección de la información

La información se recolecto por medio de las historias clínicas que se encuentran reposando en el área de estadística del Centro de Salud de San Buenaventura, de cada una de las pacientes según su cita médica para su respectivo control, en donde se registra sus datos personales, sus semanas de gestación, su desarrollo en el cuidado de las gestantes, su score mamá, sus visitas médicas periódicas y demás.

2.9.1. Observación directa

Esta técnica consiste en tratar de recoger sistemáticamente las reacciones del individuo ante situaciones cotidianas y sus respuestas típicas hacia las personas, implica en profundidad a situaciones sociales y mantener un papel activo, así como una reflexión permanente. Estar atento a los detalles, sucesos, eventos e interacciones. Los datos primarios se recolectan con esta técnica.

Esta técnica, aportara en forma directa la observación de los problemas que atraviesa las gestantes del centro de salud de San Buenaventura, y como se puede dar una solución a este gran problema.

2.10. Planes de procesamiento y análisis de la información

Una vez investigada la historia clínica, de las mujeres gestantes, es necesario, procesar y analizar la información proporcionada para cumplir con directrices que permitan conocer a fondo el problema de los factores de riesgo modificables y no modificables, que se pueden presentar o están presentes dentro de las gestantes.

Es importante destacar que dentro de las informaciones recolecta se encuentran datos que sirven para observar las edades de las gestantes, su nivel educativo, de que hogares proceden y el cuidado que residen.

Esta información es de gran importancia para identificar problemas sociales, culturales, educativos, familiares y ambientales, lo que ayudara a saber cómo se puede intervenir en forma positiva en la vida de la gestante dentro del parámetro de salud.

CAPITULO III

3. MARCO DE RESULTADOS

3.1. Factores de riesgo

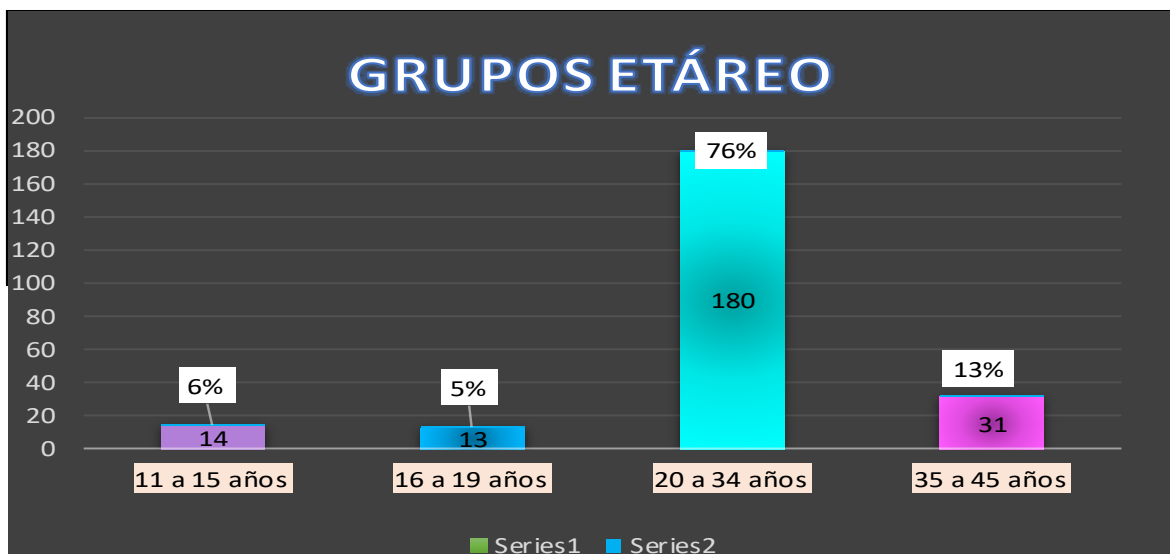


Gráfico 1-3: Distribución de Gestantes con relación al grupo etáreo

Fuente: Centro de Salud de San Buenaventura

Elaborado por: Atencia Cadena Vannesa Alexandra y Huaraca Amores Gabriela Paola

INTERPRETACIÓN

Basados en la clasificación de la OMS se realiza la distribución de pacientes por grupos etáreo de mujeres en edad fértil con factores de riesgo modificables demográficos, en el estudio se presentaron el 6 % (n= 14), pertenecientes al grupo vulnerable por encontrarse en etapa de adolescencia presentando factor de riesgo alto , el 5 % (n=13), pertenece adolescentes tardías, siendo menor su incidencia y el 13 % (n=31), entra en grupo de mayor vulnerabilidad al ser gestantes tardías con factores de riesgo alto por encontrarse dentro de los extremos de vida , la mayoría de gestantes del estudio se encuentra en edad reproductiva adecuada con 76% (n=180) siendo menor el factor de riesgo por edad en estas pacientes .

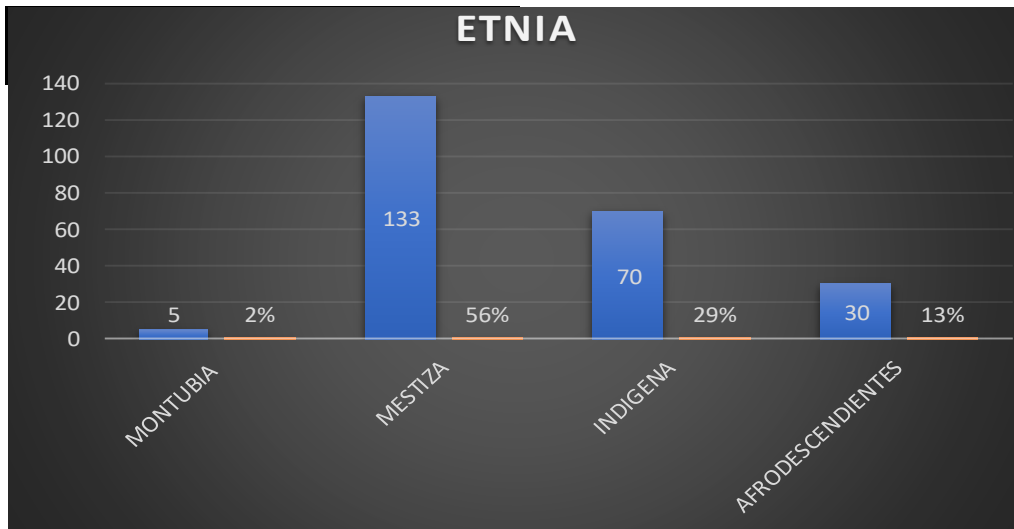


Gráfico 2-3: Distribución porcentual. Etnia

Fuente: Centro de Salud d San Buenaventura

Elaborado por: Atiencia Cadena Vannesa Alexandra y Huaraca Amores Gabriela Paola

INTERPRETACIÓN:

Se puede observar que en la tabla N 16, Dentro de las 238 en estado de gestación, se puede observar que existen diferentes etnias que son atendidas dentro del Centro de Salud de San Buenaventura, dando como resultado el 56% (n= 113) de mestiza, el 29% (n=70) indígena, el 2% (n=5) montubio y el 13% afrodescendientes observando que se tiene una alta población en etnia indígena ,esto puede llevar a tener un embarazo de riesgo ya que la población algunas veces se siente marginada y no acude a ayuda profesional si no a su costumbre y a sus creencias.

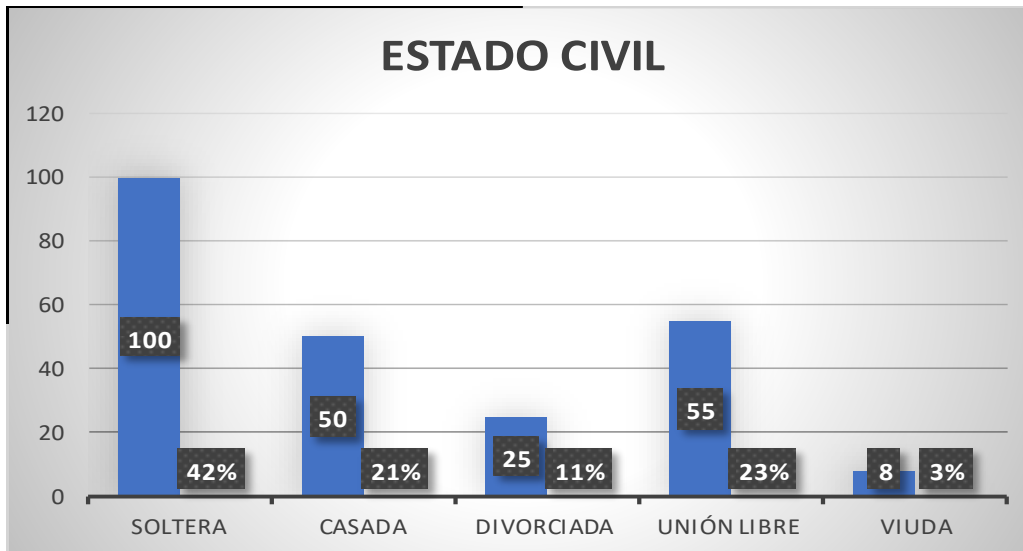


Gráfico 3-3: Distribución Porcentual. Estado civil de las Gestantes.

Fuente: Centro de Salud de San Buenaventura

Elaborado por: Atiencia Cadena Vannesa Alexandra y Huaraca Amores Gabriela Paola

INTERPRETACIÓN

En la tabla N 10, Dentro de las historias clínicas se puede analizar el estado civil dando como resultado que de las 238 mujeres en estado de gestación el 42% (n=100) de las mujeres son solteras, en cambio del 23% (n=55) van a ser madres en unión libre, el 21% (n= 50) casadas, el 11%(n=25) divorciadas y el 3% (n=8) son viudas, se puede observar que el índice de madres solteras, es alto y puede ser un factor de riesgo porque algunas mujeres quedan embarazadas en corta edad por desesperación o abandono de sus parejas deciden realizarse un aborto que puede llevar algunos factores de riesgo como pueden ser hemorragias, infecciones y algunas veces la muerte.

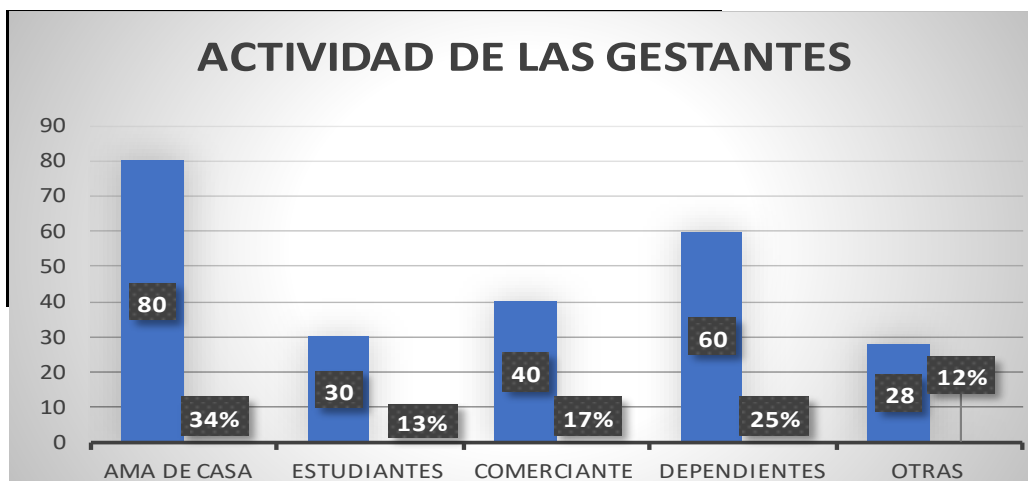


Gráfico 4-3: Distribución Porcentual. Actividad de las Pacientes Gestantes.

Fuente: Centro de Salud de San Buenaventura

Elaborado por: Atencia Cadena Vannesa Alexandra y Huaraca Amores Gabriela Paola

INTERPRETACIÓN

En la tabla N 9, Se determina que de 238 gestantes el 34% (n=80) de mujeres en estado de gestación se dedican al hogar o al cuidado de la familia o en su mayoría a la agricultura, en cambio el 25%(n=60) de mujeres se dedican a trabajos en oficinas o dependencia dentro de sus labores en general, trabajan en ministerios, empresas y demás, el 17% (n=40) de mujeres se dedican a trabajos informales, como, vendedores ambulantes, compra y ventas de ropa, accesorios o demás, el 13% (n= 30) se dedica a exclusivamente al estudio, y el otro 12% (n=28) a otras actividades. Aquí se puede observar que las pacientes tienen un alto porcentaje que se dedican a su hogar, estas pacientes pueden consecuencias de su embarazo por el esfuerzo físico que deben hacer en su hogar y también porque no generan economía se privan de medicinas y controles, y se cuidan solamente con su medicina tradicional que puede llevarles a la muerte.

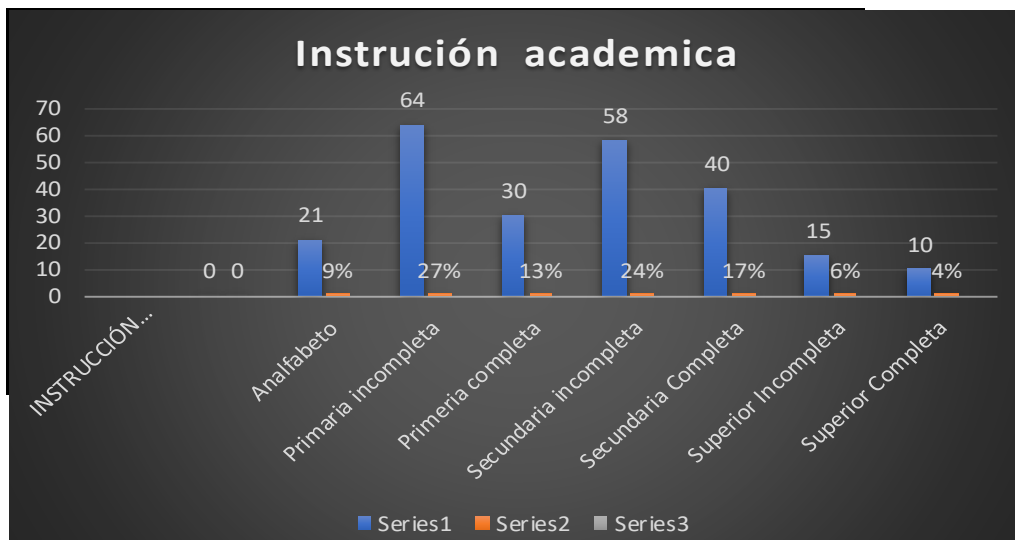


Gráfico 5-3: Distribución Porcentual. Tipo de Instrucción de las Gestantes

Fuente: Centro de Salud de San Buenaventura

Elaborado por: Atencia Cadena Vannesa Alexandra y Huaraca Amores Gabriela Paola

INTERPRETACIÓN

Tabla N 8, Uno de los problemas existentes dentro de las mujeres gestantes del Centro de Salud de San Buenaventura, es el nivel de instrucción académico, de las 238 mujeres en gestación y atendidas solo el 4% (n=10) son de nivel superior pre- grado, el 6% (n= 15) han dejado inconclusa la carrera de pre-.grado, el 17% (n=40) han podido concluir su carrera de bachillerato completa, pero el 24% (n= 58) no pudieron concluirirla, y un porcentaje del 13% (n=30) solo ha llegado a su nivel primaria completa, mientras que el porcentaje alto de 27%(n=64) ha dejado inconclusa su primaria, pero un nivel preocupante dentro de la zona es el índice de analfabetismo que es del 9%(n=21) lo que representa una población de mujeres gestantes sin preparación lo que puede ocasionar una despreocupación en su ciudad de salud en su periodo de gestación lo que podría presentar índices de factores de riesgo modificables y no modificables.



Gráfico 6-3: Distribución de consumo de estupefacientes y psicotrópicos.

Fuente: Centro de Salud de San Buenaventura

Elaborado por: Atencia Cadena Vannesa Alexandra y Huaraca Amores Gabriela Paola

INTERPRETACIÓN

Durante la investigación se evidencia que este es uno de los factores de riesgo con mayor repercusión en el desarrollo neonatal, al ser sustancia nocivas, pero se recalca que la información puede ser negada, o falsa por miedo de crítica social, el estudio reporta que de las gestantes el 4 % (n=9), han consumido alcohol en algún momento de su periodo de gestación, 1 % (n=2) consumieron tabaco en este periodo, y el 95% (n=227) no ha consumido sustancias en el periodo de gestación actual.

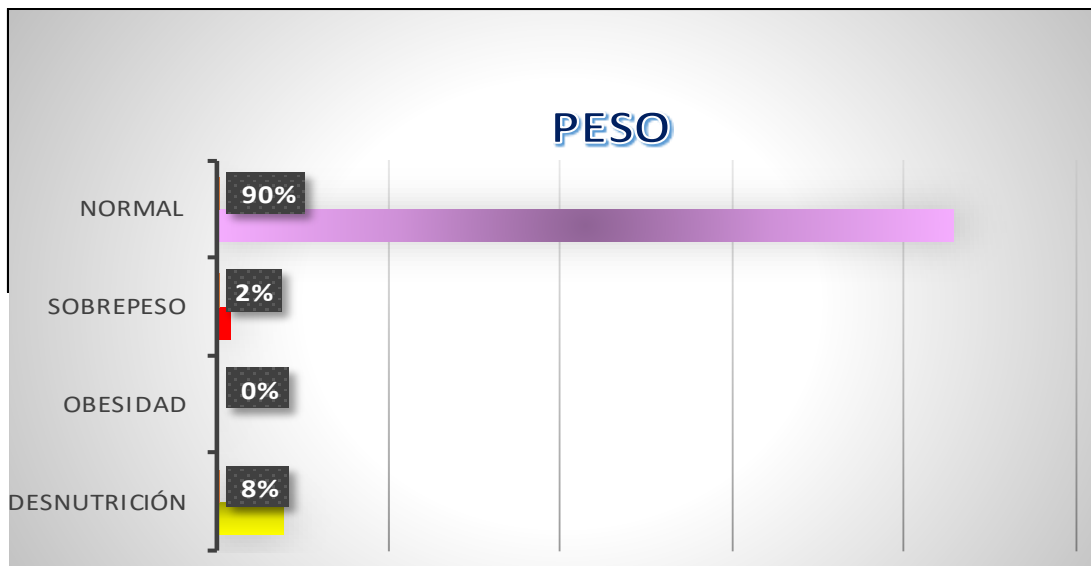


Gráfico 7-3: Distribución de gestantes con factores de riesgo en relación al Peso

Fuente: Centro de Salud de San Buenaventura

Elaborado por: Atiencia Cadena Vannesa Alexandra y Huaraca Amores Gabriela Paola

INTERPRETACIÓN

La distribución de los factores de riesgo por peso de las gestantes es de tipo modificables presentándose el 8% ($n = 20$) con desnutrición, sobrepeso el 2% ($n = 4$), siendo este un factor que se debe tomar muy en cuenta en los controles prenatales, ya que pueden tener íntima relación con diversos complicaciones y riesgos. En nuestra población el peso no es un factor prevalente la mayoría se encuentra con una ganancia de peso ponderal adecuada 90 % . ($n=214$).

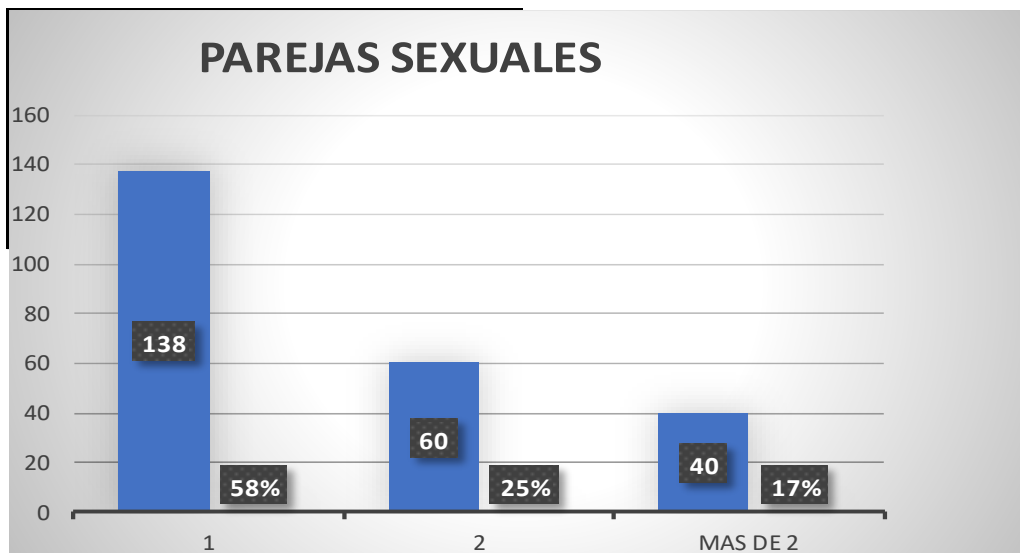


Gráfico 8-3: Distribución Porcentual. Número de Parejas Sexuales de las Gestantes

Fuente: Centro de Salud de San Buenaventura

Elaborado por: Atiencia Cadena Vannesa Alexandra y Huaraca Amores Gabriela Paola

INTERPRETACIÓN

En la Tabla N 12 Analizando los resultados se puede observar que de 238 gestantes el 58% (n=138) ha sido monogamia en donde en su vida sexual ha compartido con una sola pareja toda su vida, en cambio el 25% (n=60) de mujeres gestantes han tenido dos parejas sexuales en su vida y el 17% (n=40) que representa que las pacientes gestantes han tenido diversas parejas sexuales, esto ha representado un problema en la salud, ya que se estima un factor de riesgo alto debido a diferentes enfermedades infecciosas como: afección vaginales, enfermedad de transmisión sexual o hasta llegar a tener abortos.

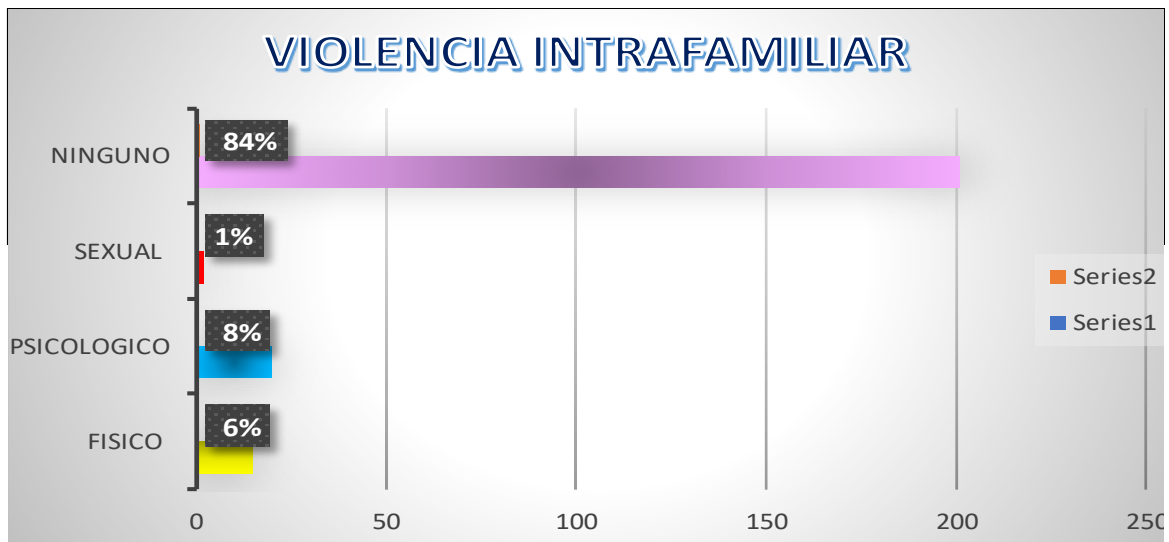


Gráfico 9-3: Distribución de maltrato físico

Fuente: Centro de Salud de San Buenaventura

Elaborado por: Atencia Cadena Vannesa Alexandra y Huaraca Amores Gabriela Paola

INTERPRETACIÓN

La distribución de los factores de riesgo modificables psicosocial en gestantes que han sido víctimas por maltrato físico, abuso sexual en su entorno familiar o social expresando, en el 6 % (n = 15), sufrió maltrato físico, el 8% (n =20), maltrato psicológico, y el 1 % (n=2), es víctima de abuso sexual en su entorno y el 84 %. (n=201) refiere no haber sido víctima de ningún tipo de abuso o maltrato físico o psicológico.

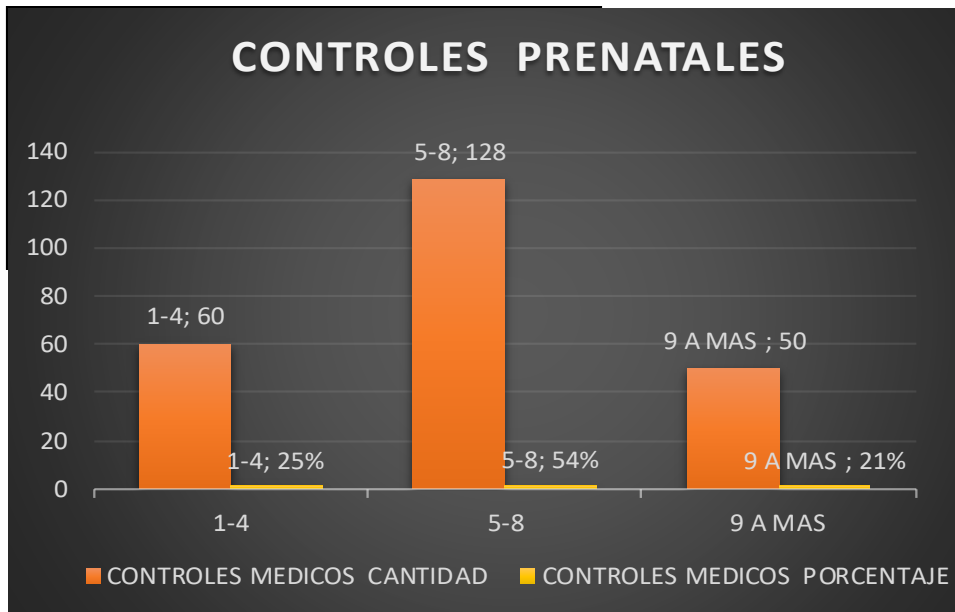


Gráfico 10-3: Controles prenatales de pacientes gestantes

Fuente: Centro de Salud de San Buenaventura

Elaborado por: Atencia Cadena Vannesa Alexandra y Huaraca Amores Gabriela Paola

INTERPRETACIÓN

En la tabla N 6 , dentro de la tabla se puede observar que las mujeres gestantes acuden en proporciones diferenciadas a sus controles prenatales, como consecuencias según la información obtenido se presenta, que de 238 gestantes, 21% (n=50) acudieron a sus controles periódicas de 9 a más, lo que significa un nivel de preocupación en su cuidado de salud dando como resultado una disminución de factores de riesgo, en cambio de 238, 54%(n=128) mujeres gestantes han realizado sus controles de 5 a 8 veces, lo que da como resultado una preocupación moderada o normal en su desarrollo de gestación , en cambio el 25% (n=60) de mujeres han hecho sus controles de 1 a 4 veces lo que debe preocupar, ya que pueden presentar factores de riesgo modificables y no modificables altos en su cuidado de salud.

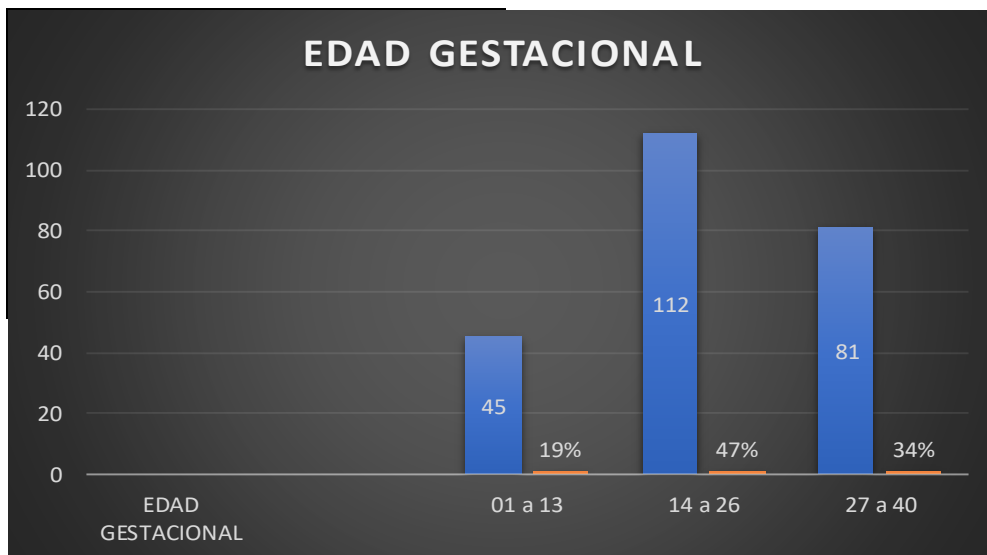


Gráfico 11-3: Distribución porcentual. Edad gestacional

Fuente: Centro de Salud de San Buenaventura

Elaborado por: Atencia Cadena Vannesa Alexandra y Huaraca Amores Gabriela Paola

INTERPRETACIÓN:

Se puede observar que en la tabla N°15, Que la edad de gestación dentro de las 238 mujeres embarazadas es del 19% (n=45) en las primeras semanas, este porcentaje bajo se debe a que ya que algunos casos no saben que se encuentran embarazadas y no tienen ningún cuidado en su control prenatal, en cambio en el segundo trimestre se puede notar un incremento del 47% (n= 112) de mujeres en estado de gestación, en su control prenatal con total normalidad pero algunas veces estas pacientes llegan con complicaciones muy avanzadas que afectan a la vida de la madre como del feto y en el tercer trimestre se presenta 34% (n=81) de control con el fin de reducir los factores de riesgos que puedan antes de dar su parte o después de él.

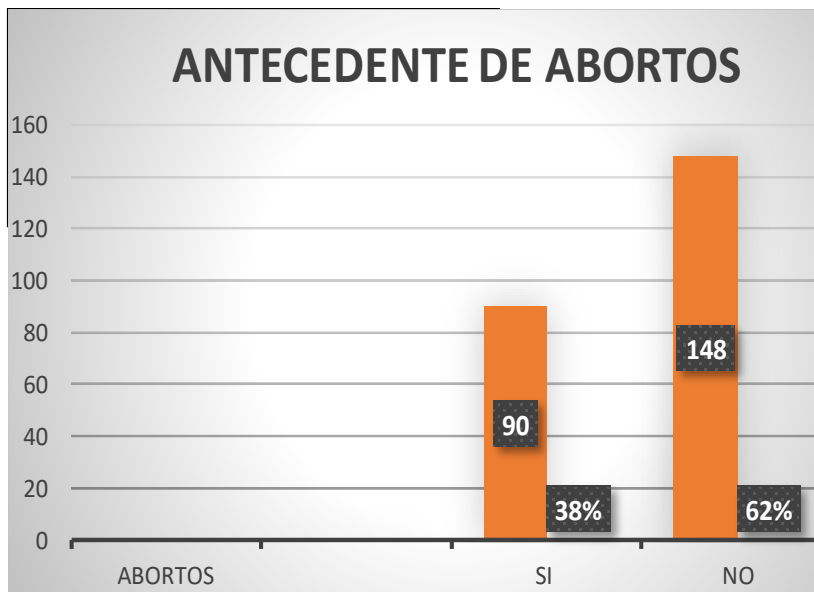


Gráfico 12-3: Distribución Porcentual. Antecedente de Abortos

Fuente: Centro de Salud de San Buenaventura

Elaborado por: Atencia Cadena Vannesa Alexandra y Huaraca Amores Gabriela Paola

INTERPRETACIÓN

Como se observa en la tabla N 11 , de los resultados obtenidos se puede observar que el 62% (n=148) de mujeres en estado de gestación no han presentado ningún aborto en su vida fértil, en cambio dentro del Centro de Salud de San Buenaventura de las 238 pacientes atendidas el 38% (n=90) ha presentado antecedentes de aborto por diversas razones, entre las que se puede nombrar están infecciones urinarias graves, infecciones de trasmisión sexual, infecciones vaginales, principales causantes de los abortos espontáneos, afectando en alta frecuencia a las gestantes adolescentes con múltiples parejas sexuales.

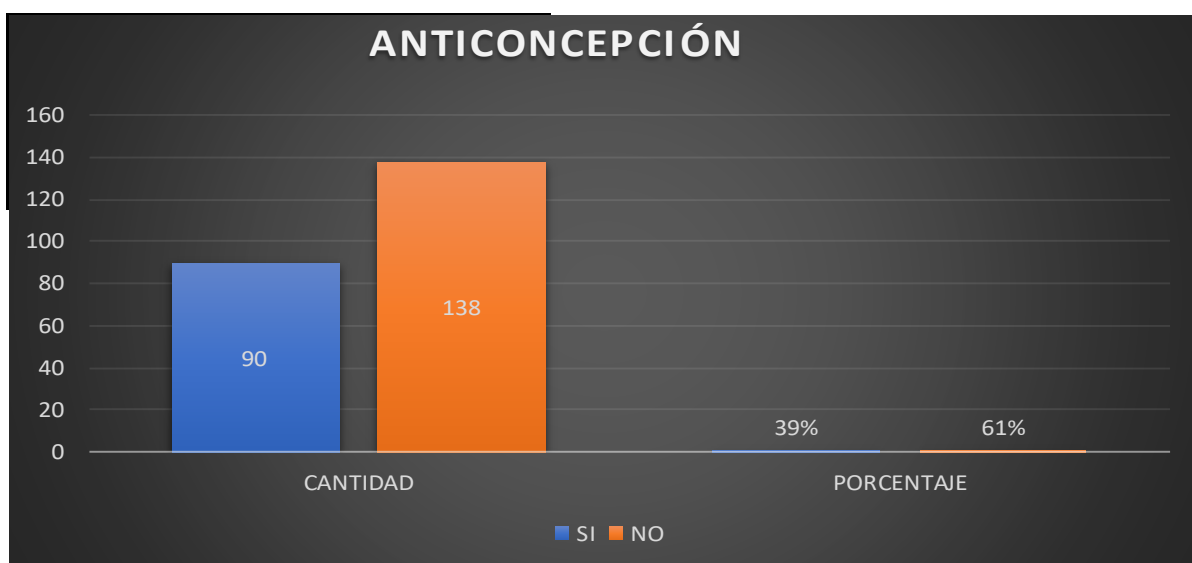


Gráfico 13-3: Distribución Porcentual. Anticoncepción

Fuente: Centro de Salud de San Buenaventura

Elaborado por: Atencia Cadena Vannesa Alexandra y Huaraca Amores Gabriela Paola

INTERPRETACIÓN:

Se puede observar que en la tabla N 14, de las 238 pacientes gestantes en consulta el 61% (n= 138) manifestaron que no utilizaban ningún método anticonceptivo que aplicaban el método del ritmo o calendario, lo que les ayudaba a predecir sus días fértiles basados en su ciclo menstrual, lo que ocasionaba que en algunas mujeres su ciclo se alteraba por no tener una menstruación regular, en cambio el 39% (n= 90) de las mujeres gestantes ocuparon anticonceptivos como las anticonceptivos inyectables, anticonceptivos hormonales (pastillas), métodos de barreras como condones, diafragma, esponjas y condón femenino.

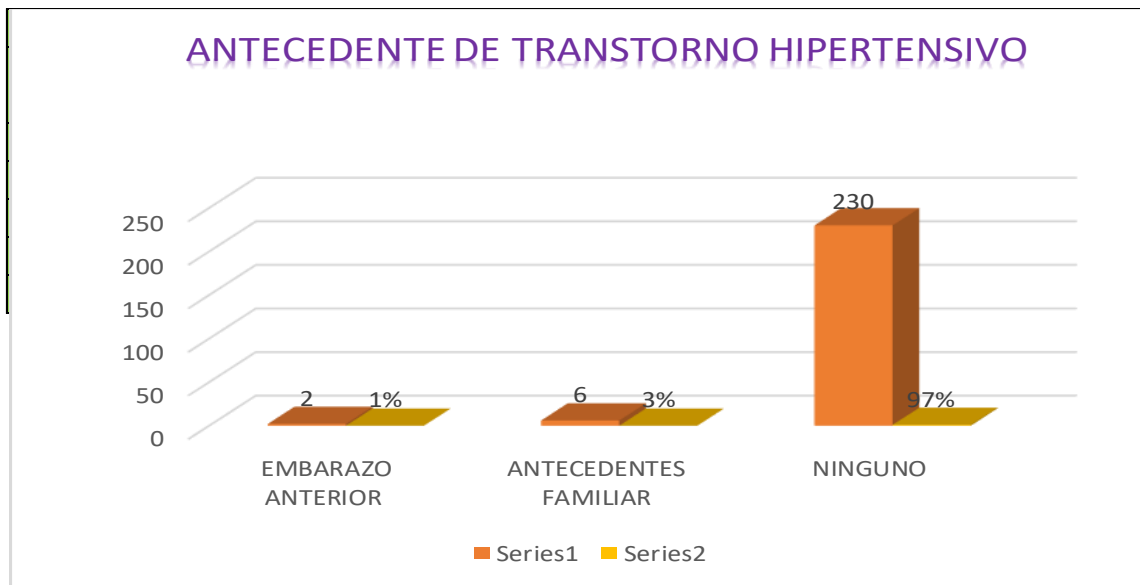


Gráfico 14-3: Distribución de Gestantes con factores de riesgo hipertensión

Fuente: Centro de Salud de San Buenaventura

Elaborado por: Atencia Cadena Vannesa Alexandra y Huaraca Amores Gabriela Paola

INTERPRETACIÓN

De acuerdo con la distribución por antecedentes de trastorno hipertensivo de las pacientes que fueron atendidas en el centro de salud de San Buenaventura, el 3% (n=6), presentaron factores de riesgo no modificables al tener antecedentes familiares de hipertensión gestacional, y el 1% (n= 2) constituye las gestas anteriores que presentaron hipertensión en alguna etapa de su desarrollo gestacional, se puede determinar que la incidencia del factor de riesgo trastorno hipertensivo en nuestra población no es prevalente, debido a que la muestra del 7% (n=230) no presenta ningún antecedente en relación.

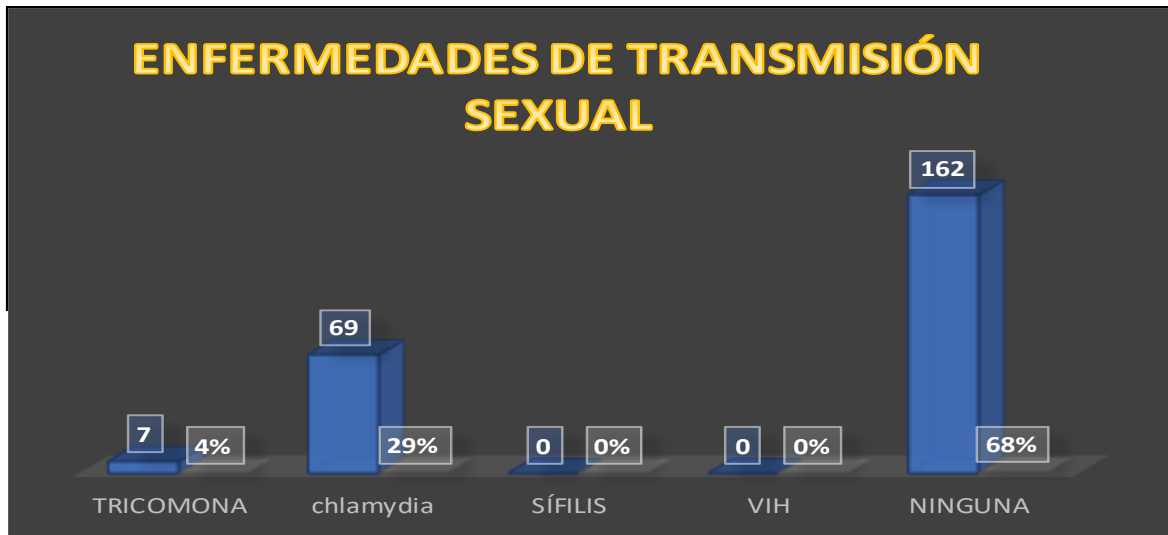


Gráfico 15-3: Variación de enfermedades de transmisión sexual

Fuente: Centro de Salud de San Buenaventura

Elaborado por: Atencia Cadena Vannesa Alexandra y Huaraca Amores Gabriela Paola

INTERPRETACIÓN

Durante la investigación se evidencia que el manejo en estas pacientes es medicamentoso, sin reportar repercusiones identificadas asociadas a estos, la mayor incidencia por agente patógeno es por la presencia chlamydia trachomatis 29% (n=69), seguido por tricomoniasis 4% (n=7), y clamidia 1 % (n=3), en estos pacientes el riesgo aumenta para la vida del feto por lo cual es mayor el número de visitas médicas al que deberá asistir. El 68% (n=162), no se han presenten enfermedades de este tipo por lo que no fueron reportadas en el historial médico de las gestantes por facultativos.

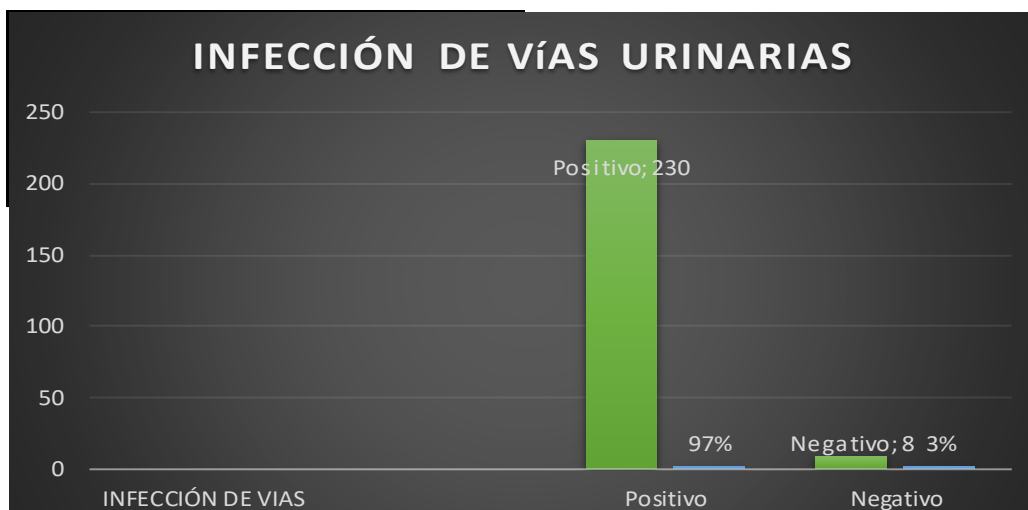


Gráfico 16-3: Distribución Porcentual. Infecciones de vías Urinarias

Fuente: Centro de Salud de San Buenaventura

Elaborado por: Atencia Cadena Vannesa Alexandra y Huaraca Amores Gabriela Paola

INTERPRETACIÓN

Se puede observar que en la tabla N°13, de las 238 gestantes atendidas en el Centro de Salud de San Buenaventura, se ha presentado un problema con las infecciones de las vías urinarias, dando como resultado que el 97% (n= 230) de las pacientes presentan infecciones al comienzo de su embarazo, por los cambios fisiológicos y por una inadecuada higiene, en cambio el 3% (n= 8) de las gestantes no han presentado molestias de ningún tipo.

CONCLUSIONES

- El centro de Salud de San Buenaventura, cuenta con los servicios apropiados para un cuidado óptimo a las mujeres gestantes con atención médica, exámenes, medicación y emergencia en caso de necesitarlo, además, cuenta con el sistema de referencias al hospital de segundo nivel cuando la urgencia no se la pueda tratar dentro del centro.
- La escasa educación sexual dentro de la zona ha dado como resultado madres adolescentes con mayores números de hijos en sus edades tempranas, lo que ha ocasionado preocupación en los índices de natalidad y mortalidad del sector.
- Los factores de riesgo que más se han presentado dentro del centro de salud de San Buenaventura son hipertensión arterial, las enfermedades de transmisión sexual por las múltiples parejas sexuales, los abortos espontáneos producidos por infecciones, lo que ha conllevado a una campaña de concientización sobre el embarazo y su cuidado, tanto para la madre como para el feto.
- Uno de los problemas que se ha enfrentado dentro de la parroquia de San Buenaventura y se ha localizado en el centro de salud, es la falta de educación de las mujeres gestantes con respecto a su higiene personal, por lo que se ha presentado infecciones del tracto vaginal y bucal, que conlleva a un factor de riesgo alto.

RECOMENDACIONES

- Gracias a los resultados obtenidos en las encuestas podemos establecer que los factores de riesgo que se han provocado en el embarazo y fueron hallados en esta población, pueden ser prevenidos, ya que se asociaron a los hábitos y son factores modificables, que afectaran al desarrollo del feto y la salud de madre por lo cual se recomienda.
- Motivar a las madres gestantes sobre la verdadera importancia de asistir a consulta prenatal de forma periódica y evitar posibles riesgos para la vida tanto de la madre como el feto y prevenir complicaciones. Se ha cotejado que, cuando se desempeña en tiempo oportuno prácticas apropiadas instauradas en datos objetivos, la atención prenatal puede salvar vidas.
- Generar programas educativos sobre los factores de riesgo que pueden presentarse durante el periodo de gestación y así les permita identificar en sus hogares, consiguiendo llevar sus dudas al personal médico, y ellos sean quienes las orienten.
- Iniciar conversatorios con las alumnas y el personal de ayuda estudiantil de la unidad educativa de la zona, ya que a pesar de que su frecuencia es baja los riesgos pueden ser más graves en este extremo de vida y así comprendan los conflictos socioeconómicos, físicos, psicológicos que implica el embarazo en adolescencia y más aún si no son controlados.
- Proporcionar los resultados de las encuestas al personal de salud para que obtenga la identificación de los factores de riesgo más prevalentes en esta zona de San Buenaventura, en relación a las gestantes que han sido atendidos en el centro de salud. con la finalidad de actuar frente a la compleja naturaleza que implica la atención prenatal, al ir más allá de la prevención de la mortalidad y la morbilidad, se debe priorizar la atención de salud fundada en el individuo y en el bienestar de este, de conformidad manejándonos con un enfoque integrando los derechos humanos.
- Mejorar por medio del ministerio infraestructura ya si puede ser adecuada para la atención, prenatal, pero es imposible atención en casos de emergencias obstétricas, ya que no cuenta con equipamiento necesario.

DISCUSIÓN

El siguiente estudio recopila la prevalencia de los factores de riesgo obstétrico, los mismos que pueden ser de tipo modificables y no modificables en las pacientes, se revisaron 238 historias clínicas que se encuentran en el centro de salud de San Buenaventura y se pudo identificar la incidencia de los principales descritos en la literatura a nivel mundial, los grupos etarios de riesgo en el estudio indican una prevalencia del 19% distribuyéndose; el 6% en edades comprendidas entre 11 a 15 años siendo este un riesgo alto por ser adolescentes y el 5% se ubica en edades de 16 a 19 años presentando riesgo moderado no siendo concordante con un estudio de la OPS realizado en los países de América Latina en donde las mujeres adolescentes entre 15 y 19 años tuvieron una alta prevalencia de embarazos, siendo del 26% del total de ellos en los años comprendidos entre el 2010 al 2015.

En esta Investigación el factor de riesgo relacionado con la escolaridad, se observó que en el grupo de gestantes el 64% de ellas presenta escolaridad general básica y superior incompleta y el 9% analfabetismo, lo que se representa un riesgo importante en nuestra población e implica un problema social para el país, no siendo similar con estudios realizados en Brasil por Rodríguez y cols. en el año 2017 sobre epidemiología en mujeres gestantes y sus factores de riesgo, teniendo una prevalencia del 38.2% de pacientes que presentaban una escolaridad deficiente en relación a secundaria incompleta. (Rodrigues, 2017).

Otro problema definido que se presentó con una baja incidencia en el grupo de gestantes estudiado fueron las infecciones de transmisión sexual en el 29% de pacientes, teniendo como agente etiológico más frecuente a la Chlamydia Trachomatis en un 29%, frente a otras investigaciones que determinaron una prevalencia de este agente causal del 75% en un solo episodio durante su gesta y el 45% ha tenido episodios a repetición, en Estados Unidos se registra un menor predominio de alrededor del 16 %; y en países de América Latina como Chile varía entre 27 y 32% en la población general siendo similar en la estadística encontrada. (Pradenas, 2014, pág. 1)

Otro factor que presenta mayor frecuencia en el Centro de Salud de San Buenaventura es la infección de vías urinarias, del total de la población de gestantes atendidas el 97% presentaron esta patología, en Ecuador según la guía de práctica clínica publicada en el 2013 el 27% de embarazos pretérmino tiene relación con infecciones del tracto urinario, encontrándose una prevalencia del 50% al 92% y que puede llegar a tener una progresión hacia pielonefritis en el 20 al 40% de los casos; comparando éstos datos con un estudio que se realizó en Colombia/Bogotá en el año del 2006 en el cual se presentó una incidencia del 6 % y en España en la ciudad de Madrid en el Hospital Clínico San Carlos se presenta con un porcentaje del 2 al 11% siendo bajo en comparación con nuestro estudio. (Guías de Práctica Clínica Ecuador, 2013, págs. 10-17) (Elsevier , 2005).

La edad de la madre gestante es importante para el curso adecuado del embarazo sobre todo en los extremos de vida, la etapa de la adolescencia se encuentra definida como factor de riesgo para patologías como eclampsia, endometriosis y enfermedades sistémicas lo que genera una problemática mundial, elevando las tasas de mortalidad materno fetales, en el Ecuador el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), determino que se ha producido un incremento de los embarazos en adolescentes, reportándose estadísticas alarmantes, el 78 % entre mujeres de 10 - 14 años y entre 15-19 años del 11%. En estadísticas de la OMS se registraron en el 2018 que aproximadamente 21 millones de adolescentes se embarazaron en edad de 15 a 19 años y 2 millones en menores de 15 años en regiones en subdesarrollo.

El otro extremo de vida registrado como factor de riesgo no modificable es la edad materna comprendida entre los 35 a 49 años, que se describe como factor predisponente para la aparición de diversas patologías crónicas generando incremento en la tasa de muertes tanto maternas como perinatales, este es un factor que se pudo evidenciar de alta prevalencia en el Centro de Salud de San Buenaventura correspondiéndole un 13 %, siendo mayor el número de gestantes tardías en comparación a las adolescentes. (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2018, pág. 1), (Donoso, Carvajal, Vera, & Poblete, 2014, págs. 171-172), (Vohlonen & Gutierrez, 2017, pág. 4)

El 15% de las mujeres en estudio manifiestan que sufrieron algún tipo de maltrato dentro de su etapa del embarazo, producido en su entorno social o familiar generando vulnerabilidad en el desarrollo de las mujeres embarazadas, siendo éste bajo en comparación con el informe de la OMS reportado en el 2019 en el cual el porcentaje de mujeres que refirieron ser víctimas de maltrato físico, psicológico o sexual fue del 13% en Etiopía y aproximadamente el 50% Brasil, Serbia el 90%, en el Perú el 55% informaron que el principal agresor fue su pareja, a éste riesgo modificable se suman casos más graves en los cuales el 20% de las mujeres refirieron que luego del primer maltratado este se repitió por más de 5 ocasiones. (Organización Mundial de la Salud, 2019, págs. 1-2).

El consumo de sustancias psicotrópicas y estupefacientes se evidenció en un 5% de prevalencia en cualquier etapa del desarrollo gestacional, a pesar que el porcentaje es mínimo cabe recalcar que es un riesgo nocivo materno fetal; por las complicaciones a las que pueden llevar, es trascendente que se conozca los daños perniciosos de la utilización de estas sustancias con el fin de evitar la ocurrencia de futuras ingestas de este tipo de sustancias psicotrópicas, permitiendo que sea la madre la responsable de estos cambios en beneficio de evitar factores de riesgo en su gestación, ya que puede ser causante de secuelas irreparables en su vida, en España se encontró que el índice es alto en comparación al hallado en el estudio presente, un ejemplo claro es que de las mujeres en estado de gestación el 41, 7% a ingerido tabaco, 37% alcohol y la diferencias otras sustancias ocasionando problemas de salud. (Magri, Miguez, & Parodi, 2007)

Los controles prenatales mínimos serán la base para evitar la recurrencia de más factores de riesgo en la población sabiendo que la mayoría de ellos pueden ser evitables y prevenibles en su totalidad, reduciendo así el riesgo de morbilidad final materna y perinatal, por lo cual es importante que exista una concientización tanto de la madre como de sus familiares para que accedan a servicios de salud encaminados a su protección, en nuestro estudio se encontró que las mujeres gestantes que acudieron a control de 1 a 4 veces fueron de un 25%, siendo éste un factor de importante; en países como Uruguay se definió que el 8.9% de las mujeres gestantes acudía a controles prenatales existiendo una diferencia importante. (Magri, Miguez, & Parodi, 2007)

Existen patologías que presentan una asociación mayor, como es el caso de los Trastornos Hipertensión tanto en el periodo pre gestacional, gestacional o exhibirse como antecedente de esta patología en embarazos anteriores o la ocurrencia en un familiar de primero y segundo grado de consanguinidad. En la investigación se evidenció que los antecedentes de hipertensión fueron de el 1% y antecedentes los familiares del 3% en si este factor presenta una prevalencia baja en relaciona a otros riesgos encontrados y antes mencionados pero es un buen indicador de salud para la población, se debe mencionar que en el sistema de salud de Ecuador este tipo de patologías

al ser más complejas son manejadas en el segundo o tercer nivel de atención que podría ser una explicación del por qué no hay concurrencia de estos casos en el Centro de Salud de San Buenaventura Latacunga. En América latina el país con mayor incidencia de trastornos hipertensivos es Ecuador con el 46% presenta hipertensión y lo más grave es que de ellas el 15% se realiza controles de forma adecuada, en Estados Unidos no existió mejoría desde el año 2000, ya que la tasa era del 70% de la población presentaba trastorno hipertensivo durante el embarazo y solo el 34% estaba bien controlado, luego de 12 años se determina que no se lograron bajar las estadísticas de este factor de riesgo pues sigue en el mismo percentil de control. Los trastornos hipertensivos pueden afectar aproximadamente el 5% al 10%, causando muerte materno y fetal a nivel mundial; en las tasas de incidencia se determinó según un estudio realizado por la OMS el 20% fueron ingresadas a cuidados intensivos neonatales, en 2014 se concluyó que la muerte materna por este factor se distribuyó en América latina 22%, 16% en África y el 12% en Asia. En conclusión, lo más alármate en relación a esta problemática es que no importa si es un país en desarrollo o en vías de desarrollo la muerte materna aumenta de forma alarmante. (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LASALUD, 2019), (PÈREZ, 2012, pág. 1)

BIBLIOGRAFÍA

Organización Panamericana de la Salud. *22 de mayo – Día Mundial de la Preeclampsia.* 2017, OPS.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *22 de mayo día mundial de la preeclampsia.* 2019, OPS, pág. 1.

American Academy of Pediatrics. 2012. healthy children org . [En línea] 1 de Agosto de 2012. <https://www.healthychildren.org/English/ages-stages/teen/dating-sex/pages/Teenage-Pregnancy.aspx>.

Atlas socioambiental de Cotopaxi. Flacso Andes. [En línea] 09 de Junio de 2016. <file:///C:/Users/Amelia/Downloads/LFLACSO-Martinez-PUBCOM.pdf>.

Martínez Royert, Judith, Pereira Peñate Milena. *Caracterización de las gestantes de alto riesgo obstétrico (ARO) en el departamento de Sucre (Colombia), 2015.* 2016, Revista Científica Salud Uninorte, Vol 32, No 3 (2016), pág. 453.

Martínez Royert, Judith y Pereira Peñate, Milena. *Caracterización de las gestantes de alto riesgo obstétrico (ARO) en el departamento de sucre 2015.* 3, 2016, Revista Científica Salud Uninorte, Vol. 32, págs. 452-460.

Céspedes Avedaño, Miriam. REPOSITORIO. *Repositorio.* [En línea] 30 de MAYO de 2018. <http://repositorio.unh.edu.pe/bitstream/handle/UNH/1754/TESIS%20CESPEDES%20AVENDA%20C3%91O.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

Magri, Dre Raquels, Miguez, Hugo y Parodi, Verónica. *Consumo de alcohol y otras drogas en el Embarazo.* 2007, Arch Pediatr Urug, pág. q.

Ministerio de Salud Pública. *Control Prenatal* 2016, Guías de Práctica Clínica, págs. 1 - 47.

Cuesta, Roguer Perea y Rodríguez Merchan , Diana Milena . Universidad de Colombia . [En línea] 2013. <http://www.bdigital.unal.edu.co/11516/1/05598756.2013.pdf>.

Cunningham, Gary, y otros. *Williams Obstetricia.* McGRAW-HILL INTERAMERICANA EDITORES, S. A. de C. V. s.l. : McGraw-Hill Global Education Holdings, LLC., 2015.

Ministerio de Salud Publica. *Definiciones operacionales y técnicas.* Ecuador : s.n., 2019. Gaceta de muerte materna 2017. pág. 1.

AMIR. *Embarazo de riesgo concepto situación de riesgo, clasificación, descripción, planificación de los cuidados obstétricos.* 2018, AMIR.

INEC. Resultados del Censo 2010 de la población y vivienda en el Ecuador. *Cotopaxi, Fascículo Provincia,* 8. [En línea] 2010 Obtenido de <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/wp-content/descargas/Manu-lateral/Resultados-provinciales/cotopaxi.pdf>

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Embarazo en adolescentes.* 2018, unicef, pág. 1.

Pérez, Roberto Rafael. *En América Latina, el país con la mayor prevalencia de hipertensión es el Ecuador'.* 25 de Abril de 2012, Infomed, pág. 1.

Faúndez, A, Pérez Sánchez, A y Donoso Siña, E. Repositorio Universidad de Chile. [En línea] 1992. http://publicacionesmedicina.uc.cl/AltoRiesgo/control_prenatal.html.

Fernández Rodríguez, José Eduardo. CYBER TESIS. [En línea] 2016. http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/510/1/Fern%C3%A1ndez_j.pdf.

Fondo de Población de las Naciones Unidas . UNFPA América latina y el Caribe. [En línea] 2013. <https://lac.unfpa.org/es/temas/salud-materna>.

Friedrich, Diez . diccionario de real Academia de Lengua Española . [En línea] 2001. <http://etimologias.dechile.net/?riesgo>.

Ministerio de Salud Publica . *Guía para el auto levantamiento.* Julio de 2013, Coordinación General de Gestión Estratégica.

Solano, Alfredo S. *Importancia y evolución de una unidad de alto riesgo obstétrico.* 2, 1982, ACT. MEDICA, Vol. 25, págs. 71 - 73.

Vohlonen, Ana y Gutierrez, Marta. *Inclusión educativa y Estudios de casos en embarazadas.* Sucumbios : UNICEF Ecuador, 2017. Estudio de caso Inclusión educativa y Embarazo en Adolescentes en comunidad de Kichwa Amazònia. pág. 4.

Guías de Práctica Clínica Ecuador. *Infección de vías urinarias en el embarazo.* 2013, MINISTERIO DE SALUD PUBLICA, págs. 10-17.

Pradenas , Marcelo. *Infecciones cérvico vaginales.* 06 de 10 de 2014, REVISTA MEDICA CLÍNICA CONDE, pág. 1.

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. *Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) - Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo (SENPLADES).* Latacunga , Cotopaxi, Ecuador : s.n., 2016.

Donoso, Enrique, y otros. *La edad de la mujer como factor de riesgo de la morbilidad materna neonatal e infantil.* 2014, REVISTA MEDICA CHILENA, págs. 171-172.

Rangel Flores, Yesica y Martínez Ledezma, Alexia. *La investigación en morbilidad materna extrema " near miss " en América Latina.* 3, s.l. : Rev Peru Med Exp Salud Publica, Julio Septiembre de 2017, Scielo, Vol. 34.

Organización Mundial de Salud. *La OMS señala que las embarazadas deben poder tener acceso a una atención adecuada en el momento.* 07 de noviembre de 2016, OMS, pág. 1.

Lediane Dalla Costa, Caroline Cales Cura, Alessandro Rodrigues Perondi, Vivian Francielle França, Durcelina Schiavoni Bortoloti. *Perfil epidemiológico de gestantes de alto riesgo. Cogitare enfermagem.* [En línea] 24 de junio de 2016. <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/44192>.

Llopis Kraftchenko, Lizzie, y otros. boletín . [En línea] 2014. <http://files.sld.cu/boletincnscs/files/2014/01/riesgo-reproductivo.pdf>.

Ministerio de Salud Pública. Guías de Práctica Clínica. *Dirección Nacional de Normalización.* [En línea] 1ª edición , 2015. https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/GPC_Atencion_del_trabajo_parto_posparto_y_parto_inmediato.pdf.

Ministerio de Salud Pública. Atención del trabajo parto, parto y posparto inmediato. [En línea] 2015. https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/GPC_Atencion_del_trabajo_parto_posparto_y_parto_inmediato.pdf.

Ministerio de Salud Pública . dirección zonal provincial y calidad de servicios. [En línea] 2017. <https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/ANEXO%20%20-%20CLASIFICACION%20DE%20RIESGOS%20OBST%20TRICOS.pdf>.

Purizaca, Manuel. *Modificaciones fisiológicas en el embarazo.* núm. 1, 2010, Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia, Vols. vol. 56., págs. 57-69.

UNICEF. *Mortalidad derivada de la maternidad.* 2011, Publicaciones de UNICEF .

Ulloa. Efectos socioeconómicos y la percepción de la población. *Pontificia Universidad Católica del Ecuador,* 137. [En línea] 2014. Obtenido de <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/13258/Efectos%20socioecon%C3%B2mic>

os%20percepci%C3%B2n%20d%20poblaci%C3%B2n%20parroquias%20LaMatriz%20SanBu
enaventura%20y%20JuanMontalvo%20.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Romero Pérez, Irma , y otros. *Muerte materna: una revisión de la literatura sobre factores.* 1, Enero -Marzo de 2010, Revista Perinatal y reproducción humana , Vol. 24 , págs. 42-50.

National Institutes of Health. Eunice kennedy shriver national institute of child health and human development. *NIH.* [En línea] 7 de Abril de 2010. <https://www1.nichd.nih.gov/espanol/salud/temas/pregnancy/informacion/Pages/riesgo.aspx>.

Organizacion Mundial de Salud . Mortalidad materna. *Organizacion Mundial de Salud.* [En línea] 16 de febrero de 2018. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>.

Organización Panamericana de la Salud. Reducir la mortalidad materna. *Preparar a la región para alcanzar los objetivos de desarrollo sostenible sobre la salud.* [En línea] 2016. <file:///C:/Users/hp/Desktop/ODS%20ECU%20dic%202016.pdf>.

Pediatrics, American Academy of. Healthy children.org. [En línea] 04 de 02 de 2018. <https://www.healthychildren.org/spanish/ages-stages/teen/dating-sex/paginas/teenage-pregnancy.aspx>.

Ministerio de Salud Pública. *Plan Nacional de la Salud Sexual y Salud Reproductiva 2011-2021.* Pág. 274. 2017, Pág. 274, Plan Nacional de la Salud Sexual y Salud Reproductiva 2011-2021, pág. 18.

Ministerio de Salud Pública. Pág. 274. 2017, Pág. 274, Plan Nacional de la Salud Sexual y Salud Reproductiva 2011-2021, pág. 12.

Problemas médicos habituales relacionados con la pacientes Embarazadas. **Quiroz, Lorena y Robert , Jorge .** [ed.] Jaime Arriagada y Magdalena Magdalena Castro . 6, 09 de 10 de 2014, Revista médica Clínica los Condes, Vol. 25, págs. 917 - 923.

Ramos , Diana . ANCE. [En línea] 7 de Junio de 2018. <http://ancehoy.com/index.php/2018/06/07/ecuador-ocupa-el-tercer-lugar-en-embarazos-adolescentes/>.

Real Academia Española . Real Academia Española. [En línea] 2018. <https://dle.rae.es/?id=WT8tAMI>.

Rodrigues, Antonia Regynara Moreira Rodrigues 1 Sibeles Lima da Costa Dantas 2 Ana Maria Martins Pereira 3 Maria Adelaide Moura da Silveira 4 Dafne Paiva. Gravidez de alto

risco: análise dos determinantes de saúde. *High-risk pregnancy: analysis of health determinants*. [En línea] 2017. <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/viewFile/1135/620>.

Torres Armas, Shirley Gabriela . Biblioteca de la Universidad Rafael Landívar . [En línea] Agosto de 2015. <http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesisjcem/2015/09/03/Torres-Schirley.pdf>.

Uribe Elías, Roberto. Mortalidad Materna. [En línea] 2009. http://www.facmed.unam.mx/sms/temas/2009/01_ene_2k9.pdf. 1.

Villar , J y Bergso, P. Organización Mundial de la Salud. [En línea] 2003. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42692/WHO_RHR_01.30_spa.pdf;jsessionid=7B6225231168214C1C21EADAC8E7A4C1?Sequence=1.

Organizacion Mundial de la Salud. *Violencia inflingida por la pareja y la salud de la mujer*. 2019, World Health Organization, pág. 1.

ANEXOS







ESPOCH

ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DE CHIMBORAZO

CARRERA DE MEDICINA - FACULTAD DE SALUD PÚBLICA

Oficio No. 038 CM FSP ESPOCH/2019
Riobamba, 24 de Enero del 2019

Señores
Dra. Carmela García, Coordinadora
Dr. Andrés Sandoval, Director
CENTRO DE SALUD DE SAN BUENAVENTURA
Latacunga

De mi consideración:

Reciban un atento y cordial saludo, por medio del presente les solicito comedidamente autorizar el permiso correspondiente, para que los Internos Rotativos, de la Carrera de Medicina, puedan acceder a las historias clínicas para que puedan realizar sus proyectos de investigación y casos clínicos, requisito previo la obtención de su título como Médico General, de acuerdo al siguiente listado:

No.	ESTUDIANTE	DIRECTOR	MIEMBRO	TEMA
1	Vanessa Alejandra Atencia Cadena Y Gabriela Pazla Huarcá Antonio	Dra. María Belén Goyes Guerra	Dra. Collet Zalera Muñoz Fanchana	FACTORES DE RIESGO EN CESTANTES DE CENTRO DE SALUD DE SAN BUENAVENTURA, LATACUNGA ENERO-JULIO 2018

Agradezco vuestra gentil atención

Atentamente,
"Saber para Ser"

Ing. Carlos Espigado Andrade Guadado
DIRECTOR SUBROGANTE CARRERA DE MEDICINA



CON COPIA Unidad de Titulación
Estudiantes
Archivo

CDCh/egp

