



UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER
HUMANO
ESCUELA DE ENFERMERÍA**

TITULO

**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA
MORBILIDAD MATERNA EN PACIENTES QUE
PERTENECEN AL CENTRO DE SALUD SAN
LORENZO EN EL PERIODO 2014 AL 2016.**

**PROYECTO DE GRADO PREVIO A LA
OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE LICENCIADAS
EN CIENCIAS DE LA ENFERMERÍA**

AUTORAS

**CHELA MULLO MARY ELIZABETH
ESPINOZA SANABRIA ANA KAROLINA**

TUTORA

DRA. MARÍA ELENA LEÓN

GUARANDA – ECUADOR

ENERO - 2016

DEDICATORIA

Este trabajo se lo dedico a mi Dios que supo guiarme por el buen camino, darme fuerzas para seguir adelante y no desmayar ante los problemas que se presentan.

Para mis padres por su apoyo, consejos, comprensión, amor, apoyarme en los momentos difíciles, y por ayudarme con los recursos necesarios para estudiar. Me han dado todo lo que soy como persona, mis valores, mis principios, mi carácter, mi empeño, mi perseverancia, mi coraje para conseguir mis objetivos.

A mi esposo por estar siempre presente, acompañándome para poderme realizar.

A mi hijo Sebastián quien ha sido y es mi motivación, inspiración y felicidad.

Mary Elizabeth Chela Mullo

El presente trabajo está dedicado a Dios, por darme la oportunidad de vivir y por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el periodo de estudio.

A mi esposo por su constancia, perseverancia por su amor y dedicación por apoyarme en todo momento.

A mis padres, porque ellos siempre estuvieron a mi lado brindándome sus consejos para hacer de mí una mejor persona.

A mi hermano por sus palabras y compañía, a mis angelitos aunque no están físicamente conmigo, pero sé que desde el cielo siempre me cuidan y me guían para que todo salga bien para lograr mis objetivos .

Ana Karolina Espinoza Sanabria

AGRADECIMIENTO

A nuestra Tutora Dra. María Elena León,
Por su apoyo incondicional durante
El desarrollo del presente trabajo
De investigación.

Al personal de Salud de la Unidad Operativa
San Lorenzo por su constante apoyo
Incondicional y aliento durante el
Desarrollo del trabajo de investigación.

A nuestros queridos Padres:
José Chela y Feliciano Mullo
Y a Byron Espinoza y Martha Sanabria
Por habernos ayudado constantemente en
Nuestro trabajo de investigación

TEMA

**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA MORBILIDAD MATERNA
EN PACIENTES QUE PERTENECEN AL CENTRO DE SALUD SAN
LORENZO EN EL PERIODO 2014 AL 2016.**

ÍNDICE GENERAL

Portada	
Portadilla	
DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
TEMA	iv
ÍNDICE GENERAL	v
ÍNDICE DE CUADROS.....	vii
ÍNDICE DE GRÁFICOS	ix
CERTIFICADO DE SEGUIMIENTO AL PROCESO INVESTIGATIVO, EMITIDO POR LA TUTORA	¡Error! Marcador no definido.
RESUMEN EJECUTIVO	ix
INTRODUCCIÓN	xi
CAPITULO I	1
1.1. Planteamiento del Problema	1
1.2. Formulación del Problema	1
1.3. Objetivos.....	2
CAPITULO II	5
MARCO TEÓRICO	5
2.1. Antecedentes	5
2.2. Bases Teóricas.....	5
2.2.1. Factores de Riesgo	5
2.2.1.1. Categorías de riesgo	6
2.2.1.2. Valoración por categorías de riesgo.....	6
2.2.1.3. Factores biofísicos:	6
2.2.1.4. FACTORES PSICOSOCIALES:.....	7
2.2.1.5. Factores sociodemográficos	7
2.2.1.6. Factores ambientales	8
2.2.1.7. Riesgo obstétrico	8
2.2.1.8. Tipos de Riesgo Obstétrico	8
2.2.1.9. Clasificación:.....	9
2.2.1.10. Alto riesgo obstétrico bajo	9
2.2.1.12. Alto riesgo obstétrico alto	10

2.2.1.13. Cómo se diagnostica un embarazo de alto riesgo	10
2.2.1.14. Cómo prevenir el embarazo de alto riesgo	10
2.2.2. Morbilidad Materna.....	11
2.2.2.1. Diagnóstico de morbilidad	12
2.2.2.2. Orígenes de morbilidad materna	12
2.2.2.3. Causas de morbi-mortalidad materna.....	12
2.2.2.4. Causas de morbilidad materna	13
2.2.2.5. Como responde la OMS a este problema mundial	20
2.3. Definición de términos	21
2.4. Sistemas de Variables.....	24
2.5. Operacionalización de Variables.....	25
CAPITULO III.....	29
MARCO METODOLÓGICO.....	29
3.1. Nivel de Investigación.....	29
3.2. Diseño	¡Error! Marcador no definido.
3.3. Población	29
3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	29
CAPITULO 4.....	31
RESULTADOS O LOGROS ALCANZADOS SEGÚN OBJETIVOS PLANTEADOS	31
4.1. Resultados según Objetivo General	31
4.2. Resultados Según Objetivos Específicos.....	31
4.2.1 Resultados Según Objetivo Específico 1	33
4.2.2 Resultados Según Objetivo Específico 2.....	42
4.2.3 Encuesta aplicada al personal del Centro de Salud San Lorenzo	52
4.3. Resultados Según Objetivo 3	57
Elaborar un programa educativo sobre las complicaciones en la mujer embarazada en el área objeto de estudio.....	57
CAPITULO 5	80
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	80
5.1. CONCLUSIONES.....	80
5.2 RECOMENDACIONES	81
Bibliografía	119

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro	Descripción	Página
Cuadro N. 1	Operacionalización de Variables	25
Cuadro N. 2	Resultados según Objetivo General	30
Cuadro N. 3	Resultados según Objetivos Específicos	31
Cuadro N. 4	Distribución de la población según las edades de las madres encuestadas que pertenecen al Centro de Salud San Lorenzo	32
Cuadro N. 5	Distribución de la población según nivel de instrucción de las madres gestantes que pertenecen al Centro de Salud San Lorenzo	33
Cuadro N. 6	Distribución de la población según el número de hijos de las madres pertenecientes al Centro de Salud San Lorenzo	34
Cuadro N. 7	Distribución de la población según la religión que practican las madres embarazadas que pertenecen al Centro de Salud San Lorenzo	35
Cuadro N. 8	Distribución de la población según el sector geográfico las madres embarazadas que pertenecen al Centro de Salud San Lorenzo	36
Cuadro N. 9	Distribución de la población según como se auto identifican las madres encuestadas pertenecientes al Centro de Salud San Lorenzo.	37
Cuadro N. 10	Distribución de la población según los ingresos económicos que perciben las madres encuestadas que pertenecen al Centro de Salud san Lorenzo.	38
Cuadro N. 11	Distribución de la población según los servicios básicos que tienen accesibilidad las madres encuestadas pertenecientes al Centro de Salud San Lorenzo.	39
Cuadro N. 12	Distribución de la población según el consumo de agua	40

	que cuentan las madres pertenecientes al Centro de Salud San Lorenzo.	
Cuadro N. 13	Distribución de la muestra según el lapso de tiempo que tubo a sus hijos de las madres encuestadas pertenecientes al Centro de Salud San Lorenzo.	41
Cuadro N. 14	Distribución de la población según las formas de parto que han tenido las madres embarazadas pertenecientes al Centro de Salud San Lorenzo.	42
Cuadro N. 15	Distribución de la población según las complicaciones durante su último embarazo en madres embarazadas que pertenecen al Centro de Salud San Lorenzo	43
Cuadro N. 16	Distribución de la población según los problemas con mayores riesgos en el embarazo que padecen las madres embarazadas que pertenecen al Centro de Salud San Lorenzo.	44
Cuadro N. 17	Distribución de la población según la incidencia de infecciones por las que acuden las madres embarazadas del Centro de Salud San Lorenzo.	45
Cuadro N. 18	Distribución de la población según la orientación sobre los peligros que tienen en estado las madres embarazadas pertenecientes al Centro de Salud San Lorenzo	46
Cuadro N. 19	Distribución de la población según los cuidados que reciben de su familia las madres embarazadas pertenecientes al Centro de Salud San Lorenzo	47
Cuadro N. 20	Distribución de la población según los cuidados que reciben del personal de salud las madres embarazadas pertenecientes al Centro de Salud San Lorenzo	48
Cuadro N. 21	Distribución de la población según el nivel de conocimiento sobre morbilidad materna las madres embarazadas pertenecientes al Centro de Salud San Lorenzo	49

Cuadro N. 22	Distribución de la población según el conocimiento sobre la prevención de morbilidad materna las madres embarazadas pertenecientes al Centro de Salud San Lorenzo	50
Cuadro N. 23	Distribución de la población según las morbilidades más frecuentes en mujeres embarazadas pertenecientes al Centro de Salud San Lorenzo	51
Cuadro N. 24	Distribución de la población según las señales de peligro más sobresaliente en mujeres gestantes pertenecientes al Centro de Salud San Lorenzo	52
Cuadro N. 25	Distribución de la población según las técnicas que se utiliza para identificar a la embarazada de pertenecientes al Centro de Salud San Lorenzo	53
Cuadro N. 26	Distribución de la población según el mayor factor de riesgo en las madres embarazadas pertenecientes al Centro de Salud San Lorenzo	54
Cuadro N. 27	Distribución de la población según las acciones que toma el personal de salud en pacientes que presentan riesgos en el embarazo pertenecientes al Centro de Salud San Lorenzo	55
Cuadro N. 28	Cronograma de actividades	75

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico	Descripción	Página
Gráfico N. 4	Distribución de la población según las edades de las madres encuestadas que pertenecen al Centro de Salud San Lorenzo	32
Gráfico N. 5	Distribución de la población según nivel de instrucción de las madres gestantes que pertenecen al Centro de Salud San Lorenzo	33
Gráfico N. 6	Distribución de la población según el número de hijos	34

de las madres pertenecientes al Centro de Salud San Lorenzo

Gráfico N. 7	Distribución de la población según la religión que practican las madres embarazadas que pertenecen al Centro de Salud San Lorenzo	35
Gráfico N. 8	Distribución de la población según el sector geográfico las madres embarazadas que pertenecen al Centro de Salud San Lorenzo	36
Gráfico N. 9	Distribución de la población según como se auto identifican las madres encuestadas pertenecientes al Centro de Salud San Lorenzo.	37
Gráfico N. 10	Distribución de la población según los ingresos económicos que perciben las madres encuestadas que pertenecen al Centro de Salud san Lorenzo.	38
Gráfico N. 11	Distribución de la población según los servicios básicos que tienen accesibilidad las madres encuestadas pertenecientes al Centro de Salud San Lorenzo.	39
Gráfico N. 12	Distribución de la población según el consumo de agua que cuentan las madres pertenecientes al Centro de Salud San Lorenzo.	40
Gráfico N. 13	Distribución de la muestra según el lapso de tiempo que tubo a sus hijos de las madres encuestadas pertenecientes al Centro de Salud San Lorenzo.	41
Gráfico N. 14	Distribución de la población según las formas de parto que han tenido las madres embarazadas pertenecientes al Centro de Salud San Lorenzo.	42
Gráfico N. 15	Distribución de la población según las complicaciones durante su último embarazo en madres embarazadas que pertenecen al Centro de Salud San Lorenzo	43
Gráfico N. 16	Distribución de la población según los problemas con mayores riesgos en el embarazo que padecen las madres embarazadas que pertenecen al Centro de Salud San	44

	Lorenzo.	
Gráfico N. 17	Distribución de la población según la incidencia de infecciones por las que acuden las madres embarazadas del Centro de Salud San Lorenzo.	45
Gráfico N. 18	Distribución de la población según la orientación sobre los peligros que tienen en estado las madres embarazadas pertenecientes al Centro de Salud San Lorenzo	46
Gráfico N. 19	Distribución de la población según los cuidados que reciben de su familia las madres embarazadas pertenecientes al Centro de Salud San Lorenzo	47
Gráfico N. 20	Distribución de la población según los cuidados que reciben del personal de salud las madres embarazadas pertenecientes al Centro de Salud San Lorenzo	48
Gráfico N. 21	Distribución de la población según el nivel de conocimiento sobre morbilidad materna las madres embarazadas pertenecientes al Centro de Salud San Lorenzo	49
Gráfico N. 22	Distribución de la población según el conocimiento sobre la prevención de morbilidad materna las madres embarazadas pertenecientes al Centro de Salud San Lorenzo	50
Gráfico N. 23	Distribución de la población según las morbilidades más frecuentes en mujeres embarazadas pertenecientes al Centro de Salud San Lorenzo	51
Gráfico N. 24	Distribución de la población según las señales de peligro más sobresaliente en mujeres gestantes pertenecientes al Centro de Salud San Lorenzo	52
Gráfico N. 25	Distribución de la población según las técnicas que se utiliza para identificar a la embarazada de pertenecientes al Centro de Salud San Lorenzo	53

Gráfico N. 26	Distribución de la población según el mayor factor de riesgo en las madres embarazadas pertenecientes al Centro de Salud San Lorenzo	54
Gráfico N. 27	Distribución de la población según las acciones que toma el personal de salud en pacientes que presentan riesgos en el embarazo pertenecientes al Centro de Salud San Lorenzo	55
Gráfico N. 28	Necesidades nutricionales de la embarazada	59
Gráfico N. 29	Alimentación de la mujer embarazada	61
Gráfico N. 30	Guía de alimentación diaria de la embarazada	62
Gráfico N. 31	Ejemplo de un menú para la mujer embarazada	63
Gráfico N. 32	Complicaciones nutricionales en el embarazo	64
Gráfico N. 33	Complicaciones nutricionales en el embarazo	65
Gráfico N. 34	Señales de peligro en el embarazo	67
Gráfico N. 35	Importancia de los controles prenatales en el embarazo	71



**UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO
ESCUELA DE ENFERMERÍA**

CERTIFICO

Yo, **MARÍA ELENA LEÓN**, docente de la Universidad Estatal de Bolívar y en calidad de Directora de proyecto, certifico haber revisado el proyecto de Titulación: **FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA MORBILIDAD MATERNA EN PACIENTES QUE PERTENECEN AL CENTRO DE SALUD SAN LORENZO EN EL PERIODO 2014 AL 2016**. De autoría de: **Chela Mullo Mary Elizabeth**, con C.I. 0202371654, **Espinoza Sanabria Ana Karolina**, con C.I. 1714154000, El mismo que reúne los requisitos reglamentarios para su revisión por los pares académicos, por lo que autorizo su presentación.

Es todo cuanto puedo certificar en honor a la verdad.


**DRA. MARÍA ELENA LEÓN
DIRECTORA DE PROYECTO**

RESUMEN EJECUTIVO

El presente trabajo de investigación partió de la necesidad de establecer cuáles son los factores de riesgo para la morbilidad materna, que permitió establecer el tema: **“Factores de riesgo asociados a la morbilidad materna en pacientes que pertenecen al Centro de Salud San Lorenzo en el periodo 2014 al 2016”**, para lo cual se plantearon como objetivos la identificación de los factores de riesgo asociados a morbilidad materna a través de la revisión de historias clínicas que permitan conocer el perfil de las pacientes gestantes y la obtención de información realizando encuestas al grupo objetivo para diseñar un programa educativo y materiales didácticos.

Una vez que se fundamentó la teoría científica de las variables involucradas se determinaron aspectos relevantes en el contexto de la investigación que permitieron conocer que los factores de riesgo son socioeconómicos y clínico obstétrico, a partir de los cuales se diseñó el instrumento de recolección de información, mediante encuestas y la revisión de historias clínicas de las pacientes.

Esto permitió establecer como conclusiones que los factores clínicos obstétricos como el número de gestaciones, paridad, cesáreas previas, tuvieron relación directa con la morbilidad materna, en donde predomina en el grupo de edad de 20 a 45 años, y una baja escolaridad del 46.7% primaria incompleta, por otro lado las complicaciones obstétricas fueron la principal causa de morbilidad materna considerado un indicador de salud pública no resuelto por muchos años.

En la parte final se diseñaron las estrategias metodológicas que plantea la orientación a la embarazada sobre temas de alimentación saludable, la promoción de la importancia y el cumplimiento de los requerimientos nutricionales, identificación de los signos de peligro e incentivar a la madre gestante sobre la importancia de los controles prenatales, beneficios del hierro y ácido fólico. Los resultados obtenidos han servido para reconocer la importancia de capacitar a las madres gestantes sobre la prevención de factores de riesgo identificados, evitando así la morbilidad con índices de influencia significativos en el país.

SUMMARY

The present research work was based on the need to establish what are the risk factors for maternal morbidity, which allowed to establish the theme: "Risk factors associated with maternal morbidity in patients who belong to the San Lorenzo Health Center in the period 2014 to 2016, "for which the objectives were identified as the identification of risk factors associated in maternal morbidity through the review of clinical records that allow to know the profile of pregnant patients and obtaining information by conducting surveys to the group Objective to design an educational program and didactic materials.

Once the scientific theory of the variables involved was established, relevant aspects were determined in the context of the investigation that allowed to know that the risk factors are socioeconomic, sociocultural and obstetric clinical, from which the instrument of collection of Information that, through the survey and review of patients' medical records.

This allowed us to establish as conclusions that the obstetric clinical factors such as the number of pregnancies, parity, previous cesarean sections of research were directly related to maternal morbidity, where it predominates in the age group of 20 to 45 years, and a low level of education 46.7% primary incomplete, on the other hand obstetric complications were the main cause of maternal morbidity considered a public health indicator and not resolved for many years.

In the final part, we designed the methodological strategies that propose the guidance to pregnant women about healthy eating, promoting the importance and fulfillment of nutritional requirements, identifying danger signs and encouraging the pregnant mother about the importance of the prenatal benefits of iron and folic acid. The results obtained have served to recognize the importance of training pregnant mothers on the prevention of identified risk factors, thus avoiding morbidity with significant levels of influence in the country.

INTRODUCCIÓN

Millones de mujeres en el mundo padecen actualmente enfermedades de corta o larga duración, atribuibles al embarazo, al parto o al puerperio. Aproximadamente el 10 % fallecen, muchas de las que sobreviven sufren lesiones y discapacidades, que con frecuencia acarrearán consecuencias para toda la vida.

Según definición brindada por la Federación Latinoamericana de Obstetricia y Ginecología (FLASOG) se conoce la morbilidad materna como "la complicación grave que ocurre durante el embarazo, parto y puerperio, que pone en riesgo la vida de la mujer o requiere de una atención inmediata con el fin de evitar la muerte". (Tostel, y otros, 2010)

La vigilancia epidemiológica de la morbilidad materna, es una de las estrategias propuestas dentro de las acciones regionales de OPS / OMS para mejorar la salud materna y lograr reducir la tasa de mortalidad materna en tres cuartas partes en el año 1990 - 2015 y acceso universal a servicios de salud sexual y reproductiva en el 2015 siendo el 5^{to} de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). (Tostel, y otros, 2010)

Los factores de riesgo que se asocian a la morbilidad materna, son el resultado dramático, de una serie de elementos que revelan la limitada atención que atraviesan las mujeres que viven en los sectores alejados de una casa de salud, especialmente en el sector indígena, concomitante a ello se asocian situaciones económicas, sociales, culturales, que ubican en distintas enfermedades de las mujeres embarazadas en una posición de desventaja.

La morbilidad materna se da con mayor frecuencia en mujeres de escasos recursos, ya sean indígenas o mestizas que viven en los sectores rurales y urbanos marginales, las enfermedades en el embarazo ubican a estas mujeres en una situación de vulnerabilidad y en un contexto de riesgo vinculado a la exclusión de la salud y de la atención médica oportuna de calidad. El impacto

médico apunta al fallecimiento de las mujeres en la etapa reproductiva de su vida, esto se ha considerado en el mundo desde hace muchos años atrás, lo que ha permitido evaluar la calidad de atención en los servicios de salud, en donde muchos de ellos carecen de medicamentos necesarios por lo tanto corren el riesgo de morir en estos sectores adyacentes a la ciudad.

Muchas veces la falta de conocimiento, de programas informativos y preventivos sobre la morbilidad materna influye de manera directa en las complicaciones de las mujeres. Otro motivo de preocupación es que las madres muy jóvenes son inexpertas, y no han desarrollado la madurez física y emocional para asumir su nuevo rol; se adoptan actitudes irresponsables como no valorar la importancia de los controles prenatales óptimos, o en otras situaciones también debido a su cultura, falta de preparación académica, la pobreza o viven en lugares muy lejanos a la Unidad de Salud, lo que las llevan a utilizar medicamentos caseros o personas (parteras) no apropiadas que no tienen conocimiento ni han sido capacitados correctamente por lo que no detectan complicaciones en la mujer embarazada.

CAPITULO I

EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del Problema

La morbilidad materna se ha convertido en una preocupación prioritaria para los organismos internacionales y para las instituciones gubernamentales en nuestro país. Se ha podido detectar que los factores de riesgo socioeconómico y clínicos obstétricos están asociados a la morbilidad materna como problema para la madre gestante y su familia, donde está comprometida la vida de su hijo y la misma. La estrategia que orienta el desarrollo de los sistemas de salud, nos ayuda a implementar programas de prevención y promoción que fortalecerá, las actividades del personal que integra el Centro de Salud Primario de la Parroquia de San Lorenzo de la Provincia de Bolívar, con el objetivo de dejar un aporte científico, basado en la experiencia y la investigación.

1.2. Formulación del Problema

¿Cuáles son los factores de riesgo que inciden en la morbilidad materna en pacientes que pertenecen al Centro de Salud San Lorenzo Provincia de Bolívar, periodo 2014 al 2016?

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo General

Identificar los factores de riesgo asociados en la morbilidad materna en pacientes que pertenecen al Centro de Salud San Lorenzo en el periodo 2014 al 2016.

1.3.2. Objetivo Específicos

- Caracterizar el perfil de la paciente gestante o puérperas con morbilidad materna en el Centro de Salud San Lorenzo.
- Identificar cuáles son los factores de riesgo más frecuentes asociados a la morbilidad materna en pacientes que pertenecen al Centro de Salud San Lorenzo, Provincia de Bolívar, periodo 2014 al 2016
- Diseñar un programa educativo y materiales didácticos como apoyo para la Unidad Operativa de Salud San Lorenzo.

1.4. Justificación

En todas la culturas del mundo la morbilidad es un acontecimiento preocupante para la sociedad, los factores de riesgo asociados a la morbilidad materna en pacientes que pertenecen al Centro de Salud San Lorenzo, no es la excepción, las consecuencias no son todas las mismas, pero sí podemos decir que existen pacientes con complicaciones durante el embarazo y no ha disminuido, a pesar del avance de la tecnología, aún existen mujeres que presentan dificultades durante la etapa de gestación.

El ministerio de salud pública sin duda manifiesta que la morbilidad materna está considerada en los primeros lugares de las tasas de enfermedades y desnutrición, en donde hay poca cobertura en cuanto a la atención y despreocupación de las madres gestantes; en los últimos años todavía es necesario reajustar algunas actividades puntuales, entre ellas ampliar la cobertura fortaleciendo los servicios con capacitaciones, pasantías de salud permanente.

Es importante indicar que la morbilidad materna preocupa a nivel mundial, por ello fue incluido entre los principales objetivos del desarrollo del milenio de la OMS donde se compromete a disminuir mediante la mejoría de atención de salud materna para el año 2015 en adelante, plantea también la necesidad de implementar acciones orientadas al mejoramiento de la calidad de vida de la población como una condición ineludible para el logro de la salud, el MSP, ejecuta programas de prevención y cuidado a las madres gestantes para contrarrestar esta problemática que afecta a nuestro país y a todos los países a nivel del mundo.

Para nadie es desconocido que las principales causas que afectan el bienestar de la madre y su hijo, se debe a una deficiente atención de salud y poco de interés de las madres gestantes, prestada durante la gestación, así mismo factores asociados al embarazo impiden de una u otra forma asistir a los controles necesarios e indispensables para el desarrollo normal de la gestante, por tal motivo se ha acrecentado la morbilidad materna en el país.

En los centros de salud primarios no existe una adecuada atención como estipulan en las parroquias rurales, razón por la cual en estos centros de salud es probable que la morbilidad materna esté asociada con la mortalidad, por lo que dichas pacientes se ven derivadas a hospital de segundo o tercer nivel.

El trabajo en salud materna nos demuestra que más del 90 % de las enfermedades maternas pueden ser evitadas toda vez que son mujeres jóvenes, en edad productiva y reproductiva sin embargo es importante hacer notar que las mujeres siguen sufriendo esta enfermedad por causas exógenas desinterés de la madre, educación, recursos económicos etc.

La morbilidad materna ha permitido observar uno de los componentes más importantes de la dinámica de la población y la interacción de factores biológicos, ambientales y económicos, es por esta razón que nos hemos involucrado en realizar este tipo de investigación, con el fin de coadyuvar de cierto modo a evitar la mortalidad materna en el Centro de Salud de la Parroquia San Lorenzo de la Provincia de Bolívar durante el periodo comprendido 2014 al 2016

1.5. Limitaciones

El desarrollo de la investigación estuvo sujeto a demoras en su ejecución, entre estas limitaciones estuvieron:

- La demorada gestión administrativa y obstaculización del proceso para la revisión de las historias clínicas.
- La poca disponibilidad de recursos económicos para la ejecución de la investigación en general.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

Según la OMS la morbilidad materna es la complicación grave que ocurre durante el embarazo, el parto y/o el puerperio, que pone en riesgo la vida de la mujer y requiere de una atención inmediata con el fin de evitar la muerte.

2.1. Antecedentes

Sabemos que la mortalidad materna se ha reducido drásticamente, pero es necesario avanzar más rápido. Las muertes maternas han disminuido de 543.000 al año en 1990 a 287.000 en el 2010, de los cuales solo 9 países se encuentran en vías de lograr el Objetivo de Desarrollo del Milenio 5: Mejorar la salud materna.

Según la UNICEF, cada minuto 110 mujeres en el mundo sufren alguna complicación de salud relacionada con el embarazo, cada día mueren no menos de 1,600 mujeres por complicaciones del embarazo (la mayoría de ellas en países del tercer mundo) .

La Organización Mundial de la Salud calcula que por cada muerte materna en Latinoamérica, 135 mujeres presentan enfermedades relacionadas con la gestación y aproximadamente 30 quedan con secuelas.

(Solorzano, 2014)

2.2. Bases Teóricas

2.2.1. Factores de Riesgo

Un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión. Entre los factores de riesgo más importantes cabe citar la insuficiencia ponderal, las prácticas sexuales de riesgo, la hipertensión, el consumo de

tabaco y alcohol, el agua insalubre, las deficiencias del saneamiento y la falta de higiene. (SALUD, 2016)

Un número reducido de factores de riesgo contribuye de manera sustancial con la morbimortalidad de las enfermedades no transmisibles. Contar con un sistema de información válido y confiable sobre la prevalencia y tendencias de factores de riesgo es vital para el diseño y monitoreo de políticas de promoción de la salud y prevención orientadas a su control. (SALUD, 2016)

2.2.1.1. Categorías de riesgo

- **Biofísico.-** se originan dentro del a madre y el feto: Afectan al desarrollo y funcionamiento de uno o de ambos.
- **Psicosocial.-** comportamientos estilos de vida adversos de la madre con efecto negativo en el feto. “Sufrimiento”
- **Sociodemográfico.-** Surge de la madre y su familia.
- **Ambientales.-** Incluye en el sitio de trabajo y en el entorno general de la mujer.
- **Clínico obstétrico:** Es aquella que presenta ciertas patologías obstétricas o circunstancias especiales que reflejan peligro para su salud, inclusive la muerte para ella y para el recién nacido o ambos a la vez”.

2.2.1.2. Valoración por categorías de riesgo

2.2.1.3. Factores biofísicos:

- Incluyen factores que se originan dentro de la madre y de su familia.
- Consideraciones genéticas: dan lugar a las anomalías congénitas, cromosómicas.
- Incompatibilidad de grupo sanguíneo ABO, embarazos múltiples, feto de gran magnitud.
- Estado nutricional.- para su adecuado progreso de crecimiento y desarrollo fetal.

2.2.1.4. FACTORES PSICOSOCIALES:

Comprende comportamientos y estilos de vida adversos de la madre que tiene un efecto negativo sobre su salud o la del feto, incluye sufrimiento emocional.

Estilo de vida

Son los procesos sociales, las tradiciones, los hábitos, conductas y comportamientos de los individuos y grupos de población que conllevan a la satisfacción de las necesidades humanas para alcanzar el bienestar y la vida. Son determinados por la presencia de factores de riesgo y/o de factores protectores para el bienestar, por lo cual deben ser vistos como un proceso dinámico que no solo se compone de acciones o comportamientos individuales, sino también de acciones de naturaleza social. (vida, 2009)

Tabaquismo.- causante del bajo peso al nacer, mortalidad.

Alcohol.- provoca el síndrome de alcoholismo fetal.

Drogas.- el feto es afectado por varios mecanismos: Teratogénicos altera la función del sistema nervioso central, produce trastornos metabólicos.

Situación psicológica.- el parto desencadena cambios fisiológicos, psicológicos, y sociales.

2.2.1.5. Factores sociodemográficos

Bajos ingresos.- la pobreza subyace en los demás factores de riesgo.

Falta de cuidado prenatal.- el no diagnosticar y tratar las complicaciones de forma precoz es un factor de riesgo principal.

Edad.- Adolescente menor de 15 años y madres primíparas mayores de 35 años de edad. Después de los 35 años pueden tener embarazos normales, pero las investigaciones indican que tienen riesgo de un parto por cesárea, inconvenientes en el parto, trabajo de parto extenso, un bebe con trastorno genético con síndrome de Down.

Paridad.- número de embarazos previos es un factor de riesgo que se asocia con la edad.

Estado civil.- El aumento de morbimortalidad se asocia con las madres solteras.

2.2.1.6. Factores ambientales

La exposición a químicos como los pesticidas, humo de cigarrillos, estrés y dieta. Exposición a radiación en el lugar de trabajo

Varias sustancias ambientales pueden afectar la fertilidad y desarrollo fetal.

Incluyen: Infecciones, radiaciones, químicos como pesticidas, drogas terapéuticas, drogas ilícitas.

Contaminantes ambientales: humo de cigarrillo, estrés y dieta.

Exposición paterna a agentes mutagénicos = riesgo de aborto espontáneo.

2.2.1.7. Riesgo obstétrico

Según Zuspan; El embarazo es considerado tradicionalmente como un evento fisiológico. Sin embargo, debe ser considerado como de excepción, ya que es capaz de producir la muerte o permanente, tanto a la madre como al recién nacido.

Las gestantes de riesgo constituyen de 20 a 30 % del total de embarazadas, y son responsables de 70 a 80 % de la mortalidad perinatal. El éxito de la atención prenatal reside en la identificación temprana de las gestantes con factores de riesgo. Se les dará su valor clínico, y planificará la adecuada atención de éstas, con la finalidad de evitar o disminuir en lo posible el materno y perinatal.

El concepto de embarazo de alto riesgo alto tanto a la madre como al feto. Se define como un embarazo de riesgo aquél que presenta un riesgo estadísticamente elevado de accidente perinatal, por sus condiciones generales, antecedentes o anomalías que aparecen durante el embarazo. (Ricardo, 2004)

2.2.1.8. Tipos de Riesgo Obstétrico

El manejo del Alto riesgo obstétrico: debe empezar con el control prenatal, continuar con el parto, el puerperio y la lactancia.

2.2.1.9. Clasificación:

- Riesgo obstétrico bajo
- Riesgo obstétrico medio
- Riesgo obstétrico alto

2.2.1.10. Riesgo obstétrico bajo

Paciente que podía controlarse con algunos cuidados e indicaciones especiales, más un control médico similar a las prenatales sin riesgo (por ejemplo, en casos de grandes multíparas y cesáreas repetidas). (Ozorio, 1981)

- Talla inferior 1.40m
- Peso corporal mn a 90 y my a 180 libras
- Tener 2 o más hijos sin ayuda familiar
- Hábito de fumar
- Grandes trayectos diarios a pie
- Espacios intergenéricos menores a dos años.
- Edad inferior a 15 años y mayor de 35 años
- Gran multípara
- No tener ningún control prenatal

2.2.1.11. Riesgo obstétrico medio

Paciente que podía controlarse en forma ambulatoria, pero con mayor vigilancia o citas 'médicas más frecuentes que lo usual. (Ozorio, 1981)

- Rh negativo
- Historia de trastornos HTG
- Partos prematuros anteriores
- Hijos con trastornos neurológicos
- Pacientes con historias de embarazos prolongados, cesáreas anteriores y esterilidad.

2.2.1.12. Riesgo obstétrico alto

Tienen patología- significa riesgo para la madre y niño. Requiere atención muy especializada.

- Trastornos hipertensivos gestacionales
- Diabetes y embarazo
- Tuberculosis y embarazo
- Anemia y embarazo
- Cardiopatías y embarazo
- Psicosis, afecciones tiroideas y embarazo

2.2.1.13. Cómo se diagnostica un embarazo de alto riesgo

Los signos que indican que un embarazo implica un riesgo mayor para la salud de la madre o del bebé pueden detectarse de dos maneras:

- Idealmente, en la consulta preconcepcional (previa a la búsqueda de embarazo), o en la primera visita como gestante. El ginecólogo deberá conocer el historial médico completo de la mujer, y le hará las pruebas médicas y preguntas encaminadas a descubrir si es un embarazo de alto riesgo. Entre las pruebas habituales están: análisis de sangre, sistemático de orina, cultivos de orina u otras muestras biológicas, estudios genéticos, pruebas de imagen (ecografías, resonancia magnética) u otras, como laparoscopia.
- A lo largo del seguimiento del embarazo pueden surgir problemas médicos que lo identifiquen como embarazo de alto riesgo. (Begoña Díaz de la Noval, Embarazo de alto riesgo, 2016)

2.2.1.14. Cómo prevenir el embarazo de alto riesgo

Uno de los mejores métodos creemos que sería mantenerse sana utilizando anticonceptivos adecuados y de esta forma podríamos disminuir el riesgo de

tener un embarazo difícil. Muchos médicos recomiendan que las mujeres que están pensando en quedar embarazadas se sometan a una evaluación para garantizar que gocen de buena salud para poder concebir. Además durante el embarazo también se puede tomar medidas para reducir el riesgo de tener determinados problemas como son:

1. Tomar al menos 400 miligramos de ácido fólico todos los días antes y después del embarazo
2. Recibir las inmunizaciones adecuadas
3. Mantener un peso saludable
4. Acudir a las visitas prenatales desde las primeras etapas del embarazo. (Dimes, 2012)

2.2.2. Morbilidad Materna

La palabra morbilidad viene del término “Near Miss” que significa morbilidad materna, fue utilizado por primera vez por Stones quien define los casos en los cuales se amenazaba en forma importante la vida de la gestante. (Aronne, 2007)

A continuación vamos a describir tres diferentes conceptos de morbilidad materna:

- Es una complicación obstétrica severa que amenaza la vida y requiere una intervención médica urgente con el fin de prevenir la probable muerte materna.
- Mujer embarazada o con parto reciente cuya supervivencia inmediata se ve amenazada y que sobrevive por azar o por atención hospitalaria que recibió.
- Gestante muy enferma que habría muerto si no hubiera sido que su suerte o una muy buena atención habría sido oportuna. (Ana, 2012)

“La mujer que casi muere pero sobrevivió a una complicación ocurrida durante el embarazo, parto o dentro de los 42 días siguientes a la terminación de este” (Jurado Ocampo, 2014)

2.2.2.1. Diagnóstico de morbilidad

Específicamente al momento de clasificar a una paciente con cuadro asociado a morbilidad materna externa debió sobrevivir a un evento severo, para ello es importante hacer un seguimiento siendo útil identificar en forma prospectiva a las mujeres que presentan condiciones de amenazas a su vida, determinando al final del proceso un caso más de morbilidad y no de mortalidad materna se aclara además que fuera de estas condiciones, existen otras causas de morbilidad que afectan a las mujeres en estado de gestación. (Jurado Ocampo, 2014)

2.2.2.2. Orígenes de morbilidad materna

La mayor parte de las complicaciones en la etapa del embarazo de las mujeres afectan a la salud materna en su morbilidad y mortalidad, muchas mujeres son hospitalizadas durante la etapa de embarazo, en algunos casos no se encuentra el síntoma epidemiológico, en la etapa del embarazo es normal el proceso fisiológico, que se presentan por un complejo del útero, placenta y feto, porque son cambios que se asocian y pueden dar como resultado un estrés y llevar a un deterioro de las condiciones clínicas y trastornos sistémicos, que no es otra cosa que los resultados de la interface materno fetal y que muchas mujeres son ingresadas a servicios hospitalarios por esta patología (OMS, Mortalidad materna, 2014).

2.2.2.3. Causas de morbi-mortalidad materna

En el Ecuador según el INEC-2009 las causas principales por las que las madres fallecen son: hemorragias, trastornos hipertensivos, sepsis puerperal, y otras causas. Observándose que tanto a nivel mundial como también en el país la principal causa son las hemorragias posparto. (Correa Vega, 2011).

Las causas de morbilidad en los centros de salud de San Lorenzo en el periodo 2014 al 2016, se han dado por falta de atención oportuna de las pacientes en estado gestación en el Centro antes anotados, es más la poca cultura de

acercarse a visitar a su médico, esto hace que las infecciones, epidemias, virus, se apropien de las pacientes y tengan que enfrentar problemas de salud durante la etapa de gestación.

2.2.2.4. Causas de morbilidad materna

1. La Hemorragia Obstétrica

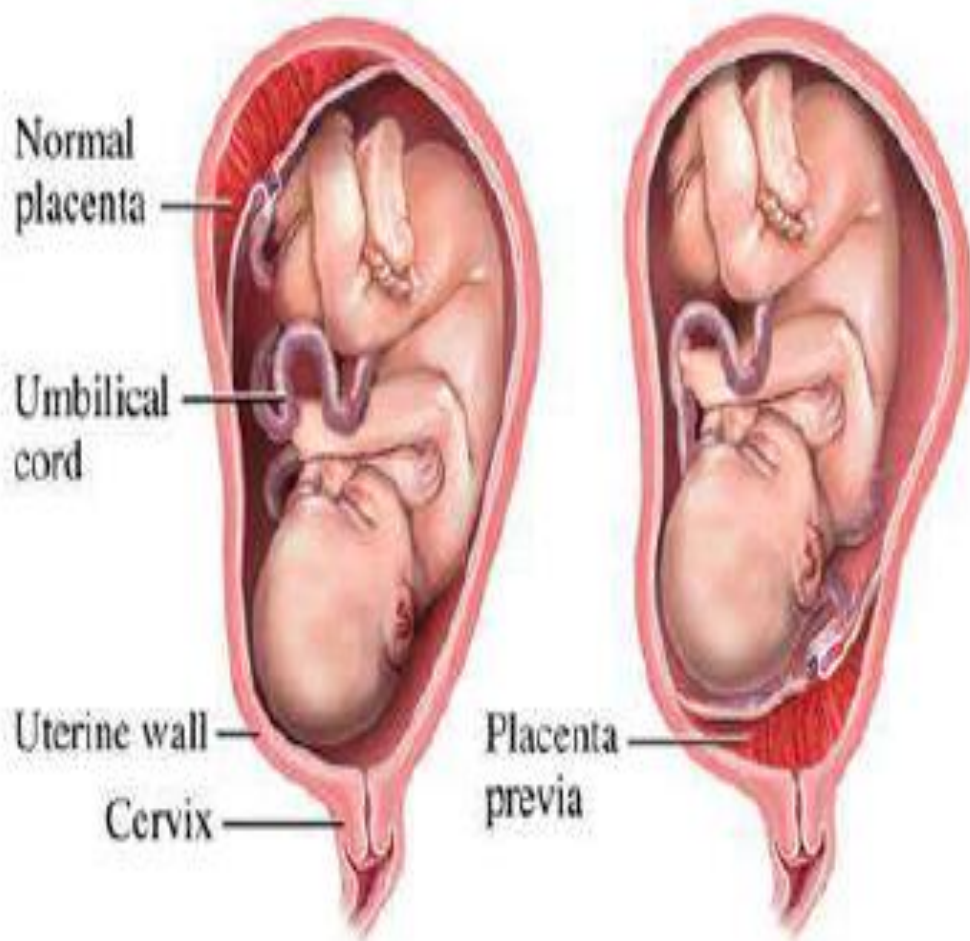
La hemorragia obstétrica es la pérdida sanguínea que puede presentarse durante el periodo gravídico o puerperal, superior a 500 ml post parto o 1000 ml post cesárea proveniente de genitales internos o externos. (Andrade, 2013)

1.1 Criterios diagnósticos

- Pérdida mayor al 25% de la volemia. (50% de la volemia en 3 horas)
- Descenso del hematocrito 10 o más puntos
- Pérdida aproximada de 150 ml/ minuto en 20 minutos
- Descenso de la hemoglobina 4 gr/dl
- Cambios hemodinámicos que desencadena presencia de síntomas: debilidad, vértigo, síncope y /o signos: hipotensión, taquicardia u oliguria. Estos datos están presentes cuando la paciente ha perdido una cantidad importante de sangre. (Dra. Patricia Asturizaga, 2014)

2. La Placenta Previa

Inserción total o parcial de la placenta en el segmento inferior del útero, sobre el orificio interno o muy cerca del mismo. La incidencia ha aumentado y se estima actualmente en 1/200 gestaciones. La placenta previa supone un 20% de las hemorragias del tercer trimestre y conlleva una elevada morbimortalidad materno-fetal. Se considera la 3ª causa de transfusión durante la gestación, parto y puerperio y la 2ª causa de histerectomía obstétrica. (Cerro, 2011)



2.2 Clasificación

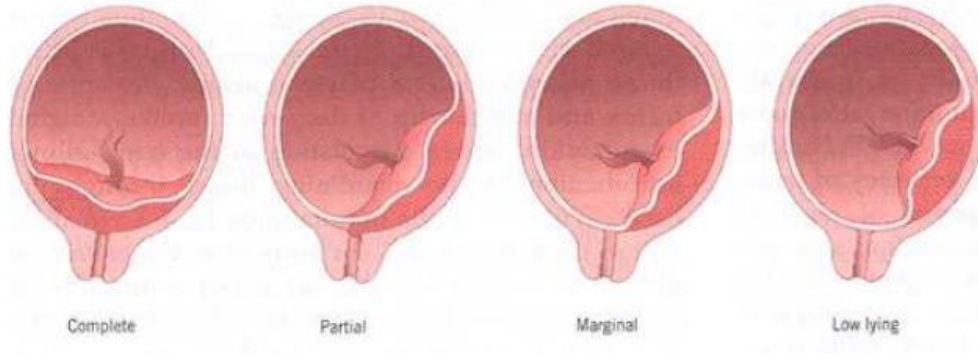
Se han reconocido 4 tipos de esta anomalía:

Tipo I: Implantación baja de la placenta. La placenta está implantada en el segmento uterino inferior de modo que el borde de la placenta no llega al orificio interno pero se encuentra en estrecha proximidad.

Tipo II: Placenta previa marginal. La placenta llega al margen del orificio cervical interno, pero no lo sobrepasa.

Tipo III: Placenta previa oclusiva parcial. La placenta cubre parcialmente el orificio interno.

Tipo IV: Placenta previa oclusiva total. El OCI está cubierto por completo por la placenta. (Cerro, 2011)



3. Preeclampsia

Se define como la aparición de hipertensión y proteinuria después de la semana 20 del embarazo. Se suele acompañar de edemas pero no es necesaria la presencia de éstos para ser diagnosticada. (Ramoneday & Mussons, 2008)

Los trastornos en el embarazo que resultan de una crisis hipertensiva (presión arterial sistólica por arriba de 140 mm Hg y presión arterial diastólica por arriba de 90 mm de Hg) pueden variar de leves a graves.

La hipertensión también puede medirse como un aumento de 30mm Hg por arriba de la presión arterial sistólica previa al embarazo o 15 mm Hg por arriba de la diastólica antes del embarazo.

3.1 Signos y Síntomas

La **preeclampsia leve** es un síndrome que puede presentar los siguientes signos y síntomas:

- Presión arterial de 140/90mmHg
- Edema de cara y manos
- Alteración de la función hepática y visual
- Presencia de proteínas en la orina

Preeclampsia grave

- Presenta los siguientes signos y síntomas:
- Oliguria menor de 400 ml/24 h

- Trastornos neurológicos
- Dolor epigástrico (tipo punzada)
- Edema pulmonar o cianosis
- Aumento de peso mayor a 2 kg en una semana
- Alteraciones en la visión: visión borrosa, doble, destellos luminosos (fotopsias), intolerancia a la luz (fotofobia).
- Cefalea intensa y persistente.
- Cefalea continúa e intenso en la región fronto occipital.
- Inflamación de cara o dedos
- Visión borrosa o poco clara
- Vómito persistente
- Reducción en la cantidad de orina que se elimina
- Dolor epigástrico (síntoma tardío)

4. Eclampsia

Se denominan así a las convulsiones similares a una crisis epiléptica aparecidas en el contexto de una preeclampsia e hiperreflexia. Suponen un riesgo vital y pueden ocurrir antes, durante o después del parto (Ramoneday & Mussons, 2008)

La tensión arterial sistólica a identificar será 140-155 mmHg y la diastólica de 90 – 105 mmHg. En mujeres con cifras extremas (>180/120).

4.1 Manifestaciones Clínicas

- Convulsiones
- Agitación intensa
- Pérdida del conocimiento
- Dolencias o dolores musculares
- Edema en manos y en cara aumento de peso de más de 2 libras por semana
- Cefalea
- Epigastralgia

5. Síndrome Hellp

Esta variante de la preeclampsia se conoce por sus siglas en inglés como HELLP (hemolisis, elevación de enzimas hepáticas y baja cuantificación de plaquetas) y constituye una urgencia obstétrica que requiere terminación rápida del embarazo. (Pablo Parra- Ramírez, 2005)

5.1 Clasificación

- **Preeclampsia leve:** tensión arterial (TA) 140/90 - 159/109 mmHg + proteinuria \geq a 300 mg/24h.
- **Preeclampsia grave:** TA mayor o igual a 160/110 + proteinuria mayor o igual a 5 g/24h.

5.2 Causas

La causa exacta de la preeclampsia no se conoce.

Las posibles causas abarcan:

- Trastornos autoinmunitarios
- Problemas vasculares
- Dieta (obesidad)
- Genes
- Primiparidad juvenil.

6. Diabetes gestacional

La diabetes gestacional es la intolerancia a los hidratos de carbono de severidad variable, que comienza o se diagnostica por primera vez durante el embarazo.

A diferencia de los otros tipos de diabetes, la gestacional no es causada por la carencia de insulina, sino por los efectos bloqueadores de las otras hormonas en la insulina producida, una condición denominada resistencia a la insulina, que se presenta generalmente a partir de las 20 semanas de gestación.

La respuesta normal ante esta situación es un aumento de la secreción de insulina, cuando esto no ocurre se produce la diabetes gestacional. (Mónica Elizabet Almirón, Diciembre 2005)

7. Infección de vías urinarias

La infección urinaria es una de las complicaciones médicas más frecuentes del embarazo, únicamente superada por la anemia y la cervicovaginitis; si no es diagnosticada y adecuadamente tratada, puede llevar a un incremento significativo en la morbilidad en la madre y en el feto. Las IVU ocurren entre el 1 al 3% del total de mujeres adolescentes, incrementándose marcadamente su incidencia después del inicio de la vida sexual activa. La gran mayoría de infecciones sintomáticas agudas se presenta en mujeres entre los 20 y 50 años. Algunas condiciones, como la existencia de malformaciones congénitas del aparato urinario, la instrumentación de las vías urinarias, diabetes, los trastornos de la estática pélvica, problemas obstructivos y el embarazo incrementan la incidencia de estas infecciones.

Diversos factores predisponen a la mujer embarazada a una mayor frecuencia de infecciones urinarias; entre los principales tenemos: hidronefrosis fisiológica durante la gestación, uretra corta, cambios vesicales que predisponen al reflujo vesicoureteral, estasis urinaria y cambios fisicoquímicos de la orina.

La compresión de los uréteres por el útero grávido y las venas ováricas lleva a la dilatación progresiva de los cálices, la pelvis renal y los uréteres, cambios que comienzan a finales del primer trimestre y progresan a lo largo de toda la gestación. Por otra parte, las influencias hormonales y la acción de las prostaglandinas juegan un papel significativo en la disminución del tono de la musculatura uretral y vesical, así como en la peristalsis de los uréteres. Estos fenómenos en su conjunto llevan a la estasis urinaria, la que representa un factor decisivo para el desarrollo de infección.

El diagnóstico de BA se establece cuando se obtienen dos urocultivos positivos (100 mil UFC) de un mismo microorganismo en una paciente sin síntomas urinarios. (Ariel Estrada-Altamirano, 2010)

8. Anemia en el embarazo

La Anemia Ferropénica es la forma más común de disminución del número de glóbulos rojos en la sangre, provocada por la escasez de hierro.

El cuerpo normalmente obtiene el hierro a través de los alimentos y por el reciclaje de hierro de glóbulos rojos viejos.

El hierro es una parte clave de la Hemoglobina, el cual en la anemia ferropénica los niveles de hemoglobina y hematocrito caen por debajo de lo normal y los glóbulos rojos son microcíticos e hipocrómicos. Además, el volumen corpuscular medio y la concentración corpuscular de hemoglobina se reducen.

En general, las mujeres tienen reservas más pequeñas de hierro que los hombres y tienen más pérdida a través de la menstruación, siendo esta una de las principales causas, lo que las deja en mayor riesgo de padecer anemia que los hombres. Teniendo una incidencia mayor en mujeres que en hombres.

La anemia es la complicación hematológica más frecuente durante el embarazo, parto y puerperio. Produce un aumento de la frecuencia de partos prematuros, fetos de bajo peso para su edad gestacional y de la mortalidad perinatal. La atención de la embarazada debe evaluar pronto el riesgo de anemia, dar consejo dietético preconcepcional y emplear las pruebas de laboratorio más apropiadas.

La alta prevalencia de deficiencia de hierro y otros micronutrientes en embarazadas de países en desarrollo es motivo de preocupación. La anemia materna continúa siendo causa de un número considerable de morbimortalidad perinatal.

2.2.2.5. Como responde la OMS a este problema mundial

Como parte de la Estrategia Mundial para acabar con la mortalidad materna prevenible, la OMS está colaborando con las organizaciones asociadas y referentes para:

- Resolver las desigualdades en la calidad de los servicios de atención de la salud reproductiva, materna y neonatal y en el acceso a ellos;
- Lograr una cobertura sanitaria universal para una atención integral a la salud reproductiva, materna y neonatal;
- Abordar todas las causas de mortalidad materna, de morbilidad reproductiva y materna, y de discapacidades conexas;
- Reforzar los sistemas de salud para que puedan responder a las necesidades y prioridades de las mujeres y niñas; y
- Garantizar la rendición de cuentas con el fin de mejorar la calidad de la atención y la equidad (OMS, Mortalidad Materna , 2015)

2.3. Definición de términos

Acretismo placentario.- Es una adherencia anormal de la placenta en la pared uterina, que usualmente en un tejido cicatrizar previo que puede ser de una cesárea.

Atención médica.- Es el conjunto de actividades técnicas armónicamente integradas, realizadas en servicios de salud (hospitales, sanatorios, centros de salud, consultorios) o en el seno de la comunidad, y tiene como objetivo, actuando sobre las personas, promover, proteger, curar y rehabilitar la salud

Diabetes gestacional.- Las hormonas del embarazo pueden bloquear el trabajo que hace la insulina. Cuando esto sucede, los niveles de glucosa se pueden incrementar en la sangre de una mujer embarazada. Usted está en mayor riesgo de padecer diabetes gestacional si: Tiene más de 25 años al quedar embarazada.

Diagnostico.- es el procedimiento por el cual se identifica una enfermedad, entidad nosológica, síndrome, o cualquier estado de salud o enfermedad (el "estado de salud" también se diagnostica.

Eclampsia.- La eclampsia es una enfermedad multisistémica, caracterizada por un alteración en la perfusión de diferentes órganos secundario a un vaso espasmo y activación de los sistemas de coagulación.

El feto.- Es un vertebrado vivíparo en desarrollo, el cual transcurre desde el momento en que se ha completado la etapa embrionaria hasta antes de que se produzca el nacimiento, convirtiéndose en un neonato.

Embarazo.- Se conoce como embarazo al período de tiempo comprendido que va, desde la fecundación del óvulo por el espermatozoide, hasta el momento del parto. En este se incluyen los procesos físicos de crecimiento y desarrollo del feto en el útero de la madre y también los importantes cambios que

experimenta esta última, que además de físicos son morfológicos y metabólicos.

Estilo de vida.- Es el conjunto de actitudes y comportamientos que adoptan y desarrollan las personas de forma individual o colectiva para satisfacer sus necesidades como seres humanos y alcanzar su desarrollo personal.

Factor de riesgo.- Es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión.

Hemorragia Ante parto.- Hemorragia del útero durante un embarazo en el cual la placenta parece presentar una situación normal, especialmente después de la semana 28.

Hemorragia obstétrica.- Es un término que se usa para el sangrado que ocurre durante el embarazo, el parto o el puerperio. Es un sangrado que puede aparecer por los genitales externos o bien, más peligrosamente, una hemorragia intra abdominal.

Hemorragia.- Salida de sangre de las arterias, venas o capilares por donde circula, especialmente cuando se produce en cantidades muy grandes.

Miocardiopatía.- es una enfermedad del músculo cardíaco, es decir, el deterioro de la función del miocardio por cualquier razón. Aquellos con miocardiopatía están siempre en riesgo de sufrir un paro cardíaco súbito o inesperado, y con frecuencia sufren arritmias.

Morbilidad.- Es la proporción de personas que se enferman en un sitio y tiempo determinado. Minoritariamente también se usa como sinónimo morbilidad, que etimológicamente es correcto.

Placenta previa.- Es un problema del embarazo en el cual la **placenta** crece en la parte más baja de la matriz (útero) y cubre toda la abertura hacia el cuello

uterino o una parte de ésta. La **placenta** crece durante el embarazo y alimenta al feto. El cuello uterino es la abertura hacia la vía del parto.

Preeclampsia.- Estado patológico de la mujer en el embarazo que se caracteriza por hipertensión arterial, edemas, presencia de proteínas en la orina y aumento excesivo de peso; puede preceder a una eclampsia

Prevención.- conjunto de actos y medidas que se ponen en marcha para reducir la aparición de los riesgos ligados a enfermedades o a ciertos comportamientos nocivos para la salud.

Mortalidad.- Número proporcional de defunciones en población o tiempo determinados. Se mide en relación con el total de una población, mediante el índice de mortalidad, que indica el número de defunciones registradas en un año por cada 1 000 habitantes.

Determinantes.- Los determinantes de salud son propiedades basadas en el estilo de vida afectadas por amplias fuerzas sociales, económicas y políticas que influyen la calidad de la salud personal.

Riesgo.- es la probabilidad de enfermar o morir.

2.4. Sistemas de Variables

Variable Independiente

Morbilidad Materna

Variable Dependiente

Factores de riesgo

Variable Interviniente

➤ Factores Socio económicos

- Edad
- Nivel educativo
- Estructura del núcleo familiar
- Ocupación
- Agua
- Energía
- Alcantarillado

➤ Factores clínicos obstétricos

- Número de gestaciones
- Número de partos
- Forma de parto
- Periodo intergenésico

2.5. Operacionalización de Variables						
Variables	Definición	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala	Técnicas e Instrumentos
Independiente: Morbilidad Materna	La morbilidad materna es la complicación grave que ocurre durante el embarazo, el parto y/o el puerperio, que pone en riesgo la vida de la mujer y requiere de una atención inmediata con el fin de evitar la muerte.	Estructuración en la Parroquia San Lorenzo	Personal de salud	¿Cuál de las siguientes complicaciones son más frecuentes en mujeres embarazadas? ¿Cuáles son las señales de alarma más sobresaliente en mujeres gestantes?	<ul style="list-style-type: none"> • Eclampsia • Preeclampsia • Infección de vías urinarias • Diabetes gestacional • Cefalea • Sangrado vaginal • Ausencia de movimientos fetales • Fiebre 	Encuesta
Dependientes: Factores de Riesgo	Un factor de riesgo se define como aquél que directa o indirectamente contribuye a que se modifique el desarrollo normal del feto, el estado materno o ambos.	Estructuración en la Parroquia San Lorenzo	Personal de salud	¿Qué técnicas utiliza para identificar los factores de riesgo en una mujer gestante? ¿Qué factor de riesgo influye más en la morbilidad materna?	<ul style="list-style-type: none"> • Observación • Dialogo • Revisión de historias clínicas • Factores socioeconómicos • Factores clínico obstétricos 	Encuesta

				¿Qué acciones toma el personal de salud en pacientes que presentan riesgos en el embarazo?	<ul style="list-style-type: none"> • Concientizar a los controles prenatales • Brindar información necesaria • Realizar visitas domiciliarias • Todas las anteriores 	
Factores socioeconómicos	Los factores socio-económicos son un conjunto de procesos que tienen el potencial para generar protección o daño, para la salud individual o colectiva que te ayudan a moldear la personalidad, las actitudes y la forma de vida	Edad.	Años	¿Cuántos años tiene?	12 a 20 20 a 45 45 y mas	Guía de Observación
		Educación	Grado de escolaridad	¿Qué nivel de educación tiene?	Primaria Secundaria Superior Ninguna	Guía de Observación
		Procedencia	Área geográfica donde vive	¿A qué sector pertenece usted?	Urbano Rural	Guía de Observación
		Servicios básicos	Servicios domiciliarios	¿A qué servicios básicos tiene accesibilidad?	Agua potable Energía eléctrica Alcantarillando	Guía de Observación
		Agua	Consumo de agua	¿Cómo consume el agua?	Hervida Agua entubada	Guía de Observación
		Remuneración	Ingresos de la familia	¿Cuánto es el ingreso	\$ 0-50	Guía de Observación

				de su familia mensualmente?	\$ 51-100 \$ 101-200 \$ 201-300 \$ 301 y mas	
Factores clínico obstétricos	Son complicaciones que se presentan en la mujer durante el embarazo que involucra el bienestar de niño y la madre.	Paridad	Número de hijos	¿Cuántos hijos a tenidos?	1 hijo 2 hijo 3 hijo 4 y mas	Guía de Observación
		Periodo inter - genésico	Lapso de tiempo	¿Con que lapso de tiempo tubo a su hijos?	Menos de 1 año A los 2 años A los 3 años A los 4 y mas	Encuesta
		Etapa de parto	Forma de nacimiento	¿Qué formas de parto ha tenido?	Parto normal Cesaría Ambos	Encuesta
		Problemas en el embarazo	Complicaciones en el embarazo	¿Ha tenido complicaciones durante su último embarazo?	Si No	Encuesta
				¿Conoce cuáles son los problemas con mayores riesgos en el embarazo?	Si No	Encuesta
¿Cuándo tiene infección acude de inmediato el centro de salud?	Si No			Encuesta		

				¿Le han orientado sobre los peligros que tiene su embarazo?	Si No	Encuesta
				¿Siente que recibe el cuidado necesario de su familia?	Si No	Encuesta
				¿Siente que recibe el cuidado necesario del personal de salud?	Si No	Encuesta
				¿Conoce qué es la morbilidad materna?	Si No	Encuesta
				¿Sabe cómo se puede prevenir la morbilidad materna?	Si No	Encuesta

CAPITULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1. Nivel de Investigación

De acuerdo a la naturaleza de estudio que se realizara en el proyecto las características metodológicas serán cuantitativas ya que permitirá, recoger ,resolver y examinar los datos obtenidos sobre las variables ya mencionadas anteriormente , finalizada la investigación se mostrara los resultados misma que nos dará a conocer la problemática en relación con las variables.

3.2.

La investigación será cuantitativa descriptiva ya que se orienta al discernimiento de la realidad de los factores de riesgo que inciden en la morbilidad materna en el área de estudio. El diseño que se utilizara es de campo porque nos permite recoger los datos directamente de los sujetos investigados.

Retrospectivo: porque el estudio se inicia después que se produce el efecto y los datos se obtendrán de las historias clínicas.

- Se elaboran encuestas
- Compilación de la información
- Procesamiento de datos recopilados
- Tabulación de las encuestas
- Análisis e interpretación de los resultados

3.3. Población

El universo de estudio estuvo constituido por 30 mujeres embarazadas que acudieron al centro de salud san Lorenzo en el periodo 2014 al 2016 y 8 miembros de salud que laboran en la institución.

3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Entre las técnicas que utilizamos son las encuestas y revisión de historias clínicas, porque nos permite obtener resultados más certeros que facilitan la veracidad de lo investigado.

CAPITULO 4

RESULTADOS O LOGROS ALCANZADOS SEGÚN OBJETIVOS PLANTEADOS

El presente estudio fue descriptivo comprobando a través de las encuestas en forma retrospectiva con la finalidad de encontrar los factores de riesgo más sobresalientes de los pacientes que acuden al Centro de Salud San Lorenzo.

4.1. Resultados según Objetivo General

Objetivo General	Resultados obtenidos
Identificar los factores de riesgo que inciden en la morbilidad materna en pacientes que pertenecen al Centro de Salud San Lorenzo en el periodo 2014 al 2016.	Se lograron identificar los factores de riesgo en la morbilidad materna en las pacientes del Centro de Salud San Lorenzo a través de las encuestas y la revisión de las historias clínicas, siendo los resultados publicados en el apartado correspondiente al análisis de datos.

4.2. Resultados Según Objetivos Específicos

Objetivos Específicos	Resultados Obtenidos
Caracterizar el perfil de las pacientes gestantes o púerperas con morbilidad materna en el Centro de Salud San Lorenzo.	A través de la tabulación de la información obtenida a partir de la observación de las historias clínicas se realiza una guía de observación que dio como resultado que la mayoría de mujeres embarazadas con morbilidad materna están entre los 20 a 45 años y pertenecen al área rural con nivel de educación primaria,

	asociada a la falta de conocimiento sobre los riesgos que pueden tener su vida y la de su hijo al no asistir a los controles médicos recomendados.
Identificar cuáles son los factores de riesgos mas frecuentes asociados a la morbilidad materna en pacientes que pertenecen al Centro de Salud San Lorenzo, Provincia de Bolívar, periodo 2014 al 2016	Se identificaron que los factores de riesgo más frecuentes y que ocasionan más complicaciones son: los clínico obstétrico, socio económico, los que inciden en la cantidad de infecciones de vías urinarias, preeclampsia y diabetes gestacional.
Diseñar un programa educativo y materiales didácticos como apoyo para la Unidad Operativa de Salud San Lorenzo.	Para dar solución al problema planteado se diseñó un Programa Educativo para capacitar a las madres gestantes que acuden al Centro de Salud de San Lorenzo a través de charlas educativas y la dotación de material divulgativo (gigantografía y tarjetero) para la promoción de los temas propuestos.

4.2.1 Resultados Según Objetivo Específico 1

La caracterización del perfil de los pacientes gestantes o puérperas que forman parte de las estadísticas que padecen de morbilidad materna entre las que asisten al Centro de Salud San Lorenzo, se ha establecido la siguiente guía de observación para determinar los factores de riesgo que las vuelven vulnerables.

Análisis de la Guía de Observación

1.- Cuál es la edad de las madres gestantes con morbilidad materna

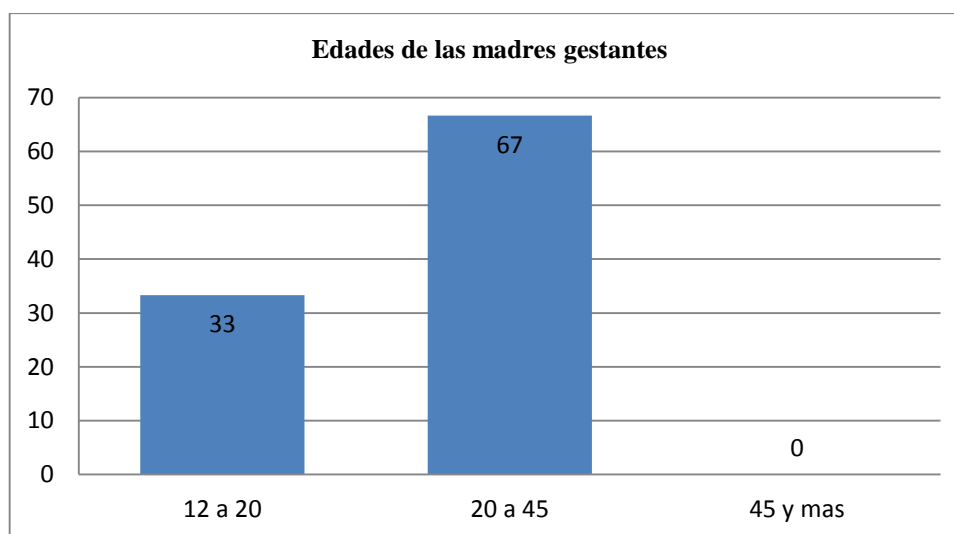
Tabla N° 4: Distribución de la población según la edad de las madres gestantes pertenecientes al Centro de Salud San Lorenzo.

Escala	Población	Porcentaje
12 a 20	10	33%
20 a 45	20	67%
45 y mas	0	0%
Total	30	100%

Fuente: Guía de Observación

Realizado por: Mary Chela y Karolina Espinoza

Gráfico N° 4



Análisis

De los datos observados mediante las fichas de las madres gestantes se determinó que el 67 % correspondió a quienes están entre los 20 a 45 años, y el 33 % a quienes tienen entre 12 a 20 años.

Interpretación

La edad de las madres es importante en la concientización de los factores de riesgo que incrementan la morbilidad materna, mientras hay menor edad es más peligroso y si están en una edad media de vida los mismos disminuyen.

2.- Qué nivel de educación tienen las madres gestantes

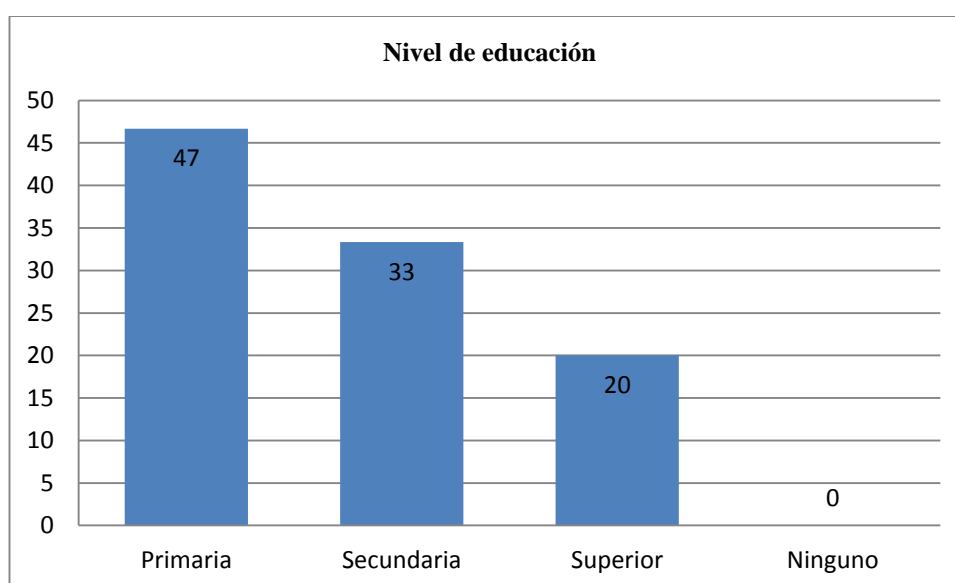
Tabla N° 5.- Distribución de la población según el nivel de educación que tienen las madres gestantes pertenecientes al Centro de Salud San Lorenzo.

Escala	Población	Porcentaje
Primaria	14	47%
Secundaria	10	33%
Superior	6	20%
Ninguno	0	0%
Total	30	100%

Fuente: Guía de Observación

Realizado por: Mary Chela y Karolina Espinoza

Gráfico N° 5



Análisis

Del total de datos observados el 47 % corresponde a quienes dicen haber terminado solo la primaria, el 33 % a quienes tienen educación secundaria y el 20 % poseen educación superior.

Interpretación

El nivel de educación de las madres gestantes está relacionado con la importancia que le dan a los procesos de atención oportuna para su salud y la de su bebé.

3.- Número de hijos que tienen

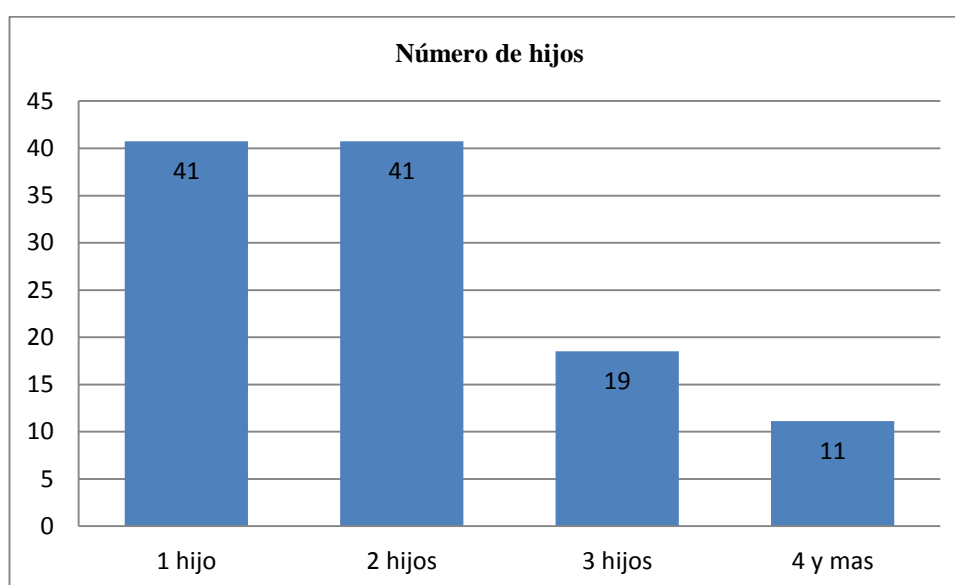
Tabla N° 6.- Distribución de la población según el número de hijos de las madres pertenecientes al Centro de Salud San Lorenzo.

Escala	Población	Porcentaje
1 hijo	11	41%
2 hijos	11	41%
3 hijos	5	19%
4 y mas	3	11%
Total	27	100%

Fuente: Guía de Observación

Realizado por: Mary Chela y Karolina Espinoza

Gráfico N° 6



Análisis

De los datos obtenidos en la observación, el número de hijos de las madres gestantes es de 41 % para quienes tienen 1 y 2 hijos, el 19 % es de quienes tienen 3, y el 11 % poseen 4 y más hijos.

Interpretación

El número de hijos que poseen las madres gestantes se convierte en un factor de riesgo cuando aumentan en número y se acompañan de otras características que no permiten un adecuado y oportuno cuidado integral.

4.- Religión que practican

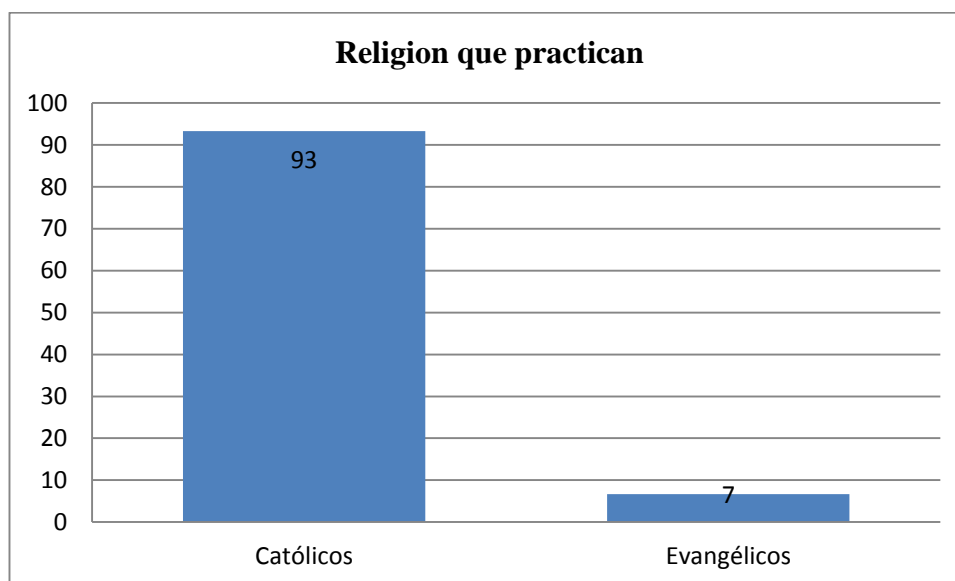
Tabla N° 7.- Distribución de la población según la religión que practican las madres pertenecientes al Centro de Salud San Lorenzo.

Escala	Población	Porcentaje
Católicos	28	93%
Evangélicos	2	7%
Total	30	100%

Fuente: Guía de Observación

Realizado por: Mary Chela y Karolina Espinoza

Gráfico N° 7



Análisis

Los datos obtenidos reflejaron que el 97 % de las mujeres gestantes corresponde a la religión católica, mientras que el 7 % son evangélicos.

Interpretación

A pesar de considerar irrelevante este indicador, se sabe que la creencia religiosa en ciertas personas no permite acudir a recibir atención oportuna en los centros médicos, y se puede convertir en factores de riesgo para la madre y su hijo.

5.- En qué sector geográfico viven

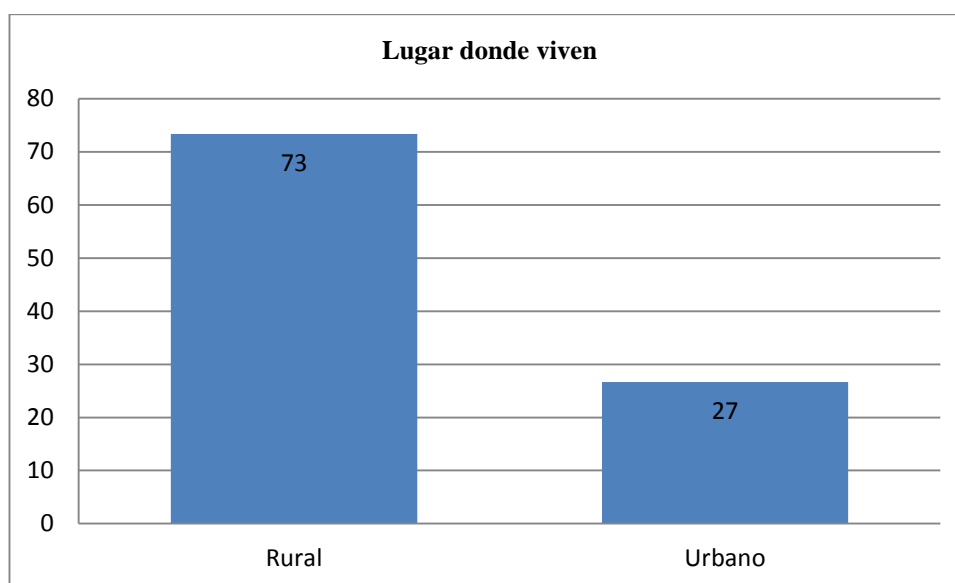
Tabla N° 8.- Distribución de la población según el lugar donde viven las madres pertenecientes al Centro de Salud San Lorenzo.

Escala	Población	Porcentaje
Rural	22	73%
Urbano	8	27%
Total	30	100%

Fuente: Guía de Observación

Realizado por: Mary Chela y Karolina Espinoza

Gráfico N° 8



Análisis

La mayoría de madres gestantes, según los datos analizados, su lugar de vivienda está en el sector rural con el 73 %, y el 27 % viven en el sector urbano.

Interpretación

El lugar de residencia de las madres gestantes por lo general determinan ciertos estilos de vida, alimentación, trabajo, cuidados en corporales, atención médica, etc., que son determinantes en el incremento o disminución de los índices de morbilidad materna.

6.- Cómo se auto identifican

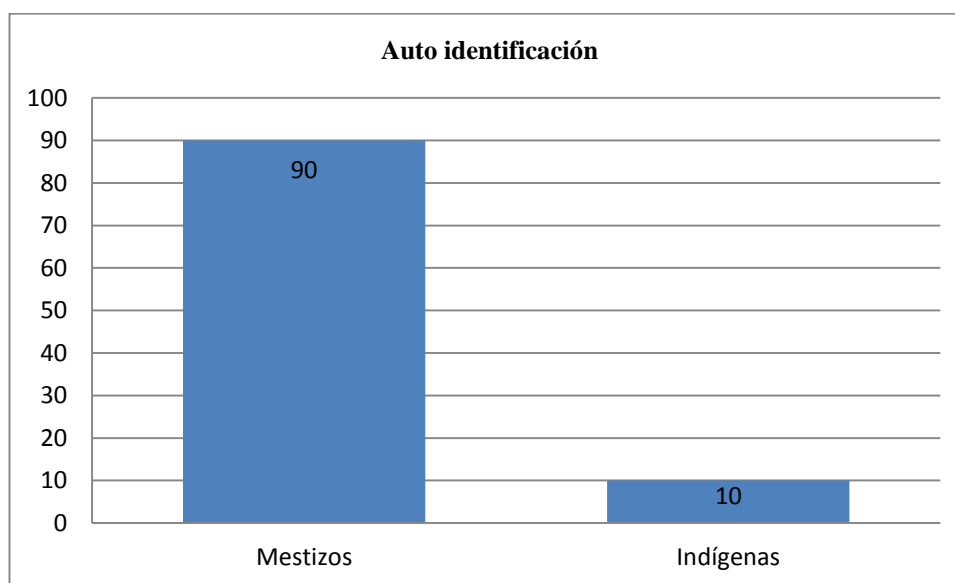
Tabla N° 9.- Distribución de la población según la auto identificación de las madres pertenecientes al Centro de Salud San Lorenzo.

Escala	Población	Porcentaje
Mestizos	27	90%
Indígenas	3	10%
Total	30	100%

Fuente: Guía de Observación

Realizado por: Mary Chela y Karolina Espinoza

Gráfico N° 9



Análisis

De los datos obtenidos en la investigación el 90 % de las mujeres gestantes se han auto identificado como mestizas, y el 10 % lo han hecho como indígenas.

Interpretación

Este indicador permite conocer que hay un porcentaje significativo menor de madres que pertenecen a la raza indígena, mismas que por su estilo de vida, su cultura y tradición propias muchas veces optan por prácticas de cuidado materno lejanas a las que se recomiendan ante el riesgo de morbilidad materna.

7.- Cuáles son los ingresos económicos que poseen

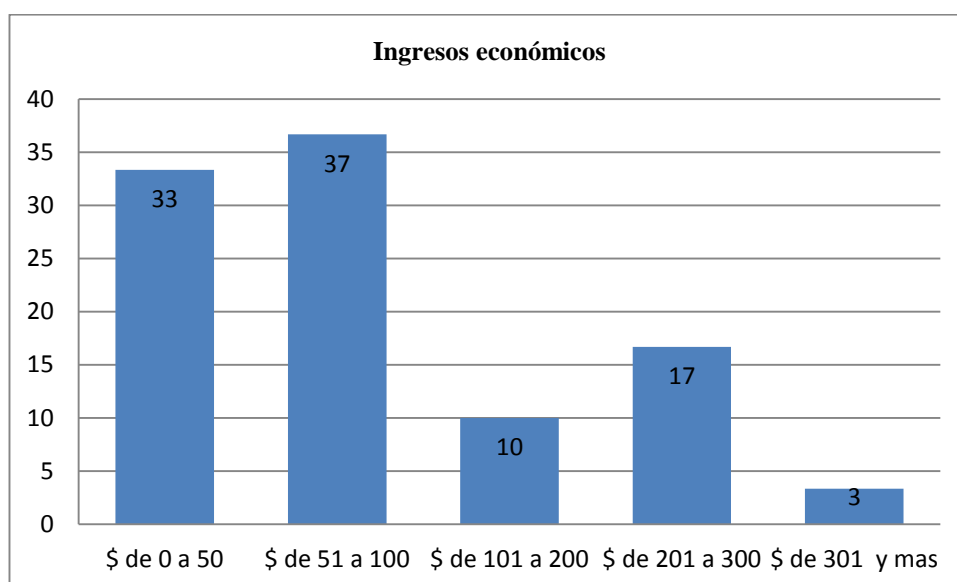
Tabla N° 10.- Distribución de la población según los ingresos económicos que perciben las madres embarazadas que pertenecen al centro de Salud San Lorenzo

Escala	Población	Porcentaje
\$ de 0 a 50	10	33%
\$ de 51 a 100	11	37%
\$ de 101 a 200	3	10%
\$ de 201 a 300	5	17%
\$ de 301 y mas	1	3%
Total	30	100%

Fuente: Guía de Observación

Realizado por: Mary Chela y Karolina Espinoza

Gráfico N° 10



Análisis

Con respecto a los ingresos económicos que perciben las madres gestantes, se determinó que el 37 % reciben entre 50 a 100 dólares, el 33 % reciben de 0 a 50, el 17 % de 201 a 300 %, el 10 % de 101 a 200, y el 3 % de 301 a más dólares.

Interpretación

Este factor se convierte en riesgo de afectación las madres gestantes cuando dichos ingresos mensuales no satisfacen las necesidades básicas de alimentación, cuidado y otros que se relacionan con el dinero, lo que se convierte en causa de problemas en la salud y puede inferir en la morbilidad materna.

8.- ¿A Qué servicios básicos tiene accesibilidad?

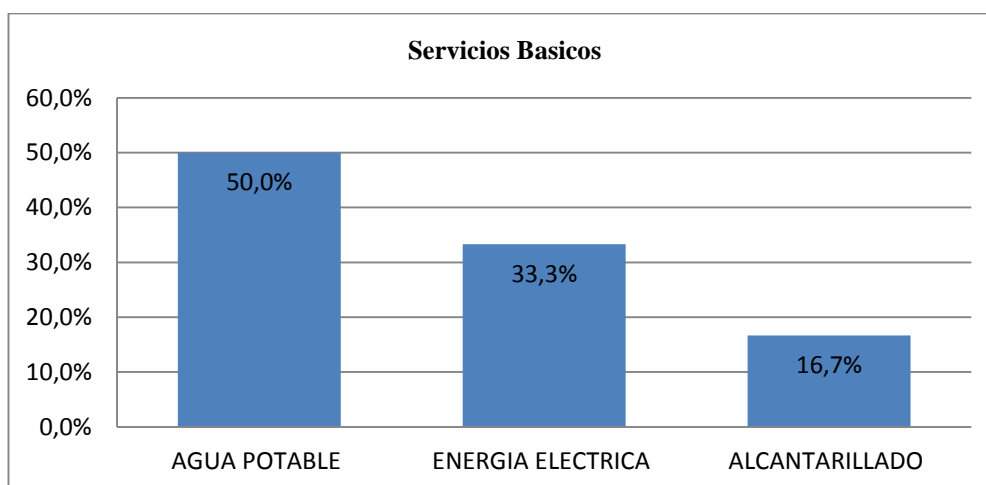
Tabla N° 11.- Distribución de la población según los servicios básicos que cuentan las madres embarazadas que pertenecen al Centro de Salud San Lorenzo

Servicios básicos	Población	Porcentaje
Agua potable	15	50,0%
Energía eléctrica	10	33,3%
Alcantarillado	5	16,7%
Total	30	100%

Fuente: Guía de Observación

Realizado por: Mary Chela y Karolina Espinoza

Grafico N° 11



Análisis

Mediante el gráfico se puede observar que existe un déficit de servicios básicos en la población de la parroquia San Lorenzo demostrando que el 50% de la población cuenta con agua potable, mientras que el 33,3% con energía eléctrica y el 16,7% de habitantes tienen alcantarillado.

Interpretación

La falta de una adecuada red de servicios básicos en la comunidad provoca que las mujeres gestantes adquieran enfermedades constantemente, lo que constituye un factor de riesgo para la madre y su hijo y que pueden ser causa de un alto índice de morbilidad materna.

9.- ¿Cómo consume el agua?

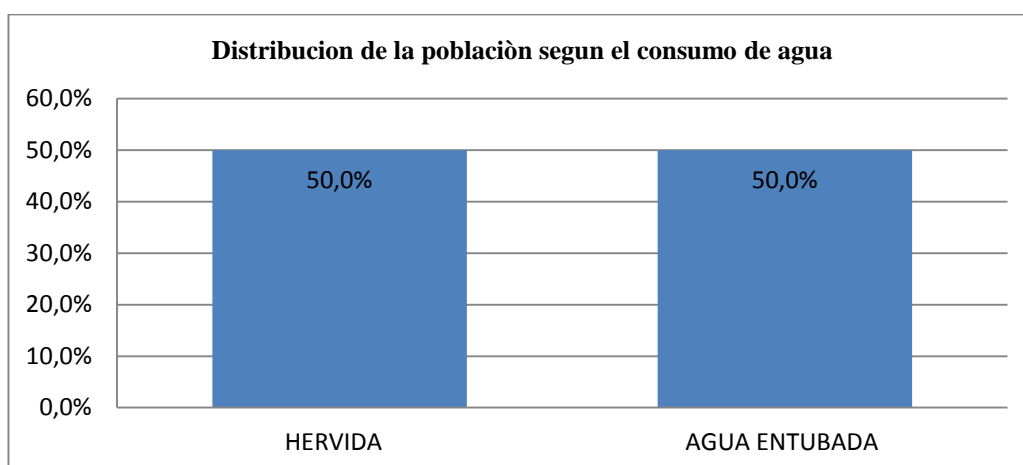
Tabla N° 12.- Distribución de la población según el consumo de agua que cuentan las madres embarazadas que pertenecen al centro de Salud San Lorenzo

Consumo de agua	Población	Porcentaje
Hervida	15	50,0%
Agua entubada	15	50,0%
Total	30	100,0%

Fuente: Guía de Observación

Realizado por: Mary Chela y Karolina Espinoza

Grafico N ° 12



Análisis

Mediante el gráfico del 100% de madres encuestadas del periodo 2014 al 2016; se identificó que el 50% consumen el agua de forma hervida y el otro 50 % consume el agua tal como llega de las fuentes naturales (entubada).

Interpretación

En las encuestadas el consumo de agua hervida y entubada es similar, lo que constituye un factor de riesgo para la salud al no consumir agua potable ya que esta puede ser insalubre para el bienestar del ser humano.

4.2.2 Resultados Según Objetivo Específico 2

1.- ¿Con que lapso de tiempo tuvo a sus hijos?

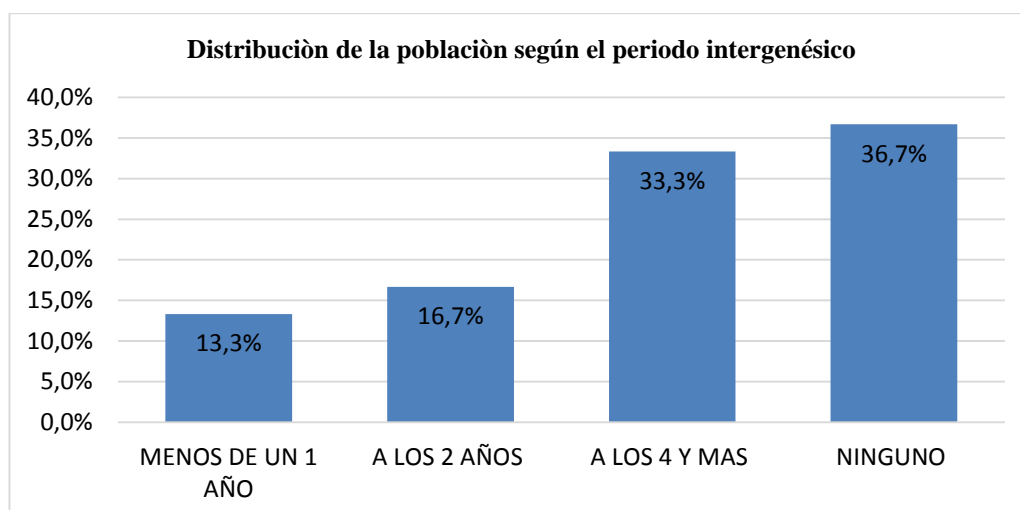
Tabla N° 13.- Distribución de la población según el lapso de tiempo que tubo a sus hijos de las madres que pertenecen al Centro de Salud san Lorenzo.

Periodo intergenérico	Población	Porcentaje
Menos de un 1 año	4	13,3%
A los 2 años	5	16,7%
A los 4 y mas	10	33,3%
Ninguno	11	36,7%
Total	30	100,0%

Fuente: Encuesta

Realizado por: Mary Chela y Karolina Espinoza

Grafico N ° 13



Análisis

Mediante el gráfico se identificó que el 36,7 % de madres no cuentan con periodo intergenérico debido que tienen solo un hijo mientras que el 33,3 % tiene un ciclo de 4 o más años seguido de un 16,7 % cuenta con un lapso de tiempo de 24 meses y un 13,3 % tuvieron hijos antes del año.

Interpretación

La mayoría de las madres gestantes han dejado pasar dos años como período intergenérico, lo que permite un nivel mínimo de espera entre embarazos y reposición físico corporal de las mujeres.

2.- ¿Qué formas de parto ha tenido?

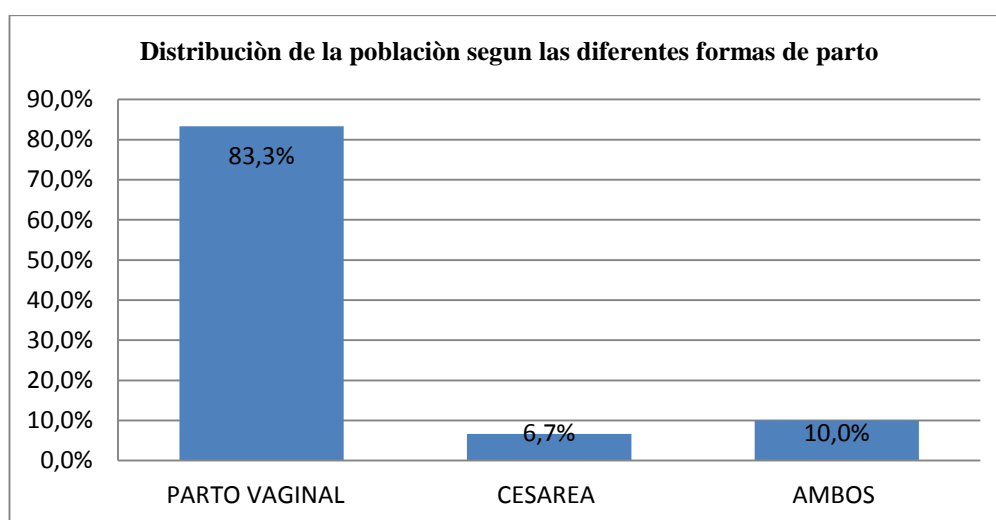
Tabla N° 14.- Distribución de la población según las formas de parto que han tenido las madres encuestadas pertenecientes al Centro de Salud San Lorenzo.

Formas de parto	Población	Porcentaje
Parto vaginal	25	83,3%
Cesaría	2	6,7%
Ambos	3	10,0%
TOTAL	30	100%

Fuente: Encuesta

Realizado por: Mary Chela y Karolina Espinoza

Grafico N° 14



Análisis

En el grafico establecido se puede identificar que el 83% de la población encuestada parieron por parto vaginal mientras que un 7 % obtuvieron a través de la cesárea y un 10 % concibieron a sus hijos mediante las dos formas de parto.

Interpretación

La mayor parte de las encuestadas dijeron que el parto ha sido vía vaginal, es decir parto normal, pero un porcentaje menor dijeron que fue cesárea y ambos tipos, lo que constituye un factor de riesgo importante considerando la condición física de las mujeres y el nivel de accesibilidad al servicio de salud.

3.- ¿Ha tenido complicaciones durante su último embarazo?

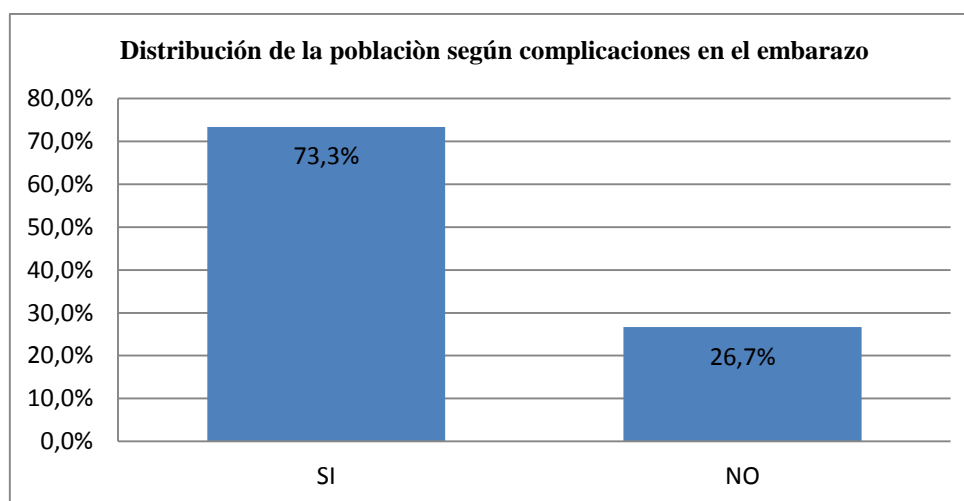
Tabla N° 15.- Distribución de la población según las complicaciones durante su último embarazo en madres pertenecientes al Centro de Salud San Lorenzo.

Frecuencia	Población	Porcentaje
Si	22	73,3%
No	8	26,7%
Total	30	100%

Fuente: Encuesta

Realizado por: Mary Chela y Karolina Espinoza

Grafico N °15



Análisis

En la siguiente imagen se observa que del 100% de la población encuestada el 73.3% de madres gestantes tuvieron complicaciones durante su embarazo y el 26.7 % no presentaron problema alguno.

Interpretación

La mayoría de las encuestadas han presentado complicaciones en el parto lo que demuestra y confirma la gran incidencia de factores de riesgo en el embarazo y que se reporta en los índices de morbilidad al que nos referimos en el presente trabajo.

4.- Conoce cuáles son los problemas con mayores riesgos en el embarazo

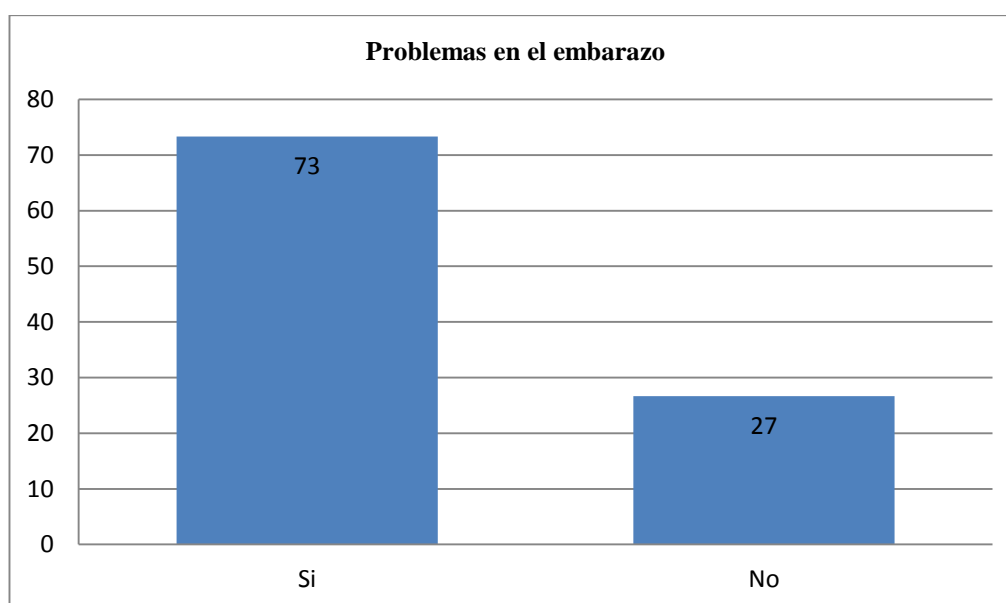
Tabla N° 16.- Distribución de la población según los problemas con mayores riesgos en el embarazo que padecen las madres embarazadas que pertenecen al centro de Salud San Lorenzo

Escala	Frecuencia	Porcentaje
Si	22	73 %
No	8	27 %
Total	30	100 %

Fuente: Encuesta

Realizado por: Mary Chela y Karolina Espinoza

Grafico N ° 16



Análisis

Según los datos obtenidos en la encuesta a madres gestantes se obtuvieron que el 73% sí conozcan cuáles son los problemas con mayores riesgos en el embarazo, el 27 % dijeron que no los conocen.

Interpretación

La falta de conocimiento sobre los problemas que causan la morbilidad materna es un factor de riesgo porque no permite conocer cómo prevenirla o identificarlos si se presentan en el periodo de gestación.

5.- Cuando tiene infección acude de inmediato el centro de salud.

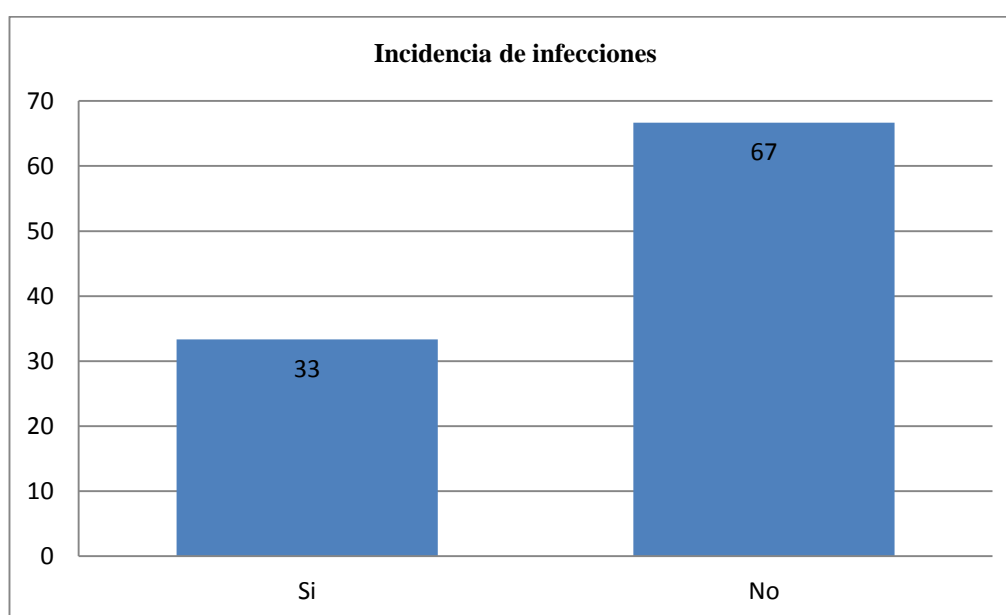
Tabla N° 17.- Distribución de la población según la incidencia de infecciones por las que acuden las madres embarazadas al centro de Salud San Lorenzo

Escala	Frecuencia	Porcentaje
%Si	10	33%
No	20	67%
Total	30	100%

Fuente: Encuesta

Realizado por: Mary Chela y Karolina Espinoza

Grafico N ° 17



Análisis

En este indicador se obtuvo que el 67 % de madres gestantes no acuden de inmediato el Centro de Salud cuando tiene infección, el 33 % sí lo hacen.

Interpretación

La mayoría de encuestadas están conscientes sobre la poca importancia del cuidado médico cuando se presentan riesgos en la salud como la presencia de infecciones.

6.- Le han orientado sobre los peligros que tiene su embarazo.

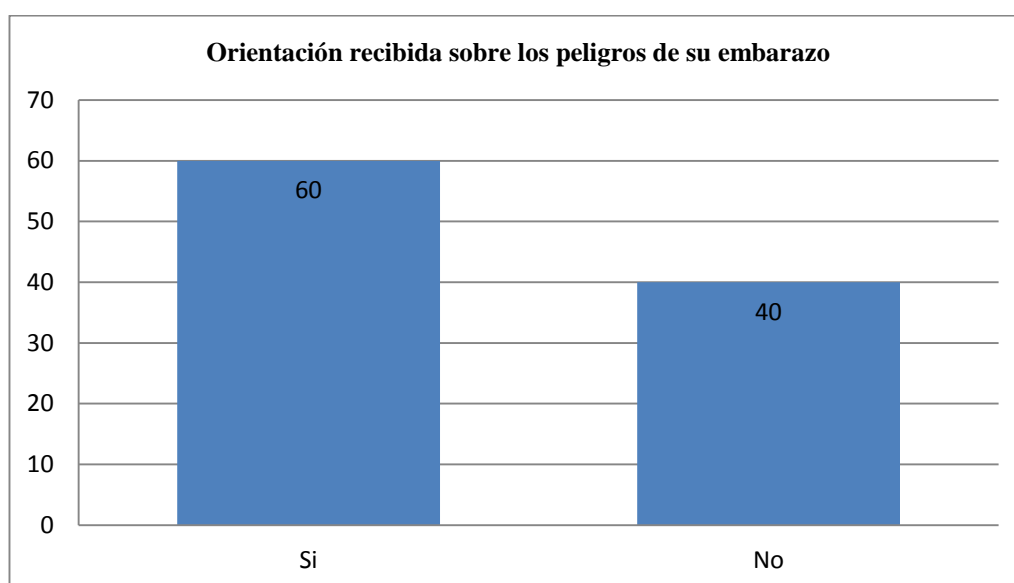
Tabla N° 18.- Distribución de la población según la orientación sobre los peligros que tienen en su estado las madres embarazadas pertenecientes al centro de Salud San Lorenzo

Escala	Frecuencia	Porcentaje
Si	18	60%
No	12	40%
Total	30	100%

Fuente: Encuesta

Realizado por: Mary Chela y Karolina Espinoza

Grafico N ° 18



Análisis

Los resultados en este indicador demuestran que al 60 % si le han orientado sobre los peligros que tiene su embarazo, al 40 % no lo han hecho.

Interpretación

La mayoría de madres encuestadas están orientadas sobre los factores de riesgos que poseen sobre su estado de gestación y así prevenir riesgos futuros, lo que se convierte en peligroso es el porcentaje a quienes no se les ha orientado de forma adecuado para prevenir dichas complicaciones.

7.- Siente que recibe el cuidado necesario de su familia

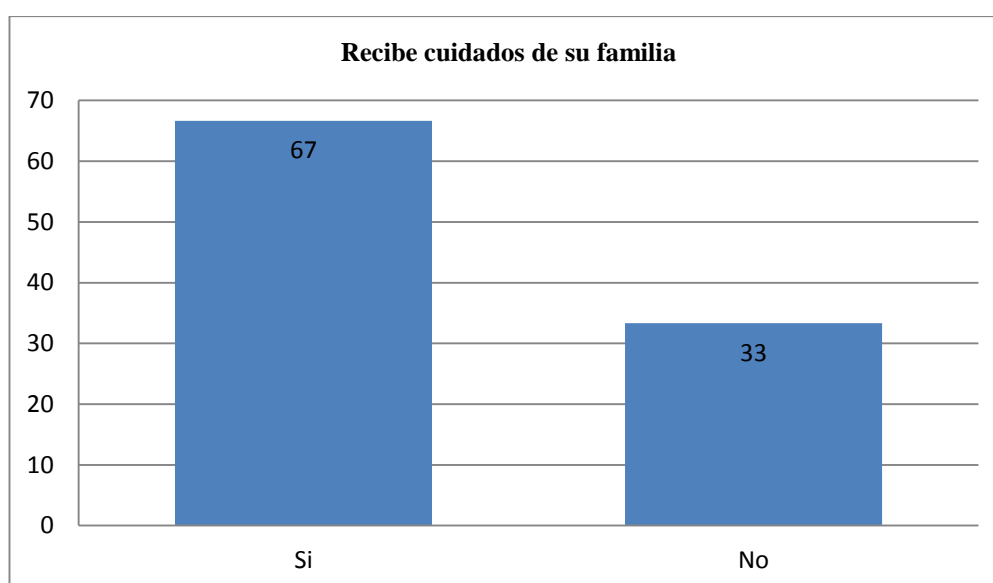
Tabla N° 19.- Distribución de la población según los cuidados que reciben de su familia las madres embarazadas pertenecientes al centro de Salud San Lorenzo

Escala	Frecuencia	Porcentaje
Si	20	67%
No	10	33%
Total	30	100%

Fuente: Encuesta

Realizado por: Mary Chela y Karolina Espinoza

Grafico N ° 19



Análisis

En este indicador el 76 % de madres encuestadas dicen que si sienten que reciben el cuidado necesario de su familia, el 24 % dicen que no lo sienten así.

Interpretación

La mayoría de madres evidencian u cuidado oportuno y adecuado por parte de los miembros de su familia, mientras que el grupo restante se sientes abandonados y carentes de este cuidado que en cierto modo perjudica el normal desarrollo de su embarazo.

8.- Siente que recibe el cuidado necesario del personal de salud

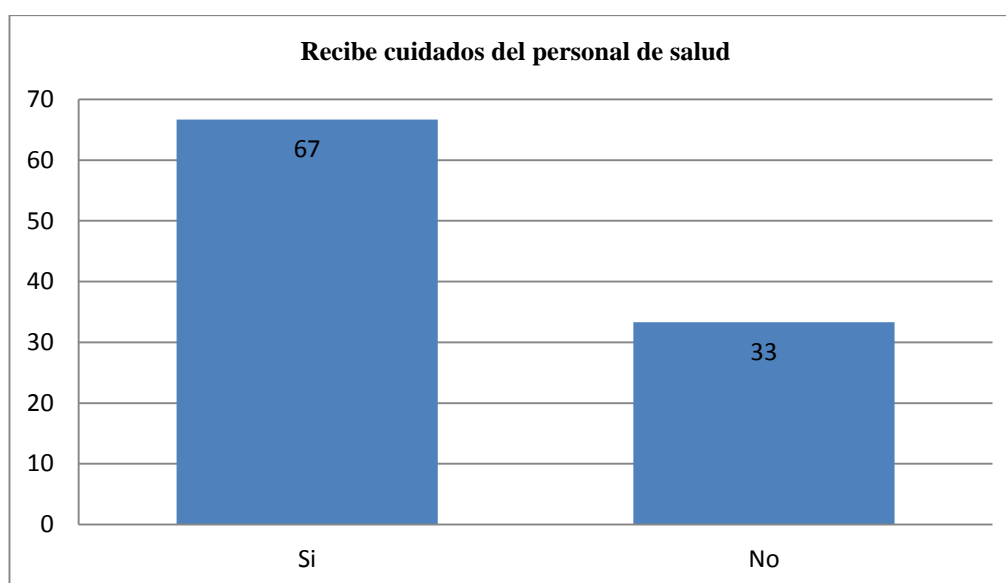
Tabla N° 20.- Distribución de la población según los cuidados que reciben del personal de salud las madres embarazadas pertenecientes al Centro de Salud San Lorenzo

Escala	Frecuencia	Porcentaje
Si	20	67%
No	10	33%
Total	30	100%

Fuente: Encuesta

Realizado por: Mary Chela y Karolina Espinoza

Grafico N ° 20



Análisis

En este indicador el 67 % de madres gestantes dijeron que si sienten que reciben el cuidado necesario del personal de salud, el 33 % dijeron que no lo perciben así.

Interpretación

La mayoría de mujeres embarazadas se sienten protegidas del personal de salud sobre los cuidados que necesitan para el desarrollo de su embarazo, lo que permite brindar un ambiente favorable y confiable sobre su atención.

9.- Cuánto conoce sobre la morbilidad materna

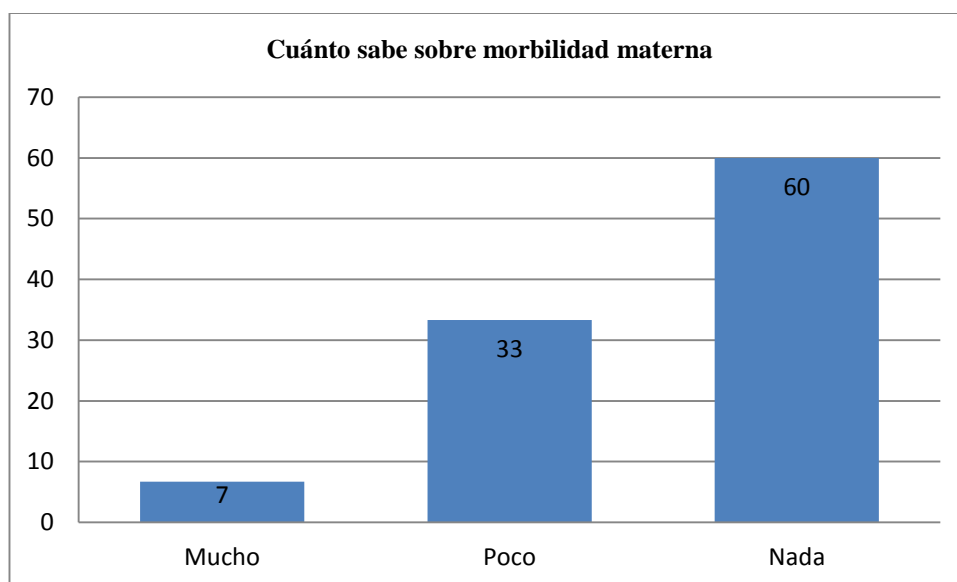
Tabla N° 21.- Distribución de la población según el nivel de conocimiento sobre morbilidad materna de las madres embarazadas pertenecientes al Centro de Salud San Lorenzo

Escala	Frecuencia	Porcentaje
Mucho	2	7%
Poco	10	33%
Nada	18	60%
Total	30	100%

Fuente: Encuesta

Realizado por: Mary Chela y Karolina Espinoza

Grafico N ° 21



Análisis

Mediante la encuesta aplicada, se observa que el 60 % de las mujeres gestantes dijeron que nada conocen sobre la morbilidad materna, el 33 % dijeron que conocen poco y el 7 % dijeron que mucho.

Interpretación

Con estos resultados se observa que la mayoría de madres gestantes no están preparadas para prevenir la morbilidad materna, lo que impide la prevención y la atención oportuna sobre los factores de riesgo probables por su estado.

10.- Sabe cómo se puede prevenir la morbilidad materna

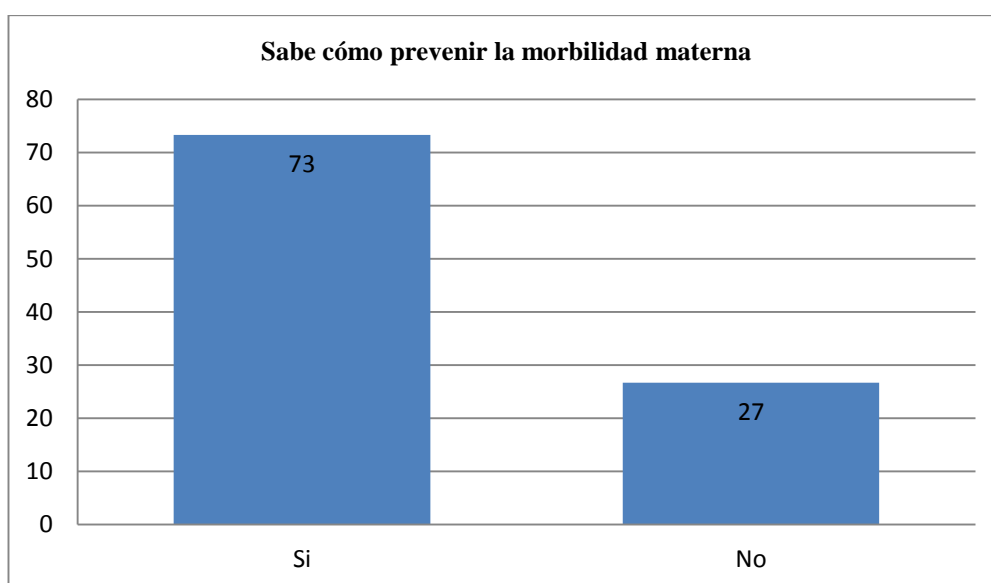
Tabla N° 22.- Distribución de la población según el conocimiento sobre la prevención de morbilidad materna de las madres embarazadas pertenecientes al Centro de Salud San Lorenzo

Escala	Frecuencia	Porcentaje
Si	22	73%
No	8	27%
Total	30	100%

Fuente: Encuesta

Realizado por: Mary Chela y Karolina Espinoza

Grafico N ° 22



Análisis

De acuerdo a los resultados obtenidos en la encuesta el 73 % de mujeres gestantes si sabe cómo se puede prevenir la morbilidad materna, el 27 % dijeron que no lo saben.

Interpretación

La mayoría de encuestadas demuestran conocer sobre la influencia de los factores riesgo que causan la morbilidad materna, y por ende les permite realizar el cuidado y prevención de los mismos y así reducir la morbilidad materna.

4.2.3 Encuesta aplicada al personal del Centro de Salud San Lorenzo

1.- ¿Cuál de las siguientes morbilidades son más frecuentes en mujeres embarazadas?

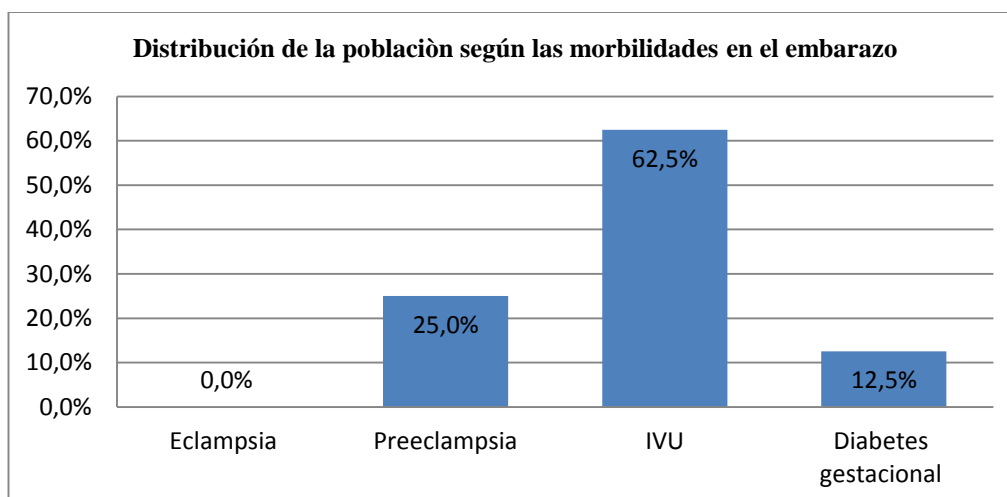
Tabla N° 23.- Distribución de la población según las morbilidades más frecuentes en mujeres embarazadas pertenecientes al Centro de Salud San Lorenzo.

Morbilidades Frecuentes	Población	Porcentaje
Eclampsia	0	0,0%
Preeclampsia	2	25,0%
Infección de vías urinarias	5	62,5%
Diabetes gestacional	1	12,5%
Total	8	100%

Fuente: Encuestas aplicadas al personal de salud.

Realizado por: Mary Chela y Karolina Espinoza

Grafico N ° 23



Análisis

Entre el personal de salud encuestado manifestaron que las complicaciones más frecuentes en el embarazo son las infecciones de vías urinarias con un 62.5% seguido por preeclampsia con el 25 % y diabetes gestacional con el 12.5%.

Interpretación

La mayoría de las mujeres gestantes han identificado como el factor de riesgo con mayor influencia a las infecciones de vías urinarias, como consecuencia de las condiciones precarias de salud a la cual están sujetas evidenciándose que existe un nivel alto de riesgo de morbilidad materna en la Parroquia de San Lorenzo.

2.- ¿Cuál es las señales de alarma más sobresaliente en mujeres gestantes?

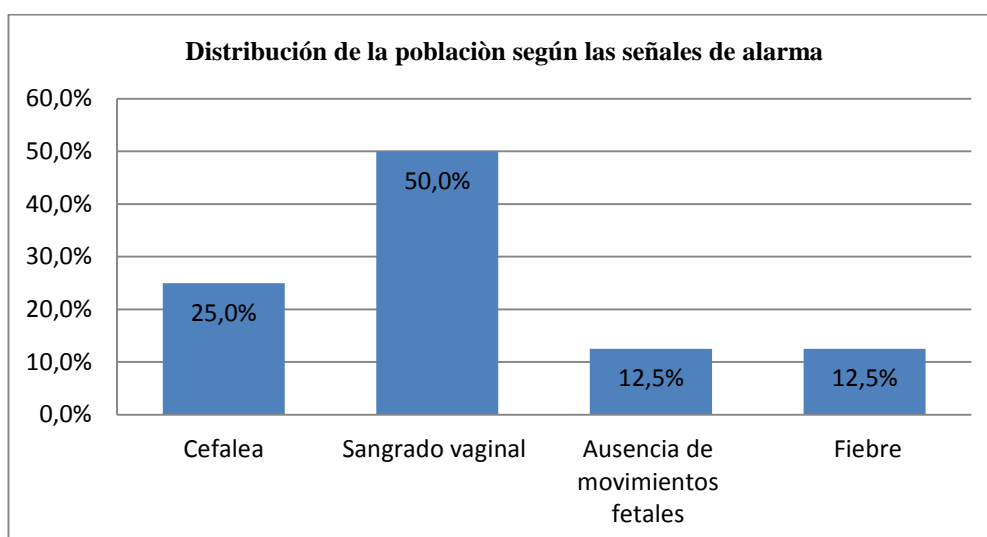
Tabla N° 24.- Distribución de la muestra según las señales de peligro más sobresaliente en mujeres gestantes

Señales De Alarma	Población	Porcentaje
Cefalea	2	25,0%
Sangrado vaginal	4	50,0%
Ausencia de movimientos fetales	1	12,5%
Fiebre	1	12,5%
Total	8	100%

Fuente: Encuestas aplicadas al personal de salud.

Realizado por: Mary Chela y Karolina Espinoza

Gráfico N° 24



Análisis

Según el personal de salud encuestado manifestaron que los signos de alarma más frecuentes en el embarazo son el sangrado vaginal con un 50,0% seguido por Cefalea con el 25 %, Ausencia de movimientos fetales y Fiebre con el 12.5% indicando que existe riesgos de morbilidad materna en una madre gestante.

Interpretación

La mayoría de embarazos encuestadas reconocen al sangrado vaginal como principal causa de alerta sobre una posible complicación en el embarazo, siendo esto consecuencia de varios factores que en conjunto hacen peligrar la vida de la madre y el niño.

3.- ¿Que técnicas utiliza para identificar los factores de riesgo en una mujer gestante?

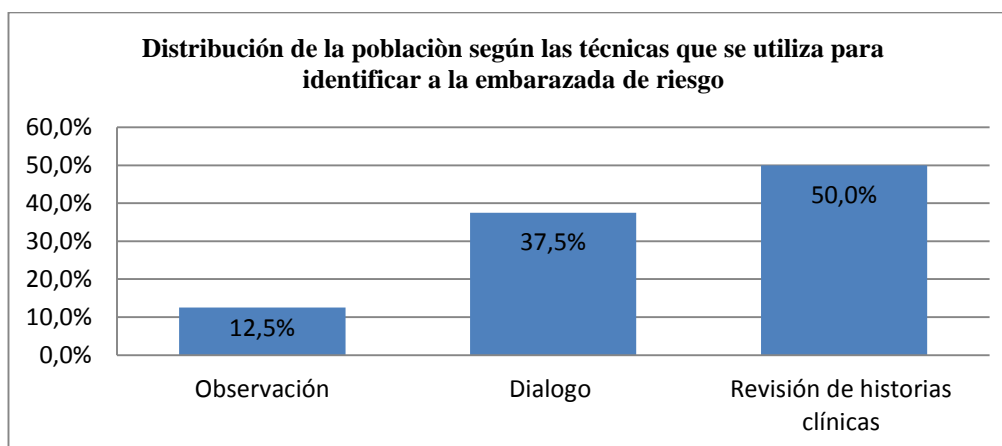
Tabla N° 25.- Distribución de la población según las técnicas que se utiliza para identificar a la embarazada de riesgo pertenecientes al Centro de Salud San Lorenzo.

Técnicas que se utiliza para identificar a la embarazada de riesgo	Población	Porcentaje
Observación	1	12,5%
Dialogo	3	37,5%
Revisión de historias clínicas	4	50,0%
Total	8	100%

Fuente: Encuestas aplicadas al personal de salud.

Realizado por: Mary Chela y Karolina Espinoza

Grafico N° 25



Análisis

Según el personal de salud encuestado manifestaron que las técnicas más utilizadas para identificar a una madre gestante con riesgo son la revisión de las Historias Clínicas con el 50% seguido por el dialogo con el 37.5 %, y la observación con el 12.5% indicando que todas estas técnicas es fundamental para identificar diferentes riesgos que puedan presentar.

Interpretación

El personal de salud encuestado ha identificado como principal técnica de identificación de riesgo en las embarazadas a la revisión de historias clínicas, dejando de lado las evidencias que se presenten en el momento de la alerta.

4.- ¿Qué factor de riesgo influye más en la morbilidad materna?

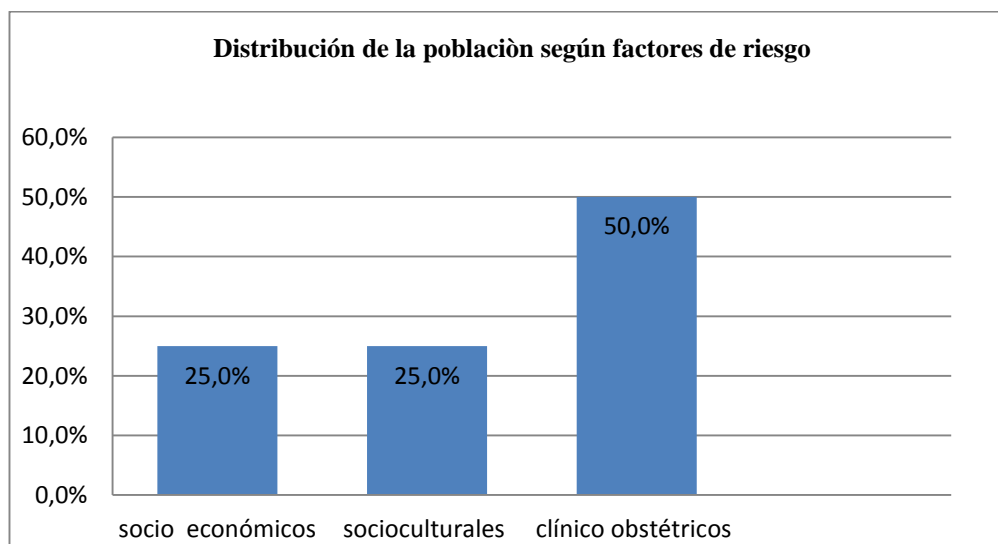
Tabla N° 26.- Distribución de la población según el mayor factor de riesgo en las madres embarazadas pertenecientes al Centro de Salud San Lorenzo.

Factores de riesgo	Población	Porcentajes
socioeconómicos	2	25,0%
socioculturales	2	25,0%
clínico obstétricos	4	50,0%
Total	8	100%

Fuente: Encuestas aplicadas al personal de salud.

Realizado por: Mary Chela y Karolina Espinoza

Grafico N° 26



Análisis

Según el personal de salud encuestado manifestaron que el factor de riesgo más alto son los Clínicos Obstétricos con el 50% seguido por los factores socioculturales y socioeconómicos que están el 25 %, indicando que existe un alto riesgos de morbilidad materna por los factores Clínicos Obstétricos.

Interpretación

La mayoría opina que los factores de riesgo de mayor influencia son los clínico obstétrico, consecuencia de afecciones ginecológicas propias de la mujer y de la condición gestante de la misma.

5.- ¿Qué acciones toma el personal de salud en pacientes que presentan riesgos en el embarazo?

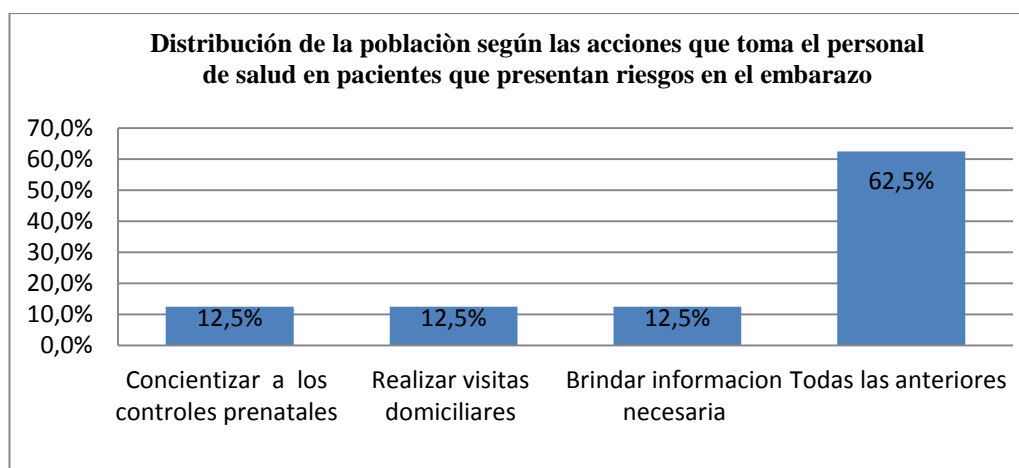
Tabla N° 27.- Distribución de la población según las acciones que toma el personal de salud en pacientes que presentan riesgos en el embarazo.

	Población	Porcentaje
Concientizar a los controles prenatales	1	12,5%
Realizar visitas domiciliarias	1	12,5%
Brindar información necesaria	1	12,5%
Todas las anteriores	5	62,5%
Total	8	100%

Fuente: Encuestas aplicadas al personal de salud.

Realizado por: Mary Chela y Karolina Espinoza

Grafico N° 27



Análisis

Según el personal de salud encuestado indicaron que las acciones que realizan al brindar atención médica a las madres gestantes son concientizar a los controles prenatales, visitas domiciliarias, brindar información con el 12,5% y el 62,5% indicaron que realizan todas las acciones mencionadas.

Interpretación

Las acciones que practica el personal de salud para evitar la incidencia de un alto porcentaje de factores de riesgo están la concientización sobre la importancia de los controles prenatales, las visitas domiciliarias y la entrega de información oportuna, pese a todo ello se requiere que estas estrategias sean eficiente para que disminuyan los índices de morbilidad.

4.3. Resultados Según Objetivo 3

Elaborar un programa educativo sobre las complicaciones en la mujer embarazada en el área objeto de estudio.

4.4 TITULO

Maternidad sin complicaciones

Programa educativo sobre las complicaciones de la mujer embarazada con la finalidad de orientar a las madres sobre el cuidado que se debe tener durante el embarazo.

4.4.1 INTRODUCCIÓN

El embarazo es un estado fisiológico de 9 meses “40 semanas” de duración, cuyo diagnóstico precoz y control prenatal debe realizarse desde el inicio de la gestación. Esto es fundamental para un adecuado desarrollo y crecimiento del nuevo ser.

Es importante el buen estado nutricional de la mujer previo al embarazo. Durante la gestación se produce un aumento de los requerimientos nutricionales (energéticos, proteicos, minerales y vitamínicos) y la calidad de la alimentación constituye un factor fundamental que afecta la salud de la embarazada y del niño a medida que avanza la gestación.

En general, del 36% de la ganancia de peso es responsable el feto y conceptos (membrana liquida amniótico, placenta) mientras que del incremento del peso de la madre 64%, el 30% es grasa y constituye una importante reserva energética para la lactancia.

Las complicaciones que se presentan durante el embarazo son indicadores que influyen de una u otra forma significativamente afectando el estado de salud de la embarazada y el feto.

Por tanto es indispensable acudir a los controles prenatales y recibir hierro y ácido fólico mensualmente de esta forma estar reduciendo el riesgo de presentar complicaciones durante el embarazo.

4.4.2 JUSTIFICACIÓN

En el Ecuador el grupo etario de mujeres embarazadas se encuentra desprotegido de políticas públicas de salud y alimentarias nutricionales a pesar de ser un grupo vulnerable. Los avances en las acciones de salud, incluida la nutrición humana, han permitido prolongar a esperanza de vida considerable, pero este grupo tiene características epidemiológicas distintas que conlleva mayor morbilidad, aspectos asociados a complicación durante la etapa de embarazo juega un papel muy importante en el desarrollo de enfermedades que aparecen durante la gestación.

4.4.3 OBJETIVOS

Objetivo General

Orientar a la embarazada mediante una alimentación saludable que les permita mantener su salud, crecimiento y desarrollo óptimo de su hijo-hija.

Objetivos Específicos

- Promover el conocimiento sobre la importancia y el cumplimiento de los requerimientos nutricionales durante el embarazo.
- Identificar los signos de peligro durante el embarazo

- Concientizar a la madre gestante sobre la importancia de los controles prenatales beneficios del hierro y ácido fólico.

4.4.4 ENTIDAD EJECUTORA

Universidad Estatal de Bolívar
Centro de Salud San Lorenzo

4.4.5 LOCALIZACIÓN

El programa educativo con los temas necesidades nutricionales, alimentación, signos de peligro en una mujer embarazada e importancia de los controles prenatales y los beneficios del hierro y ácido fólico se realizara con el club de mares gestantes en el Centro de Salud San Lorenzo.

4.4.6 METODOLOGÍA

Expositiva: la explicación se llevara a cabo por parte del personal de salud de la unidad operativa.

4.4.7 RESPONSABLES

Personal del Centro de Salud San Lorenzo

4.4.8 BENEFICIARIOS

Directos: madres gestantes que acuden al centro de salud San Lorenzo

Indirectos: personal de salud que labora en el centro de salud

4.4.9 DESARROLLO DEL CONTENIDO

CHARLA EDUCATIVA N°- 1

Datos informativos

Tema: Necesidades nutritivas de la embarazada

Grupo: club de madres embarazadas

Tiempo: 20 minutos.

Técnica: participativa, dinámica y explicativa

Responsable: personal de salud

Objetivo general

Identificar las necesidades nutricionales necesarias para la embarazada.

Desarrollo del contenido

Energía: durante el embarazo, la mujer requiere mayor cantidad de todos los nutrientes: los nutrientes energéticos, aportan energía para el desarrollo y crecimiento del niño, la placenta y los tejidos maternos asociados. Se recomienda un incremento como promedio 300 kcal/día, a partir del segundo trimestre (OPS /OMS).

Proteínas: el aporte debe ser de 10 al 15 % se recomienda un consumo diario de 69 gramos, para una mujer que requiere 2.300 kcal/día.

Ácidos grasos esenciales: son los omegas 3 y omega 6; se requiere para mantener una salud óptima. Su aporte es importante para la formación, crecimiento, desarrollo y función del cerebro de la vista y el oído de los niños y las niñas, ya que la formación cerebral ocurre a una mayor velocidad durante el último trimestre del embarazo y primeros dos años de vida.



Hierro: previene la anemia de la madre y ayuda a la formación sanguínea del feto, interviene en su desarrollo cognitivo y previene las infecciones puerperales.

Ácido fólico: interviene en el metabolismo de los aminoácidos; es recomendable la suplementación de ácido fólico antes del embarazo “400 mg diarios “especialmente en las mujeres con historial familiar de malformaciones congénitas del tubo neural.

Su importancia se debe a que un buen aporte de esta vitamina ayuda al cierre del tubo neural.

El tubo neural es lo que va formar el sistema nervioso del bebe; o sea, el cerebro y la medula espinal. Además permite el rápido crecimiento de la placenta y del feto. Para prevenir la deficiencia de hierro y ácido fólico y la consiguiente anemia, MSP administra sulfato ferroso y ácido fólico a través del programa integrado de micronutrientes.

Calcio, fosforo, magnesio y vitamina d: contribuye a la formación de los huesos y dientes del niño y previenen la descalcificación de la mujer embarazada.

Vitamina B12: activa la enzima folato vitamina B12 y evita la anemia. Además previene las complicaciones neurálgicas asociadas con su deficiencia.

Vitamina C: favorece la absorción del hierro (alimentos de origen vegetal), contribuye a disminuir la incidencia de parto prematuro porque participa en la formación del tejido conectivo de la bolsa amniótica de las membranas.

Zinc: interviene en la síntesis de proteínas y desarrollo de las células.

CHARLA EDUCATIVA N°- 2

Datos informativos

Tema: Alimentación de la mujer embarazada

Grupo: club de madres embarazadas

Tiempo: 20 minutos.

Técnica: participativa, dinámica y explicativa

Responsable: personal de salud

Objetivo general

Informar a la mujer embarazada los alimentos que debe consumir

Desarrollo del contenido

La alimentación diaria debe brindar todos los nutrientes necesarios para cubrir con los requerimientos de la mujer y del nuevo ser.

La dieta diaria debe contener suficiente cantidad de hortalizas, frutas, cereales, leguminosas productos cárnicos.



Fuente: MSP módulo 2 Programa nacional alimentación y nutrición pann 2000

Guía de alimentación diaria de la mujer embarazada

ALIMENTO	I TRIMESTRE	II Y III TRIMESTRE	REEMPLAZOS O ALTERNATIVAS
Lácteos	2 vasos	3 vasos	Leche, yogurt, cuajada
	1 taja (1 onza)	1 taja (1 onza)	Queso.
Carnes, pescado, pollo	1 porción (3 onzas)	1 porción (3 onzas)	Res, vísceras, conejo.
Huevos	1 unidad (3 veces a la semana)	1 unidad (3 veces a la semana)	
Leguminosas	1/2 taza	taza	Cocinados: fréjol, soya, arveja, lenteja, haba, chocho, garbanzo o leche de soya.
Vegetales	1taza	1 taza	Vegetales crudos tipo hojas, lechuga, col, espinaca, o
	1taza	1taza	vegetales picados crudos o
	1/2 taza	1/2 taza	Cocinados: zanahoria, zapallo, remolacha, brócoli, coliflor, sambo, pimiento, tomate.
Frutas	3 unidades	3 unidades	Todo tipo de fruta, de preferencia de color amarillo y anaranjado: papaya, melón, plátano, zapote, mango, naranja.
Tubérculos	2 unidades pequeñas	2 unidades pequeñas	Papa, yuca, camote, zanahoria blanca, papa china, oca, mashua, melloco, malanga.
Cereales y derivados preferiblemente integrales	1/2 taza	1/2 taza	Cereales cocinados: arroz, avena, quinua, maíz, trigo
	2 unidades	2 unidades	Pan blanco, integral, tostadas, tortas, tortillas,
	2 cucharadas	2 cucharadas	Harinas.
Aceite	3 cucharadas	3 cucharadas	Soya, maíz, girasol, oliva.

Fuente: MSP módulo 2 Programa nacional alimentación y nutrición pann 2000

Ejemplo de un menú para la mujer embarazada

COMIDA	ALIMENTOS	MEDIDAS	
DESAYUNO	Avena con leche	1 taza	
	Pan o tortillas	2 unidades	
	Queso	1 tajada	
	Jugo o fruta al natural	1 vaso o 1 unidad	
MEDIA MAÑANA	Choclo con queso	1 unidad	
ALMUERZO	Sancocho	1 plato	
	Arroz con menestra	1 plato	
	Carne o pescado	1 porción	
	Jugo de fruta o	1 vaso o	
	Fruta al natural	1 unidad	
MEDIA TARDE	Pan de dulce	1 unidad	
	Leche	1 vaso	
MERIENDA	Sancocho	1 plato	
	Arroz con huevo frito	1 plato	

Este menú aporta 2.391 Kilocalorías

TENGA EN CUENTA:



Fuente: MSP módulo 2 Programa nacional alimentación y nutrición pann 2000

CHARLA EDUCATIVA N°- 3

Datos informativos

Tema: Complicaciones nutricionales durante el embarazo

Grupo: club de madres embarazadas

Tiempo: 20 minutos.

Técnica: participativa, dinámica y explicativa

Responsable: personal de salud

Objetivo general

Concientizar a la embarazada sobre la buena alimentación

Desarrollo del contenido

Ganancia inadecuada de peso

Si una mujer inicia su embarazo con peso bajo y no existe un incremento adecuado, requiere decir que la cantidad y la calidad de alimentos que está consumiendo en su dieta es insuficiente e inadecuada, lo cual aumentara la posibilidad de que el niño nazca con bajo peso (<2.500g, se enferme o muera antes de los primeros meses de vida y cuando sea adulto desarrolle la tendencia al sobrepeso, obesidad y enfermedades crónicas no transmisibles.



Fuente: MSP módulo 2 Programa nacional alimentación y nutrición pann 2000

En mujeres con sobrepeso previo al embarazo, existe una gran reserva de triglicéridos, por lo que se sugiere que la ganancia de su peso se menor a lo

recomendado, con el propósito de que el niño nazca con un peso adecuado (2.500 a 3.500g). Si no disminuye la cantidad de hidratos de carbono de la dieta es casi seguro que almacenara mayor cantidad de triglicéridos, con lo cual aumenta su obesidad presenta hiperglicemia con desarrollo potencial de diabetes gestacional y sus niños sean macrosómicos debido al constante hipersulinismo fetal, un niño con peso elevado requiere un cuidado postnatal importante por la hipoglicemia neonatal que se presenta, y su posterior disminución de peso normal, especialmente en el primer mes de vida situación que se producen por la pérdida de agua de las células hipertrofiadas por el hipersulinismo fetal.

Anemia nutricional

El aporte insuficiente de alimentos ricos en hierro en la mujer embarazada no logra cubrir sus requerimientos y puede presentar anemia nutricional (palidez, decaimiento, desmayo), por lo tanto necesitara suplementos de hierro, además de una buena alimentación.



Fuente: MSP módulo 2 Programa nacional alimentación y nutrición pann 2000

La deficiencia de hierro durante el embarazo se ha asociado con: mayor riesgo de mortalidad materna, bajo peso al nacer, mayor riesgo de sufrir infecciones puerperales y alteraciones en el desarrollo cognitivo en el recién nacido.

Obesidad

La obesidad es un problema de desequilibrio de nutrientes, que se traduce en un mayor almacenamiento de alimentos en forma grasa, que los requeridos para satisfacer las necesidades energéticas y metabólicas del individuo.

En términos cuantitativos, el sobrepeso en personas adultas se define como un índice de masa corporal (IMC) de 25 a 29.8 kg/m² y la obesidad como un IMC de 30 kg/m² o más.

La obesidad materna según se demuestran numerosos estudios está produciendo un aumento significativo del riesgo de diversas patologías del embarazo, cesáreas y una mayor mortalidad perinatal vinculada a un exceso de peso materno, además se ha demostrado un mayor riesgo de malformaciones congénitas en mujeres obesas, incluyendo malformaciones del tubo neural, cardíacas .

Diabetes gestacional: es aquella diabetes que se diagnostica por vez primera en la gestación actual.

Afecta del 3 al 5 % de todas las embarazadas

Efectos sobre el feto.- esta incrementado el riesgo de macrosomía, con los problemas obstétricos asociados.

En algunos estudios se ha sugerido que también está aumentando el riesgo de malformaciones, probablemente por la influencia en estas etapas precoces de un alteración de la tolerancia a la glucosa existente previamente a la gestación y no conocida.

Efectos sobre la madre.- la madre con diabetes gestacional tiene a corto medio y largo plazo un riesgo incrementado de padecer una diabetes mellitus y datos recientes apuntan a un mayor riesgo de hipertensión, dislipemia y enfermedades cardio vasculares.

Atención a la diabética embarazada.- las características del embarazo y la intensificación del tratamiento conlleva a una mayor carga de ansiedad en la mujer, que puede disminuir si dialogamos con la paciente y su familia informando motivando y orientando.

CHARLA EDUCATIVA N°- 4

Datos informativos

Tema: Signos de alarma durante el embarazo

Grupo: club de madres embarazadas

Tiempo: 20 minutos.

Técnica: participativa, dinámica y explicativa

Responsable: personal de salud

Objetivo general

Explicar a la mujer embarazada sobre los diferentes signos de peligro que debe tener en cuenta

Desarrollo del contenido

Signos de alarma durante el embarazo



Durante el transcurso del embarazo pueden presentarse algunas complicaciones o signos que pueden servir de alarma para identificar alguna anomalía en el transcurso del mismo.

El primer trimestre de embarazo es muy importante tener en cuenta algunos signos de alarma que pueden poner en riesgo el embarazo o la salud de la madre

que afectará directamente en el feto. Es importante tener en cuenta que la mujer embarazada no puede tomar cualquier medicamento. Lo ideal es que no tome ninguno, pero si fuera necesario siempre debe ser indicado por el médico tratante. Cuando el embarazo está avanzado, por arriba de las 20 semanas, debe vigilarse el crecimiento materno - fetal, peso materno, presión arterial, crecimiento abdominal tanto en altura como en perímetro y el crecimiento fetal que se lo realiza por ecografía, la misma que nos indica el estado de bienestar fetal y si existe alguna complicación o malformación fetal.

Entre los signos de alarma tenemos:

1. Dolor en la parte baja del abdomen sin sangrado, puede estar relacionado con amenaza de aborto u otro problema de parto prematuro.
2. Sangrado vaginal o presencia de un flujo sanguinolento, acompañado de dolor en la parte baja del abdomen y dolor lumbar también puede asociarse con una amenaza de aborto (si ocurre antes de 20 semanas); parto prematuro (si ocurre entre las semanas 20 y 37) o problemas con la placenta, cuando se implanta demasiado baja en el útero (placenta previa) o cuando empieza a separarse de la pared interna del útero antes del nacimiento (desprendimiento prematuro de placenta).
3. Puede ser en pequeñas cantidades, manchas de color oscuro tipo borra vino o rojo, con o sin dolor del bajo vientre. Pero si lo que nota es un flujo con olor y un color verdoso, la causa puede ser una infección llamada vaginitis bacteriana.
4. Vómitos excesivos, persistentes y severos, si no se trata puede afectar la nutrición de la madre e impedir el buen desarrollo del bebé. Pueden llevar a la madre a una deshidratación y a una pérdida de peso importante. En este caso la madre debe ser hospitalizada para recibir líquidos y los nutrientes perdidos vía intravenosa.
5. Dolor o ardor al orinar, puede ser una infección urinaria que si no se trata a tiempo puede producir un aborto.
6. Fiebre: ante la aparición de fiebre, especialmente si es alta y de forma persistente, se puede estar en presencia de algún tipo de infección. Por eso es

necesaria la consulta para poder actuar frente a cualquier tipo de mal que pueda afectar al feto. A una mujer embarazada con fiebre persistente se le puede adelantar el parto.

7. Erupciones o ampollas en el cuerpo, debido a enfermedades eruptivas tales como rubeola y varicela.
8. Sed, hambre, pérdida de peso, náuseas y vómito excesivo, boca seca y ganancia de peso (más de 2 kilogramos por mes), pueden indicar una posible diabetes gestacional.
9. Trastornos visuales que pueden ser visión borrosa, destellos, visión doble
10. Palidez extrema: la mujer está débil, cansada, tiene la piel, las conjuntivas y las encías pálidas, las uñas quebradizas, el pulso rápido (más de 100 palpitations por minutos), se sofoca y se desmaya con facilidad. La causa de estos síntomas puede ser una anemia grave. Este problema puede ser muy serio en el momento del parto o durante el puerperio, pues la pérdida de sangre agudiza la anemia. Es recomendable comer verduras de color verde oscuro (acelgas, espinacas, brócoli y otras), carne (vísceras, hígado, corazón, morcilla) y legumbres. De todas maneras, para controlar este problema es necesario atenderse en el centro de salud
11. Vértigo: al igual que un dolor de cabeza persistente y dolores epigástricos, son los síntomas más comunes en la preeclampsia. El identificarlos con rapidez es importante.
12. Cefaleas persistentes: pueden llegar a ser la consecuencia de un cambio en la presión de la madre. Procurar evitar la hipoglucemia, controlar la presión arterial. La hipertensión es frecuente que se presente en el embarazo, puede relacionarse también con la preeclampsia, una enfermedad la cual sus consecuencias son muy importantes, consulte a su médico rápidamente.
13. Disminución o ausencia de movimientos fetales, se perciben a partir de la semana 22 de gestación y reflejan el bienestar del bebé, en caso de que no se perciban se debe consultar inmediatamente.
14. Edema o hinchazón en la cara, manos, y pies, dolor de cabeza intenso, mareos, visión borrosa o zumbidos en los oídos, pueden indicar aumento en la tensión arterial o pre eclampsia, es una condición potencialmente seria que, si no es

tratada inmediatamente puede llevar a complicaciones (convulsiones) o muerte de la madre o el bebé. Estos síntomas se pueden presentar solos o acompañados.

15. Dolor abdominal tipo cólico menstrual, acompañado de endurecimiento del abdomen antes de la semana 37 indica la presencia de actividad uterina (contracciones) relacionadas con un parto antes de término. Si esto se presenta consulte inmediatamente.
16. Pérdida de líquido amniótico. Sentirá un líquido tibio, de olor similar a la lejía y de un color blancuzco. La importancia de acudir al médico es para que no se genere una infección.
17. Contracciones uterinas: un dolor que se asemeja al dolor en la menstruación. Puede sentirse en la espalda y en el bajo vientre. Si son dolorosas, frecuentes y regulares y se manifiestan antes de los 8 meses de gestación, indican que el parto puede adelantarse. Es preciso avisarle al médico o acudir rápidamente al centro de salud. (Leininger, 1998)

CHARLA EDUCATIVA N°- 5

Datos informativos

Tema: Importancia de los controles prenatales y los beneficios del hierro y ácido fólico

Grupo: club de madres embarazadas

Tiempo: 20 minutos.

Técnica: participativa, dinámica y explicativa

Responsable: personal de salud

Objetivo general

Explicar a la mujer embarazada sobre los diferentes signos de peligro que debe tener en cuenta

Desarrollo del contenido

Importancia de los controles prenatales y los beneficios del hierro y ácido fólico



La importancia del cuidado prenatal y los controles de salud.

La gestación es una etapa llena de cambios para la madre como para el entorno familiar y puede vivirse en conjunto, convirtiéndose en una gran oportunidad para compartir y crecer. Puede vivirse como una experiencia consiente, responsable y plena; es un periodo de enriquecimiento y muy gratificante.

No olvides que los niños y niñas perciben su entorno desde el útero, y para brindarle bienestar desde el principio, es importante conocer los cuidados necesarios durante la gestación. La idea es que esta etapa puedas vivirla como una gran experiencia para sentirte bien, saludable y feliz a la espera del hijo o hija que se está desarrollando.

En esta etapa es fundamental cuidar la salud de la madre y del niño o niña que va a nacer. Para eso la familia puede contribuir propiciando un entorno saludable.

Es una gran oportunidad para aprender cómo llevar una vida activa y sana, lo que te hará bien a ti y a tu hijo o hija.

Controles de salud

Es indispensable asistir a los controles prenatales en el centro de salud (consultorio) más cercano. Es importante mantener los controles al día y aprovecharlos para aclarar todas tus dudas.

Los controles del embarazo contribuyen a proteger la salud de la madre, a estimular el afecto entre toda la familia y el niño o niña que está por nacer. Además favorecen el desarrollo de la guagua y permiten detectar a tiempo posibles complicaciones.

Realice **su primer control prenatal** entre las siete u ocho semanas desde que ocurrió la última regla o bien una vez obtuvo el primer test de embarazo positivo. Es importante que el primer control de gestación se realice antes de las 14 semanas de gestación.

Generalmente se realizan un mínimo de siete controles prenatales. En los centros de salud te asignan fecha y hora para acudir a los controles y exámenes. Lo ideal es que la madre vaya acompañada por su pareja o un familiar o una amiga/o.

Los exámenes mínimos son:

- Clasificación de grupo sanguíneo y factor Rh

- Hematocrito y hemoglobina
- Glicemia
- Orina completa
- VDRL O RPR
- Test de Elisa para detectar VIH (previa consejería y consentimiento de la embarazada).

En este período, también es importante asistir a una consulta con el odontólogo/a, ya que durante la gestación aumenta el riesgo de enfermedades a las encías y dientes. La salud bucal de la madre puede influir en la salud bucal del niño o niña.

Además de los cuidados en la alimentación, la mujer debe evitar el consumo de sustancias que afectan de forma negativa a su embarazo, tales como:

- Medicamentos no recetados por el médico o matrona
- Alcohol
- Tabaco
- Drogas
- Café

No al alcohol

El alcohol que ingiere la madre logra traspasar la placenta, por lo tanto, la guagua también lo recibirá. Se ha comprobado que los hijos/as de madres bebedoras pueden presentar el síndrome alcohólico fetal, provocando el bajo peso del recién nacido/a y posibilidades de retardo mental.

No al tabaco

El tabaco tiene efectos negativos sobre la placenta y la guagua. Los recién nacidos/as de madres fumadoras tienen menor peso promedio y un volumen cerebral menor, comparados con los de madres no fumadoras. Se recomienda que una mujer en gestación no fume y que si hay familiares fumadores, estos no fumen dentro de la casa cuando hay mujeres gestantes y niños/as en el hogar.

Entorno saludable

Brindar un entorno sano y protegido es esencial para que la madre se sienta bien y para que la guagua crezca y se desarrolle óptimamente. Es recomendable no fumar dentro de la casa, ya que el humo del tabaco puede tener efectos negativos en la placenta y en la guagua.

También es importante que en la casa exista un espacio acogedor y tranquilo para descansar. Es bueno que, dentro de su rutina, la mujer gestante destine un tiempo para reposar y conectarse con su guagua. Hablarle, cantarle, imaginar a la guagua y conectarse es fundamental para su desarrollo; esto además contribuye a eliminar el estrés. Escuchar música es una buena forma de relajarse y estimular a la guagua.

Preparando el hogar...

La guagua necesitará un espacio propio dentro de la casa donde pueda dormir tranquilamente. Esto será fundamental para su crecimiento y desarrollo. Lo ideal es elegir un espacio que cuente con luz natural y ventilación adecuada.

Medicamentos durante el embarazo.

No es recomendable tomar medicamentos durante la gestación, a no ser que sean indicados por un profesional.

Sin embargo, existen algunos medicamentos (vitaminas) que son indicados habitualmente durante la gestación.

Importancia de consumir el hierro y ácido fólico

Hierro

Se utiliza principalmente para tratar y/o prevenir la anemia. El consumo de hierro es bajo en la población de mujeres y en la gestación ocurren cambios a nivel de la circulación sanguínea que predisponen a anemia. Por este motivo, muchas veces es necesario que las mujeres en gestación consuman hierro (pastillas).

Ácido fólico

Es una vitamina que ayuda a prevenir defectos de nacimiento en el cerebro y en la médula espinal (tubo neural) de la guagua y también algunas anemias. Por ello es bueno consumirlo antes de la gestación y durante las primeras semanas.

4.4.10 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Mes	Fecha	Hora	Contenido	Tiempo	Responsable
Enero	29/01/17	14 h 00	Necesidades nutricionales de la embarazada	20 min.	Personal de salud
Febrero	26/02/17	14 h 00	Alimentación de la mujer embarazada	20 min.	Personal de salud
Marzo	26/03/17	14 h 00	Problemas nutricionales más frecuentes durante el embarazo	20 min.	Personal de salud
Abril	30/04/17	14 h 00	Signos de peligro en una mujer embarazada	20 min.	Personal de salud
Mayo	28/05/17	14 h 00	Importancia de los controles prenatales y los beneficios del hierro y ácido fólico	20 min.	Personal de salud

4.4.11 RECURSOS Y PRESUPUESTO

Recursos Humanos

Personal de Salud de la Unidad Operativa San Lorenzo

Recursos materiales

- Hojas de papel boom
- Internet
- Computador
- Gigantografias

4.4.12 PRESUPUESTO

MATERIALES	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
Gigantografias	5	6 dólares	30 dólares
Transporte	2	5 dólares	10 dólares
Total	7	11	40 dólares

4.4.13 META

Propuesta: Ejecución del programa educativo a 30 madres gestante que acuden al centro de salud San Lorenzo.

Alcanzada: Desarrollar el programa educativo en el club de madres gestantes que acuden al centro de salud San Lorenzo.

4.4.14 SOSTENIBILIDAD DE LA PROPUESTA

Mediante el compromiso de los miembros que integran la Unidad Operativa San Lorenzo se realizara la ejecución del programa educativo con la finalidad de

contrarrestar las anomalías presentadas en esta unidad de salud dicho proyecto beneficiara a las madres gestantes a adquirir mayor educación de acuerdo a las complicaciones que se pudieran presentar en sus embarazos por la falta de conocimiento.

4.4.15 FACTIBILIDAD

Por la realización del programa educativo se contara con la ayuda de los miembros del Centro de Salud San Lorenzo y también la colaboración y participación del club de madres gestantes.

4.4.16 RESULTADOS QUE SE PRETENDE ALCANZAR CON EL PROGRAMA

Los resultados obtenidos al elaborar el programa educativo cumpliendo así los objetivos planteados se logros ampliar los conocimientos y sensibilizar a las madres de acuerdo con las temáticas implantadas como Necesidades nutricionales de la embarazada, Alimentación de la mujer embarazada, Problemas nutricionales más frecuentes durante el embarazo, Signos de peligro en una mujer embarazo, Importancia de los controles prenatales y los beneficios del hierro y ácido fólico.

4.4.17 EVALUACIÓN QUE SE PRETENDE ALCANZAR CON EL PROGRAMA

Mediante la cooperación de 30 Madres que fueron accesibles y brindaron su colaboración para realizar el programa educativo facilitando de esta manera evaluar el grado de educación y múltiples factores que afectan al desarrollo físico, emocional, y biológico durante su embarazo, el déficit de conocimientos sobre el desarrollo fisiológico de su bebe y la adecuada alimentación a nivel familiar fue un factor prioritario para impartir charlas de temas que mejoren el estilo de vida, en cuanto a los temas como Necesidades nutricionales de la embarazada, Alimentación de la mujer embarazada, Problemas nutricionales más frecuentes durante el embarazo, Signos de peligro en una mujer embarazo,

Importancia de los controles prenatales y los beneficios del hierro y ácido fólico se logró reorientar a las madres , la entrega de gigantografías de acuerdo a los temas , como conclusión del resultado de trabajo continuo cumpliendo así con los objetivos plateados en este programa.

CAPITULO 5

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

Al terminar este proyecto de investigación se concluye lo siguiente:

- Al realizar el análisis de las encuestas aplicadas a las madres se pudo observar que las complicaciones más frecuentes en la Parroquia San Lorenzo fueron, infecciones de vías urinarias con un alto riesgo seguido de Preeclampsia y diabetes gestacional mediante grupo de edad de 20 a 45 años, que tiene mayor probabilidad de sufrir riesgos.
- El nivel de educación que se encontró al realizar el estudio en las madres con un bajo índice del 46.7% manteniendo solo la primaria incompleta ya que por sus bajos recursos no pueden continuar con sus estudios.
- Al finalizar la investigación las mujeres presentan complicaciones durante su etapa de embarazo con antecedentes de haber tenido de 1 a 2 hijos con un periodo intergenesico de 4 a más años sabiendo que son por parto vaginal.
- El riesgo de presentar complicaciones está en relación con la edad materna, siendo mayor si la edad de la mujer embarazada es menor de 15 años (en la adolescencia temprana) y también puede presentar algún tipo de riesgo cuando la madre pasa los 35 años de edad.
- Al concluir el presente trabajo se pudo comprometer al personal de salud mediante el fortalecimiento de sus conocimientos sobre cumplimiento del programa educativo como guía para favorecer los cuidados en el embarazo.

5.2 RECOMENDACIONES

- Poner énfasis en los factores de riesgo sin subestimar ciertas variables como la falta de control prenatal, las cuales están estrechamente relacionadas con la morbilidad materna.
- Se debe dar un cuidado siempre con un enfoque clínico de riesgo, revisando la historia clínica y realizando el examen físico en forma integral e individualizada.
- Realizar una vigilancia clínica apropiada al control del embarazo, trabajo del parto y puerperio, tomando en cuenta los lineamientos establecidos por las normas del MSP
- Asegurar la actualización continua para mejorar el nivel de conocimientos ,destrezas para un mejor desempeño profesional
- Difundir programas de promoción y prevención en las comunidades y centro de salud sobre importancia de las señales de peligro, alimentación de la madre gestante y control prenatal.

ANEXOS

Anexo N° 1: Nómina de madres encuestadas

N°	APELLIDOS Y NOMBRES
1	Chiluiza Lorena
2	Guzmán Melisa
3	Padilla Janeth
4	Curay Hilda
5	Ávila Ashley
6	Patín luisa
7	Monar Marcia
8	Chinque Carmita
9	Cajo Bolivia
10	Sisa Ana
11	Galarza Martha
12	Alarcón Ana Lucia
13	Villa Elizabeth
14	Naranjo consuelo
15	Fogacho Nancy
16	Guingla Luz
17	Bonilla Adriana
18	Azadabay Verónica
19	Rea Gladys
20	Alarcón clara
21	Pucha Jimena
22	Villasis Narcisa
23	Guastay Gloria
24	Ramírez Elva
25	Agualongo Ninfa
26	Tatamuez Joselyn

27	Manobanda Brione
28	Guigla Carmen
29	Fogacho Roció
30	Guamán María

Anexo N. 2 Modelo de encuesta aplicada a las madres encuestadas



**UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y EL SER HUMANO
ENCUESTAS A LAS MADRES GESTANTES QUE ASISTEN A L
CENTRO DE SALUD DE SAN LORENZO**

1: ¿Con que lapso de tiempo tubo a su hijos?

Menos de 1 año.....

A los 2 años.....

A los 3 años.....

A los 4 y más.....

2: ¿Qué formas de parto ha tenido?

Parto normal.....

Cesaria.....

Ambos.....

3: ¿Ha tenido complicaciones durante su último embarazo?

Si.....

No.....

4.- Conoce cuáles son los problemas con mayores riesgos en el embarazo

Si

No

5.- Cuando tiene infección acude de inmediato el centro de salud.

Si

No

6.- Le han orientado sobre los peligros que tiene su embarazo.

Si

No

7.- Siente que recibe el cuidado necesario de su familia

Si

No

8.- Siente que recibe el cuidado necesario del personal de salud

Si

No

9.- Conoce qué es la morbilidad materna

Si

No

10.- Sabe cómo se puede prevenir la morbilidad materna

Si

No

Gracias por su atención

**Anexo N. 3 Modelo de guía de observación a las fichas médicas de las
madres gestantes**



**UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y EL SER HUMANO
GUÍA DE OBSERVACIÓN**

1.- Cuál es la edad de las madres gestantes con morbilidad materna

Escalas

12 a 20
20 a 45
45 y mas

2.- Qué nivel de educación tienen las madres gestantes

Escalas

Primaria
Secundaria
Superior
Ninguno

3.- Número de hijos que tienen

Escalas

1 hijo
2 hijos
3 hijos
4 y mas

4.- Religión que practican

Escalas

Católicos
Evangélicos

5.- En qué sector geográfico viven

Escalas

Rural
Urbano

6.- Cómo se auto identifican

Escalas

Mestizos

Indígenas

7.- Cuáles son los ingresos económicos que poseen

Escalas

\$ de 0 a 50

\$ de 51 a 100

\$ de 101 a 200

\$ de 201 a 300

\$ de 301 y mas

Anexo N. 4 Modelo de encuesta aplicada al personal de Salud



UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y EL SER HUMANO ENCUESTA REALIZADA AL PERSONAL DE SALUD DE LA UNIDAD OPERATIVA SAN LORENZO

1.- ¿Cuál de las siguientes complicaciones son más frecuentes en mujeres embarazadas?

- Eclampsia
- Preclamsia
- Infección de vías urinarias
- Diabetes gestacional

2.- ¿Cuál es las señales de alarma más sobresaliente en mujeres gestantes?

- Cefalea
- Sangrado vaginal
- Ausencia de movimientos fetales
- Fiebre

3.- ¿Que técnicas utiliza para identificar los factores de riesgo en una mujer gestante?

- Observación
- Dialogo
- Revisión de historias clínicas

4.- ¿Que factor de riesgo influye más en la morbilidad materna?

- Factores socioeconómicos
- Factores socioculturales
- Factores clínico obstétricos

5.- ¿Qué acciones toma el personal de salud en pacientes que presentan riesgos en el embarazo?

- Concientizar a los controles prenatales
- Realizar visitas domiciliarias

Gracias por su at



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO
ESCUELA DE ENFERMERÍA
UNIDAD DE TITULACIÓN
INFORME DE SEGUIMIENTO DE EJECUCIÓN PROYECTO DE INVESTIGACIÓN**

DATOS GENERALES

TÍTULO: FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA MORBILIDAD MATERNA EN PACIENTES QUE PERTENECEN AL CENTRO DE SALUD SAN LORENZO EN EL PERIODO 2014 AL 2016.

APELLIDOS Y NOMBRES DEL DIRECTOR/A O TUTOR/A: Doctora María Elena León V

APELLIDOS Y NOMBRE DE/LOS ESTUDIANTES INTEGRANTES: Chela Mullo Mary Elizabeth - Espinoza Sanabria Ana Karolina

FECHA DE INICIO DEL PROYECTO: Septiembre 2016

FECHA DE FINALIZACIÓN DEL PROYECTO: Marzo 2017

CUMPLIMIENTO DE EJECUCIÓN DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN COMO MODALIDAD DE TITULACIÓN	HORAS DE TUTORIA O DIRECCIÓN PLANIFICADAS (100)	HORAS DE TUTORIA O DIRECCIÓN CUMPLIDAS SEGÚN DISTRIBUTIVO	HORAS AUTÓNOMAS CUMPLIDAS POR EL ESTUDIANTE SEGÚN PLANIFICACIÓN (300)	HORAS AUTÓNOMAS CUMPLIDAS POR EL ESTUDIANTE EN LA EJECUCIÓN	ACTIVIDADES CUMPLIDAS	OBSERVACIONES
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA • Formulación del Problema	8	4	20	27	15/09/2016 Orientación por parte de la tutora: 15:00 –	19/09/2016 Realizamos un replanteamiento del tema

					17:00. 22/09/2016 Formulación del problema. 10:00 – 16:00 23/09/2016 Formulación del problema. 10:00 – 16:00 29/09/2016 Presentación y corrección del problema: 9.00 – 11:00	
2. OBJETIVOS • Definición de objetivo general y específicos	15	6	20	29	06/10/2016 Revisión bibliográfica en internet: 09:00 – 13:00 07/10/2016 Revisión bibliográfica en la biblioteca: 10:00 – 14:00 10/10/2016 Formulación de objetivos: : 09:00 – 14:00 11/10/2016 Revisión bibliográfica: 11:00 – 12:00 12/10/2016 Formulación de objetivos: 13:00 – 18:00 13/10/2016 Presentación y	06/10/2016 se cambia fecha de tutoría para el día 10/10/2016 por cuestiones académicas

					corrección de la tutora: 09:00 – 12:00	
3. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	5	7	20	29	<p>12/10/2016 Revisión bibliográfica en internet 09:00 – 13:00.</p> <p>13/10/2016 Revisión bibliográfica en la biblioteca 10:00 – 14:00.</p> <p>17/10/2016 Formulación de la justificación 09.00 – 14:00.</p> <p>18/10/2016 Revisión bibliográfica.</p> <p>19/10/2016 Formulación de la justificación 9:00 – 12:00.</p> <p>20/10/2016 Presentación y corrección de la tutora: 09:0 – 12:00.</p>	

<p>4. MARCO TEÓRICO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Antecedentes de la Investigación • Bases Teóricas-científica • Definición de Términos (Glosario) • Sistemas de hipótesis (de ser necesarias) • Definición y sistema de Variables 	15	24	50	117	<p>24/10/2016 Revisión de artículos científicos: 213:00 – 18:00.</p> <p>24/10/2016 Revisión de antecedentes de la investigación en artículos científicos: 09:00 – 13:00.</p> <p>25/10/2016 Revisión bibliográfica en la biblioteca: 10:00 – 14:00.</p> <p>27/10/2016 Presentación con la tutora y corrección: 09:00 – 14:00 – 18:00.</p> <p>08/11/2016 Desarrollo del marco teórico: 09:00 – 13:00.</p> <p>09/11/2016 Desarrollo del marco teórico: 09:00 – 13:00.</p> <p>11/11/2016 Desarrollo del marco teórico: 09:00 – 13:00.</p> <p>14/11/2016 Desarrollo del marco teórico: 13:00 – 18:00.</p>	
--	----	----	----	-----	--	--

					<p>15/11/2016 Desarrollo del marco teórico: 09:00 – 13:00.</p> <p>17/11/2016 Se realiza revisión corrección por parte de la tutora: 10:00 -14:00.</p> <p>22/11/2016 Se realiza revisión y corrección de la tutora: 09:00 – 14:00.</p> <p>24/11/2016 Revisión y corrección por parte de la tutora: 10:00 - 13:00.</p> <p>05/12/2016 investigación de temas para las encuestas a las madres embarazadas: 09:00 – 13:00.</p> <p>06/12/2016 Formulación de la encuesta: 13:00- 18:00.</p> <p>08/12/2016 Revisión de la encuesta por parte de la tutora: 09:00 – 12:00.</p> <p>13/12/2016 Aplicación de la encuesta a las madres</p>	<p>20/12/2016</p> <p>No asistimos a tutorías por cuestiones de feriado de navidad y año viejo</p>
--	--	--	--	--	---	---

					<p>embarazadas: 15:00 – 18:00.</p> <p>20/12/2016 Análisis e interpretación de la encuesta realizadas 11:00 – 18:00.</p> <p>22/12/2016 Análisis e interpretación de la encuesta realizadas 11:00 – 18:00.</p> <p>26/12/2016 Análisis e interpretación de la encuesta realizadas: 09:00 – 13:00.</p> <p>27/12/2016 Revisión y corrección por parte de la tutora: 16:00 – 19:00.</p>	
<p>5. MARCO METODOLÓGICO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nivel de Investigación • Diseño • Población y Muestra • Técnicas e Instrumentos de recolección de datos • Técnicas de procesamiento y Análisis de datos (estadístico utilizado) 	15	9	40	30	<p>05/01/2017 Revisión bibliográfica de niveles de investigación: 09:00 – 12:00 y 13:00 – 18:00.</p> <p>09/01/2017 Realización del nivel de investigación: 10:00 – 13:00 y 15:00 – 18:00.</p> <p>12/01/2017 Se realiza revisión</p>	<p>No realizamos tutorías por asistir la tutora a controles médicos fuera de la ciudad.</p> <p>No se realiza tutorías por razones académicas de la tutora.</p>

					<p>y corrección por parte de la tutora: 15:00 – 18:00.</p> <p>18/01/2017 Tabulación de las encuestas realizadas: 14:00 – 18:00.</p> <p>24/01/2017 Tabulación de las encuestas realizadas: 9:00 – 13:00 y 15:00 – 18:00.</p> <p>26/01/2017 Tabulación de las encuestas realizadas: 15:00 – 18:00.</p> <p>31/01/2016 Revisión y corrección por parte de la tutora: 16:00 – 19:00.</p>	
6. RESULTADOS O LOGROS ALCANZADOS SEGÚN LOS OBJETIVOS PLANTEADOS	15	6	40	26	<p>06/02/2017 Análisis e interpretación de resultados: 09:00 – 12:00 y 15:00 -18:00</p> <p>08/02/2017 Análisis e interpretación de resultados: 13:00 – 18:00 y 15:00 -18:00.</p> <p>09/02/2017revisión por parte de la tutora 9:00- 14:00</p>	

<p>7. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS</p> <ul style="list-style-type: none"> Definición de los recursos con los que se lleva a cabo la investigación Cronograma 	2	4	20	5	<p>22/02/2017 Realización del cronograma: 09:00 - 14:00.</p> <p>23/02/2017 Realización del cronograma: 09:00 - 14:00.</p> <p>24/02/2017 revisión por parte de la tutora 9:00 – 12:00</p>	
<p>8. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</p> <ul style="list-style-type: none"> Conclusiones Recomendaciones 	5	15	30	10	<p>01/03/2017 Realización de conclusiones: 09:00 – 13:00</p> <p>02/03/2016 Realización de conclusiones: 09:00 – 13:00 y 14:00 – 18:00.</p> <p>03/02/2017 Realización de recomendaciones: 09:00 – 13:00 y 14:00 – 18:00.</p> <p>06/02/2017 Realización de recomendaciones: 09:00 – 13:00 y 14:00 – 18:00.</p>	
<p>9. DEFINICIÓN Y REDACCIÓN DE BIBLIOGRAFÍA</p>	5	5	20	5	<p>13/03/2017 Revisión y unión de bibliografías: 09:00 – 13:00</p> <p>14/03/2017 Revisión por parte</p>	

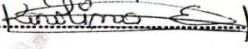
					de la tutora de bibliografías: 09:00 – 13:00 y 14:00 – 18:00.	
10. CORRECCION DE PRIMER BORRADOR Y CALIFICACIÓN FINAL DEL PROYECTO	15	20	40	22	13/02/2017 revisión del primer borrados: 9.00 – 14:00. 17/02/2017 revisión por parte de la tutora 9:00 – 14:00 13/03/2017 revisión por parte de los pares los borradores: 10.00 – 12:00 y 14:00 – 18:00 14/03/0217 revisión del borrador por parte de la tutora 9:00- 14:00 15/03/2017 revisión por parte de la tutora 13:00 – 16:00.	
TOTAL HORAS	100	100	300	300		

CONCLUSIONES:.....
.....
.....
.....
.....

FIRMA DEL DIRECTOR O TUTOR

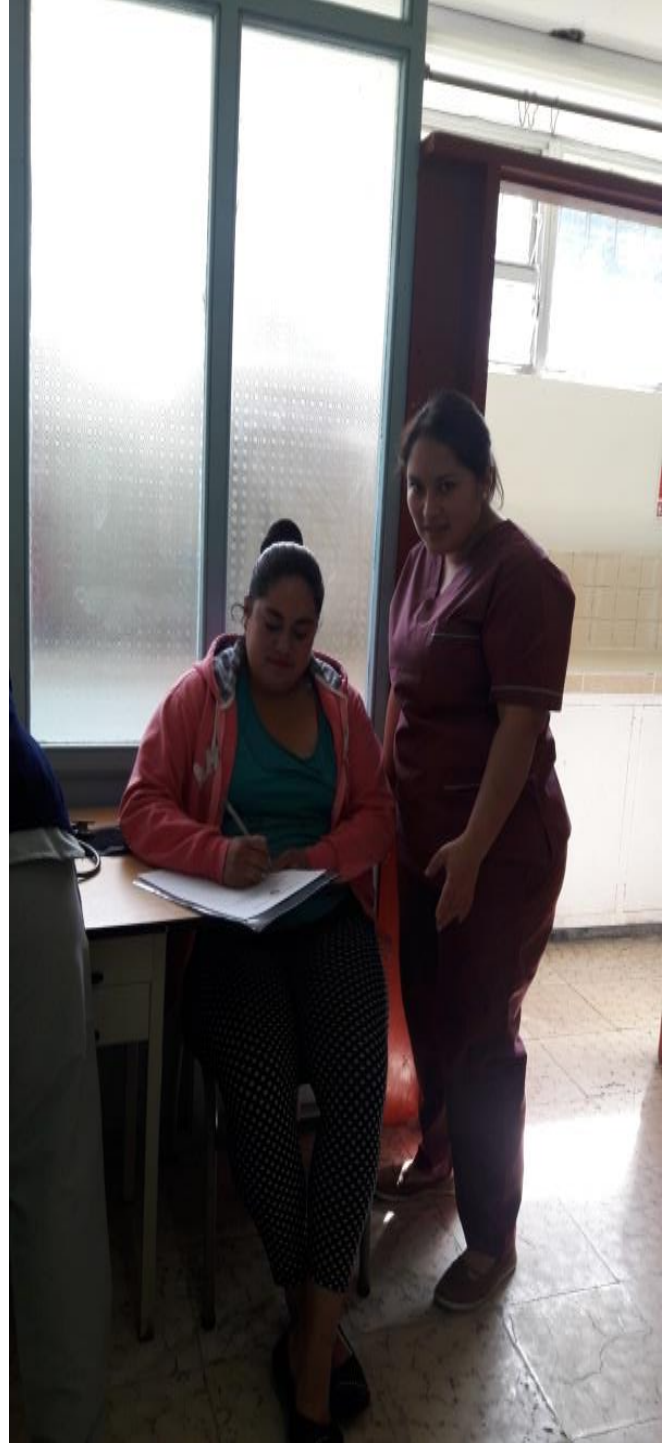

.....

FIRMA DE/LOS ESTUDIANTES INTEGRANTES


.....

.....


COORDINADOR/A UNIDAD TITULACIÓN

Anexo N° 5: Aplicación de las encuestas a madres que acuden al centro de salud San Lorenzo.



Anexo N° 6: Aplicación de las encuestas a madres que acuden al centro de salud San Lorenzo.



Anexo N 7.- Aplicación de las encuestas realizadas al personal de salud



Anexo N 8.- Revisión de las Historias Clínicas de las madres que acuden al centro de salud de San Lorenzo



Anexo N 9.- Entrega del material didáctico a los miembros de la unidad del centro de Salud de San Lorenzo



Anexo N 10.- Entrega de las Gigantografias al personal de salud
Tema: Alimentación de la mujer embarazada



Anexo N 11.- Entrega de las Gigantografias al personal de salud

Tema: Beneficios de la leche materna



**Anexo N 12.- Entrega de las Gigantografias al personal de salud
Tema: Lactancia Materna**



Anexo N 13.- Entrega de las Gigantografias al personal de salud

Tema: semáforo de los factores de riesgo



Anexo N 14.- Entrega de las Gigantografias al personal de salud

Tema: importancia de los controles prenatales



Anexo N. 16.- Autorización por parte del Centro de Salud San Lorenzo de realizar el Proyecto de Investigación



Guaranda 21 de Septiembre del 2016

Doctora

Alexandra Borja

DIRECTORA DEL CS SAN LORENZO

Presente

De mi consideración:

Yo: **MARY ELIZABETH CHELA MULLO** con CL: **020237165-4** estudiante de la **ESCUELA DE ENFERMERÍA , FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO** , solicito comedidamente a usted como directora de la unidad operativa san Lorenzo se me autorice realizar el proyecto de titulación en esta unidad de salud , con el tema "**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA MORBILDAD MATERNA EN PACIENTES QUE PERTENECEN AL CS SAN LORENZO EN EL PERIODO 2014 AL 2016** ", a la vez facilitarme la información que se requiera para dicha investigación.

Seguro de contar con dicha información mi sincero agradecimiento.

Atentamente,

Mary Elizabeth Chela Mullo

CL: 020237165-4



Anexo N. 17.- Certificado del Centro de Salud San Lorenzo de haber culminado el Proyecto de Investigación



CENTRO DE SALUD SAN LORENZO

Lic. Magaly Camacho Directora del Centro de Salud San Lorenzo a petición de la parte interesada

CERTIFICO

Que las Internas Rotativas de Enfermería de la Universidad Estatal de Bolívar: la Srta. **Chela Mullo Mary Elizabeth**, con C.I. 0202371654, **Espinoza Sanabria Ana Karolina**, con C.I. 1714154000, desarrollaron el **“PROGRAMA EDUCATIVO PARA EVITAR COMPLICACIONES EN LA MUJER EMBRAZADA CON LOS TEMAS : NECESIDADES NUTRICIONALES DE LA EMBARAZADA , ALIMENTACIÓN DE LA MUJER EMBARAZADA , PROBLEMAS NUTRICIONALES MÁS FRECUENTES DURANTE EL EMBARAZO, SIGNOS DE PELIGRO EN UNA MUJER EMBARAZA, IMPORTANCIA DE LOS CONTROLES PRENATALES Y LOS BENEFICIOS DEL HIERRO Y ÁCIDO FÓLICO”**. En el Centro de Salud San Lorenzo el mismo que consta en el desarrollo del proyecto de titulación.

Es todo lo que puedo certificar en honor a la verdad por lo que pueden hacer uso de este certificado legal que a bien tuvieran

Expedido: En San Lorenzo el nueve de febrero del dos mil diecisiete


Lic. Magaly Camacho
Directora del SCS San Lorenzo



Anexo N. 18.- Acta de entrega – recepción de materiales didácticos a la institución



ACTA DE ENTREGA-RECEPCIÓN

En la Parroquia San Lorenzo del día ocho de diciembre del dos mil dieciséis en la Unidad Operativa San Lorenzo en presencia de la Lic. Magaly Camacho como directora del Centro de Salud, se procedió al levantamiento de la presente acta de entrega-recepción de los materiales didácticos como apoyo para la Unidad Operativa

RECURSOS MATERIALES. Se entrega seis gigantografías un tarjetero para clasificar las fichas de las mujeres embarazadas por riesgos

La Lic. Magaly Camacho, declara que recibe los recursos, objeto de esta acta con las reservas de Ley, para que se proceda, hacer valer sus derechos en su oportunidad. Las señoritas Mary Elizabeth Chela Mullo y Ana Karolina Espinoza Sanabria, declaran que entregan todos y cada uno de los materiales didácticos con el propósito de cumplir con los objetivos planteados en su proyecto de titulación.

Para constancia de lo actuado se firma en unidad de acto la presente acta, siendo las catorce horas del día ocho de diciembre del dos mil dieciséis

Entrega conforme

Mary Elizabeth Chela Mullo
CI 0202371654

Ana Karolina Espinoza Sanabria
CI 1714154000

Recibe conforme

Lic. Magaly Camacho
CI 020153374-2



Anexo N. 19.- Acta de compromiso del personal de salud en realizar el programa educativo “Morbilidad sin complicaciones”



**DIRECCIÓN DISTRITAL 02D01 GUARANDA – SALUD
CENTRO DE SALUD SAN LORENZO**

ACTA DE COMPROMISO

Yo, **Magaly Alexandra Camacho**, con CI 020153374-2 Directora de la Unidad Operativa San Lorenzo me comprometo conjuntamente con el personal que labora en esta unidad en cumplir con el **PROGRAMA EDUCATIVO “PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES EN LA MUJER EMBARAZADA”** con el club de madres gestantes, según el cronograma establecido en el proyecto de titulación elaborado por las estudiantes **Mary Elizabeth Chela Mullo y Ana Karolina Espinoza Sanabria**.

**LIC. MAGALY CAMACHO
DIRECTORA DE LA UNIDAD y LÍDER DE ENFERMERÍA**



Ángel Polibio Chávez
Teléfono 03(2)201004
www.scssanlorenzo@yahoo.es

Anexos

Formulario del registro bibliográfico de tesis

UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR
BIBLIOTECA GENERAL
FORMULARIO DE REGISTRO BIBLIOGRÁFICO DE TESIS

Facultad: Ciencias de la Salud y del Ser Humano

Carrera: Enfermería

Tesis de Grado:

Proyecto de Investigación:

Título:

Factores de riesgo asociados a la morbilidad materna en pacientes que pertenecen al Centro de Salud San Lorenzo en el periodo 2014 al 2016.

Autor o Autores

Chela Mullo Mary Elizabeth
Espinoza Sanabria Ana Karolina

Colaboradores:

Lic. Magaly Camacho

Entidad que auspició el proyecto de titulación

Centro de Salud San Lorenzo

Financiamiento: SI NO

Fecha de entrega del proyecto: 16 - 02- 2017

Grado Académico a Obtener: Licenciada en Ciencias de la Enfermería

Resumen:

RESUMEN

El presente trabajo de investigación partió de la necesidad de establecer cuáles son los factores de riesgo para la morbilidad materna, que permitió establecer el tema: “**Factores de riesgo asociados a la morbilidad materna en pacientes que pertenecen al Centro de Salud San Lorenzo en el periodo 2014 al 2016**”, para lo cual se plantearon como objetivos la identificación de los factores de riesgo asociados a morbilidad materna a través de la revisión de historias clínicas que permitan conocer el perfil de las pacientes

gestantes y la obtención de información realizando encuestas al grupo objetivo para diseñar un programa educativo y materiales didácticos.

Una vez que se fundamentó la teoría científica de las variables involucradas se determinaron aspectos relevantes en el contexto de la investigación que permitieron conocer que los factores de riesgo son socioeconómicos y clínico obstétrico, a partir de los cuales se diseñó el instrumento de recolección de información, mediante encuestas y la revisión de historias clínicas de las pacientes.

Esto permitió establecer como conclusiones que los factores clínicos obstétricos como el número de gestaciones, paridad, cesáreas previas, tuvieron relación directa con la morbilidad materna, en donde predomina en el grupo de edad de 20 a 45 años, y una baja escolaridad del 46.7% primaria incompleta, por otro lado las complicaciones obstétricas fueron la principal causa de morbilidad materna considerado un indicador de salud pública no resuelto por muchos años.

En la parte final se diseñaron las estrategias metodológicas que plantea la orientación a la embarazada sobre temas de alimentación saludable, la promoción de la importancia y el cumplimiento de los requerimientos nutricionales, identificación de los signos de peligro e incentivar a la madre gestante sobre la importancia de los controles prenatales, beneficios del hierro y ácido fólico. Los resultados obtenidos han servido para reconocer la importancia de capacitar a las madres gestantes sobre la prevención de factores de riesgo identificados, evitando así la morbilidad con índices de influencia significativos en el país.

Abstract:

ABSTRACT

The present research work was based on the need to establish what are the risk factors for maternal morbidity, which allowed to establish the theme: "Risk factors associated with maternal morbidity in patients who belong to the San Lorenzo Health Center in the period 2014 to 2016, "for which the objectives were identified as the identification of risk factors associated in maternal morbidity through the review of clinical records that allow to know the profile of pregnant patients and obtaining information by conducting surveys to the

group Objective to design an educational program and didactic materials.

Once the scientific theory of the variables involved was established, relevant aspects were determined in the context of the investigation that allowed to know that the risk factors are socioeconomic, sociocultural and obstetric clinical, from which the instrument of collection of Information that, through the survey and review of patients' medical records.

This allowed us to establish as conclusions that the obstetric clinical factors such as the number of pregnancies, parity, previous cesarean sections of research were directly related to maternal morbidity, where it predominates in the age group of 20 to 45 years, and a low level of education 46.7% primary incomplete, on the other hand obstetric complications were the main cause of maternal morbidity considered a public health indicator and not resolved for many years.

In the final part, we designed the methodological strategies that propose the guidance to pregnant women about healthy eating, promoting the importance and fulfillment of nutritional requirements, identifying danger signs and encouraging the pregnant mother about the importance of the prenatal benefits of iron and folic acid. The results obtained have served to recognize the importance of training pregnant mothers on the prevention of identified risk factors, thus avoiding morbidity with significant levels of influence in the country.

Palabras Clave o Descriptores

PALABRAS CLAVES

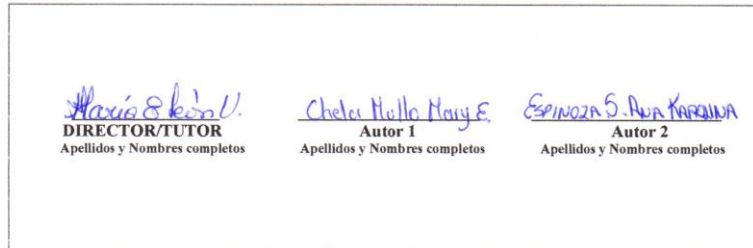
- FACTORES DE RIESGO
- MORBILIDAD MATERNA
- MORTALIDAD
- NUTRICIÓN
- SIGNOS DE ALARMA

Materias principales y secundarias: palabras que identifiquen claramente el material

Materia principal: ej. ENFERMERÍA REPRODUCTIVA Y GINECOLOGÍA.

Materia secundaria: ej. NUTRICIÓN

Firmas:



SE AUTORIZA LA PUBLICACIÓN DE ESTE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN EN EL REPOSITORIO DIGITAL DE LA UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR

Mary E. Chela Hella
Autor 1
Apellidos y Nombres completos

ESPINOZA S. ANA KAROLINA
Autor 2
Apellidos y Nombres completos

Fecha, firma y sello de Biblioteca

Bibliografía

- 6 Andrade, C. G. (15 de julio de 2013). *slideshare*. Recuperado el 18 de marzo de 2017, de slideshare:
<https://es.slideshare.net/carlogonzalezandrade14/hemorragia-obstetrica-24263336>
- 7 Araujo, A. A. (Marzo de 2011). Hemorragia Posparto. *Osakidetza*, 18-19- 24. Recuperado el 28 de Octubre de 2016
- 8 Ariel Estrada-Altamirano, *. R.-D. (2010). Infección de vías urinarias en la mujer embarazada. . *Perinatología y reproducción humana* .
- 9 Begoña Díaz de la Noval, G.-o. d. (2016). Embarazo de alto riesgo. *WebConsultas Healthcare, S.A.*
- 10 Begoña Díaz de la Noval, G.-o. d. (2016). Embarazo de alto riesgo. Recuperado el 12 de Diciembre de 2016
- 11 Cerro, E. L. (2011). Placenta previa. *complejo hospitalario universitario de albacete*, (págs. 1 - 2).

- 12 Correa Vega, F. (2011). La morbilidad materna. *Universidad de Cuenca*, 20-22. Recuperado el 16 de Octubre de 2016
- 13 Correa Vega, F. (2011). La morbilidad materna . *Universidad de Cuenca*, 20-22.
- 14 Dimes., M. o. (2012). Se puede prevenir el embarazo de alto riesgo. *Getting ready for pregnancy*, 1.
- 15 Dimes., M. o. (2012). Se puede prevenir el embarazo de alto riesgo. *Getting ready for pregnancy*, 1. Recuperado el 28 de Octubre de 2016
- 16 Dra. Patricia Asturizaga, D. L. (2014). Hemorragia obstetrica . *Revista Médica La Paz*.
- 17 Enfermedades, C. p. (2012). Cuáles son los factores que generan riesgo para el embarazo? *Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades*, 1,2.
- 18 INEC. (2016). *Reporte de Pobreza y Desigualdad –Junio 2016*. Obtenido de Ecuador en cifras: http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/POBREZA/2016/Junio_2016/Reporte-Pobreza%20y%20desigualdad-Junio-2016.pdf.
- 19 Jurado Ocampo, N. (Abril de 2014). Factores de Riesgo para Morbilidad. *UNIVERSIDAD DEL ROSARIO-BOGOTA*, 22-34. Recuperado el 14 de Octubre de 2016
- 20 Jurado Ocampo, N. (2014). Factores de Riesgo para Morbilidad . *uNIVERSIDAD DEL ROSARIO-BOGOTA*, 22-34.
- 21 Leininger. (1998).
- 22 Leininger. (1998). *Signos de Alarma en la mujer gestante*. Recuperado el 04 de Enero de 2017
- 23 Media, H. (2005). Recuperado el 28 de Octubre de 2016, de <http://es.healthline.com/health/placenta-baja-placenta-previa#Informaci%C3%B3ngeneral1>
- 24 Mónica Elizabet Almirón, S. C. (Diciembre 2005). Diabetes gestacional . *Revista de Posgrado de la Vía Cátedra de Medicina - N° 152* .
- 25 OMS. (2014). Mortalidad materna. *OMS*, 1-5.
- 26 OMS. (2014). Mortalidad materna. *OMS*, 1-5. Recuperado el 14 de Octubre de 2016
- 27 OMS. (2015). Mortalidad Materna. págs. 1-5.
- 28 OMS. (2015). Mortalidad Materna . *OMS*, 1-5.
- 29 Ozorio, S. P. (1981). Clasicacion de embarazos de alto riesgo. *Boletin de la oficina sanitaria panamericana*, 240.

- 30 Pablo Parra- Ramírez, M. B.-M. (2005). Diagnóstico y Manejo Oportuno del Síndrome de HELLP. *Acta Médica Costarricense*.
- 31 Ramoneday, C., & Mussons, B. (2008). *Preeclampsia. Eclampsia y síndrome HELLP*. Madrid: s/e.
- 32 Ricardo, D. O. (2004). Obtenido de <http://gsdl.bvs.sld.cu/cgi-bin/library?e=d-00000-00---off-0ginecolo--00-0---0-10-0---0---0direct-10---4-----0-1|--11-es-50---20-about---00-0-1-00-0-0-11-1-0utfZz-8-00&a=d&cl=CL3>
- 33 Ricardo, D. O. (2004). Obstetricia y ginecología. Recuperado el 10 de Diciembre de 2016
- 34 Salud, O. M. (Septiembre de 2016). Mortalidad Materna. Recuperado el 28 de Octubre de 2016, de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>
- 35 SALUD, O. M. (2016). TEMAS DE SALUD. *ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD*, 1.
- 36 SALUD, O. M. (2016). TEMAS DE SALUD. *ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD*, 1. Recuperado el 16 de octubre de 2016
- 37 Solorzano, L. (2014). Antecedentes de la morbilidad. Lima, Peru.
- 38 Tostel, M. M., ÁlvarezI, M. M., ÁlvarezII, M. S., BarrosIII, D. R., RodríguezIV, M. G., CarbonellIV, M. I., & GonzálezVI, M. R. (2010).
- 39 Tostel, M. M., ÁlvarezI, M. M., ÁlvarezII, M. S., BarrosIII, D. R., RodríguezIV, M. G., CarbonellIV, M. I., & GonzálezVI, M. R. (2010). vigilancia epidemiologica.
- 40 vida, O. P. (mayo de 2008). <http://www.opsoms.org/>.
- 41 vida, O. P. (26 de junio de 2009). Recuperado el 28 de Octubre de 2016, de <http://www.opsoms.org/>
- 42 Ximena. (10 de Diciembre de 2007). PORTADA M 2.cdr alimentacion de la madre embarazada y la madre en periodo de lactancia. *DNNE*, 2-9. Recuperado el 04 de Enero de 2017
- 43 Zev Williams MD, P. F.-C. (12 de 01 de 2010). Condiciones de salud que complican el embarazo. Recuperado el 28 de Octubre de 2016

