



# **UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLIVAR**

## **DEPARTAMENTO DE POSTGRADO**

### **ESPECIALIZACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD**

# **TESINA**

**Previo a la obtención del Título de Especialista en Atención Primaria de la Salud**

## **TEMA**

**Factores de riesgo y controles prenatales en las mujeres embarazadas de 20 a 45 años de edad que acuden al Centro de Salud Echeandia del Cantón Echeandia, Provincia Bolívar en el periodo de Junio a Diciembre del 2013**

**AUTORA**

**LCDA. BORJA GUZMAN VICTORIA MARITZA**

**GUARANDA, MARZO DEL 2014**



# **UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLIVAR**

## **DEPARTAMENTO DE POSTGRADO**

### **ESPECIALIZACIÓN ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD RESOLUCIÓN: CONESUP. RCA. SO1-No. 3508**

## **T E M A**

**Factores de riesgo y controles prenatales en las mujeres embarazadas de 20 a 45 años de edad que acuden al Centro de Salud Echeandia del Cantòn Echeandia, Provincia Bolívar en el periodo de Junio**

**a Diciembre del 2013**

**AUTORA**

**LCDA. BORJA GUZMAN VICTORIA MARITZA**

**GUARANDA, MARZO DEL 2014**



**CERTIFICACIÓN DE LA COMISIÓN DE REVISIÓN DE TESIS  
UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR  
DEPARTAMENTO DE POSTGRADO  
ESPECIALIZACIÓN DE APS**

**TEMA:**

**LA COMISIÓN CERTIFICA QUE:**

**FACTORES DE RIESGO Y CONTROLES PRENATALES EN LAS  
MUJERES EMBARAZADAS 20 A 45 AÑOS DE EDAD QUE ACUDEN AL  
CENTRO DE SALUD ECHEANDIA DEL CANTÓN ECHEANDIA  
PROVINCIA DE BOLÍVAR EN EL PERIODO DE JUNIO A DICIEMBRE  
DEL 2013**


Luego que el trabajo de investigación ha sido revisado, analizado y corregido, éste cumple con la normativa exigida.

.....  
LA COMISIÓN

## AUTORIA NOTARIADA

Los contenidos, opiniones y comentarios, del presente trabajo de investigación, titulado: **FACTORES DE RIESGO Y CONTROLES PRENATALES EN LAS MUJERES EMBARAZADAS 20 A 45 AÑOS DE EDAD QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD ECHEANDIA DEL CANTÓN ECHEANDIA PROVINCIA DE BOLÍVAR EN EL PERIODO DE JUNIO A DICIEMBRE DEL 2013**, son de absoluta responsabilidad de la autora.

Guaranda, marzo del 2014

  
Borja Guzmán Maritza Victoria  
C.C. N° 020185075-7


# Dr. José Córdova Núñez

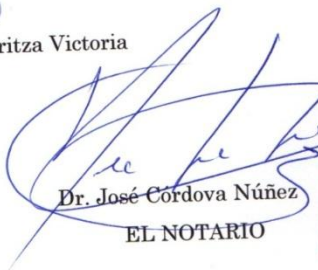


R. DEL E.  
NOTARIA  
PRIMERA  
San Miguel  
Prov. Bolívar

DECLARACIÓN JURAMENTADA DE AUTORÍA  
OTORGADA POR: BORJA GUZMÁN MARITZA VICTORIA  
CUANTIA INDETERMINADA

En San Miguel de Bolívar, República del Ecuador, hoy día lunes catorce (14) de abril del año dos mil catorce, ante mí DOCTOR JOSÉ CÓRDOVA NÚÑEZ, NOTARIO PÚBLICO PRIMERO DE ESTE CANTÓN, comparece la señora: BORJA GUZMÁN MARITZA VICTORIA, casada. La compareciente manifiesta ser ecuatoriana, mayor de edad, de estado civil como deja expresada, domiciliada en el Cantón Guaranda Provincia Bolívar, y de transito por este lugar, legalmente capaz, a quien de conocerle doy fe y dice: Que instruida de la naturaleza, objeto y resultados legales de este instrumento, en forma libre y voluntaria manifiesta que tiene a bien otorgar la presente Declaración Jurada. Al efecto, juramentada que fue en legal y debida forma, previa la explicación de la gravedad del juramento, de las penas del perjurio y de la obligación que tiene de decir la verdad, expone: Yo, BORJA GUZMÁN MARITZA VICTORIA, previo a la obtención del título de Especialista en Atención Primaria de la Salud, manifiesto que los criterios e ideas emitidas en el presente trabajo de investigación titulado: "FACTORES DE RIESGO Y CONTROLES PRENATALES EN LAS MUJERES EMBARAZADAS DE 20 A 45 AÑOS DE EDAD QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD ECHEANDIA DEL CANTÓN ECHEANDIA PROVINCIA BOLÍVAR PERIODO DE JUNIO A DICIEMBRE DEL 2013", es de mi exclusiva responsabilidad en calidad de autora. Es todo cuanto puedo decir en honor a la verdad; y, leída que le fue ésta su declaración a la compareciente, se afirma y se ratifica en lo expuesto y firma conmigo en unidad de acto; de todo lo cual doy fe.

  
Sra. Borja Guzmán Maritza Victoria  
C.C. 020185075-7

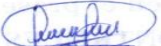
  
Dr. José Córdova Núñez  
EL NOTARIO



## DECLARACIÓN

**YO, FACTORES DE RIESGO Y CONTROLES PRENATALES EN LAS MUJERES EMBARAZADAS 20 A 45 AÑOS DE EDAD QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD ECHEANDIA DEL CANTÓN ECHEANDIA PROVINCIA DE BOLÍVAR EN EL PERIODO DE JUNIO A DICIEMBRE DEL 2013**, declaro que el trabajo aquí descrito es de mi autoría; este documento no ha sido previamente presentado para ningún grado o calificación profesional; y, que las referencias bibliográficas que se incluye han sido consultadas por la autora.

La Universidad Estatal de Bolívar puede hacer uso de los derechos de publicación correspondientes a este trabajo, según lo establecido por la Ley de Propiedad Intelectual, por su Reglamento y por la normativa institucional vigente.

  
Borja Guzmán Maritza Victoria

C.C. N° 020185075-7

## **DEDICATORIA**

Dedico este trabajo a Dios, a mi familia, por ser el pilar más  
Importante de mi vida, por haberme dado su cariño y apoyo  
Incondicional.

A mis padres , quienes estuvieron brindándome su apoyo siempre e  
inculcándome buenos valores a seguir.

A mis abuelitos, quienes siempre han estado a mi lado  
aconsejándome y guiándome por el buen camino.

Y a todas esas personas que de una u otra forma contribuyeron a  
mi formación profesional.

Maritza

## **AGRADECIMIENTO**

Le agradezco a Dios, por haberme dado la vida, ya que sin ella nada de esto hubiera sido posible y permitirme haber llegado a este momento tan importante de mi formación profesional.

Por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón, e iluminar mi mente.

A mis maestros, a mis compañeros, gracias por todos esos momentos compartidos en nuestro diario vivir, que sé, que quedaran guardados como buenos recuerdos de nuestro esfuerzo y sacrificio como estudiantes y poderlos luego disfrutar como grandes anécdotas vividas.

Maritza



## ÍNDICE GENERAL

CERTIFICACIÓN DE LA COMISIÓN DE REVISIÓN DE TESIS	1
AUTORIA NOTARIADA	2
DECLARACIÓN	4
DEDICATORIA	5
AGRADECIMIENTO	6
ÍNDICE GENERAL	7
ÍNDICE DE CUADROS Y GRÁFICOS	10
ÍNDICE DE ANEXOS	11
RESUMEN	12
ANTECEDENTES	14
INTRODUCCIÓN	16
PROBLEMA	18
PROBLEMATIZACIÓN	19
OBJETIVO GENERAL	20
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	20
PROGNOSIS	21
TEMA:	22
HIPÓTESIS	23
CAPITULO I	24
MARCO TEÓRICO	24
1.1 Fundamentación filosófica	24
1.2 Fundamentación Axiológica	24
1.3 Fundamentación legal	24
1.4 Fundamentación Teórica	25
Tipos de embarazos de alto riesgos	27
EMBARAZO EN EDAD AVANZADA	28
Riesgos del embarazo en edad avanzada	29
Factores Desfavorables	30
EL CONTROL PRENATAL	31
La Diabetes gestacional	33

Causas .....	34
Síntomas.....	34
Pruebas y exámenes .....	35
Tratamiento .....	35
Pronóstico.....	36
Prevención.....	37
El laboratorio en el diagnóstico de la hipertensión durante el embarazo.....	42
<b>TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSION EN EL EMBARAZO .....</b>	<b>44</b>
Causas .....	56
Síntomas.....	57
Pruebas y exámenes .....	57
Tratamiento .....	58
Expectativas (pronóstico).....	58
Prevención.....	59
<b>CAPITULO II .....</b>	<b>64</b>
<b>METODOLOGÍA .....</b>	<b>64</b>
2.1 Diseño de Investigación .....	64
2.2 Tipo de Investigación.....	64
2.3 Métodos de Investigación. ....	64
2.3.1 Deductivo .....	64
2.3.2 Inductivo .....	65
2.3.3 Descriptivo .....	65
2.3.3 Exploratorio.....	65
2.4 Técnicas e instrumentos de Investigación.....	65
2.6 Población y muestra .....	66
2.7 Procedimiento para el análisis e interpretación de resultados.....	66
2.8 Hipótesis u idea a defender .....	66
<b>CAPÍTULO III .....</b>	<b>67</b>
<b>ANALISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.....</b>	<b>67</b>
<b>3.7 Conclusiones .....</b>	<b>78</b>
<b>3.8 Recomendaciones .....</b>	<b>79</b>
<b>CAPITULO IV .....</b>	<b>80</b>

<b>PROPUESTA</b> .....	80
INTRODUCCIÓN .....	81
JUSTIFICACIÓN .....	82
OBJETIVOS .....	83
OBJETIVO GENERAL .....	83
<b>OBJETIVO ESPECÍFICO</b> .....	83
CRONOGRAMA DE LAS ACTIVIDADES PROGRAMA .....	85
BIBLIOGRAFÍA .....	85
RECURSOS .....	90
MATERIALES Y EQUIPOS DE TRABAJO .....	90
RECURSOS HUMANOS .....	90
RECURSOS ECONÓMICOS E INSTITUCIONALES .....	90

## ÍNDICE DE CUADROS Y GRÁFICOS.

<b>Contenido</b>	<b>Pág.</b>
Tabla y gráfico N° 1 .....	66
Tabla y gráfico N° 2 .....	67
Tabla y gráfico N° 3 .....	68
Tabla y gráfico N° 4 .....	69
Tabla y gráfico N° 5 .....	70
Tabla y gráfico N° 6 .....	71
Tabla y gráfico N° 7 .....	72
Tabla y gráfico N° 8 .....	73
Tabla y gráfico N° 9 .....	74
Tabla y gráfico N° 10 .....	75

## ÍNDICE DE ANEXOS

<b>Contenido</b>	<b>Pág.</b>
<b>Anexo 1</b> Encuesta a las Madres embarazadas que acuden al Centro de Salud Echeandia.....	84
<b>Anexo 2</b> Fotografías.....	86

## RESUMEN

En el presente estudio se pretende determinar los factores de riesgos maternos y fetales en mujeres embarazadas en edades compendiadas entre los 20 y 45 años de edad que acuden al Centro de Salud Echeandía del Cantón Echeandía, Provincia de Bolívar, identificando los antecedentes personales y familiares como factor predisponentes a futuras complicaciones, de igual manera conocer el resultado obstétrico y perinatal en embarazadas mayores de 35 años, mediante el estudio descriptivo retrospectivo de todos los embarazos atendidos en mencionado Centro de Salud, en el periodo junio a diciembre 2013.

Se excluyeron a las mujeres menores de 20 años, porque no están inmersas dentro del problema de investigación solo se toma en cuenta a las embarazadas mayores de 20 años hasta 45 es decir las multíparas, obesas, con hábitos tóxicos y enfermedades crónicas subyacentes. Se analizaron variables maternas y perinatales.

Echeandía cuenta con una población de 10.851 habitantes, de los cuales 5.543 son mujeres, de las cuales aproximadamente 5,092, están en edades que oscilan entre los 20 y 45 años.

Se tomó una muestra de 200 mujeres las cuales cumplieron con los criterios de inclusión y se realizó un análisis exhaustivo de los resultados obtenidos mediante la utilización de técnicas, y fuentes de investigación a fin de poder determinar las consecuencias y plantear las posibles soluciones, mismas que podrán ser aplicadas inmediatamente terminado el trabajo de investigación y buscando proporcionar una solución definitiva a este problema que actualmente aqueja a las mujeres en estado de gestación en edades de 20 a 45 años del Cantón Echeandía.

## SUMMARY

The present study aims to determine the factors of maternal and fetal risks in pregnant women in abridged ages between 20 and 45 years old attending the Canton Center Echeandía Echeandía , Province of Bolivar Health , identifying personal and family history as predisposing to future complications , just as knowing the obstetric and perinatal outcome in pregnant over 35 years by retrospective descriptive study of all pregnancies treated at health center mentioned in the period June to December 2013 factor .

Women under 20 years old, multiparous, obese, substance abuse and chronic underlying diseases were excluded. Maternal and perinatal variables were analyzed.

Echeandía has a population of 10,851 inhabitants, of which 5,543 are women, of which about 5,092 are in age between 20 and 45.

A sample of 200 women who met the inclusion criteria and a thorough analysis of the results obtained by using techniques was conducted, and research sources were noted to be able to determine the consequences and possible solutions plated, same as may be applied immediately over the research and seek to provide a definitive solution to this problem currently afflicting women in gestation ages 20-45 years Echeandía Canton.

## ANTECEDENTES

Los riesgos en la etapa del embarazo en mujeres de 20 a 45 años de edad una condición que ha aumentado en los últimos años, ante ello se puede enumerar un gran conjunto de factores de riesgo en el embarazo, dependiendo de los factores, estos pueden alterar el desarrollo de las semanas del embarazo en cualquier momento. De forma resumida vamos a hablar de algunos de estos riesgos, así como de importante información muy valiosa para las futuras madres.

En términos generales se pueden considerar factores de riesgo en el embarazo los antecedentes de pre eclampsia o eclampsia, en el primer caso es una complicación caracterizada por una subida de tensión que resulta peligrosa para madre e hijo, aunque se desarrolla al principio del embarazo, no muestra sus síntomas hasta el segundo o tercer trimestre de la gestación. La eclampsia, es un factor de riesgo que se desarrolla a partir del quinto mes del embarazo y que se manifiesta especialmente durante las últimas semanas. Se considera a la eclampsia una forma agresiva del pre eclampsia.

Otros factores de riesgo son los hábitos poco saludables como pueden ser el tabaco o el alcohol, pues muchos los estudios demuestran los problemas y enfermedades en la madre y en el feto por su ingesta durante el embarazo.

Otro de los factores de riesgo en el embarazo es la edad, el riesgo se incrementa entre las mujeres de edades comprendidas entre los 20 años y 45 años. Lamentablemente y a pesar de ser un riesgo, en Ecuador aumenta el número de embarazos en estas edades lo cual incrementa las posibilidades de malformaciones en los fetos y se incrementa el riesgo de sufrir pre eclampsia, también es mayor el número de abortos y los partos por cesárea (Luis, 2003).

Los embarazos múltiples son otro de los factores de riesgo, es cuando en el útero se desarrollan dos o más fetos, el riesgo de parto de bebés prematuros o embarazo



monocoriónico es mayor, también se incrementa el riesgo de muerte fetal intrauterina de uno de los fetos y diversas complicaciones que se deben abordar en profundidad.

Algunas enfermedades sufridas antes del embarazo por la futura mamá también se enmarcan en los factores de riesgo en el embarazo, la obesidad, las dietas poco saludables, padecer diabetes o hipertensión arterial en el embarazo, problema que afecta hasta a un 10% de las futuras mamás y que está asociado al riesgo de padecer problemas cardíacos, renales o cerebrales.

También hay que citar la dieta y los alimentos que se toman durante las semanas del embarazo, pueden ser motivo de complicación alimentos como los grandes pescados por presentar un alto contenido en metilmercurio, es un tema del que hablamos en su momento en el post Pescado en el embarazo.

Haber tenido un hijo anteriormente con alguna malformación también aumenta el riesgo de que el embarazo actual tenga un desenlace no esperado, en estos casos, lo mejor es recurrir al diagnóstico genético preimplantacional, técnica con la que se ha logrado eludir enfermedades hereditarias y malformaciones en los futuros bebés.

Hablábamos de la obesidad como un factor de riesgo, pero también lo es el peso reducido, un peso superior a 90 kilos o un peso inferior a 45 kilos que no sea acorde a la talla de la madre, suma complicaciones tanto para el bebé como para la madre.

Tener un segundo embarazo antes de que pasen 18 meses desde el primero no es recomendable, los expertos aconsejan que como mínimo, el tiempo transcurrido debe estar situado entre los 18 y los 24 meses como tiempo necesario para garantizar que el organismo se ha recuperado perfectamente del primer embarazo.

## INTRODUCCIÓN

El embarazo es considerado como un evento fisiológico y es recibido, en la mayoría de los casos, como un regalo concedido al sexo femenino. Sin embargo este se ha visto afectado como resultado de diversos factores siendo estos sociales, educacionales y económicos.

En los Estados Unidos de América el número de primeros nacimientos por 1 000 mujeres de 35 a 39 años se ha incrementado en un 36 % entre el año 1991 y el 2001, y la tasa entre las de 40 a 44 años ha llegado al 70 %. En el 2002 fueron reportados 263 nacimientos entre 50 y 54 años.

En Cuba existe un fenómeno peculiar, y es que aunque es un país en vías de desarrollo sus estadísticas sobre el embarazo en la mujer de avanzada edad son similares a países desarrollados.

Se toma en cuenta también que a medida que avanza la edad, las posibilidades de que una mujer quede embarazada disminuyen, motivado por el deterioro en la calidad de sus óvulos sobre todo aquellas que esperan, para obtener descendencia, hasta la peri menopausia. La alta tasa de aborto contribuye significativamente a decrecer la fertilidad entre las mujeres de edad avanzada.

La mujer de esta edad frecuentemente padece de alguna enfermedad crónica a lo que se añaden los cambios fisiológicos propios del embarazo en todos los sistemas del organismo que ponen a prueba sus reservas corporales y que empeoran el pronóstico y los resultados de la gestación. Unas de las más importantes modificaciones se producen en el aparato cardiovascular. En ella la circulación se adapta a la existencia de un nuevo lecho vascular, la placenta, a la que se derivan de 500 a 1 000 mL/min de sangre. Se presenta un aumento del gasto cardiaco en 1,5 L/min con relación a 5 L/min de valor basal. Este incremento se debe a un aumento de la frecuencia cardiaca (de 70 a 85 latidos/min) y a un aumento del volumen de eyección (de 64 a 71 mL). Estos cambios se establecen entre el 2do. y

el 3er. mes, y se mantienen hasta el parto. La compresión del útero grávido sobre la vena cava inferior y sobre las ilíacas determina un aumento de la presión venosa en los miembros inferiores, prolonga el tiempo de circulación pie-ingle y contribuye a la producción de edema.

En la gestación aumenta progresivamente el consumo de oxígeno hasta incrementarse en 33 mL/min al final del embarazo, el aumento de masa del útero dificulta los movimientos del diafragma. El aumento de la ventilación pulmonar se debe a la acción de la progesterona, incrementando el esfuerzo ventilatorio a través de un efecto directo sobre el centro respiratorio.

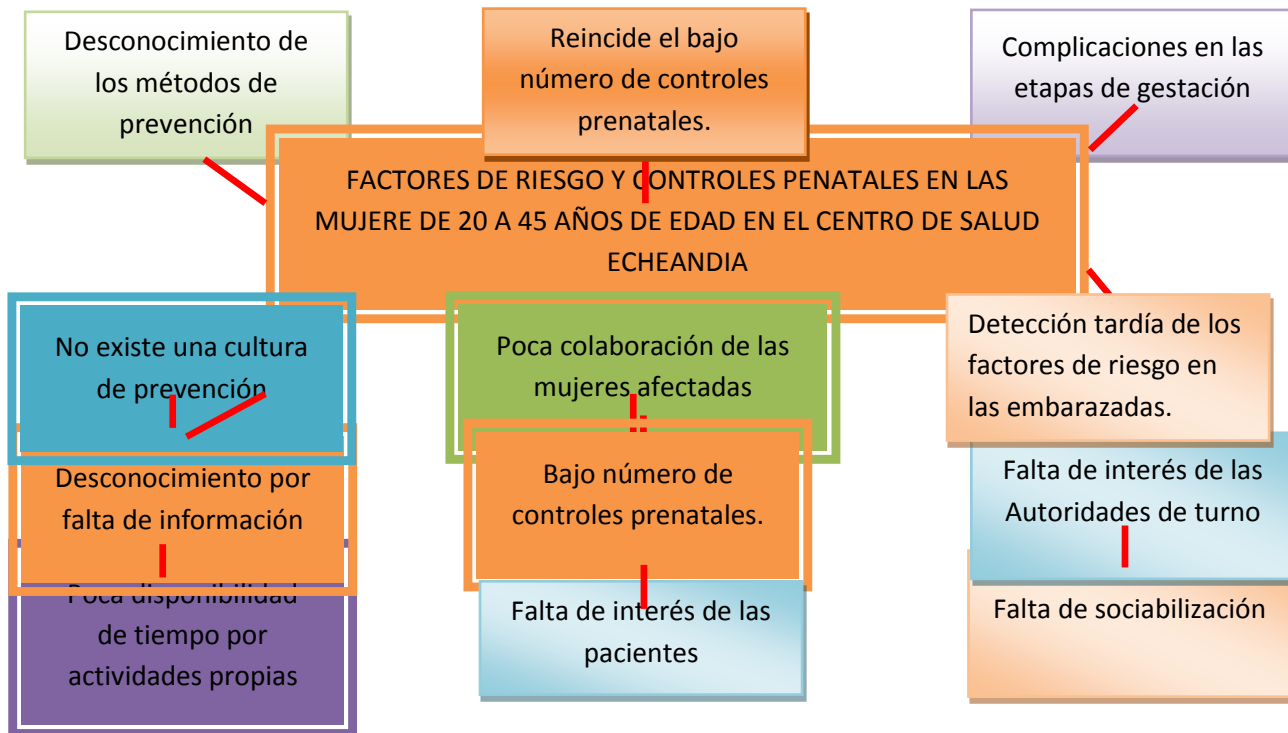
El flujo plasmático renal y la fracción de filtración se mantienen durante toda la gestación por encima de los valores de la mujer no embarazada. Se produce una retención de iones y agua (4 a 6 litros) que expande el volumen extracelular.

El embarazo produce una serie de adaptaciones metabólicas para garantizar los sustratos que el feto demanda. Entre las gestantes con edad avanzada es frecuente encontrar el antecedente o el diagnóstico durante el embarazo de diabetes mellitus donde la disponibilidad excesiva de glucosa al feto ocasiona sobrepeso fetal y complicaciones a la madre.

Ya que el embarazo en mujeres de más edad está asociado inherentemente con una más alta incidencia de enfermedades crónicas, el resultado de estos embarazos ha aumentado la preocupación de la comunidad médica.

# PROBLEMA

## ÁRBOL DE PROBLEMAS



## **PROBLEMATIZACIÓN**

Se considera factores de riesgo prenatal a cualquier problema patológico que se presente durante el transcurso del embarazo, y en gran ocasión se presenta miomas que pueden obstaculizar el paso o salida del canal de expulsión del bebe donde contamos en la actualidad con nuevas soluciones.

## **FORMULACION DEL PROBLEMA**

¿Los factores de riesgo y los Controles prenatales inciden en el embarazo de las mujeres de 20 a 45 años de edad, atendidas en el Centro de Salud de Echeandia, Provincia Bolívar durante el periodo junio a diciembre del 2013?

## **OBJETIVO GENERAL**

Determinar los factores de riesgos y controles prenatales en las mujeres de 20 a 45 años de edad que acuden al Centro de Salud de Echeandia del Cantón Echeandia, Provincia de Bolívar, durante el periodo junio 2013 a diciembre del 2013

## **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Realizar un diagnóstico situacional a través de la revisión de las historias clínicas de las mujeres embarazadas en edades de 20 a 45 años de edad que son atendidas en el Centro de Salud Echeandía, durante el periodo junio 2013 a diciembre del 2014
- Determinar los factores de riesgo y controles prenatales en las mujeres de 20 a 45 años en mujeres embarazadas atendidas en el Centro de Salud Echeandía.
- Elaborar un plan de capacitación sobre los factores de riesgo y controles prenatales en las mujeres de 20 a 45 años de edad que son atendidas en el Centro de Salud Echeandía, Provincia Bolívar, durante el periodo junio 2013 a diciembre del 2013.

## **PROGNOSIS**

De no darse la debida atención en los factores de riesgo y controles prenatales, se corre el riesgo de que se produzca un catástrofe a nivel institucional, y un gran riesgo en la salud para muchas familias; porque existirá más muerte materna neonatal.

Lo fundamental es dar a conocer a todas las madres en términos generales se pueden considerar factores de riesgo en el embarazo los antecedentes de pre eclampsia o eclampsia, en el primer caso es una complicación caracterizada por una subida de tensión que resulta peligrosa para madre e hijo, aunque se desarrolla al principio del embarazo, no muestra sus síntomas hasta el segundo o tercer trimestre de la gestación.

Otros factores de riesgo son los hábitos poco saludables como pueden ser el tabaco o el alcohol, pues muchos los estudios demuestran los problemas y enfermedades en la madre y en el feto por su ingesta durante el embarazo.

Entre las gestantes con edad avanzada es frecuente encontrar el antecedente o el diagnóstico durante el embarazo de diabetes mellitus donde la disponibilidad excesiva de glucosa al feto ocasiona sobrepeso fetal y complicaciones a la madre.

**TEMA:**

**FACTORES DE RIESGO Y CONTROLES PRENATALES EN LAS MUJERES EMBARAZADAS 20 A 45 AÑOS DE EDAD QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD ECHEANDIA DEL CANTÓN ECHEANDIA PROVINCIA DE BOLÍVAR EN EL PERIODO DE JUNIO A DICIEMBRE DEL 2013.**



## **HIPÓTESIS**

La adecuada capacitación sobre los factores de riesgos incide en el adecuado proceso de gestación en las mujeres de 20 a 45 años de edad, atendidas en el Centro de Salud de Echeandía, Provincia Bolívar durante el periodo junio 2013 a diciembre del 2013.

## **CAPITULO I**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **1.1 Fundamentación filosófica**

El enfoque de esta investigación se ubica en el paradigma crítico-propositivo; crítico por cuanto analiza una situación basada en los factores de riesgo y controles prenatales en las mujeres de 20 a 45 años de edad y propositivo porque busca plantear una alternativa de solución a la problemática investigada; ya que la falta de controles prenatales adecuados incide en la estabilidad de las futuras madres, lo cual es preocupante pues se ve afectada su salud y la del feto.

#### **1.2 Fundamentación Axiológica**

La investigación está influida por los valores, pues, el investigador parte involucrada en el contexto y sujeto de investigación, contribuirá en este proceso, quien no se conformará con saber, sino que, asumirá el compromiso de cambio, tomando en cuenta el contexto socio-cultural en el que desarrolla el problema, respetando valores religiosos, morales, éticos y políticos de todos quienes conforman la institución

#### **1.3 Fundamentación legal**

### **CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR**

#### **TÍTULO II**

#### **DERECHOS**

##### **Capítulo tercero**

##### **Derechos de las personas y grupos de atención prioritaria**

##### **Sección cuarta**

##### **Mujeres embarazadas**

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

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

2. La gratuidad de los servicios de salud materna.

3. La protección prioritaria y cuidado de su salud integral y de su vida durante el embarazo, parto y posparto.

4. Disponer de las facilidades necesarias para su recuperación después del embarazo y durante el periodo de lactancia

#### **1.4 Fundamentación Teórica**

##### **Generalidades**

### **EL EMBARAZO**

#### **Definición**

Se define al embarazo, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), como aquella etapa que comienza cuando termina la implantación.

De Cherney la define como el estado materno que consiste en desarrollar un feto dentro del cuerpo; el producto de la concepción desde la fecundación hasta la semana ocho del embarazo recibe el nombre de embrión, y a partir de esta semana y hasta al parto se llama feto.

Se denomina también como la secuencia de eventos que ocurren normalmente durante la gestación de la mujer y generalmente incluyen la fertilización, la implantación, el crecimiento embrionario, el crecimiento fetal, finalizando con el nacimiento luego de un período correspondiente a 280 días o 40 semanas.

## **Edad fértil**

Se define como edad fértil, según el Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP) a las comprendidas entre 12 y 49 años, estableciendo como edad óptima reproductiva las edades entre 15 y 34 años.

Por lo general, las mujeres comienzan a experimentar una disminución en su fertilidad a partir de los 30 años, por lo que es frecuente que a una mujer de más de 35 años le lleve más tiempo quedar embarazada que a una mujer joven.

En algunos casos, la disminución de la fertilidad en las mujeres de más de 35 años se debe a que tienden a ovular (liberar un óvulo de los ovarios) con menor frecuencia que las mujeres más jóvenes, o también influyen ciertos problemas de salud que son más comunes después de esta edad, como, la endometriosis, que ocasiona que los tejidos se adhieran a los ovarios o a las trompas de Falopio e interfieran con la concepción, entre otros.

## **Embarazos de alto riesgo**

El embarazo de alto riesgo es aquel en el que la madre, el feto o el recién nacido tiene o pueden tener un mayor riesgo de morbilidad o mortalidad antes, durante o después del parto.

El embarazo de alto riesgo constituye el 10 al 20% del total de embarazos y es el responsable del 75% de la morbilidad y mortalidad tanto del feto como de la madre y del recién nacido. Por esta razón, es esencial la identificación temprana y el manejo adecuado y responsable de los factores de riesgo con el fin de racionalizar la atención médica y concentrar los recursos en quienes más los necesitan con el fin de brindar la atención en el nivel de complejidad que su grado de riesgo requiera.

## **Evolución del riesgo obstétrico**

La evolución del riesgo obstétrico debe comenzar en la primera visita y será revaluado en cada consulta sucesiva. Su identificación tiene como objetivo el correcto control y tratamiento de las patologías existentes. Cabe señalar que un bajo riesgo no significa ausencia de riesgo, ya que éste puede aparecer en cualquier momento de la gestación, y aún con el control prenatal adecuado. Los factores desfavorables a considerarse en la evaluación prenatal son las siguientes:

- Edad menor de 15 o mayor de 35 años
- Paridad de 3 y más hijos
- Intervalo intergenésico menor a 1 año
- Embarazo múltiple
- Déficit sociocultural
- Déficit nutricional
- Hábitos tóxicos
- Aborto habitual
- Recién nacido anterior con más de 4.000 g. de peso
- Malformación fetal anterior o trastornos genéticos
- Retraso mental
- Estatura menor que 150 cm
- Presión arterial de 120/80 mmHg en la primera visita
- Retinopatía (corresponde generalmente a diabetes o hipertensión)
- Trastornos circulatorios periféricos, citología vaginal anormal e infecciones cérvico-vaginales.

## **Tipos de embarazos de alto riesgos**

Los embarazos de alto riesgo se dividen en tres tipos:

### **Alto Riesgo Tipo I:**

Aquellas embarazadas que se encuentran en buen estado de salud en el embarazo actual y no tienen antecedentes de complicaciones en embarazos anteriores ni de muerte perinatal, pero existen riesgos biopsicosociales que las predisponen a complicaciones posteriores tales como: analfabetismo, pobreza, tabaquismo y/o alcoholismo, un embarazo no deseado, talla menor de 1,50 m., peso menor de 45 Kg., edad menor de 15 años o mayor de 35 años para su primer embarazo, entre otros (Consejo Nacional de Salud del Ecuador, 2006).

### **Alto Riesgo Tipo II:**

Aquellas embarazadas que se encuentran en buen estado de salud en el embarazo actual, sin antecedentes de muerte perinatal, pero tienen antecedentes gineco-obstétricos tales como: recién nacido con bajo peso al nacer, sensibilización al factor Rh, pre eclampsia o eclampsia, cesárea anterior, entre otras.

### **Alto Riesgo Tipo III:**

Aquellas embarazadas que se encuentran en buen estado de salud en el embarazo actual con antecedentes de muerte perinatal; o embarazadas que presentan complicaciones en el embarazo actual con o sin antecedentes de muerte perinatal; así como también embarazadas que presentan enfermedades de base, tales como diabetes, HTA crónica, nefropatía, cardiopatía, VIH, entre otros.

## **EMBARAZO EN EDAD AVANZADA**

Ya no es raro que las mujeres esperen hasta el final de sus 30 años o antes de los 40 para tener su primer bebé. Muchas mujeres tienen embarazos exitosos a los comienzos de los 40 pero hay mayores riesgos asociados con los embarazos de edad avanzada.

Según el doctor Regino Antonio Oviedo Rodríguez, Profesor Auxiliar y Máster en Atención Integral a la Mujer del Hospital Enrique Cabrera, de Alta Habana, al abordar el tema del embarazo en edad avanzada, sentencia que la edad ideal para la concepción está enmarcada por la mayor parte de los expertos entre los 20 y 35 años de edad, aunque en la actualidad este concepto no es tan estricto por razones de orden biopsicosocial (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2008).

### **Riesgos del embarazo en edad avanzada**

Se considera clásicamente a la edad avanzada durante la gestación como un riesgo obstétrico alto para complicaciones materno-perinatales y, en varias instituciones, estas pacientes son manejadas en cuidados de nivel especializado. En la actualidad, debido a cambios económicos y sociales a nivel mundial, muchas mujeres deciden ser madres después de los 35 años; de hecho, una de cada cinco tiene su primer hijo después de esta edad, y aunque afortunadamente la mayoría tiene embarazos y bebés saludables, diversos estudios demuestran que las mujeres de más de 35 años están expuestas a algunos riesgos especiales.

Por esta razón, es necesario que las mujeres reconozcan estos riesgos para que puedan decidir adecuadamente la conveniencia de un embarazo o determinar cuál es el mejor momento para quedar embarazada, pues el embarazo en las mujeres de edad avanzada ha tenido siempre a través de los tiempos una gran repercusión tanto en la opinión pública en general, como en el gremio médico en particular. Para los primeros por su curiosidad y temor porque "la mujer está muy madura para la procreación", mientras que para los segundos por el interés que representa esta situación en la mujer de edad avanzada al conllevar a todo un cúmulo de riesgos tanto para la madre como para su producto, y que a veces escapan en buena medida a los más solícitos cuidados obstétricos (Salas, 2008).

Estadísticamente en países subdesarrollados como Panamá, Chile, Ecuador, cerca del 35% de las mujeres de 35 años y más se embarazan, no sucede así en otros países con gran desarrollo como EEUU, Francia y Canadá donde la fecundidad en

esos años es mínima y llega a ser de un 15%, y según el INE en España, en el 2010, el 22,4% de los nacimientos correspondieron a mujeres mayores de 35 años.

Idealmente el crecimiento y desarrollo del feto debería de tener solamente de su constitución genética, pero en realidad está sometido a las modificaciones determinadas por su microambiente (madre) y a las influencias que sobre ellas ejerce el medio externo.

### **Factores Desfavorables**

Se determina como factores desfavorables a las circunstancias únicas o asociadas que pueden repercutir desfavorablemente en el binomio madre-hijo, durante el embarazo, parto o puerperio, y éste puede ser de carácter biológico, psicológico y social, siendo valorado en forma particular para cada caso; es decir, que la misma condición de riesgo no repercute de forma igual en cada mujer o pareja, por lo que debemos hacer un enfoque y análisis individualizado en cada caso; por lo que debemos tener en cuenta una serie de criterios principales que nos ayuden a su identificación. Existen antecedentes y condiciones generales desfavorables, antecedentes patológicos personales y antecedentes gineco-obstétricos desfavorables (Ecuador, 2006).

**Edad mayor de 35 años.-** Ha esta edad es más frecuente que el embarazo termine antes de tiempo (aborto, parto inmaduro o pre término), así como que ocurran malformaciones congénitas y complicaciones tales como:

- Inserción baja placentaria
- Toxemia
- Distocia del parto
- Muerte fetal;

Esto se incrementa si añadimos otros factores de riesgo tales como:

- La multiparidad



- El hábito de fumar
- Las enfermedades crónicas
- Peso, tanto la obesidad como la desnutrición materna han sido reconocidas como factores que incrementan la morbimortalidad materna y perinatal, en gestantes obesas se ha identificado una mayor frecuencia de "toxemia del embarazo" y anomalías funcionales del trabajo de parto, así como también la macrosomía y distocia de hombros.

Edwards y Col. demostraron que las gestantes de bajo peso tienen una frecuencia estadísticamente mayor de problemas cardíacos y respiratorios, anemia, ruptura prematura de membranas, endometritis, prematuridad y recién nacidos con un puntaje de APGAR bajo; estilo de vida, constituye un factor desfavorable modificable, el cual puede tener efectos duraderos sobre el desarrollo del feto, y que en la actualidad se ha incrementado debido a la inserción de la mujer a la sociedad ejecutando diversos trabajos que conllevan al sedentarismo, realizar grandes trayectos a pie y estar en contacto con sustancias químicas.

## **EL CONTROL PRENATAL**

El control prenatal es un paso a seguir importante para poder identificar los factores desfavorables ya mencionados y prevenir complicaciones materno-fetales en el embarazo actual. Según el Componente Normativo Materno el control prenatal es el conjunto de actividades y procedimientos que el equipo de salud ofrece a la embarazada con la finalidad de identificar factores de riesgo en la gestante y enfermedades que pueden afectar el curso normal del embarazo y la salud del recién nacido/a (Ecuador M. d., 2003).

Debemos reconocer dos tipos de embarazo:

**El embarazo de bajo riesgo o normal.-** Es aquel que no cursa con criterios de riesgo y requiere atención en Nivel I.

**El embarazo de alto riesgo obstétrico.-** Es aquel que cursa con criterios de riesgo y requiere atención en Nivel II o III. Los criterios de riesgo son aquellos signos de alerta de la Historia Clínica Materna Perinatal representados con cuadrícula de fondo amarillo, su marcación en la HCU permiten canalizar la referencia y contra referencia de las embarazadas según el nivel de complejidad (Protocolo de Referencia y Contra referencia) (MSP, 1996).

Para poder realizar un óptimo control prenatal debe poseer los siguientes enfoques:

- Ser completo e integral
- Ser precoz, enfoque intercultural,
- Ser periódico y afectivo.

### **Control completo e integral**

Para que un control sea completo e integral se requiere de: atención por personal calificado, detección precoz del embarazo, control periódico e integral de la embarazada; atención de: riesgo nutricional, detección de discapacidades y enfermedades perinatales, maltrato sexual- violencia intrafamiliar y drogodependencia-, infecciones de transmisión sexual, consejería pre/pos prueba de VIH/SIDA detección y referencia, enfermedades buco-dentales, referencia de usuarias con riesgo obstétrico perinatal.

### **Cuando debe iniciarse**

El control prenatal debe iniciarse lo más temprano posible (en el primer trimestre) por la relación entre la edad gestacional del primer control con los resultados del embarazo.

## **Factores de riesgo prenatal en mujeres de 20 a 45 años de edad**

Dentro de las complicaciones maternas más comunes en este grupo de edad son:

### **La Diabetes gestacional**

La Diabetes gestacional se define como cualquier grado de intolerancia que se inicia o es reconocida durante el embarazo y puede o no persistir después del embarazo. Se desconoce la causa exacta de la diabetes gestacional, pero durante el embarazo la placenta produce hormonas para mantenerlo (estrógeno, cortisol, y lactógeno placentario, que tienen efectos bloqueadores en la insulina). La diabetes gestacional ocurre cuando estas hormonas bloquean la acción de la insulina materna, aumentando la cantidad de glucosa en la sangre, produciendo como efecto la macrosomía fetal. Dado que el páncreas fetal produce más insulina para manejar la glucosa adicional, el recién nacido podrían tener concentraciones muy bajas de glucosa en la sangre al momento del nacimiento.

La homeostasis de los hidratos de carbono está alterados por tres factores:

- Aumento del consumo de glucosa por el feto,
- Secreción placentaria de hormona antiinsulínica,
- Aumento del colesterol sérico.

La diabetes gestacional regularmente desaparece después del embarazo, pero algunas tienen probabilidades de presentar Diabetes tipo II. Según estudios realizados en varios centros médicos en el 2005, las mujeres de más de 35 años tienen aproximadamente el doble de probabilidades que las mujeres más jóvenes de desarrollar diabetes gestacional. Las mujeres con diabetes gestacional tienen más probabilidades de padecer cetoacidosis diabética; infecciones urinarias recidivantes que agravan la evolución de la diabetes; pre eclampsia/eclampsia, que aumentan el riesgo de morbi-mortalidad materno-fetal; diabetes gestacional en embarazos posteriores y diabetes mellitus tipo 2. Hasta un 30 a 40% de las

mujeres con diabetes gestacional desarrollan una diabetes mellitus manifiesta dentro de 5 a 10 años. El riesgo puede incrementar si la obesidad está presente. Datos recientes apuntan a un mayor riesgo de hipertensión, dislipidemia, y enfermedad cardiovascular. Las complicaciones fetales que se pueden presentar son: macrosomía (estos bebés de gran tamaño que corren el riesgo de sufrir lesiones durante el parto), malformaciones congénitas, problemas respiratorios, hiperbilirrubinemia, hipo calcemia, hipoglucemia (Ricard, 2004).

## **Causas**

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.
- Tiene antecedentes familiares de diabetes.
- Dio a luz a un bebé que pesó más de 4 kg (9 lb) o que tuvo una anomalía congénita.
- Tiene hipertensión arterial.
- Tiene demasiado líquido amniótico.
- Ha tenido un aborto espontáneo o mortinato de manera inexplicable.
- Tenía sobrepeso antes del embarazo.

## **Síntomas**

Generalmente, no hay síntomas o son leves y no son potencialmente mortales para la mujer embarazada. El nivel de azúcar (glucosa) en la sangre por lo general retorna a la normalidad después del parto.

Los síntomas pueden abarcar:

- Visión borrosa

- Fatiga
- Infecciones frecuentes, entre ellas las de vejiga, vagina y piel
- Aumento de la sed
- Incremento de la micción
- Náuseas y vómitos
- Pérdida de peso a pesar de un aumento del apetito

### **Pruebas y exámenes**

La diabetes gestacional generalmente empieza en la mitad del embarazo. Todas las mujeres embarazadas deben recibir una prueba oral de tolerancia a la glucosa entre las semanas 24 y 28 del embarazo para detectar la afección. Las mujeres que tengan factores de riesgo para este tipo de diabetes pueden hacerse este examen más temprano en el embarazo.

Una vez que a usted le diagnostican diabetes gestacional, puede ver cómo está evolucionando midiéndose su nivel de glucosa en casa. La forma más común consiste en punzar un dedo y colocar una gota de sangre en un aparato que le dará una lectura de su nivel de glucosa (Ricard, 2004).

### **Tratamiento**

Los objetivos del tratamiento son mantener los niveles de azúcar (glucosa) dentro de los límites normales durante el embarazo y asegurarse de que el feto esté saludable.

### **Vigilancia del bebé**

El médico debe examinarlos con cuidado tanto a usted como al feto a lo largo de todo el embarazo. Con el monitoreo fetal, se verifica el tamaño y la salud del feto.

Una cardiotocografía en reposo es un examen indoloro y muy sencillo para usted y su bebé.

- Se coloca una máquina que percibe y muestra los latidos cardíacos del bebé (monitor fetal electrónico) sobre el abdomen.
- El médico puede comparar el patrón de latidos del bebé con los movimientos y averiguar si el bebé está bien.

### **Dieta y ejercicio**

La mejor manera de mejorar su alimentación es consumir una variedad de alimentos saludables. Usted debe aprender a leer las etiquetas de los alimentos y revisarlas al tomar decisiones con respecto a ellos. Hable con su médico o nutricionista si usted es vegetariana o sigue alguna otra dieta especial.

En general, cuando usted tiene diabetes gestacional su dieta debe:

- Ser moderada en grasa y proteína.
- Suministrarle carbohidratos a través de los alimentos, lo que abarca frutas, verduras y carbohidratos complejos (tales como pan, cereal, pasta y arroz).
- Ser baja en alimentos que contengan mucho azúcar, tales como bebidas gaseosas, jugos de fruta y panes dulces.

Si el manejo de la dieta no controla los niveles de azúcar (glucosa) en la sangre, se le pueden prescribir medicamentos orales para la diabetes o terapia con insulina.

La mayoría de las mujeres que desarrollan diabetes gestacional no necesitarán medicamentos o insulina para esta enfermedad, pero algunas sí.

### **Pronóstico**

La mayoría de las mujeres con diabetes gestacional son capaces de controlar su azúcar en la sangre y evitar hacerse daño o dañar a su bebé.

Las mujeres embarazadas que padecen diabetes gestacional tienden a tener bebés más grandes al nacer. Esto puede incrementar la posibilidad de problemas en el momento del parto, como:

- Lesión (traumatismo) al nacer debido al gran tamaño del bebé
- Parto por cesárea

El bebé es más propenso a tener períodos de nivel bajo de azúcar en la sangre (hipoglucemia) durante los primeros días de vida.

Las madres con diabetes gestacional tienen un mayor riesgo de sufrir hipertensión arterial durante el embarazo.

Hay un leve incremento del riesgo de muerte del bebé cuando la madre padece diabetes gestacional sin tratamiento, pero el control de los niveles de glucemia disminuye este riesgo.

Los niveles altos de azúcar (glucosa) en la sangre suelen volver a la normalidad luego del parto. Sin embargo, las mujeres con diabetes gestacional deben vigilarse cuidadosamente después del parto y en citas regulares con el médico para buscar signos de diabetes. Muchas mujeres con diabetes gestacional desarrollan diabetes al cabo de 5 a 10 años después del parto

### **Prevención**

Comenzar el cuidado prenatal tempranamente y tener consultas prenatales regulares ayuda a mejorar su salud y la de su bebé. Someterse a pruebas de detección prenatales entre las semanas 24 y 28 del embarazo ayudará a detectar la diabetes gestacional de manera temprana.

Si usted tiene sobrepeso, disminuir el índice de masa corporal (IMC) hasta un rango normal antes de quedar en embarazo disminuirá su riesgo de desarrollar diabetes gestacional (MSP, 1996).

## **La hipertensión desencadenada**

La hipertensión desencadenada por el embarazo es considerada por la OMS como un problema prioritario de salud a nivel mundial y causa principal de morbimortalidad materno fetal.

### **Clasificación**

Las mujeres con aumento de la presión arterial durante el embarazo pueden ser clasificadas de acuerdo a los siguientes grupos:

- Hipertensión Crónica
- Pre eclampsia-Eclampsia
- Pre eclampsia sobreimpuesta a la Hipertensión Crónica
- Hipertensión Transitoria

### **Hipertensión Crónica**

Se define como la hipertensión Arterial (Igualó Mayor a 140/90 ) que está presente y es observable previa al embarazo ó que se diagnostica antes de la 20a. semana de gestación.

La hipertensión que se diagnóstica desde el comienzo del embarazo y que persiste más allá del día 42 posterior al parto también debe clasificarse como Hipertensión crónica. Dada la disminución de los niveles tensionales que ocurren en las hipertensas durante el primer trimestre del embarazo es importante no confundir como Pre ecláptica a la hipertensa crónica.



## **Pre eclampsia**

Es definida como el incremento de la presión arterial acompañada de edema, proteinuria o ambos que ocurre después de la 20 a. semana de gestación.

Cualquiera de los siguientes criterios son suficientes para el diagnóstico de hipertensión:

- a) Aumento de la Presión sistólica 30 mm. Hg ó mayor
- b) Aumento de la Presión diastólica 15 mm. Hg ó mayor.

Ambos valores comparados con respecto a los previos a las 20a. semanas.

Si éstos valores previos no se conocieran, un registro  $>$  a 140/90 son suficientes para considerar el criterio de presión para definir la Pre eclampsia. Debe tenerse en cuenta que embarazadas muy jóvenes pueden no llegar a requerir tener presiones  $>$  de 140/90 para el diagnóstico de Pre eclampsia.

La otra determinación necesaria para el diagnóstico de Pre eclampsia es la Proteinuria. Esta se define como la excreción de 300 mgrs. Ó más de Proteína en una examen aislado de orina de 24 hrs.

La proteinuria es en general un signo de aparición tardío en el curso de la Pre eclampsia y aunque no es específica, su aparición refuerza el diagnóstico. El edema se hace evidente clínicamente por el rápido incremento de peso aún sin evidencia de edema.

**Los factores que predisponen a pacientes a la pre eclampsia son los siguientes:**

- PRIMIGESTA
- HERENCIA
- EMBARAZO GEMELAR

- DIABETES
- ENFERMEDAD RENAL
- INHIBIDOR LUPICO
- EDAD < 21 ó > 35 años
- HERENCIA
- OBESIDAD
- HIPERTENSION CRONICA
- ANTECEDENTES DE PREECLAMPSIA
- Las primigrávidas son 6 a 8 veces más susceptibles que las multíparas.
- El embarazo gemelar incrementa el riesgo 5 veces. Las mujeres que han tenido preeclampsia ó eclampsia como multíparas usualmente tienen algún factor predisponente, a menudo hipertensión crónica
- Las mujeres con mayor predisposición a desarrollar Pre eclampsia son aquellas que: tienen una historia de Hipertensión Arterial crónica en los 4 años previos; han tenido Pre eclampsia durante un embarazo anterior ó han tenido Presiones Diastólicas mayores a 100-110 mm. Hg. desde el comienzo del embarazo. En éstas pacientes la recurrencia de pre eclampsia sobreimpuesta es muy alta ;>del70 %.
- Antecedentes familiares de Pre eclampsia.
- La existencia de una mola hidatiforme incrementa el riesgo 10 veces.
- La presencia de Diabetes Mellitus en un potente factor de riesgo.
- La existencia de " Hidrops fetal " incrementa el riesgo 10 veces.
- Contrariamente a la creencia popular, la clase socio-económica no predispone a la preeclampsia.
- La presencia de Inhibidor Lúpico aumenta la incidencia de abortos en el primer trimestre y de preeclampsia - eclampsia al final de la gestación.

El cuadro de la preeclampsia presenta un amplio espectro que va desde formas leves a extremadamente severas con elevada morbimortalidad materno fetal. En muchos casos la progresión del cuadro es lenta y nunca pasa de una forma leve. En otros, la minoría, la enfermedad progresa rápidamente a formas graves en el transcurso de días ó semanas.

En algunos la progresión a formas severas y Eclampsia se hacen en horas. Por ésta razón, desde el punto de vista del manejo clínico, la Preeclampsia debería ser " Sobre diagnosticada" ya que muchas veces un manejo preventivo y agresivo evita las erráticas evoluciones a formas graves y la Eclampsia (Luis, 2003).

## **Eclampsia**

La Eclampsia se define como: el desarrollo de convulsiones, debidas a encefalopatía hipertensiva en una paciente preecláptica, no atribuidas a otras causas. Su incidencia es cercana a 1 cada 2000 partos.

Las convulsiones, que son el signo de la eclampsia, son precedidas por las manifestaciones de la Preeclampsia, aunque en un 20 % las convulsiones pueden producirse hasta 6 días después del parto. En algunas pacientes el cuadro ecláptico puede estar constituido por "auras", dolor epigástrico, hiperirritabilidad e hiperreflexia.

La hipertensión arterial puede ser severa, aunque está bien definido que :

- Las convulsiones pueden ocurrir aún con mínimas elevaciones de la presión arterial.
- La Proteinuria y los edemas son significativos y se presentan en conjunto con variadas formas de Insuficiencia cardíaca y/o renal.

## **Preeclampsia sobreimpuesta a hipertensión arterial crónica**

El diagnóstico de ésta condición se hace sobre la base del incremento de los valores tensionales (>30 mm. Hg. de Presión sistólica ó > 15 mm. Hg de Presión diastólica) junto a la aparición de proteinuria y edema generalizado en una paciente portadora de Hipertensión crónica previa. Es la forma clínica de peor pronóstico fetal.

El diagnóstico de preeclampsia sobreimpuesta es particularmente difícil, sobre todo en mujeres que reciben medicación antihipertensiva. Esta puede enmascarar ascensos tensionales que suceden en las primeras fases de la preeclampsia sobreimpuesta y que transcurren sin proteinuria evidente.

Una ayuda en el diagnóstico pueden constituirlo el descenso del recuento plaquetario y el aumento progresivo de los niveles de ácido úrico y fundamentalmente evidencias de afectación de órganos blanco por la HTA crónica previa (Patricia, 2008).

### **Hipertensión Transitoria**

Hipertensión transitoria se llama al desarrollo de presión arterial elevada durante el embarazo o en las primeras 24 hrs. post-parto sin otros signos de preeclampsia o hipertensión preexistente. Se considera a la Hipertensión transitoria como una fase "Preproteinúrica de la preeclampsia" y a veces una recurrencia de la hipertensión crónica con cifras disminuídas hacia la mitad del embarazo.

A menudo la hipertensión transitoria impresiona ser una manifestación de una Hipertensión arterial latente puesta de manifiesta por el embarazo. La hipertensión transitoria tiene un elevado grado de recurrencia en embarazos sucesivos, y es probablemente la base para un diagnóstico erróneo de preeclampsia en pacientes multíparas.

### **El laboratorio en el diagnóstico de la hipertensión durante el embarazo**

Los análisis de laboratorio ayudan al manejo de la Hipertensión durante el embarazo. Los pacientes que presentan presión normal durante el embarazo pero que han tenido:

- Hipertensión Arterial Previa
- Hipertensión Arterial en embarazos previos (no incluyendo el primero )
- Diabéticas

- Portadores de enfermedades del Colágeno
- Enfermedad Renal parenquimatosa

Se encuentran en elevado riesgo de presentar complicaciones durante el embarazo.

Es imprescindible pues contar con datos bioquímicos basales específicos, que puedan ser comparados con datos evolutivos durante el embarazo.

Aquellas pacientes con hipertensión previa a las 20 semanas tiene mayor tendencia a tener distintas formas de hipertensión secundaria, éstas incluyen: las enfermedades renales parenquimatosas, el aldosteronismo primario y el feocromocitoma (Juall, 2009).

Las determinaciones de laboratorio específicas para descartar éstas patologías son de fundamental importancia en el diagnóstico.

Los siguientes test de Laboratorio son los que se deben solicitar de rutina frente a la paciente embarazada con Hipertensión Arterial posterior a la 20a. semana.

### **Hemoglobina y Hematócrito**

La hemoconcentración favorece el diagnóstico de preeclampsia y es un indicador de severidad.

Los valores pueden descender en presencia de hemólisis .

### **Frotis Sanguíneo**

Signos de Anemia Hemolítica microangiopática (Esquiztocitosis) sugieren el diagnóstico de Preeclampsia. Puede estar presente aún con niveles levemente aumentados de Presión Arterial.

### **Recuento Plaquetario**

La disminución de éste recuento sugiere preclampsia severa.

### **Análisis de Orina**

Evaluación de Proteinuria de 24 hrs.

### **Creatinina**

Niveles anormales ( Mayores de 0.8 mgrs) ó en aumento asociados oliguria sugieren preeclampsia severa .

### **Uricemia**

Niveles anormalmente altos (> 4,5 -6 mgrs ) ayudan en el diagnóstico diferencial de preeclampsia y son fieles indicadores de severidad de la enfermedad.

### **Lactodeshidrogenasa**

Niveles elevados están asociados a hemólisis y afectación hepática sugiriendo preeclampsia severa.

## **TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSION EN EL EMBARAZO**

### **Tratamiento no Farmacológico en Pacientes con Hipertensión crónica**

La supervisión médica continua es fundamental en el manejo de la embarazada con hipertensión crónica. Es altamente conveniente, dentro de lo posible el manejo no farmacológico de la presión arterial. Las estrategias usualmente usadas en las pacientes hipertensas no embarazadas no están indicadas en la embarazada con hipertensión previa.

La reducción de peso no está recomendada en las hipertensas grávidas. La reducción de peso sólo estaría recomendada en pacientes hipertensas crónicas que desean planificar un embarazo.

La reducción del volumen plasmático en la hipertensa embarazada contraindicarían la restricción de sodio, salvo en pacientes con enfermedad renal previa y clearance de creatinina reducidos ó en pacientes con hipertensión sal-sensitiva reconocida. La restricción de la actividad física es una medida conveniente en el transcurso del embarazo porque favorece la disminución de la presión arterial, promueve la diuresis y disminuye las posibilidades de parto prematuro.

El consumo de alcohol y el tabaco deben ser absolutamente prohibidos durante todo el transcurso del embarazo (Romero JF, 2009).

### **Tratamiento farmacológico**

La mayoría de las mujeres embarazadas con hipertensión crónica leve a moderada tienen una muy baja tasa de complicaciones cardiovasculares en el transcurso del embarazo y mayoritariamente dan a luz niños a término y saludables. No obstante, las hipertensas grávidas presentan un riesgo aumentado para el desarrollo de Preeclampsia con aumento de la morbimortalidad fetal.

El objetivo es pues, minimizar los riesgos tempranos de la hipertensión arterial materna y prevenir la aparición de preeclampsia evitando los tratamientos que pongan en peligro la salud fetal.

Cuando la presión arterial materna alcanza o supera los niveles de 100 mm. Hg. de presión diastólica indiscutiblemente debe comenzarse el tratamiento antihipertensivo farmacológico. Es materia de discusión si los niveles inferiores de presión diastólica deben ser tratados.

No hay datos disponibles y concluyentes si el tratamiento preventivo ó el refuerzo de la medicación antihipertensiva previa, antes de la mitad del embarazo previene la aparición de preeclampsia. Es indiscutible, no obstante, la necesidad de acentuar todas las medidas de monitoreo clínico materno y fetal durante todo el transcurso del embarazo. El tratamiento farmacológico de la hipertensa grávida implica el conocimiento profundo de la eficacia y los mecanismos de acción de las distintas drogas antihipertensivas y el efecto a corto plazo y largo plazo sobre la salud fetal.

La única droga probadamente útil a éste respecto es la Alfa Metil Dopa en dosis de 500-2000 mgrs./día. No altera el monitoreo fetal y no se han descripto casos de teratogénesis. De todas maneras es preciso consignar que desde el punto de vista teórico, salvo los inhibidores de la enzima convertidora y la clonidina (en el primer trimestre), el resto de las drogas usualmente usadas para el tratamiento de la Hipertensión crónica no presentan contraindicaciones absolutas y no se han demostrado aumentos de la morbimortalidad fetal. Presentamos a continuación una lista de agentes antihipertensivos en consideración para su uso como alternativas ó complementarios al uso de Alfametildopa.



## **Beta Bloqueantes**

Hay suficiente evidencia acumulada sobre el uso y la seguridad del uso de los betabloqueantes en la hipertensión crónica asociada al embarazo. Igualmente seguros impresionan la combinación de bloqueantes alfa-beta (labetalol) y en estudios comparativos con betabloqueantes y alfametildopa, no han surgido diferencias en su efectividad. Debe consignarse como precaución algunos estudios que sugieren retardo en el crecimiento fetal, disminución de la frecuencia cardíaca fetal y la habilidad del feto para superar el stress hipóxico ante el uso durante largo tiempo de los bloqueantes beta.

## **Bloqueantes Cálcidos**

El uso de los bloqueantes cálcicos han sido relativamente poco usados en el manejo a largo plazo de la hipertensión en el embarazo. Es impropia pues una recomendación explícita sobre su uso en el embarazo.

## **Diuréticos**

Los diuréticos no constituyen una droga de primera línea para el tratamiento de la hipertensión crónica asociada al embarazo. No obstante si su uso estuviera indicado los diuréticos en menores dosis a las habituales pueden contribuir a potenciar la acción de otros agentes antihipertensivos. Debe tenerse particular precaución y contraindicarse en aquellas situaciones en donde la perfusión utero placentaria está disminuida como en la preeclampsia y el retardo franco del crecimiento uterino.

## **Vasodilatadores**

La Hydralazina en combinación con betabloqueantes ha demostrado eficacia y seguridad en el tratamiento de la Hipertensión crónica en el embarazo aunque no deberían ser usados como tratamiento de primera línea.

Sumariamente digamos que las conclusiones de los distintos consensos sobre el manejo de la hipertensión crónica durante el embarazo, si bien recomiendan una terapia antihipertensiva juiciosa y controlada no hay evidencias concluyentes que ésta mejore la supervivencia fetal. Sólo el tratamiento con alfa-metildopa ha demostrado claramente disminuir las pérdidas estacionales hacia la mitad del embarazo.

La vigilancia y el monitoreo fetal deben indicarse en cualquier circunstancia en que la madre presente elevación aguda ó crónica de las cifras tensionales.

La vigilancia fetal incluye la determinación del apropiado crecimiento fetal.

Los métodos de ésa determinación sobrepasan los límites de ésta guía y requiere el concurso médico especializado multidisciplinario.

El eje central de la prevención de la preeclampsia es la identificación de las pacientes de alto riesgo, seguido de un monitoreo estrecho de la evolución de las cifras tensionales, el cuadro clínico y el laboratorio de los pacientes.

De esa forma quizás no logremos evitar la Preeclampsia, pero sí prevenir sus consecuencias sobre la madre y el feto.

Aunque se han ensayado varias estrategias farmacológicas (Aspirina y diuréticos) y dietéticas (dietas hiposódicas y con bajo contenido proteico), ninguna de ellas han probado a largo plazo prevenir o minimizar la severidad de la preeclampsia.

Innumerables estudios indican que los cambios en la reactividad vascular, el volumen plasmático y la función renal anteceden, a veces en meses a la aparición de los primeros signos de preeclampsia( la hipertensión arterial, la excreción aumentada de proteínas y la retención de sodio ). La Proteinuria, el indicador clínico más válido de preeclampsia, es un elemento a menudo tardío en su aparición. No obstante la aparición de proteinuria, la aparición de edemas ó

aumento de peso desmedido y la aparición de variaciones de la presión arterial continúan siendo a pesar de las excepciones y sus limitaciones los signos que obligan a plantear un seguimiento más estricto de la salud materna y fetal.

**Los siguientes signos son indicadores ominosos en la evolución de la Preeclampsia**

- Presión Arterial sistólica > de 160 ó una Diastólica > de 110 mm. Hg.
- Proteinuria mayor de 2 gms. en 24 hrs.
- Valores de Creatinina en aumento > 90 mgrs/lit.
- Recuento plaquetario < 100.000 plaquetas.
- Evidencia de anemia hemolítica microangiopática con L.D.H. aumentada
- Elevación progresiva de enzimas hepáticas (T.G.O.- T.G.P.)
- Cefaleas u otras alteraciones cerebrales ó visuales.
- Dolor epigástrico\* Hemorragia retiniana, exudados ó edema de papila
- Edema de Pulmón.

Una vez que los cambios de presión arterial comienzan a observarse en una paciente con alto riesgo preeclámpico debería repetirse una segunda visita dentro de las próximas 48 hrs. Está indicado también un análisis inicial para determinar proteinuria

Estas medidas están dirigidas a determinar el patrón evolutivo y la necesidad de medidas de monitoreo más agresivas.

Si la condición de la paciente permanece estable, es aconsejable una nueva visita semanal. Si la situación de la paciente se deteriora existe la indicación perentoria de hospitalización para el seguimiento más estricto de la paciente y el feto.

Los niveles de presión arterial, la diuresis diaria, la retención hídrica así como la determinación del recuento de plaquetas, el nivel diario de creatinina y el nivel de ácido úrico determinarán al igual que la aparición de signos clínicos de afectación

del sistema nervioso central (cefaleas, desorientación, síntomas visuales) la decisión de continuar el embarazo.

El reposo absoluto en cama es una medida razonable aunque de eficacia no establecida.

La restricción estricta de sodio, el uso de diuréticos ó aspirina no tienen indicación en el manejo de ésta fase de la preeclampsia (Romero JF, 2009).

En mujeres con presiones diastólicas iguales ó mayores de 100 mm.de Hg. se debe realizar terapia antihipertensiva convencional, comenzando con Alfametildopa.

Existe una contraindicación de intentar disminuir los valores tensionales en forma agresiva. El control satisfactorio de la presión arterial no debería ser interpretado como una forma absoluta de eliminar el riesgo para la madre y su hijo.

Una de las decisiones más difíciles de tomar ante una preeclampsia severa es la interrupción o no de la gestación, tratando de mantener un equilibrio entre morbilidad materna y/o fetoneonatal.

Cuando la hipertensión gestacional se torna severa ó se eleva bruscamente llevando a la paciente a un marcado incremento del riesgo de hemorragia cerebral o una Eclampsia, se hace mandatorio iniciar una enérgica terapéutica farmacológica.

Si la paciente no respondiera al mismo, no quedan dudas que la interrupción del embarazo es mandatoria.

Si la paciente responde al tratamiento y el feto se hallara sin elementos de sufrimiento grave se debe tener en cuenta la edad gestacional.

En caso de que la misma sea superior a las 34 semanas es evidente que el riesgo de continuar con la gestación es mayor que el de finalizarla ya que la sobrevida fetal está garantizada a esa altura de la gestación.

Si la edad gestacional es inferior, la sobrevida neonatal se ve amenazada por la posibilidad de dificultad respiratoria, hemorragia intracraneana, inmadurez extrema, muy bajo peso al nacer, enterocolitis necrotizante y displasia bronco-pulmonar.

Por ello, lo primero que debe hacerse antes de tomar cualquier decisión es derivar a la paciente a un centro de alta complejidad; allí con la madre bajo control y el feto evaluado en forma apropiada (antropometría por ultrasonografía, evaluación del volumen del líquido amniótico, monitoreo cardíaco fetal y flujometría por doppler de los vasos umbilicales y uterinos, se decidirá la conducta a seguir.

Con las mejoras introducidas en los cuidados neonatales muchos investigadores intentan, que el parto, para las pacientes con preeclampsia severa se realice en lo posible más allá de las 30<sup>a</sup> semana, teniendo en consideración el mejor interés para la madre y para el feto.

Cuando la edad gestacional es crítica (entre la 25 y 30<sup>a</sup> semana) uno podría considerar controlar la presión arterial conjuntamente con la observancia cuidadosa clínica y de laboratorio de la madre y el feto.

La mayor consideración al decidir el momento del parto debería ser el bienestar fetal.

Por lo tanto, si la condición materna es estable, el parto está indicado ante la presencia de signos de disfunción de vitalidad fetal.

Si el crecimiento y la vitalidad fetal se mantienen estables, el embarazo debería continuar hasta el parto espontáneo. Por el contrario; si las condiciones maternas

se deterioran rápidamente está indicado el parto para la protección tanto de la madre como del feto.

Aunque las condiciones fetales usualmente dictan la ocasión del parto hay importantes excepciones.

Complicaciones potencialmente letales de la preeclampsia son: la ruptura hepática cuyos pródromos son la hepatomegalia dolorosa y la anormalidad de los valores del hepatograma y el síndrome HELLP caracterizado por hemólisis, aumento de las enzimas hepáticas y plaquetopenia.

Estas complicaciones así como la aparición de Insuficiencia cardíaca o renal, rápidamente evolutivas, obligan a realizar el parto de extrema urgencia independientemente del grado de madurez del feto.

Las indicaciones para interrupción del embarazo en pacientes con cuadros de preeclampsia severa, ya sea por impacto sobre la madre ó el feto serían pues:

- Síndrome Hipertensivo incontrolable
- Sígnos de sufrimiento fetal
- Retardo del crecimiento uterino
- Eclampsia
- Síndrome HELLP
- Insuficiencia Cardíaca ó renal rápidamente evolutivas

El parto por vía vaginal es preferible a la cesárea en los casos de preeclampsia leve a moderada ya que evita el stress adicional de la cirugía sobre una condición inestable.

El parto por vía vaginal obliga a realizar monitoreo electrónico fetal intraparto y ante la menor dificultad en el avance del trabajo de parto y / o signos de sufrimiento fetal se debe proceder a la cesárea. No obstante si el feto se encuentra muy comprometido se prefiere el parto por cesárea.

La inducción debe ser realizada agresivamente una vez que se ha tomado la decisión.

En gestaciones alejadas del término en los cuales está indicado el parto, y las condiciones fetales y maternas se encuentran estables se deberían administrar glucocorticoides para acelerar la madurez fetal pulmonar. La anestesia regional usada como forma de analgesia peridural ofrece ventajas tanto para el parto por vía vaginal ó por cesárea.

No obstante debe tenerse en cuenta la posibilidad de simpatolisis con disminución de la presión arterial, el gasto cardíaco y la consecuente disminución del flujo sanguíneo utero-placentario.

Por esas razones muchos expertos contraindican la anestesia espinal en la paciente preclámptica severa y prefieren la anestesia general para las hipertensiones severas y las eclampsias.

La elevación brusca de la presión arterial durante el parto es un fenómeno habitual en la Preeclampsia. Los agentes antihipertensivos que se habían indicado previamente al parto pueden ser disminuídas si la presión materna está levemente aumentada. Si las presiones diastólicas son iguales ó mayores a 105 mm.de Hg. se debería considerar el tratamiento farmacológico.

Especial cuidado se debería tener al considerar tratamientos antihipertensivos agresivos en pacientes con presiones diastólicas inferiores a 80 mm. de Hg antes de la crisis preeclámptica, en pacientes con hipertensión crónica ó con cardiopatía hipertensiva.

Las drogas usadas para el tratamiento de la Hipertensión aguda durante el parto deben ser conocidas juiciosamente por sus acciones y efectos colaterales sobre la circulación utero-placentaria. La hidralazina, labetalol, bloqueantes cálcicos y clonidina son drogas usadas en forma parenteral ó sublingual.

Existe sí acuerdo con la contraindicación absoluta con el uso del Nitroprusiato de sodio o el Enalaprilat EV.

No existe indicación formal para el uso de diuréticos EV durante la crisis aguda. Especial atención debe prestarse a la excesiva infusión de cristaloides durante el parto y durante el tratamiento de la crisis hipertensiva.

La disminución brusca de la presión oncótica por efecto de los cristaloides puede desencadenar en la paciente grávida edema pulmonar cerebral y pulmonar graves .

### **Manejo de la Eclampsia**

Es erróneo asociar la posibilidad de convulsiones con determinados niveles de presión arterial, las convulsiones pueden desencadenarse en cualquier momento de la pre eclampsia. Por ésta razón, muchas series han preconizado la posibilidad de realizar tratamiento con Sulfato de magnesio EV en forma profiláctica cuando la mujer con preeclampsia está en trabajo de parto; aun cuando los signos premonitorios de convulsiones ó afectación del sistema nervioso central estén ausentes. Leer el artículo Pre eclampsia (en inglés)

La administración de 4-6 gramos de sulfato de magnesio eleva rápidamente las concentraciones de ésa droga en plasma, no obstante esa terapia debería mantenerse por lo menos entre 12 y 24 horas posteriores al parto por dos razones: En primer lugar, 30 % de las pacientes pueden repetir sus convulsiones durante ése período. En segundo término las concentraciones de sulfato de magnesio decaen su concentración muy rápidamente posteriormente al bolo inicial salvo la presencia de insuficiencia renal oligoanúricaó la administración concomitante de bloqueantes cálcicos usados como tratamiento de la crisis hipertensiva (P., 2009).

El antídoto inmediato para el sulfato de magnesio, será el gluconato de calcio (1 gramo EV) y la intubación de la paciente para asistencia respiratoria.



En presencia de convulsiones el parto debe ser postergado hasta que el cuadro sea razonablemente controlado; la presión arterial controlada a niveles menores de 110 mm. Hg. de Presión diastólica y se haya realizado un adecuado balance hidroelectrolítico con control de diuresis horaria. Los episodios de hipertensión arterial aguda inducidas por el embarazo usualmente disminuyen rápidamente con el parto ó en los días inmediatamente posteriores. La persistencia de la hipertensión más de 3 a 5 días obliga a mantener la terapia antihipertensiva endovenosa hasta su total control.

### **Lactancia**

El pasaje a medicación antihipertensiva oral en el puerperio debe tomar en consideración la lactancia materna. Todos los agentes antihipertensivos estudiados han sido detectados en la leche materna, no obstante existen pocos reportes que evaluaran la concentración de éstos agentes en el plasma de los niños amamantados y los efectos hemodinámicos de éstas drogas.

En pacientes con hipertensión arterial leve que desean amamantar, se puede considerar la posibilidad de suspender la medicación antihipertensiva con observación de los niveles de presión arterial materna. En aquellos pacientes con formas más severas de hipertensión arterial ó que deben ser controladas con más de una droga antihipertensiva se debería discontinuar o suspender la lactancia.

### **Pronóstico**

La prevalencia de Hipertensión Arterial crónica en pacientes con preeclampsia y eclampsia en la primigravidez es la misma que en mujeres que no han tenido éstas patologías al realizar la comparación por sexo y edad. La Preeclampsia-Eclampsia es una interurrencia no relacionados con hipertensión posterior. Es discutida la prevalencia de hipertensión arterial crónica en pacientes con preeclampsia-eclampsia múltíparas.

La hipertensión transitoria se define como el aumento de la presión arterial sin edema ó proteinuria significativa en el curso del embarazo, con retorno a la normotensión dentro de los 10 días posteriores al parto.

Algunos estudios indican que la hipertensión arterial transitoria recurre en embarazos ulteriores y a menudo predice el desarrollo futuro de hipertensión arterial crónica.

Probablemente ésta forma de presentación de la hipertensión arterial sea una forma de hipertensión arterial esencial enmascarada por el embarazo.

### **Los problemas en la placenta**

Los problemas en la placenta, la más frecuente es la placenta previa, por el cual la ésta cubre parcial o totalmente el cuello uterino. Un estudio realizado en 2005 comprobó que las mujeres de más de 35 años tienen el doble de probabilidades, y las mujeres de más de 40 años casi tres veces más, que las mujeres más jóvenes de tener esta complicación. La placenta previa puede producir hemorragias severas durante el parto que pueden poner en peligro la vida de la madre y del feto. Por lo general, una intervención quirúrgica (cesárea) puede evitar complicaciones graves (Cabero RL, 2010).

### **Causas**

La placenta puede no trabajar tan bien debido a problemas en el embarazo o hábitos en la madre, como:

- Diabetes
- Pasarse de la fecha probable de parto
- Hipertensión arterial durante el embarazo (llamada pre eclampsia)
- Enfermedades que incrementan las probabilidades de coágulos sanguíneos en la madre
- Tabaquismo

- Consumir cocaína u otras drogas

Ciertas afecciones también pueden incrementar el riesgo de insuficiencia placentaria.

En algunos casos, la placenta:

- Puede tener una forma anormal.
- Puede no agrandarse lo suficiente (más probable si está esperando gemelos o más)
- No se fija correctamente a la superficie del útero.
- Se desprende de la superficie uterina o sangra.

## **Síntomas**

Una mujer con insuficiencia placentaria normalmente no tiene ningún síntoma.

## **Pruebas y exámenes**

El médico medirá el tamaño de su útero en crecimiento en cada consulta, empezando aproximadamente en la mitad del embarazo.

Si el útero no está creciendo como se esperaba, se hará una ecografía del embarazo. Este examen medirá el tamaño y crecimiento del bebé y evaluará el tamaño y la ubicación de la placenta.

Otras veces, los problemas con la placenta o el crecimiento de su bebé se pueden encontrar en una ecografía de rutina que se realiza durante el embarazo.

En cualquier caso, el médico puede ordenar exámenes para verificar cómo está su bebé. Los exámenes pueden mostrar que su bebé está activo y saludable, y que la cantidad de líquido amniótico es normal o pueden mostrar que el bebé está teniendo problemas.

Si hay un problema con la placenta, usted y su médico deben decidir si inducen el parto.

A usted le pueden pedir que lleve un registro diario de la frecuencia con que el bebé se mueve o patea.

### **Tratamiento**

Las siguientes medidas que tome el médico dependerán de:

- Los resultados de exámenes
- La fecha probable de parto
- Otros problemas que pueden estar presentes, tales como presión arterial alta o diabetes

Si su embarazo es de menos de 37 semanas y los exámenes muestran que su bebé no está bajo demasiado estrés, el médico puede decidir esperar más tiempo. A veces, puede que tenga que aumentar el descanso de lado. Con frecuencia, le harán exámenes para asegurarse de que su bebé esté bien. El tratamiento de la presión arterial alta o la diabetes también puede ayudar a mejorar el crecimiento del bebé.

Si su embarazo es de más de 37 semanas o los exámenes muestran que su bebé no va bien, es posible que el médico quiera sacarlo. Se puede inducir el parto o tal vez se necesite una cesárea.

### **Expectativas (pronóstico)**

Los problemas con la placenta pueden afectar el crecimiento del feto. El bebé no puede crecer y desarrollarse normalmente en el útero si no obtiene oxígeno y nutrientes suficientes. Cuando esto ocurre, se denomina restricción del crecimiento intrauterino (RCIU). Esto aumenta las probabilidades de complicaciones durante el embarazo y el parto.

## **Prevención**

Recibir cuidado prenatal a comienzos del embarazo ayudará a constatar que la madre esté lo más saludable posible durante este período.

El hecho de fumar, consumir alcohol y otras drogas psicoactivas puede interferir con el crecimiento del bebé. Evitar estas sustancias puede ayudar a prevenir la insuficiencia placentaria y otras complicaciones del embarazo.

## **La Ruptura Prematura de Membranas**

La Ruptura Prematura de Membranas (RPM) es la rotura espontánea de las membranas fetales antes del inicio de la labor de parto independientemente de la edad gestacional.

## **Muerte materna**

A la muerte materna, la OMS la define como la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del embarazo, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales.

## **Factores de riesgos fetales**

### **Defectos congénitos**

Diversas trisomías son muchos más frecuentes tras los 35 años de edad, especialmente la trisomía 21 pero también la 13, la triple X y el síndrome de Klíenfelter. Especial mención requiere la trisomía 21-Síndrome de Down, ya que representa ella sola la mitad de las anomalías cromosómicas en estas edades.

Además, diferentes anomalías somáticas genéticas no cromosómicas se asocian a edad materna avanzada durante el embarazo:

- Malformaciones cardíacas
- Sindactilia
- Podactilia
- Labio leporino
- Malformaciones anorrectales.

Los niños afectados nacen con diferentes grados de retraso mental y defectos físicos. A los 25 años, una mujer tiene una probabilidad de aproximadamente 1 en 1,250 de tener un bebé con síndrome de Down, a los 30 años una probabilidad de 1 en 1,000, a los 35 años una probabilidad de 1 en 400, a los 40 años una probabilidad de 1 en 100, a los 45 años una probabilidad de 1 en 30, a los 49 años una probabilidad de 1 en 10. El Colegio de Obstetras y Ginecólogos de los Estados Unidos (American College of Obstetricians and Gynecologists, ACOG) recomienda a las mujeres de más de 35 años durante el primer o segundo mes de embarazo realizar el tamizaje prenatal para diagnosticar la probabilidad la existencia de síndrome de Down y otros problemas asociados a defecto del tubo neural.

### **Principales Pruebas prenatales invasivas**

Entre las pruebas prenatales invasivas se pueden realizar se encuentran la amniocentesis y la muestra de vellosidades coriónicas (CVS). La amniocentesis y la muestra del villuscoriónico presentan un riesgo muy pequeño de aborto espontáneo (pérdida del embarazo antes de las 20 semanas). Si los resultados indican que su riesgo es bajo, pueden decidir no realizarse la amniocentesis o CVS; si el riesgo es alto, pueden decidir realizarse estas pruebas prenatales. Sin embargo, una prueba de diagnóstico precoz no permite detectar ni descartar de manera definitiva el síndrome de Down y otros problemas cromosómicos de nacimiento como lo haría una amniocentesis o CVS.

## **Abortos espontáneos**

La mayoría de los abortos espontáneos ocurre durante el primer trimestre de embarazo en las mujeres de cualquier edad, sin embargo, el riesgo se incrementa con la edad de la mujer.

Varios estudios indican que aproximadamente el 10 % de los embarazos reconocidos en las mujeres de entre 20 y 45 años de edad termina en aborto espontáneo. Esta cifra aumenta aproximadamente al 20 % en el caso de mujeres de entre 35 y 39 años de edad y aproximadamente al 50 % entre los 40 y 45 años; siendo el mayor riesgo de aborto espontáneo relacionado con la edad se debe, al menos en parte, a la mayor incidencia de anomalías cromosómicas.

La edad gestacional de un recién nacido es muy importante para su desarrollo, ya que un niño con 37 a 42 semanas de gestación, está preparado tanto orgánica como funcionalmente para crecer fuera del útero materno. La mortalidad neonatal aumenta a medida que disminuye la edad gestacional.

Del 2003 a 2005, el 16.6 % de las mujeres de más de 40 años tuvieron un parto prematuro, en comparación con un 12.5 % de las mujeres de 30 a 39 años, y el 11.9 % de las mujeres de 20 a 29 años<sup>33</sup>. A veces los problemas con la placenta, puede impedir que esta suministre al feto el oxígeno y los nutrientes adecuados, produciendo bajo peso en el nacimiento y pequeños para la edad gestacional, o puede ser resultado de un nacimiento prematuro.

Los recién nacidos pretérminos y con bajo peso al nacer tienen mayor riesgo de padecer problemas de salud física como fallo en el crecimiento y enfermedad pulmonar en sus primeros años. La repercusión en la edad escolar, adolescencia o adultez de estos problemas es variable. Desde el punto de vista de su desarrollo temprano tienen alto riesgo con respecto a la población infantil en general, de diagnóstico de discapacidades mayores (Parálisis Cerebral, retardo mental, ceguera y/o sordera).

## **El método de APGAR**

Es el método más comúnmente empleado para evaluar el ajuste inmediato del recién nacido a la vida extrauterina con el propósito de verificar su condición y la eventual necesidad de reanimación, evalúa 5 parámetros: actividad, pulso, gesticulaciones, apariencia y respiración. La puntuación inicial de 7 a 10 indica una excelente condición del recién nacido. Se valora como depresión moderada cuando los valores oscilan entre 4 y 6, y es una situación en la que se debe administrar oxígeno por mascarilla.

El APGAR inferior a 3 en el primer instante, ó 5 a los cinco minutos, indica depresión grave y necesidad de realizar intubación endotraqueal y cateterización de los vasos umbilicales para perfusión de bicarbonato. Los THE, prematuridad, PEG, circunstancias frecuentes en las embarazadas mayores de 35 años, predisponen a presentar esta complicación fetal.

## **La Hipoxia fetal**

Es consecuencia de un insuficiente intercambio uteroplacentario, que se da durante el embarazo, pero se incrementa durante el trabajo de parto, por efecto de la contractilidad, lo presentan las embarazadas en edades extremas, embarazadas con problemas de diabetes o hipertensión arterial.

## **Muerte fetal**

Es aquella que ocurre en un embarazo sobre las 20 semanas; la mortalidad perinatal ocurre alrededor del nacimiento y se divide en dos períodos: el primero, incluye la muerte fetal intermedia (20-28 semanas de gestación) y la muerte fetal tardía (más de 28 semanas de gestación).



El segundo período comprende la muerte neonatal temprana (menos de siete días después del nacimiento) y la muerte neonatal tardía (que va del séptimo al 28 día, posterior al nacimiento).

Numerosas publicaciones internacionales señalan a la edad materna avanzada como uno de los factores de riesgo más significativamente asociados con la muerte fetal. Así, algunas investigaciones encuentran que el riesgo de muerte fetal en mujeres mayores de 35 años es de 2 a 5 veces mayor que en las mujeres menores de 35 años<sup>37</sup>.

## **CAPITULO II**

### **METODOLOGÍA**

#### **2.1 Diseño de Investigación**

Esta investigación es de carácter descriptiva, porque nos presenta características y detalles del problema que se investiga; además se orientó hacia el análisis descriptivo de la realidad de la enfermería, porque a través de los detalles podemos resaltar los aspectos más críticos en la elección del problema y sus causas, que involucran a las mujeres embarazadas de 20 a 45 años que acuden al centro de salud Echeandía.

#### **2.2 Tipo de Investigación**

La presente investigación tuvo la modalidad de campo, en razón de que se trabajó en el centro de salud con las mujeres embarazadas de 20 a 45 años; y también la modalidad bibliográfica; debido a que se investiga en los libros y documentos la teoría que respalda este trabajo y que permite comprender la magnitud del problema, para plantear alternativas de solución.

#### **2.3 Métodos de Investigación.**

##### **2.3.1 Deductivo**

Nos permite la comprobación de las ideas a defender como consecuencia de las deducciones del conjunto de datos recopilados. Se aplicó este método porque en el estudio investigativo del tema planteado se partirá desde un análisis general hacia la realidad situacional, como los factores de riesgo y controles prenatales en las mujeres embarazadas de 20 a 45 años de edad.

### **2.3.2 Inductivo**

Este método permitió la comprobación de la hipótesis, a través de las demostraciones que nos permiten llegar a la teoría. Se remite a observaciones, hechos, fenómenos y casos del problema planteado en la investigación sobre el impacto de los factores de riesgo y controles prenatales en las mujeres embarazadas de 20 a 45 años que acuden al centro de salud Echeandía.

### **2.3.3 Descriptivo**

Se utiliza el método para caracterizar cada uno de los factores de riesgo y controles prenatales, señalar sus características y propiedades, servirá para ordenar, agrupar o sistematizar las actividades y tareas involucradas en el trabajo indagatorio.

### **2.3.3 Exploratorio**

Se basa en la recopilación teórica de los fundamentos del trabajo y de las causas del problema, para la elaboración de las recomendaciones que servirán para resolver el problema y además será base para otras investigaciones.

## **2.4 Técnicas e instrumentos de Investigación.**

- La historia clínicas de las mujeres embarazada en edades de 20 a 45 años de edad.
- Encuesta debidamente estructurada y aplicada a las mujeres en estado de gestación en edades de 20 a 45 años que acuden al centro de Salud Echeandía del Cantón Echeandía, Provincia de Bolívar.

## **2.5 Técnicas e instrumentos médicos**

Para llegar a obtener la información para esta investigación es el registro diario de atenciones ambulatorias y revisión de historias clínicas de las pacientes.

## **2.6 Población y muestra**

El universo de embarazadas lo conformaron las 1.841 pacientes que recibieron atención en el servicio de Gineco-Obstetricia del Centro de Salud Echeandía del Cantón Echeandía provincia de Bolívar, durante el periodo de junio a diciembre del año 2013, de las cuales la población de estudio fueron las 200 embarazadas con edad mayor de 20 años.

## **2.7 Procedimiento para el análisis e interpretación de resultados.**

La información se recolectó en un formulario debidamente estructurado. El procesamiento de la información se realizó mediante una base de datos que condensó toda la información investigada para posteriormente analizarla en el sistema Microsoft Excel.

## **2.8 Hipótesis u idea a defender**

La adecuada capacitación sobre los factores de riesgos incide en el adecuado proceso de gestación en las mujeres de 20 a 45 años de edad, atendidas en el Centro de Salud de Echeandía, Provincia Bolívar durante el periodo junio 2013 a diciembre del 2013.

### CAPÍTULO III

#### ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

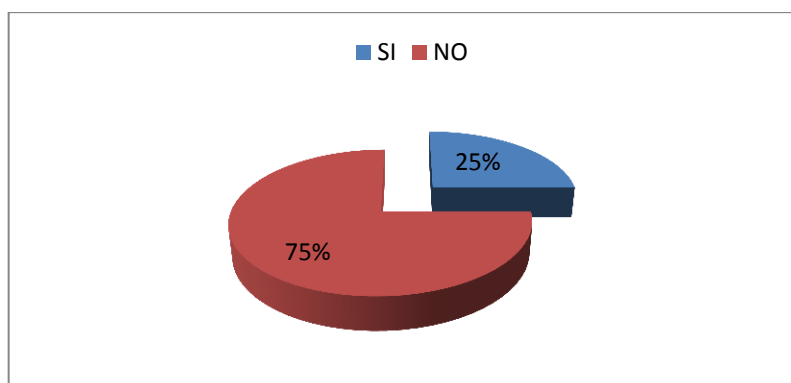
#### 1.- HA RECIBIDO ALGÚN TIPO DE CAPACITACIÓN SOBRE LOS FACTORES DE RIESGO EN LA ETAPA DE EMBARAZO.

VARIABLES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	50	25%
NO	150	75%
TOTAL	200	100%

**Fuente:** Historias clínicas, encuestas

**Elaborado por:** Investigadora

#### GRÁFICO N° 1



**Fuente:** Historias clínicas, encuestas

**Elaborado por:** Investigadora

#### ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

De un total de 200 mujeres encuestadas solo 50, es decir un porcentaje equivalente al 25% afirman haber recibido algún tipo de capacitación sobre los factores de riesgo en la etapa de embarazo, sin embargo 150 es decir un porcentaje equivalente al 75%, manifiestan no haber recibido ningún tipo de capacitación sobre este tema. Este es un dato realmente preocupante pues se puede observar claramente que existe un gran desconocimiento sobre los diversos riesgos que pueden afectar su estado de gestación, lo cual las hace altamente vulnerables a futuras complicaciones pues al no existir conocimiento previo, será casi imposible prevenir ciertos tipos de enfermedades muy comunes en las mujeres embarazadas en edades comprendidas entre 20 y 45 años de edad.

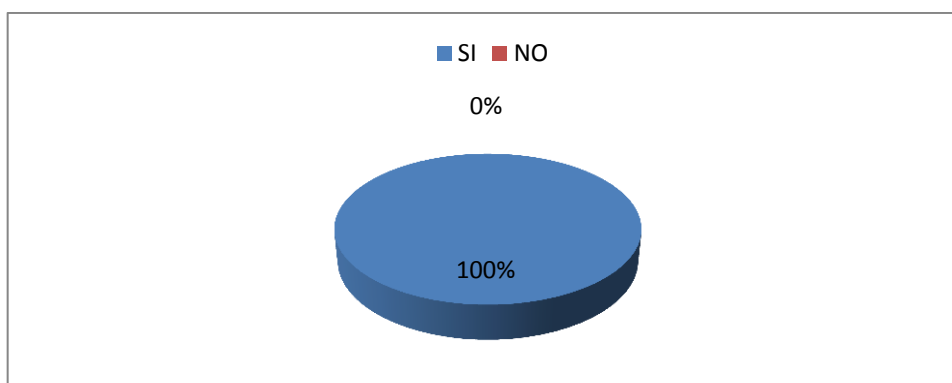
**2.- CONSIDERA NECESARIA UNA CAMPAÑA DE CAPACITACIÓN QUE ORIENTE A LAS MUJERES EMBARAZADAS SOBRE MÉTODOS DE PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES.**

VARIABLES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	200	100%
NO	0	0%
TOTAL	200	100%

**Fuente:** Historias clínicas, encuestas

**Elaborado por:** Investigadora

**GRÁFICO N° 2**



**Fuente:** Historias clínicas, encuestas

**Elaborado por:** Investigadora

**ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS**

De un total de 200 mujeres encuestadas 200 de ellas, es decir un porcentaje equivalente al 100%, consideran necesaria la implementación de campañas que busquen orientar a las mujeres embarazadas sobre métodos de prevención de enfermedades que puedan alterar el normal desarrollo de su embarazo, esto evidencia claramente la total predisposición de las gestantes por optar por métodos que garanticen su bienestar y la de su bebe, es por ello que se sugiere realizar campañas, talleres y programas de capacitación a fin de informar sobre las consecuencias de sus malos hábitos y de la gran importancia de asistir regularmente a los Controles pues es la única forma de prevenir futuras complicaciones.

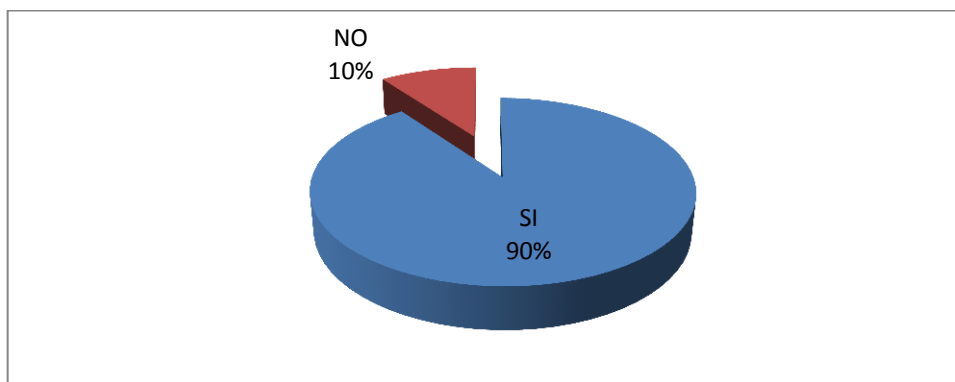
### 3.- HA SUFRIDO COMPLICACIONES EN SU EMBARAZO

VARIABLES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	180	90%
NO	20	10%
TOTAL	200	200%

**Fuente:** Historias clínicas, encuestas

**Elaborado por:** Investigadora

**GRÁFICO N° 3**



**Fuente:** Historias clínicas, encuestas

**Elaborado por:** Investigadora

### ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

De un total de 200 mujeres encuestadas 180, es decir un alarmante porcentaje equivalente al 90% de las encuestadas, afirma haber sufrido complicaciones en su embarazo, sin embargo solo 20 de ellas, es decir un porcentaje equivalente al 10% manifiesta no haber tenido complicaciones con su embarazo.

Es un dato alarmante pues el porcentaje de mujeres que afirma haber tenido complicaciones se despusa de manera preocupante, esto obedece a la falta de asistencia a los controles lo cual es un factor determinante pues evita cualquier anomalía y da soluciones oportunas. Sin embargo 20 personas manifiestan no haber tenido complicaciones esto se debe por una parte según ellas a la buena alimentación y sobre todo a los buenos cuidados de sus familiares, lo cual no garantiza de ninguna forma un adecuado desarrollo del embarazo.

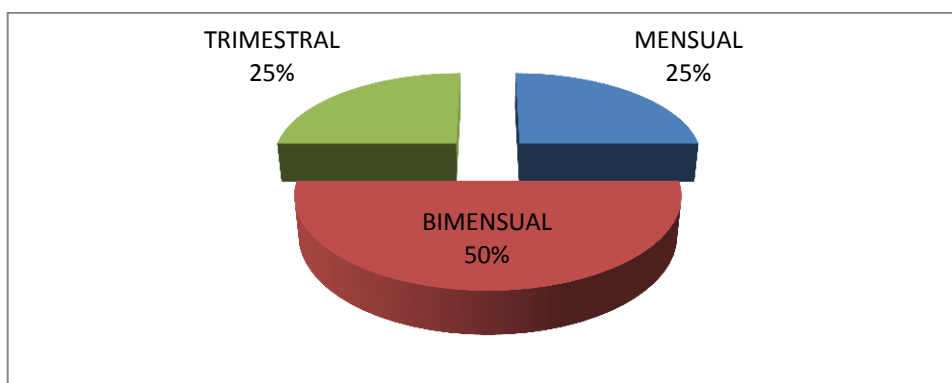
#### 4.- CON QUE FRECUENCIA HA SUFRIDO COMPLICACIONES EN SU EMBARAZO.

VARIABLES	FRECUENCIA	PORCENTAJES
MENSUAL	100	25%
BIMENSUAL	50	50%
NINGUNA	50	25%
TOTAL	200	200%

**Fuente:** Historias clínicas, encuestas

**Elaborado por:** Investigadora

**GRÁFICO N° 4**



**Fuente:** Historias clínicas, encuestas

**Elaborado por:** Investigadora

#### ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

De un total de 200 mujeres encuestadas, 100 indican haber sufrido al menos de una complicación al mes en su embarazo, sin embargo 50 indican haber sufrido complicaciones en su embarazo al menos una vez cada dos meses, y finalmente el 50% indica no haber sufrido ninguna complicación en su etapa de gestación. Como podemos observar la incidencia de mujeres con complicaciones en su etapa de gestación es elevada, así mismo y con mucha preocupación podemos observar que el porcentaje de mujeres con complicaciones no coincide con el porcentaje de mujeres que asisten con regularidad a los controles médico, lo cual es alarmante pues a pesar de ello no existe concientización sobre los peligros a los que ellas están expuestas no a las consecuencias que estas anomalías pueden ocasionar a sus bebés.



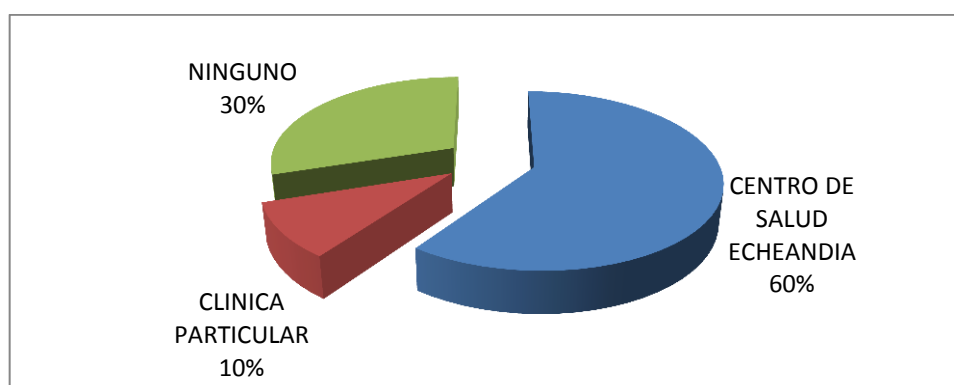
## 5.- CUANDO SIENTE ALGUNA MOLESTIA USTED ASISTE A:

VARIABLES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CENTRO DE SALUD ECHEANDIA	120	60%
CLINICA PARTICULAR	20	10%
NINGUNO	60	30%
TOTAL	200	100%

**Fuente:** Historias clínicas, encuestas

**Elaborado por:** Investigadora

**GRÁFICO N°5**



**Fuente:** Historias clínicas, encuestas

**Elaborado por:** Investigadora

## ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

De un total de 200 mujeres encuestadas, 120, es decir un porcentaje equivalente al 60% asisten al centro de Salud Echeandía del cantón Echeandía, sin embargo 20 mujeres, es decir un porcentaje equivalente al 10% prefiere asistir a Clínicas particulares, y finalmente 60 mujeres, es decir un porcentaje equivalente al 30% opta por evadir los chequeos médicos.

Según los encuestados prefieren no asistir a los chequeos médicos debido a los grandes periodos de tiempo que deben permanecer en el centro de salud en espera de un turno, así también debido a los ineficientes materiales y equipos con los que se cuenta, esto a decir de ellos no garantiza bajo ningún concepto su adecuada atención, es por ello que de existir los recursos económicos necesarios prefieren asistir a las clínicas particulares existentes en el sector obviamente de forma irregular debido a la falta de recursos económicos.

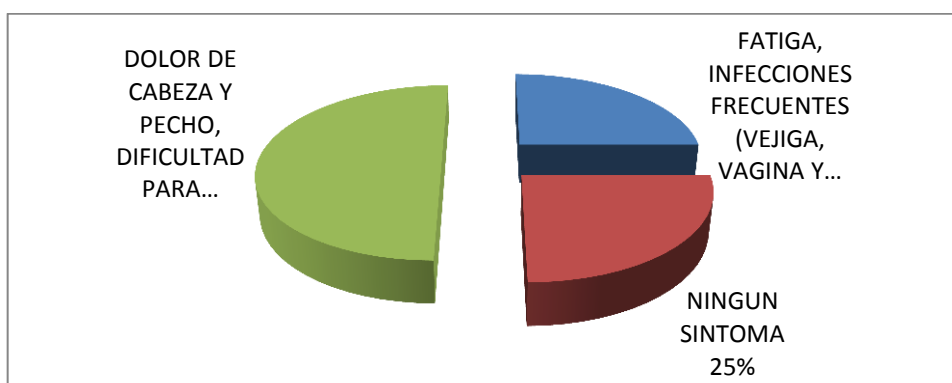
## 6.- CUÁLES SON SUS PRINCIPALES SÍNTOMAS

VARIABLES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
FATIGA, INFECCIONES FRECUENTES (VEJIGA, VAGINA Y PIEL)	50	25%
NINGUN SINTOMA	50	25%
DOLOR DE CABEZA Y PECHO, DIFICULTAD PARA RESPIRAR, HEMORRAGIAS NAALES	100	50%
TOTAL	200	100%

**Fuente:** Historias clínicas, encuestas

**Elaborado por:** Investigadora

**GRÁFICO N° 6**



**Fuente:** Historias clínicas, encuestas

**Elaborado por:** Investigadora

### ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

De un total de 200 mujeres encuestadas 50 encuestadas, es decir un porcentaje equivalente al 25% manifiesta padecer de fatiga, infecciones frecuentes, otras 50 mujeres encuestadas indican no han sufrido ningún síntoma que indique alguna complicación en su embarazo, sin embargo 100 personas es decir un porcentaje equivalente al 50% coincide en que ha sufrido de dolores de cabeza y pecho, además de dificultades para respirar, hemorragias nasales, etc.

Por los datos anteriormente expuesto podemos notar claramente un alarmante despunte de los síntomas relacionados a la hipertensión arterial, lo cual es sumamente preocupante pues es una complicación es una importante causa de muerte materna y morbimortalidad fetal en todo el mundo.

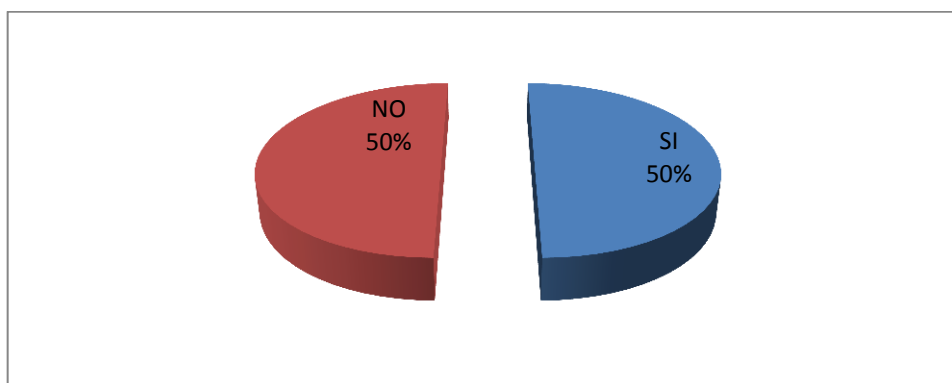
## 7.- ASISTE CON REGULARIDAD LOS CONTROLES MÉDICOS

VARIABLES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	100	50%
NO	100	50%
TOTAL	200	100%

**Fuente:** Historias clínicas, encuestas

**Elaborado por:** Investigadora

**GRÁFICO N° 7**



**Fuente:** Historias clínicas, encuestas

**Elaborado por:** Investigadora

### ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

De un total de 200 mujeres encuestadas, 100 afirma asistir con regularidad y según lo programado a los controles médicos prenatales, sin embargo las otras 100 mujeres encuestadas manifiestan no asistir con regularidad.

Esto se debe según ellas por una parte a que en muchos de los casos son ellas quien mantiene a sus hogares por diversas razones, esto hace que no puedan abandonar sus trabajos para asistir a los controles médicos, así también manifiestan no asistir con regularidad debido a la falta de medicamento en dicho centro de salud pues indican que de ser necesario el consumo de medicina ellas tendrán que costearse pues no se cuenta con la suficiente cantidad de medicina.

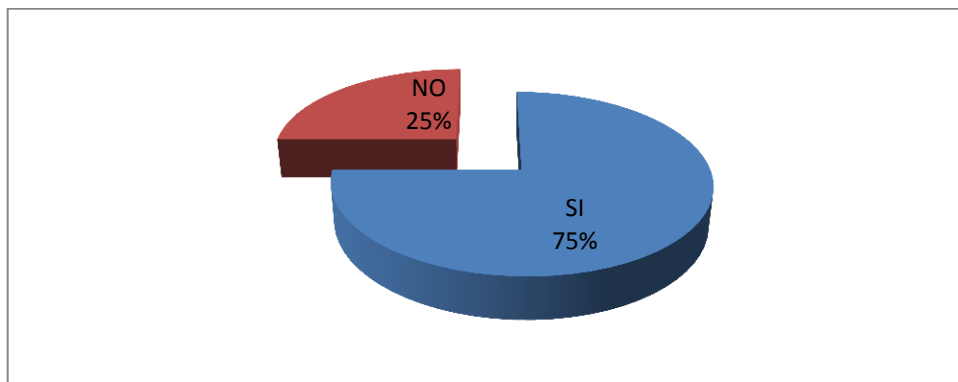
**8.- USTED SUELE AUTO MEDICARSE, ES DECIR CONSUME MEDICAMENTO SIN PRESCRIPCIÓN MEDICA.**

VARIABLES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	150	75%
NO	50	25%
TOTAL	200	100%

**Fuente:** Historias clínicas, encuestas

**Elaborado por:** Investigadora

**GRÁFICO N° 8**



**Fuente:** Historias clínicas, encuestas

**Elaborado por:** Investigadora

**ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS**

De un total de 200 mujeres encuestadas, 150 mujeres, es decir un porcentaje equivalente al 75% indican que frecuentemente se auto medican, sin embargo 50 mujeres, es decir un porcentaje equivalente al 25% no lo hace.

Según las encuestadas este alarmante despunte las mujeres que se auto medican obedece en gran forma a la falta de capacitación sobre las consecuencias de su accionar, además se debe también a la concisión socioeconómica de las mujeres pues tienen que laborar grandes periodos de tiempo al día a fin de poder satisfacer las necesidades básicas de sus hijos.

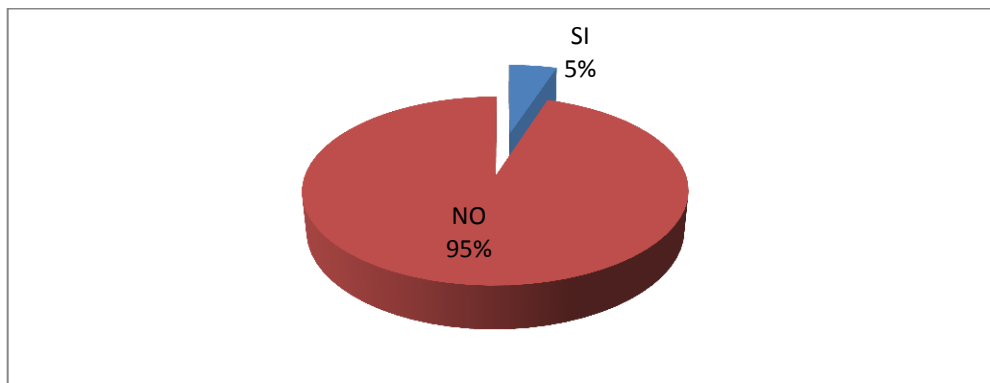
## 9.- CONSUME CON FRECUENCIA BEBIDAS ALCOHOLICAS Y/O TABACO.

VARIABLES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	10	5%
NO	190	95%
TOTAL	200	200%

**Fuente:** Historias clínicas, encuestas

**Elaborado por:** Investigadora

**GRÁFICO N° 9**



**Fuente:** Historias clínicas, encuestas

**Elaborado por:** Investigadora

### ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

De un total de 200 mujeres encuestadas, solo 10 mujeres, es decir un porcentaje equivalente al 5% indica que consume frecuentemente alcohol, sin embargo 190 encuestadas, es decir un porcentaje equivalente al 95% manifiesta no ingerir bebidas alcohólicas durante su estado de gestación.

Este dato es alentador pues si bien es cierto actualmente no se brinda una capacitación adecuada a las mujeres en estado de gestación en el cantón Echeandía sobre los peligros a los que ellas y sus bebés se exponen al consumir bebidas alcohólicas en el estado de embarazo, ventajosamente no se cuenta con un índice elevado de mujeres que consuman alcohol, lo cual hace menos grande el problema, sin embargo es necesario buscar soluciones que busquen disminuir totalmente el número de mujeres que consuman bebidas alcohólicas pues como es muy cierto esto puede ocasionar complicaciones irreversibles al bebé.

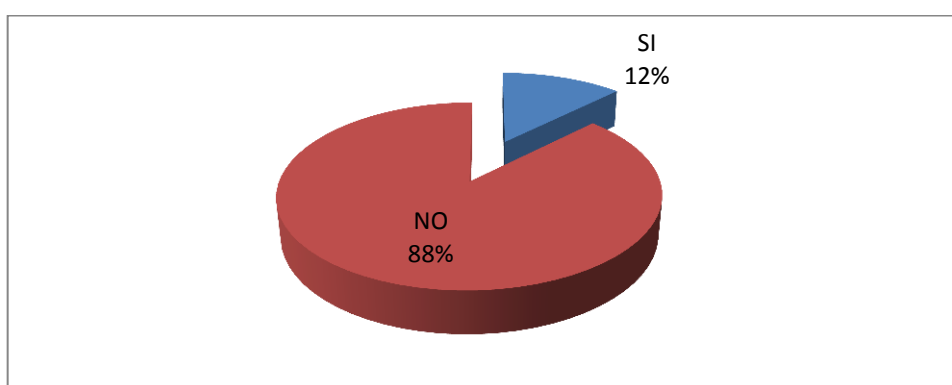
#### 10.- CONSIDERA QUE SU ALIMENTACION ES LA ADECUADA.

VARIABLES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	25	12%
NO	175	88%
TOTAL	200	100%

**Fuente:** Historias clínicas, encuestas

**Elaborado por:** Investigadora

**GRÁFICO N° 10**



**Fuente:** Historias clínicas, encuestas

**Elaborado por:** Investigadora

#### ANALISIS E INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS

De un total de 200 mujeres encuestadas, solo 25 de ellas, es decir un porcentaje equivalente al 12% considera adecuada su alimentación, sin embargo 175 mujeres, es decir un porcentaje equivalente al 88% indica que su alimentación no es la más adecuada.

Esto a decir de las mujeres encuestadas se debe a varios factores entre los cuales se destacan, las Costumbres, la falta de recursos económicos, la falta de capacitación, entre otras, ante ello y tomando en cuenta que el catón Echeandia es eminentemente agrícola y productor de una variada cantidad de alimentos de un gran aporte alimenticio, se recomienda capacitar a las mujeres embarcadas sobre la adecuada alimentación y consumo de hortalizas, cereales propias del sector.

### **3.6 Comprobación de la Hipótesis**

Por lo expuesto anteriormente se da por comprobada la hipótesis pues es evidente que un adecuado control prenatal incide directamente en la disminución de los factores de riesgo que atentan contra el buen proceso de gestación, pues permite a la mujer ser orientada de forma profesional sobre su estado actual y las posibles complicaciones a fin de garantizar un normal proceso de gestación.

### 3.7 Conclusiones

Una vez finalizado el presente trabajo de investigación puedo concluir:

- Según los datos recolectados en el Centro de salud Echeandia y la información obtenida de la encuesta concluir que los factores de riesgo que se presentan en las mujeres embarazadas de 20 a 45 años de edad son: La diabetes gestacional, dificultades en la placenta, la hipertensión.
- Es importante destacar la falta de conocimientos sobre los factores de riesgo a los que se encuentran expuestas las mujeres en estado de gestación en edades comprendidas entre los 20 y 45 años.
- Además pudimos constatar que la mayoría de las mujeres presentan complicaciones o anomalías durante las etapas de embarazo.
- Los factores de riesgo más comunes se producen debido a la mala nutrición y en gran porcentaje también a la falta del Control prenatal.



### **3.8 Recomendaciones**

Es importante recomendar:

- La promoción de campañas dirigidas a las mujeres en estado de gestación, sobre los factores que inciden en el adecuado proceso de su embarazo
- De igual manera es así como orientarlas sobre la importancia del control prenatal, para ello es recomendable, dar charlas, y socializar mediante trípticos, gigantografías, hojas volantes, etc.

## **CAPITULO IV PROPUESTA**

### **TÍTULO DE LA PROPUESTA**

Implementar un programa educativo dirigido a las mujeres embarazadas de 20 a 45 años de edad que acuden al Centro de Salud Echeandía del Cantón Echeandía, Provincia Bolívar para reducir la muerte materna y neonatal.

### **DATOS DE IDENTIFICACIÓN**

**Provincia:** Bolívar

**Cantón:** Echeandía

**Responsable:** Lcda. Maritza Borja.

**Beneficiarias:** Embazadas de 20 a 45 años de edad que acuden al Centro de Salud Echeandia.

**Duración:** 2 días

## INTRODUCCIÓN

La falta de información sobre los factores de riesgo en las embarazadas de 20 a 45 años de edad hace necesario estructurar un Programa Educativo, propuesta dirigida a las madres, con el propósito de dar a conocer el programa, de capacitación sobre la importancia de mantener una buena comunicación e información sobre los factores de riesgo y la importancia de los controles prenatales periódicos, determinar el conocimiento acerca de los métodos anticonceptivos y el uso de los mismos la prevención de enfermedades de transmisión sexual, determinar los Deberes y Derechos Sexuales y Reproductivos Estipulados en la Constitución Política del Ecuador.

Debido a que las madres tienen un escaso conocimiento sobre estos temas descritos anteriormente, hemos visto la necesidad de brindar educación con el objetivo de disminuir los mismos ya que las madres no están preparadas para afrontar dichos riesgos y salvar la vida de su hijo.

La educación es una variable clave en la explicación y la transformación de los fenómenos relacionados con la salud reproductiva. Es un instrumento importante para lograr la conservación y el restablecimiento de la salud individual y de las comunidades, ya que ejerce su influencia sobre los conocimientos, criterios, convicciones, motivaciones y actitudes de los individuos.

Es un proceso vital mediante el cual se adquieren y transforman de manera formal e informal, conocimientos, actitudes y valores respecto a la sexualidad en este sentido debemos definir también que la educación sexual es un aspecto formativo, ya que puede trabajarse con las madres y con la familia, en sus experiencias, conocimientos, actitudes, creencias.

## **JUSTIFICACIÓN**

No ha existido un programa encaminada a dar educación a las madres del Centro de salud.

La educación para la salud constituye una herramienta clave para actuar sobre los determinantes, se ha demostrado efectivo como método para mejorar la salud general de la población mediante la modificación de los conocimientos, actitudes, y comportamientos de las madres, el conocer que existe un alto desconocimiento sobre los temas de preeclampsia, hipertensión crónica, hipertensión transitoria, ácido úrico, diabetes, enfermedades renales, obesidad, que acuden al Centro de Salud Echeandía, hace que realice un Programa Educativo, para llegar a las madres con el mensaje claro y concreto sobre los riesgos, factores prenatales en las embarazadas y sus consecuencias que tengan un conocimiento correcto que ayudará a la prevención la muerte materna y neonatal.

## **OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL**

- Ejecutar un programa educativo de capacitación dirigido a las madres embarazadas beneficiarias para fortalecer los conocimientos sobre los factores de riesgo durante la gestación.

### **OBJETIVO ESPECÍFICO**

- Informar a las madres, sobre el programa educativo y la importancia de asistirá periódicamente a los controles prenatales en el Centro de Salud.
- Elaborar materiales educativos que destaque información y conocimiento referentes a temas de salud preeclampsia, hipertensión y la obesidad.
- Dejar constancia en las unidades operativas el programa mencionado para que continúen con la intervención.

## **GRUPO BENEFICIARIO**

Este programa de educación está dirigido a las madres que acuden al Centro de Salud Echeandia.

## **META**

1. Lograr que el 89% de las madres de familia asistan a la capacitación.

## **METODOLOGÍA**

La metodología a utilizarse:

1. Teóricas.- Se realizarán charlas con apoyo de diapositivas de sensibilización, y trípticos.

## **ESTRATEGIA**

**Organización.-** Aportar al fortalecimiento de la organización de las madres de familia para la capacitación en el Centro de Salud Echeandia.

### CRONOGRAMA DE LAS ACTIVIDADES PROGRAMA

Fecha	Tema Subtema	Actividades	Recursos Materiales	Responsables
<b>Febrero 12/2014</b>	<b>RECONOCER LOS FACTORES DE RIESGO EN EL EMABARAZO</b> Preeclampsia. Hipertensión crónica, Hipertensión transitoria. Diabetes. Obesidad  <b>DERECHOS Y DEBERES SEXUALES Y REPRODUCTIVOS DE LAS MADRES</b> ➤ Deberes y derechos de los madres.	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Exposición del tema</li> <li>❖ Entrega de trípticos</li> <li>❖ Socialización de cada grupo sobre los temas.</li> <li>❖ Participación del personal de salud</li> <li>❖ Lluvia de ideas</li> <li>❖ Elaboración de conclusiones.</li> </ul>	Lapton. Infocus. Papelotes Marcadores Esferográfico  <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Rojo</li> <li>▪ Azul</li> <li>▪ Trípticos</li> </ul>	Personal encargado del programa de capacitación Lcda. Maritza Borja.

<b>Marzo 20/2014</b>	<b>INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL</b> <ul style="list-style-type: none"><li>➤ Sida/ VIH</li><li>➤ Papiloma Humano</li><li>➤ Chancro</li><li>➤ Gonorrea</li><li>➤ Sifilis</li></ul>			
----------------------	---	--	--	--



## BIBLIOGRAFÍA

- Cabero RL, S. R. (2010). Los problemas luego del parto. Madrid: Medica - Panamericana.
- Consejo Nacional de Salud del Ecuador. (2006). Política Nacional de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos. Quito : ONA SA.
- Ecuador, M. (2006). Conjunto de prestaciones del Sistema Nacional de Salud. Quito .
- Ecuador, M. d. (2003). Normas de Atención a la Niñez. Quito .
- Juall, C. L. (2009). Manual de Diagnósticos de Enfermería. (5ta ed.). España: Interamericana McGraw Hill.
- Luis, C. (2003). Los factores que intervienen en la preeclampsia gestacional . España : Panamericana.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador, M. (2008). Proyecto de Mejoramiento de la Atención en Salud, . Quito : Don Bosco .
- MSP. (1996). Guía Básica para la Atención y Manejo de las Emergencias Obstétricas por Niveles de Complejidad. . Ecuador .
- P., V.-D. G. (2009). Complicaciones en el embarazo. Bogota: médica.
- Patricia, B. (2008). El tratado de Enfermería Mosby. España : Harcourt Brace.
- Ricard, S. (2004). La Diabetes gestacional. Buenos Aires: El Ateneo.
- Romero JF, T. G. (2009). Enfermedades hipertensivas del embarazo. Mexico: Mc Graw Hill.
- Salas, B. Y. (2008). Por una Maternidad y Nacimientos Seguros. Quito.



ANEXOS



ANEXOS A

**ENCUESTA APLICADA A LAS MUJERES DE 20 A 45 AÑOS DE EDAD  
QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD ECHEANDIA DEL CANTÓN  
ECHEANDIA.**

**Instrucciones:** lea detenidamente las preguntas y marque con una x según corresponda a su situación actual

**1.- HA RECIBIDO ALGÚN TIPO DE CAPACITACIÓN SOBRE LOS  
FACTORES DE RIESGO EN LA ETAPA DE EMBARAZO.**

SI  NO

**2.- CONSIDERA NECESARIA UNA CAMPAÑA DE CAPACITACIÓN  
QUE ORIENTE A LAS MUJERES EMBARAZADAS SOBRE MÉTODOS  
DE PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES.**

SI  NO

**3.- HA SUFRIDO COMPLICACIONES EN SU EMBARAZO**

SI  NO

**4.- CON QUE FRECUENCIA HA SUFRIDO COMPLICACIONES EN SU  
EMBARAZO.**

MENSUAL  BIMENSUAL  NINGUNA

**5.- CUANDO SIENTE ALGUNA MOLESTIA USTED ASISTE A:**

CENTRO DE SALUD ECHEANDIA

CLINICA PARTICULAR

NINGUNO

**6.- CUÁLES SON SUS PRINCIPALES SÍNTOMAS**

FATIGA, INFECCIONES FRECUENTES (VEJIGA, VAGINA)

NINGUN SINTOMA

DOLOR DE CABEZA Y PECHO, DIFICULTAD PARA RESPIRAR,  
HEMORRAGIAS NASALES

**7.- ASISTE CON REGULARIDAD LOS CONTROLES MÉDICOS**

SI  NO

**8.- USTED SUELE AUTO MEDICARSE, ES DECIR CONSUME  
MEDICAMENTO SIN PRESCRIPCIÓN MEDICA.**

SI  NO

**9.- CONSUME CON FRECUENCIA BEBIDAS ALCOHOLICAS Y/O**

TA  CO.

SI NO

**10.- CONSIDERA QUE SU ALIMENTACION ES LA ADECUADA.**

SI  NO

¡Gracias por su colaboración!

**ANEXO B**  
**APLICACIÓN DE ENCUESTAS A MUJERES EMBARAZADAS DE 20 A**  
**45 AÑOS DE EDAD QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD**  
**ECHEANDIA, DEL CANTÓN ECHEANDIA**





**CHARLAS DE CAPACITACIÓN SOBRE LOS FACTORES DE RIESGO  
Y CONTROLES PRENATALES**



## **RECURSOS**

### **MATERIALES Y EQUIPOS DE TRABAJO**

- Libro de egresos hospitalarios.
- Libro de egresos de neonatología.
- Historias clínicas.
- Libros de Gineco-obstetricia
- Bibliografía científica a través de Internet
- Componente Normativo Materno del MSP
- Materiales de oficina (fotocopias, hojas, esferográficos, tinta, marcadores)
- Equipos tecnológicos (computadora, impresora, cámara digital, internet)
- Transporte

### **RECURSOS HUMANOS**

- Director de Tesis.
- Miembros del Tribunal de Tesis.
- Facilitadores para el Plan de Capacitación
- Investigadora

### **RECURSOS ECONÓMICOS E INSTITUCIONALES**

#### **INSTITUCIONALES**

- Universidad Estatal de Bolívar
- Centro de Salud Echeandía del Cantón Echeandía, Provincia de Bolívar

## PRESUPUESTO

El presente trabajo de investigación tuvo un costo de 1.915,50 dólares.


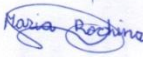





<b>ITEMS</b>	<b>VALOR UNITARIO</b>	<b>CANTIDAD</b>	<b>VALOR TOTAL</b>
Impresiones color /BN	0.15	1160	174.00
Fotocopias	0.02	4450	89.00
Internet	40.00	8	320.00
Transporte	1.00	230	230.00
Computadora	500	1	500.00
Artículos de oficina	2.00	20	40.00
Pendrive	10.00	2	20.00
Trípticos	1.50	100	150.00
Refrigerio	2.00	135	270.00
Imprevistos			100.00
Empastado	5.00	3	15.00
Cds y quemada de CDs	1.50	3	4.50
Especie valorada	1.50	2	3.00
<b>TOTAL</b>			<b>1.915.50</b>

# C.S. Echeandía

Fecha: 12 Febrero 2014

Responsable: Lic. Maritza Borja

Tema: Dar a conocer los Factores de Riesgo en el Embarazo

Nombre y Apellido	Lugar donde vive	Firma
- Silvana Paredes	La Magisteria	
- María Rochina	San Vicente Alto	
- Marisol Borrachón	c/le. Simón Bolívar	
- Fanny Quinobos	Puru huay	
- Silvia Apunte	c/le Morganto Gordillo	
- Juana Nuiles	Por el Cementero	
- Enka Uscara	Parq' la Madre	
- Pamela Guzmán	Au. 5 de Octubre	