



**UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ENFERMERÍA**

**DETERMINACIÓN DE RIESGO PERINATAL EN EMBARAZADAS QUE
ASISTEN A CONSULTA EXTERNA DEL SUB-CENTRO DE SALUD “EL
VALLE”. CUENCA, 2013**

**TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN
DEL TÍTULO DE LICENCIADA EN
ENFERMERÍA**

**AUTORAS: MARÍA MAGDALENA AUCAPIÑA AGUDO
ROSA ALEJANDRINA CONDO DUGLLAY
DIANA MARCELA SALINAS PONCE**

DIRECTORA: Lcda. BERTHA SORAYA MONTAÑO PERALTA

ASESORA: Mgt. ADRIANA ELIZABETH VERDUGO SÁNCHEZ

**CUENCA - ECUADOR
2013**

RESUMEN

Objetivo: la presente investigación determinó los factores de riesgo perinatal en embarazadas que asistieron a consulta externa del sub-centro de salud El Valle, perteneciente a la Ciudad de Cuenca.

Material y métodos: es una investigación descriptiva que buscó determinar los factores de riesgo en mujeres embarazadas que asistieron al sub-centro de salud “El Valle” en los meses de marzo, abril y mayo del año 2013.

El universo: para el cálculo muestral se utilizó un muestreo por selección que correspondió a 74 embarazadas que acudieron al control prenatal en los meses ya mencionados. Como técnica se utilizó la observación directa, entrevista, encuesta y revisión de los exámenes de laboratorio, para la determinación de factores de riesgo materno-fetales. Como instrumento se utilizó el formulario N° 051 del CLAP. La información fue procesada en una base de datos electrónica, elaborada en el programa Excel, los mismos que son presentados en forma de tablas para su respectivo análisis descriptivo.

Resultados: de las 74 gestantes que acudieron a la consulta externa del Sub-centro de Salud “El Valle”, se identificó que los factores de riesgo perinatales más relevantes fueron el alto riesgo obstétrico (ARO1) con el 70%, el IMC con relación al bajo peso con el 70%, ocupación de QQDD con el 70%, nivel ocupacional el 71%, estudio 53% y antecedentes personales-familiares el 37%

Conclusión: determinamos que el principal factor de riesgo está en relación con el Alto Riesgo Obstétrico (ARO1) relacionando con los datos obstétricos con mayor prevalencia en las gestantes que acudieron a consulta externa en el Sub-centro.

DeCS: COMPLICACIONES DEL EMBARAZO/EPIDEMIOLOGIA; FACTORES DE RIESGO; EMBARAZO DE ALTO RIESGO; ATENCIÓN PERINATAL/NORMAS; MUJERES EMBARAZADAS; CENTROS DE SALUD; CUENCA-ECUADOR

ABSTRAC

Objective: this research determined perinatal risk factors in pregnant woman attending outpatient consult in the house health located in Valle belonging to Cuenca city

Materials and Methodology: it is a descriptive research that seek to determine the risk factors in pregnant women who attended the house health in the Valle in the months of March, April and May 2013

To calculate sample, sampling was used for selection which corresponded to 74 pregnant women antenatal care in the months of March, April and May of 201. As technique was used direct observation, interview, survey and review of the laboratory test for the determination of the factors of maternal- fetal risk.

As instrument was used the form N° 051 CLAP. The information was processed on an electronic database, developed in Excel; they are presented in tabular form for the respective descriptive analysis

Results: of the 74 pregnant women attending the outpatient health sub-center in Valle, it identified that perinatal risk factors most relevant were the high risk obstetrical (ARO1) with 70%, BMI with the low weight ratio 70%, occupancy of QQQD with 70%, the 71% occupational level, 53% study- family and personal history 37%

Conclusion: we determined that the main risk factor in relation to the high obstetrical risk (ARO 1) obstetric data relating to more prevalence in pregnant women attending outpatient sub- center

DeCS: PREGNANCY COMPLICATIONS/EPIDEMIOLOGY; RISK FACTORS; PREGNANCY, HIGH-RISK; PERINATAL CARE/STANDARDS; PREGNANT WOMEN; HEALTH CENTERS; CUENCA-ECUADOR



ÍNDICE

RESUMEN	2
ÍNDICE	4
DEDICATORIA	15
AGRADECIMIENTO	16
CAPÍTULO I	17
1.1 INTRODUCCIÓN	17
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	19
1.3 JUSTIFICACIÓN	21
CAPITULO II	23
MARCO TEORICO	23
2.1 MORBILIDAD Y MORTALIDAD MATERNA.....	23
2.2 EMBARAZO NORMAL.....	24
2.3 MODIFICACIONES ANATOMOFUNCIONALES	25
2.3.1 MODIFICACIONES GENERALES.....	26
2.3.2 MODIFICACIONES DEL APARATO DIGESTIVO	29
2.3.3 ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS	32
2.3.4 MODIFICACIONES OSTEOARTICULARES	33
2.3.5 MODIFICACIONES DEL SISTEMA NERVIOSO	34
2.3.6 MODIFICACIONES ENDÓCRINA	35
2.3.7 MODIFICACIONES LOCALES DE LA EMBARAZADA	37
2.3.8 MODIFICACIONES VASCULARES EN EL EMBARAZO	38
2.3.9 MODIFICACIONES DEL APARATO RESPIRATORIO.....	39
2.3.10 APARATO URINARIO	40
2.4 CLASIFICACIÓN DE LOS SIGNOS Y SÍNTOMAS DEL EMBARAZO	40
2.4.1 SIGNO DE PRESUNCIÓN.....	41
2.4.2. SIGNOS DE PROBABILIDAD.....	42
2.4.3. SIGNOS DE CERTEZA	43
2.5 DIAGNÓSTICO DE LA EDAD GESTACIONAL	44
2.6 DIAGNÓSTICO DE LA CONDICIÓN MATERNA.....	44
2.7 EDUCACIÓN MATERNA	45
2.8 CONTROL PRENATAL.....	46



2.8.1 ENFOQUES DEL CONTROL PRENATAL	46
2.8.2 CONTROL PRENATAL EN EL PRIMER TRIMESTRE.....	48
2.8.3 CONTROL PRENATAL EN EL SEGUNDO TRIMESTRE	49
2.8.4 CONTROL PRENATAL EN EL TERCER TRIMESTRE.....	49
2.8.5 VALORACIÓN DEL RIESGO PERINATAL.....	50
2.9. DETERMINACIÓN DE LOS RIESGOS PERINATALES	52
2.9.1 RIESGO.....	52
2.9.2 ENFOQUE DE RIESGO	53
2.9.3 DAÑO	53
2.9.4 RIESGO PERINATAL.....	53
2.10- FACTORES DE RIESGO PERINATAL.....	54
2.11. RIESGO OBSTÉTRICO.....	60
2.11.2 EMBARAZO DE ALTO RIESGO OBSTÉTRICO	60
2.12. CLASIFICACIÓN DEL RIESGO OBSTÉTRICO.....	61
2.12.1 BAJO RIESGO.....	61
2.12.2 ALTO RIESGO.....	62
2.13 FACTORES DE RIESGO OBSTÉTRICO.....	62
2.13.1 FACTORES DE RIESGO QUE PUEDEN INTERFERIR DURANTE EL EMBARAZO	63
2.14 EXÁMENES DE LABORATORIO	90
2.15 ESTILOS DE VIDA.....	94
2.16 OTROS FACTORES INTERVINIENTES	97
CAPITULO III	100
3.1 .MARCO REFERENCIAL.....	100
3.2. DATOS GENERALES.....	100
3.3. DATOS HISTÓRICOS	101
3.4. MISIÓN	102
3.5 VISIÓN.....	103
3.6. SITUACIÓN ACTUAL	103
3.7 PROYECTOS Y PROGRAMAS CON QUE CUENTA EL SUBCENTRO	105
3.8 RECURSOS HUMANOS.....	107
3.9 MANEJO DE BIOSEGURIDAD.....	113



3.9.1 MANEJO DE DESECHOS EN EL SCS EL VALLE	113
3.9.2 BIOSEGURIDAD DEL PERSONAL	113
3.9.3 BIOSEGURIDAD DEL DOTS.....	114
CAPITULO IV.....	115
4.1 OBJETIVOS	115
4.1.1 OBJETIVO GENERAL	115
4.1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	115
4.2 DISEÑO METODOLÓGICO.....	116
4.2.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	116
4.2.2 MÉTODO DE ESTUDIO	116
4.2.3 UNIVERSO Y MUESTRA	116
4.2.4 TÉCNICA	116
4.2.5 INSTRUMENTO.....	117
4.2.6 VARIABLES	117
4.2.7 PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN.....	117
4.2.8 PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	118
4.2.9 CRITERIOS DE INCLUSIÓN	118
4.2.10 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	118
4.2.11 IMPLICACION DE DATOS	118
CAPITULO V.....	119
5.1 RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN	119
CAPITULO VI.....	135
6.1 CONCLUSIONES	135
6.2 RECOMENDACIONES	137
6.3 BIBLIOGRAFÍA	138
6.5 ANEXOS	142
6.5.1 ANEXO 1. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	142
6.5.2. ANEXO 2. FORMULARIO PARA DETERMINAR FACTORES DE RIESGO DURANTE EL EMBARAZO	146



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Fundada en 1867

Yo, María Magdalena Aucapiña Agudo, autora de la tesis "DETERMINACIÓN DE RIESGO PERINATAL EN EMBARAZADAS QUE ASISTEN A CONSULTA EXTERNA DEL SUB-CENTRO DE SALUD "EL VALLE". CUENCA, 2013", reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de Licenciada en Enfermería. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autora.

Cuenca, Septiembre del 2013

María Magdalena Aucapiña Agudo

CI. 0104677034

Cuenca Patrimonio Cultural de la Humanidad. Resolución de la UNESCO del 1 de diciembre de 1999

Av. 12 de Abril, Ciudadela Universitaria, Teléfono: 405 1000, Ext.: 1311, 1312, 1316

e-mail cdjbv@ucuenca.edu.ec casilla No. 1103

Cuenca - Ecuador



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Fundada en 1867

Yo, Rosa Alejandrina Condo Dugllay, autora de la tesis "DETERMINACIÓN DE RIESGO PERINATAL EN EMBARAZADAS QUE ASISTEN A CONSULTA EXTERNA DEL SUB-CENTRO DE SALUD "EL VALLE". CUENCA, 2013", reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de Licenciada en Enfermería. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autora.

Cuenca, Septiembre del 2013

Rosa Alejandrina Condo Dugllay

Cl. 0105420384

Cuenca Patrimonio Cultural de la Humanidad. Resolución de la UNESCO del 1 de diciembre de 1999

Av. 12 de Abril, Ciudadela Universitaria, Teléfono: 405 1000, Ext.: 1311, 1312, 1316

e-mail cdjbv@ucuenca.edu.ec casilla No. 1103

Cuenca - Ecuador



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Fundada en 1867

Yo, Diana Marcela Salinas Ponce, autora de la tesis "PREVALENCIA DE PATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA, CARACTERÍSTICAS DE PRESCRIPCIÓN Y EFECTOS ADVERSOS DE LOS PSICOFÁRMACOS EN ADULTOS MAYORES DE LOS CENTROS GERONTOLÓGICOS DEL AZUAY EN EL PERIODO ENERO - MARZO DE 2013", reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de Licenciada en Enfermería. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autora.

Cuenca, Septiembre del 2013

Diana Marcela Salinas Ponce

CI. 0105351308

Cuenca Patrimonio Cultural de la Humanidad. Resolución de la UNESCO del 1 de diciembre de 1999

Av. 12 de Abril, Ciudadela Universitaria, Teléfono: 405 1000, Ext.: 1311, 1312, 1316

e-mail cdjbv@ucuenca.edu.ec casilla No. 1103

Cuenca - Ecuador



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Fundada en 1867

Yo, María Magdalena Aucapiña Agudo, autora de la tesis "DETERMINACIÓN DE RIESGO PERINATAL EN EMBARAZADAS QUE ASISTEN A CONSULTA EXTERNA DEL SUB-CENTRO DE SALUD "EL VALLE". CUENCA, 2013", certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, Septiembre del 2013

María Magdalena Aucapiña Agudo

CI. 0104677034

Cuenca Patrimonio Cultural de la Humanidad. Resolución de la UNESCO del 1 de diciembre de 1999

Av. 12 de Abril, Ciudadela Universitaria, Teléfono: 405 1000, Ext.: 1311, 1312, 1316

e-mail cdjbv@ucuenca.edu.ec casilla No. 1103

Cuenca - Ecuador



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Fundada en 1867

Yo, Rosa Alejandrina Condo Dugllay, autora de la tesis "DETERMINACIÓN DE RIESGO PERINATAL EN EMBARAZADAS QUE ASISTEN A CONSULTA EXTERNA DEL SUB-CENTRO DE SALUD "EL VALLE". CUENCA, 2013", certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, Septiembre del 2013

Rosa Alejandrina Condo Dugllay

CI. 0105420384

Cuenca Patrimonio Cultural de la Humanidad. Resolución de la UNESCO del 1 de diciembre de 1999

Av. 12 de Abril, Ciudadela Universitaria, Teléfono: 405 1000, Ext.: 1311, 1312, 1316

e-mail cdjbv@ucuenca.edu.ec casilla No. 1103

Cuenca - Ecuador



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Fundada en 1867

Yo, Diana Marcela Salinas Ponce, autora de la tesis "PREVALENCIA DE PATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA, CARACTERÍSTICAS DE PRESCRIPCIÓN Y EFECTOS ADVERSOS DE LOS PSICOFÁRMACOS EN ADULTOS MAYORES DE LOS CENTROS GERONTOLÓGICOS DEL AZUAY EN EL PERIODO ENERO - MARZO DE 2013", certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, Septiembre del 2013

Diana Marcela Salinas Ponce

CI. 0105351308

Cuenca Patrimonio Cultural de la Humanidad. Resolución de la UNESCO del 1 de diciembre de 1999

Av. 12 de Abril, Ciudadela Universitaria, Teléfono: 405 1000, Ext.: 1311, 1312, 1316

e-mail cdjbv@ucuenca.edu.ec casilla No. 1103

Cuenca - Ecuador

DEDICATORIA

Dedico esta tesis a todas aquellas personas especiales que han logrado que mi vida se oriente hacia el éxito, a mis padres y hermanos quienes con mucho amor y sacrificio apoyaron mi estudio y gracias a ellos he culminado una etapa más dentro de mi carrera profesional.

También quiero agradecer a mis amigas/os quienes estaban siempre conmigo apoyándome y en mi capacidad de salir adelante como ser humano, persona, mujer y así lograr cumplir con una meta más en la vida.

María Magdalena.

DEDICATORIA

Dedico este presente trabajo, a mis padres, hermanos y abuelos que con su esfuerzo y dedicación, formaron mi vida como persona, inculcándome valores de respeto, humildad y esfuerzo, apoyaron mi carrera sin desconfiar de mis capacidades en el trajín de mi vida estudiantil que hizo que yo pueda llegar a culminar mis estudios con éxito, gracias por darme la mejor herencia y orgullo de ser profesional.

Dedico este trabajo a mis profesoras/es que con sus enseñanzas formaron una profesional capaz de enfrentar cualquier reto que se presente en la vida.

Rosa.

DEDICATORIA

Dedico esta tesis a mi madre, suegros, esposo e hijos, gracias por dedicarme su tiempo para apoyarme a culminar una etapa más de vida, y así lograr ser una profesional en la rama que me han enseñado a ser un mejor ser humano y acrecentar mis valores en el ámbito personal.

Que más puedo decir si nunca desistieron que lograría alcanzar mis metas, me alentaron, me acompañaron; nunca es tarde en la vida para aprender o dejar de aprender, Gracias.

Diana.

AGRADECIMIENTO

Especialmente agradecemos a la Facultad de Ciencias Médicas, Escuela de Enfermería por abrirnos las puertas de la enseñanza y formarnos como Profesionales, creativas, innovadoras, competitivas, humanísticas, críticas, preparadas para los retos profesionales del mundo.

Agradecemos a la licenciada Soraya Montaña Peralta Directora de nuestra tesis y a la Máster Adriana Verdugo Sánchez por su paciencia para transmitir sus conocimientos y enseñanzas, que nos sirvieron para realizar la presente investigación.

LAS AUTORAS

CAPÍTULO I

1.1 INTRODUCCIÓN

“El embarazo es la iniciación de una nueva vida, que surge con la fecundación, perdura en el progresivo desarrollo del feto, y termina con el nacimiento del producto a término”.¹

Con el embarazo se presentan una serie de modificaciones anatómicas, funcionales, que abarcan en mayor o menor grado a todos los órganos y sistemas. Estos cambios representan la respuesta del organismo materno a una adaptación y mayor demanda metabólica impuesta por el feto. Cuando ante la nueva situación el órgano o sistema no reacciona compensando la sobrecarga metabólica, puede producirse una serie de enfermedades vinculadas estrechamente a la gravidez.²

El período perinatal, es uno de los grandes retos a los que se enfrentan los servicios de salud hoy en día, debido a que el embarazo es una de las etapas de mayor morbi-mortalidad a nivel del mundo, se podrá controlar mediante la detección y manejo oportuno del riesgo en pacientes embarazadas, para ello se valorará la evolución del embarazo, se preparará a la madre para el parto y la crianza de su hijo, por ello el control prenatal debe ser eficaz y eficiente, que asegure que el embarazo culmine con un nacimiento de un niño sano y sin deterioro de la salud de la madre ante cualquier proceso fisiopatológico³

Con el chequeo médico, se evitará riesgos para la madre y el feto como: infecciones urinarias, vaginales, obstétricas, hemorragia, aborto, muerte fetal, retardo de crecimiento fetal, inmunización feto-materna, nacimiento prematuro y post-término, malformaciones fetales, embarazo múltiple, pre eclampsia, entre otras.

1 Documento elaborado por: Lcda. Adriana Verdugo S.

2 Documento elaborado por: Lcda. Adriana Verdugo S.

3 Maternidad saludable y sin riesgos secretaria de salud. Primera Edición. Año 2000

Esto implica que el equipo de salud entienda la importancia de su labor en esta etapa comprendida en la prevención para el diagnóstico oportuno de las patologías. Aunque en embarazos de alto riesgo no es posible esperar resultados favorables con certeza, éstos pueden mejorar si se emplea un sistema que indique los factores de riesgo y mitigue los problemas del embarazo; son muchas las alteraciones que pueden presentarse, por lo cual, como lo mencionamos anteriormente, es de vital importancia saber identificarlos al inicio del período prenatal.

Para el año 2009 en el sub-centro de Salud “El Valle” se ha incrementado el control prenatal en un 28,26%, a 34,63%⁴ pero aun la concentración es sub-óptima.

Durante las prácticas del internado hemos observado que las gestantes tienen un nivel de educación bajo, alimentación inadecuada y embarazos a temprana edad entre algunos de los elementos identificados.⁵ Por ello hemos decidido realizar la presente investigación, con la finalidad de identificar los factores de riesgo a las que se encuentran expuestas las gestantes

⁴ Departamento de Estadística DPSA

⁵ Proyecto CERCA Universidad de Cuenca, febrero 2011.

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Según el Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y Censos (INEC) las cifras del control prenatal desde el año 1989 fueron de 155.746 primeras consultas a 513.494 en el 2008. Las consultas subsecuentes en 1998 fueron de 221.999 y para el 2008 fue de 881.228. Para el año 2007 las consultas prenatales fueron de 143% y para el año 2010 fue de 229,70%.⁶

Los médicos realizan el 85% de las primeras consultas prenatales y el 25% por Obstetras y enfermeras. El porcentaje de cobertura superior al 100% puede deberse a que las gestantes que son vistas por primera vez en otras unidades operativas distintas a las que se realizaron el primer control son registrados como primera consulta. El MSP considera que la mayor parte de las muertes maternas podrían prevenirse mediante un adecuado control prenatal y un buen manejo de las normas obstétricas. De las 208 muertes maternas ocurridas durante el año 2009, 26 (12,5%) ocurrieron en madres adolescentes, 4 entre los 10 y 14 años y 22 entre los 15 y 19 años, las demás muertes maternas (182) ocurrieron en mujeres entre los 20 y 49 años⁷.

Las muertes obstétricas directas han sido las principales causa de mortalidad materna en la provincia del Azuay durante los últimos años, se debe entender como causas obstétricas directas a todas aquellas patologías que aparecen durante la gestación o causadas por la misma.

Como puede ser la malnutrición que afectan a más del 55% de mujeres en edad fértil antes de embarazarse y el 60% sufren de anemia cuando se embarazan, mientras que el 14% de recién nacidos nacen con bajo peso, factores que aumentan el riesgo de complicaciones y muertes durante el embarazo, parto, posparto, nacimiento y primer mes de vida.⁸

⁶ Fuente INEC: Consultas Integrales. Ecuador, 2008

⁷ Fuente INEC: Indicadores Sociales. ECV. Ecuador, 2006 -2008

⁸ Fuente INEC: Consultas Integrales. Ecuador, 2008

En este marco de circunstancias vigentes durante los nueve meses de embarazo se hace necesario tener planes gubernamentales que le permitan a la población elevar su estándar de vida de una manera integral.

Nada justifica una muerte materna y del producto; sin embargo, hoy en día a pesar de los esfuerzos realizados por el gobierno, la sociedad e instituciones privadas y no lucrativas, la morbi-mortalidad materna y perinatal continúa siendo un problema de salud pública.

En los últimos 20 años se han producido 4.347 muertes maternas en el Ecuador, la tasa promedio anual de mortalidad materna en este período fue de 78,33 x 1000 nacidos vivos. Al comparar los años 2008 y 2009 el número de muertes maternas se incrementó en un 20,6%.⁹

El Programa de Salud Reproductiva busca garantizar una maternidad saludable y sin riesgos en todas las mujeres del país, contribuyendo a disminuir la morbi-mortalidad materna y perinatal a través del Programa de la Maternidad Gratuita.¹⁰

Preocupados por esta situación de Salud, el presente trabajo de investigación, ha tomado como referencia los problemas de salud detectados en el Sub-centro de Salud “El Valle”, como es la determinación de riesgos perinatales en las embarazadas.

⁹ Fuente INEC: consultas integrales 2008.

¹⁰ MSP Normas y Protocolos Maternos , Componente normativo materno CONASA Agosto 2008.

1.3 JUSTIFICACIÓN

Las madres que tardíamente reciben o no asisten al cuidado prenatal son propensas a tener niños con problemas de salud; las que no reciben control prenatal tienen la probabilidad de tener hijos de bajo peso y sus neonatos presentan cinco veces más posibilidades de morir por prematuridad, asfixia prenatal, malformaciones congénitas, parto distócico e hipoxia fetal.¹¹

La mortalidad materna en todo el mundo sigue siendo una situación alarmante. Cada día mueren unas 800 mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto. En 2010 murieron 287 000 mujeres durante el embarazo y el parto o después de ellos, prácticamente todas estas muertes se produjeron en países de ingresos bajos y la mayoría de ellas podrían haberse evitado.¹²

Según el Ministerio de Salud Pública (MSP), se aconseja consultar mensualmente hasta la semana 32, quincenalmente hasta las semanas 36 y semanalmente hasta el parto. Un estudio realizado en Uruguay indica que 770 nacimientos sucedidos en la maternidad del Hospital Pereira Rossell en el 2007 no habían tenido controles médicos, y otros 3.122 apenas tienen cinco controles médicos realizados.¹³

En este sentido las instituciones de Salud deben recorrer un largo camino para cambiar el enfoque de la salud como simple ausencia de enfermedad, al de un estado de bienestar físico, mental y social. En este ámbito el plan nacional de desarrollo del buen vivir en relación al cumplimiento de los derechos sexuales y reproductivos establece como mandato: reducir la muerte materna en un 30% para el año 2020.¹⁴

Sin embargo hoy en día al saber que hay un servicio de atención médica gratuita, estas no asisten a su control prenatal, para la detección oportuna de

¹¹ Fuente INEC: Consultas Integrales. Ecuador, 2008

¹² Fuente INEC: Consultas Integrales. Ecuador, 2008

¹³ Díaz Sánchez V. El embarazo. Gineco-Obst. México. Edición 2

¹⁴ Anuario de Nacimiento y Defunciones INEC

factores de riesgo que pueden complicar su embarazo en algún trimestre. Desde el punto de vista social el hecho de vivir alejado del centro de salud dificulta su asistencia a los controles médicos necesarios para la prevención, diagnóstico oportuno y tratamiento de las patologías que pueden estar asociadas al desarrollo normal del producto.

En la parroquia “El Valle” en el año 2009 se presentaron 179 partos que correspondieron al 2% de la provincia, de estos recibieron atención profesional 91,62%.¹⁵ La cobertura para el año 2009 en la parroquia fue de 34,63% pero la concentración es sub-óptima.¹⁶

Esta investigación es importante porque nos permitirá disponer de datos confiables sobre los factores de riesgo, con la finalidad de implementar medidas de prevención, también servirá para que la Directora del sub-centro de salud contribuya a brindar una atención de calidad a la gestante.

Por las razones citadas anteriormente se justifica el tema de investigación, que complementa una serie de factores que pone en riesgo la vida y la salud de la madre gestante, por lo tanto es responsabilidad del personal de salud el cuidado de las usuarias durante su periodo gestacional, que contribuya a la disminución y prevención de factores de riesgo adversos que impida el buen desarrollo gestacional.

¹⁵ Anuario de Nacimiento y Defunciones INEC

¹⁶ Boletín CERCA. Universidad de Cuenca, febrero 2011

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1 MORBILIDAD Y MORTALIDAD MATERNA

En los últimos 20 años las cifras de mortalidad materna han descendido, no obstante, siguen siendo altas en muchos países de la región como Bahamas, Chile y Uruguay y han logrado superar la meta de reducir en tres cuartas partes la tasa de mortalidad. Sin embargo, en el otro extremo, países como Haití, Guyana, Bolivia, Guatemala, Honduras, Perú y Ecuador viven situaciones preocupantes.¹⁷

Según la Organización Mundial de la Salud existen varias causas directas e indirectas de muerte materna durante el embarazo y parto. De éstas el 80% se atribuyen a causas directas, siendo las principales: hemorragias graves, infecciones, eclampsia, partos obstruidos, abortos realizados en condiciones de riesgo, otras causas directas y otras indirectas.¹⁸

La morbilidad y mortalidad materna afectan particularmente a las mujeres más pobres, rurales, indígenas, afrodescendientes y a las que tienen menor acceso a servicios de salud. El riesgo de muerte materna a lo largo de la vida es de 1/75 en las regiones en desarrollo y 1/7300 en las regiones desarrolladas; en el Níger es de 1/7, mientras que en Irlanda es de 1/48 000 (OMS 2007).¹⁹

Para que los países y comunidades con mayor rezago puedan reducir el índice de mortalidad materna en un 75% y lograr el acceso universal a servicios de salud reproductiva para el 2015, se requiere de esfuerzos adicionales y de

¹⁷ UNFA Ecuador-Salud Materna

¹⁸ Morbilidad y Mortalidad Materna en el Ecuador disponible en:
<http://es.scribd.com/doc/51270011/TRABAJO-DE-SALUD-PUBLICA-mortalidad-y-morbilidad>

¹⁹ Mortalidad Marterna. Estadísticas-Proyectos TICs

mejor coordinación, así como de la creación de alianzas estratégicas en la región.²⁰

El MSP busca fortalecer el Sistema de Vigilancia de la Mortalidad Materna para ello se redefine las responsabilidades de las diferentes Áreas de Salud para actuar con mayor precisión y oportunidad sobre las causas de mortalidad materna e incidir con estrategias locales por el cual el Ministerio de Salud Publica elaboró el Plan Nacional de Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y Neonatal que pretenden optimizar el acceso informado a los servicios de salud, informar sobre derechos sexuales y derechos reproductivos de las y los usuarios.²¹

2.2 EMBARAZO NORMAL.

*“Daniéle Starenkyi, en su obra las **cinco dimensiones de la sexualidad femenina** dice: “el embarazo es en realidad, una faceta de la sexualidad femenina en acción. Si nuestra sociedad llegase a comprender plenamente que el embarazo es la culminación de la actividad sexual, ésta se vería notablemente dignificada y el papel de la mujer sería mucho más valorado”.*

El embarazo es el período que transcurre desde la implantación del ovulo fecundado en el útero hasta el momento del parto. A partir de que el óvulo es fecundado se producen significativos cambios fisiológicos, metabólicos e incluso morfológicos que se producen en la mujer encaminada a proteger, nutrir y permitir el desarrollo del feto.²²

²⁰ Mortalidad Marterna. Estadísticas-Proyectos TICs

²¹ Ministerio de Salud Trabaja en la Reduccion de laMortalidad Materna

²² Que es el embarazo. Disponible en: <http://es.wikipedia.org/wiki/Embarazo> 18/09/2013

Durante el embarazo se ponen en marcha complejos procesos hormonales que afectan a casi la totalidad de los órganos del cuerpo de la mujer provocando lo que conocemos como síntomas de embarazo.²³

El primer síntoma es la amenorrea o ausencia de la menstruación, pero pueden presentarse también otras señales de embarazo como hipersensibilidad en los pechos, mareos, náuseas, vómitos, malestar y cansancio.

En la actualidad la concepción se debe considerar de alta prioridad en las actividades destinadas al cuidado de la salud materna tanto como su importación para el bienestar general del núcleo familiar como de su magnitud transcendencia y vulnerabilidad en este grupo de población en edad reproductiva.²⁴

Actualmente se reconoce que las principales causas de mortalidad materna perinatal son previsibles mediante atención prenatal temprana sistemática y de alta calidad que permita la identificación y el control de los principales factores de riesgo obstétricos y perinatales.²⁵

2.3 MODIFICACIONES ANATOMOFUNCIONALES

Al producirse el embarazo, el organismo materno inicia y desarrolla una serie de modificaciones que afectan, casi sin excepción, todos los órganos y sistemas.

El embarazo puede considerarse como un elemento extraño para el organismo materno, pues en el desarrollo del mismo intervienen factores paternos heterogéneos para la madre, que hacen circular en la sangre sustancias de naturaleza aún desconocida.²⁶

²³ Que es el embarazo disponible en: <http://www.bebesymas.com/embarazo/que-es-el-embarazo>

²⁴ Documentos elaborado por Lcda. Adriana Verdugo S.

²⁵ Dr. CORTEZ. José Antonio. Diez Principales Causas de Embarazo de Alto Riesgo

²⁶ VAQUEZ T. Martha Lucia. La Mujer y el Proceso Reproductivo.

Ante ello, los órganos reaccionan con nuevas modificaciones morfológicas y funcionales que tienden a establecer el equilibrio. Cuando esta reacción es suficiente, el embarazo evoluciona normalmente, pero si la agresión es mayor, el equilibrio es difícil de establecer y se producen alteraciones que constituyen enfermedades tóxicas del embarazo.²⁷

2.3.1 MODIFICACIONES GENERALES

Actitud y Marcha: lenta, pesada, balanceada, al modificar su centro de gravedad, las embarazadas proyectan la cabeza y el tronco hacia atrás aumentando la curvatura de la columna lumbar. Esto produce una forma particular de caminar, conocida como "marcha de pato".

Peso corporal: al final de la gestación (40semanas), se considera que el aumento de peso se considera en un 20% del peso habitual, en cifras se dice que de 11 +- 5kgs, en la actualidad existe una tendencia a que la embarazada no sobrepase los 10kgs.

- Primer trimestre: 1.5kg
- Segundo trimestre: 5.0kg
- Tercer trimestre: 4.5kg

Responsables:

1. Feto, placenta y líquido amniótico
2. Útero y mamas
3. Aumento del líquido extracelular
 - ✓ Retención de agua durante la gestación
 - ✓ Representa más de la mitad del incremento de peso corporal.
 - ✓ Alteración del umbral para la sed y la secreción vasopresina

²⁷ VAQUEZ T. Martha Lucia. La Mujer y el Proceso Reproductivo

✓ Promedio de 6,5 litro

4. Feto, placenta, liquido, útero, mamas.

Temperatura: desde el inicio del embarazo se registra un ligero ascenso térmico de 4-6 décimas sobre la temperatura normal.

En la primera fase: **Fase estrógenica**, hasta el 14avo día, la temperatura se mantiene normal; pero, al iniciarse la segunda fase: **Fase de progestacional** entre el 14 y el 28avo día, esta se eleva de 4-6 décimas sobre lo normal.

Sangre

- Aumento del volumen sanguíneo. Aumenta en un 30% en la mitad del embarazo, esto origina hidremia y hemodilución, este aumento puede tener su origen hormonal: H. cortico-suprarrenales, estrógenos y progesterona, que pueden provocar retención de líquidos.
- Aumento del volumen plasmático que el glóbulo, produciéndose un desequilibrio en el incremento plasma-glóbulos. La concentración de los hematíes disminuye (3, 500,000 a 4, 000,000 por mm³).
- La concentración de hemoglobina y hematocrito disminuyen paralelamente con la cifras de hematíes por unidad (normal Hb 12-16mg%) en el embarazo 11.5 a 12mg%. Hematocrito (normal 41 a 47%) embarazo 37 a 39%. (Desencadenando en la gestante la anemia fisiológica del embarazo.
- La circulación sanguínea aumenta, el mayor volumen de sangre produce una disminución proporcional de glóbulos rojos y si hay deficiencias nutritivas la embarazada puede sufrir anemia.
- Por lo tanto para mantener las necesidades de hierro de la madre y del feto es necesario controlar la hemoglobina durante todo el embarazo.²⁸

²⁸ VAQUEZ T. Martha Lucia. La Mujer y el Proceso Reproductivo

Piel: cloasma, estrías, línea parda, aréolas, mamas hiperhidrosis, hipertrichosis, edemas, mayor secreción sebácea.

La intensidad de la pigmentación es debida a la hormona MELANOFORA ESTIMULANTE (MSH) que aumenta los melanocitos y acentúa la pigmentación de la piel, se la encuentra en la orina de la gestante, pero se desconoce si la fuente de producción esta en la hipófisis o en la placenta.²⁹

Las estrías también denominadas resquebrajaduras o veteado, presentan una distribución topográfica típica con asiento en las zonas de mayor distensión de los tegumentos óseos, son más numerosas a nivel del abdomen, se las observa también a nivel de los pechos, en la superficie de los glúteos, en la región glútea, en los muslos, en brazos y axilas.³⁰

Las causas de este proceso debe hallarse en factores de índole mecánica exclusivamente, con la sobre-distensión, al vencerse la elasticidad de las fibras de la dermis, estas se los edemas, que cuando son pronunciados otorgan a la piel un aspecto brillante desgarran y rompen los tejidos, no obstante algunos autores señalan, la acción de factores endócrinos como coadyuvantes.

También se puede presentar hiperhidrosis (humedad a nivel vaginal=sudoración), hipertrichosis (aparición del lanugo en las zonas de mayor pigmentación), dermatografismo 8enrojecimiento transitorio ante las presiones. A nivel del tejido subcutáneo son frecuentes, tenso y liso.³¹

Debido al incremento de la circulación sanguínea durante el embarazo se produce un crecimiento rápido de uñas y pelo; a veces aparece reblandecimiento y adelgazamiento de las uñas. Además eritema enrojecimiento de palmas de las manos y plantas de los pies).

²⁹ Documentos elaborados por: Licenciada Adriana Verdugo

³⁰ VAQUEZ T. Martha Lucia. La Mujer y el Proceso Reproductivo

³¹ Documentos elaborados por: Licenciada Adriana Verdugo

2.3.2 MODIFICACIONES DEL APARATO DIGESTIVO

Boca: sialorrea, gingivitis, caries, hiperemia de encías durante la gestación, las encías se encuentran edematosas, inflamadas y sangran con mucha facilidad. En ocasiones puede observar un aumento exagerado del tejido gingival, esta gingivitis regresa uno o dos meses después del parto.

Estómago y esófago, la incompetencia del esfínter esofágico inferior (EEI) es la alteración más frecuente en la génesis del reflujo gastroesofagico. El reflujo se debe a caídas transitorias en el tono del EEI, lo que ocurriría espontáneamente en personas normales. A esto se le suma durante el embarazo, un clearance esofágico poco efectivo y un vaciamiento gástrico retardado, además del efecto mecánico ejercido por el crecimiento uterino, que aumenta la presión intrabdominal e intragástrica favoreciendo el reflujo.³²

Alteraciones:

- Polifagia, polidipsia, anorexia transitoria
- Náuseas y vómitos que ocurren al inicio del embarazo son muy frecuentes. Dentro de estos hallazgos se ha señalado que los niveles altos de enteroglucagón y el polipéptido inhibidor gástrico podrían afectar la motilidad del estómago retardando su vaciamiento y aumentando el reflujo gastroesofagico.³³
- Menor motilidad gástrica, pirosis, regurgitación. Dilatación de cardias. Atonía de píloro.

³² VAQUEZ T. La Mujer y el Proceso Reproductivo

³³ Documentos elaborados por: Licenciada Adriana Verdugo S.

Figura N° 1. Acidez Estomacal (Problemas Digestivos)



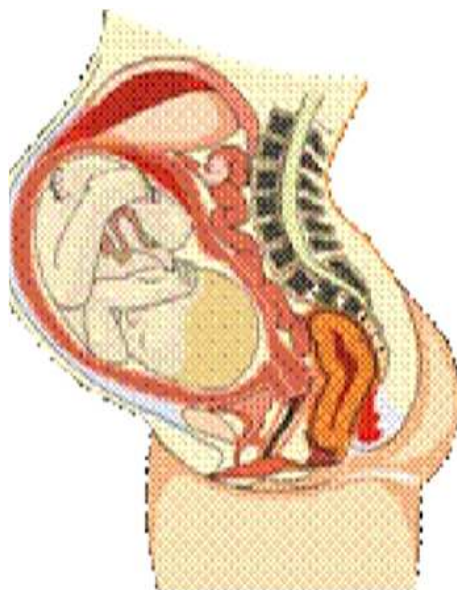
Fuente: alteraciones del aparato digestivo durante el embarazo.

Disponible: <http://agrealuchadoras.blogspot.com/2011/06/acidez-estomacal-problemas-digestivos.html>.

Menor motilidad intestinal: estreñimiento, cuando existe una disminución en la frecuencia habitual de las deposiciones (3 veces por día a 3 veces por semana); aumenta su consistencia y aumenta la dificultad del paso de las deposiciones por el canal anal. Se sabe que el tiempo de tránsito intestinal está aumentado como resultado de un efecto inhibitorio de la progesterona sobre la musculatura lisa intestinal; esta motilidad disminuida retorna a valores normales en el puerperio. Por efecto mecánico el útero grávido comprime progresivamente el colon recto sigmoideo, aumentando la constipación, especialmente durante el tercer trimestre y permitiendo una mayor absorción de agua y electrolitos, lo que lleva a un endurecimiento mayor de las deposiciones.³⁴

³⁴ VAQUEZ T. La Mujer y el Proceso Reproductivo

Figura Nº 2. Motilidad Intestinal (Problemas Digestivos)



Fuente: alteraciones del aparato digestivo durante el embarazo.

Disponible: <http://cambiosenelembarazo.blogspot.com/>

- Las hemorroides en muchas embarazadas, en especial durante el tercer trimestre, tienen hemorroides (también llamadas “almorranas”). Las hemorroides son más comunes si la mujer tiene estreñimiento. Las hemorroides son venas varicosas (venas hinchadas) que aparecen en el recto. En ocasiones salen del orificio anal, suelen producir comezón o dolor y hasta pueden reventarse y sangrar. Las hemorroides se producen cuando las venas del recto se hinchan y agrandan al hacer fuerza o ejercer presión.

Las tres causas comunes de las hemorroides son las siguientes:

- Hacer fuerza al mover el vientre
- La presión del exceso de peso
- La presión al estar sentada o de pie durante mucho tiempo.³⁵

Páncreas: hipersecreción de insulina.

³⁵ VAQUEZ T. La Mujer y el Proceso Reproductivo

Hígado: El tamaño del hígado se mantiene sin variaciones a través del embarazo; en consecuencia, la aparición de hepatomegalia (aumento del tamaño del hígado) indica enfermedad hepática. Aunque el embarazo normal se asocia a cambios hemodinámicos importantes, el flujo sanguíneo hepático absoluto se mantiene inalterado. El volumen sanguíneo y plasmático aumenta en un 40-50%, llegando a un máximo al inicio del tercer trimestre. Esto representa un aumento de aprox. 1,5 L de plasma y 0,5 L de glóbulos rojos. Sin embargo, la fracción hepática del débito cardíaco disminuye en un 35%, con la consiguiente reducción en el clearance hepático de diferentes compuestos.³⁶

Vesícula biliar aumenta al doble el volumen de la vesícula y cae su fracción de eyección; ambos hechos favorecen el estasis vesicular y retardan la circulación entero hepática de sales biliares. Estas modificaciones fisiológicas se acompañan de un alza moderada del índice de saturación del colesterol en la bilis, cambio que puede ser suficiente para facilitar la aparición de cálculos en mujeres que desde antes del embarazo tienen una hipersecreción biliar de colesterol y bilis sobresaturada en ayunas, como sucede en las obesas.³⁷

2.3.3 ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS.³⁸

OJO

Existe hiperpigmentación de los párpados, hipersecreción lacrimal, normalidad pupilar, disminución de la tensión ocular y ligero ascenso de la tensión de la arteria central de la retina, fondo de ojo normal. Hay fatiga visual por trastorno de la acomodación.

OÍDO

Disminución de la agudeza auditiva por esclerosis del tímpano y depósito en calcáreos

³⁶ Dr. CORTEZ. José Antonio. Diez Principales Causas de Embarazo de Alto Riesgo

³⁷ Documentos elaborados por: Licenciada Adriana Verdugo S.

³⁸ Documentos elaborados por: Licenciada Adriana Verdugo S.

GUSTO

Disminución de la sensibilidad gustativa, dándose las perturbaciones groseras de los gustos en la alimentación.

OLFATO

Existe hipertrofia de la nariz, trastornos funcionales con una hipersensibilidad del rechazo, hipoosmía como consecuencia de la tumefacción y congestión de la mucosa.

TACTO

No hay modificaciones.

2.3.4 MODIFICACIONES OSTEOARTICULARES

- Músculos: Calambres, lumbalgias se debe a la falta de oxígeno en los músculos por irrigación deficiente.
- Posición y marcada proyección de la cabeza y el tronco hacia atrás, puesto que los estrógenos aumentan la actividad osteoblástica, provocando crecimiento de cantidades elevadas de matriz ósea, con la consiguiente retención de minerales.

Figura Nº 3 Definición y solución de problemas de espalda



Fuente: lordosis lumbares durante el embarazo.

Disponible en:

<http://problemasvertebrales.blogspot.com/2009/05/lordosis.html>

- Huesos: Lordosis lumbosacra, debido que en el tercer trimestre esta lordosis produce flexión del cuello y descenso de los hombros, lo cual produce presión de los nervios ulnares y mediales.
- Articulaciones: Laxitud de ligamentos, dolores articulares.
- Lordosis lumbar: Este es un mecanismo compensatorio para mantener el centro de gravedad de la embarazada sobre las extremidades inferiores. En embarazo normal debido al crecimiento del útero grávido en la porción anterior del cuerpo, se produce una lordosis progresiva. Esta lordosis produce en la paciente contractura de los músculos paravertebrales lo que ocasiona dolor lumbar, debilidad y "calambres" de los miembros inferiores.³⁹

2.3.5 MODIFICACIONES DEL SISTEMA NERVIOSO

- Insomnio o acentuación del sueño: está relacionado con una de las hormonas del embarazo, la progesterona. En este periodo es importante descansar cuando se pueda. A lo largo del embarazo esta sensación va remitiendo y si en algún momento se vuelve a sentir cansancio extremo la gestante puede estar presentando anemia.
- Neuralgias, odontálgias, parestesias, vértigos, lipotimias, calambres, trastornos vagotónicos.
- Cambios del humor de la mujer embarazada están relacionados con otros cambios que se producen durante el embarazo como pueden ser: cambios corporales, estilo de vida, o a las relaciones
- personales (la pareja, la familia, los amigos, otros hijos, los compañeros de trabajo, etc.)
- Los dolores de cabeza tensionales, Es más frecuente en el primer trimestre, pero puede aparecer en cualquier momento a lo largo del

³⁹ VAQUEZ T. La Mujer y el Proceso Reproductivo

embarazo. Como siempre, no es motivo de preocupación mientras no sea muy intenso o se acompañe de otros síntomas como alteraciones visuales, mareos o vómitos.

- Síndrome del túnel carpiano debido al edema.
- Entumecimiento y picazón relacionados a los cambios del postural.⁴⁰

2.3.6 MODIFICACIONES ENDÓCRINA⁴¹

Gonadotrofina coriónica: estimulan el cuerpo amarillo para que éste produzca estrógenos y progesterona hasta el cuarto mes. A partir de esta fecha, estimula la placenta para que ella sea la que produzca estas hormonas. Para los estrógenos su origen es el sincitio y para los progetógenos el citotrofoblasto.

- Lactógeno placentaria.
- Progesterona.
- Estrógeno.

Ovarios: Hipertrofia y congestión: debido a la acción de la hipófisis anterior sobre el cuerpo amarillo para que produzca grandes cantidades de estrógenos y progesterona.

Trompas: Hipertrofia y más laxitud: mayor irrigación sanguínea e imbibición serosa. Los estrógenos aumentan el número de células epiteliales ciliadas que revisten las trompas, se estimula la actividad en las pestañas

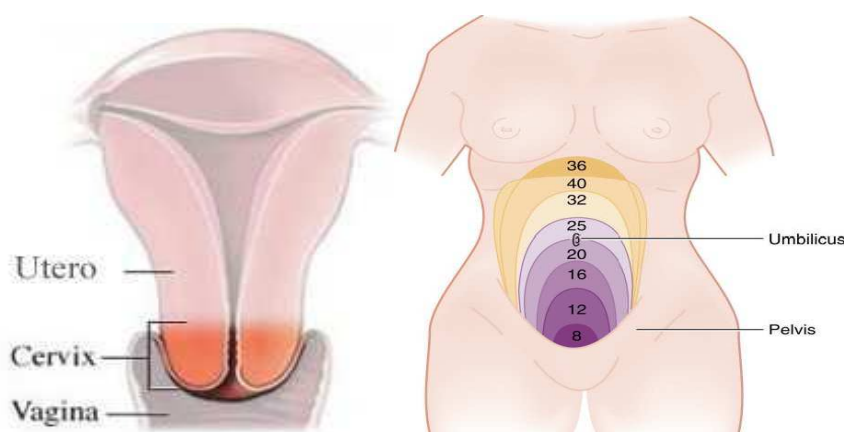
La progesterona estimula los cambios secretorios de la mucosa de la trompa, estos cambios son importantes para la nutrición del huevo.

⁴⁰ Documentos elaborados por: Licenciada Adriana Verdugo S.

⁴¹ VARQUEZ T. La Mujer y el Proceso Reproductivo

Útero: Hipertrofia e hiperplasia. El volumen uterino aumenta 24 veces al fin del embarazo. El crecimiento del útero se produce por la acción de las hormonas (gonadotrofinas coriónicas, estrógenos y progesterona). La capa muscular se desarrolla preparándose para el momento de la expulsión del feto durante el parto. También la capa interna, llamada endometrio, se modifica porque de ella se nutre el embrión al comienzo del embarazo.

Figura N° 4. Cambios reproductivos



Fuente: modificaciones endocrinas durante el embarazo. Disponible en: <http://es.wikipedia.org/wiki/Endometrio>

Modificaciones anatómicas

- Volumen, forma, consistencia, situación
- Modificaciones de Peso y capacidad: Peso: 60 – 80 gr. (inicio) 1000 – 1500 gr.(A termino)
- Capacidad: 2 – 3 ml. (inicial) 4 – 5 l. (A termino).
- Modificaciones en la forma del útero:
- Inicio: piriforme.
- 8 - 12 semanas: esférica.
- 36 semana
- Al final: ovoide.⁴²

⁴² Riesgos Perinatales en Atención Primaria de Salud según CERCA. Disponible en: http://medicina.ucuenca.edu.ec/index.php?option=com_docman&task

Todos estos cambios son debido a que los estrógenos actúan sobre los vasos del cuerpo uterino; hay mayor vascularización; favorecen la nutrición del feto y sensibilizan el útero para el trabajo de parto.⁴³

Modificaciones funcionales

- Elasticidad, sensibilidad mínima, irritabilidad, contractilidad, retractilidad, involución
- Segmento inferior y cuello del útero.

Aumenta la actiomicina del miometrio y la progesterona mantiene el útero en reposo, contribuye a la interrupción de la ovulación mientras dure la gestación.

2.3.7 MODIFICACIONES LOCALES DE LA EMBARAZADA

Mamas: Más tejidos graso, estrías, menor consistencia, aréolas, red venosa de Haller, tubérculos de Montgomery, secreción cal ostral.

Los estrógenos actúan produciendo crecimiento de los conductos lactíferos y del tejido conectivo, que hay alrededor de los canalículos y la progesterona actúa produciendo crecimiento y diferencias de los lobulillos y alvéolos, también se debe a la hiperdistensión de la piel.⁴⁴

Pared abdominal: aumenta espesor, diastásis de rectos:

- Estrías de distensión En la mayoría de las mujeres las estrías gravídicas se desarrollan durante la segunda mitad del embarazo.
- Aparecen en el abdomen, las mamas, los muslos, los brazos y las áreas inguinales. Inicialmente se presentan como placas lineales de color rojo vinoso o violáceo, que se desarrollan en forma perpendicular a las líneas de tensión de la piel. Con el transcurso del tiempo se vuelven blancas y

⁴³ VARQUEZ T. La Mujer y el Proceso Reproductivo

⁴⁴ Documento elaborado por: Licenciada Adriana Verdugo S.

atróficas, aunque no se desaparecen completamente. Han sido atribuidas por una parte a la distensión cutánea del abdomen, y por otra, a los niveles elevados de corticosteroides durante el embarazo. Estos últimos tienen la capacidad de disminuir la síntesis de colágeno y el número de fibroblastos de la dermis.⁴⁵

Vagina: Se reblandece, más arrugas y pliegues, más tejido elástico. Durante el embarazo las paredes vaginales se vuelven más extensibles y se adelgazan. Esto facilita el paso del feto durante el parto.

- Signo de Chadwick.
- Aumento de turgencia, distensibilidad y engrosamientos de las paredes.
- Alargamiento, amplitud y extensibilidad.
- Autodefensa contra las infecciones bacterianas.

Vulva: Hipertrofia de labios, várices.

2.3.8 MODIFICACIONES VASCULARES EN EL EMBARAZO

Eritema palmar: El eritema palmar se desarrolla durante el embarazo en aproximadamente el 70% de las mujeres blancas. Aparece en el primer trimestre de la gestación y desaparece dentro de la primera semana postparto.

Existen dos modos de presentación: el eritema difuso que abarca toda la palma y el eritema confinado a las eminencias tenares e hipotecares, siendo éste el más comúnmente observado. Ambos se producirían aparentemente por el aumento de los estrógenos.⁴⁶

⁴⁵ Documento elaborado por: Licenciada Adriana Verdugo S.

⁴⁶ VAQUEZ T. Martha Lucia. La Mujer y el Proceso Reproductivo

Factores que contribuyen a su aparición:

- Aumento de la retención hídrica.
- Aumento de la permeabilidad capilar.
- Aumento del flujo sanguíneo.
- Disminución de la presión osmótica del plasma.

Várices. Las várices se presentan hasta en un 40% de las embarazadas. Involucran al sistema de la vena safena o a pequeños vasos superficiales de los miembros inferiores, así como a la red hemorroidal y vulvar. La etiología de las várices es Múltiple y de acuerdo a la predisposición individual será la magnitud y gravedad de las mismas. En el postparto las várices mejoran y algunas desaparecen.

2.3.9 MODIFICACIONES DEL APARATO RESPIRATORIO**Principales cambios respiratorios:**

- Edema e hiperemia nasal y laríngea se presenta por mayor imbibición serosa.
- Rinorrea y congestión nasal por incremento de la circulación sanguínea durante el embarazo.
- Asenso de diafragma por agrandamiento del útero.
- Existe cierto grado de hiperventilación por consumo aumentado de O_2 y de producción de anhídrido carbónico por los productos de la concepción.
- Requerimientos de oxígeno por ascenso del diafragma
- Producción de CO_2 : debido que durante el embarazo el centro respiratoria es muy sensible al dióxido de carbono. Este cambio parece producirse por la progesterona.

- Aumento de la capacidad vital por elevación del diafragma y aumento de los diámetros torácicos antero-posterior y transversales.⁴⁷

2.3.10 APARATO URINARIO⁴⁸

URÉTERES

- Hipotonía e hipo-peristaltismo debido a la acción relajante de la progesterona.
- Dilatación de cálices, pelvis renal y uréteres por la compresión ejercida por el útero sobre los uréteres en la posición de decúbito supino.

VEJIGA

- Hipertrofia de su pared, congestión y edema de la mucosa del trigono
- Congestión sub-mucosa por compresión de la vejiga por el útero y compresión por la presentación fetal.

URETRA

Alargamiento por acción de la progesterona y la relaxina

ORINA

- Aumenta la cantidad y proteinuria hasta 1g% debido al aumento de filtración glomerular y disminución de la resorción tubular.
- Glicosuria por el incremento de flujo sanguíneo y aumento de filtración glomerular, particularmente se la muestra de orina se obtiene después de ingerir alimentos.

2.4 CLASIFICACIÓN DE LOS SIGNOS Y SÍNTOMAS DEL EMBARAZO⁴⁹

Según MONTGOMERY los signos y síntomas del embarazo se clasifican en:

⁴⁷ VASQUEZ T. Martha Lucia. La Mujer y el Proceso Reproductivo

⁴⁸ VASQUEZ T. Martha Lucia. La Mujer y el Proceso Reproductivo

⁴⁹ VAQUEZ T. Martha Lucia. La Mujer y el Proceso Reproductivo

1. Signos de presunción
2. Signos de probabilidad
3. Signos de certeza

2.4.1 SIGNO DE PRESUNCIÓN

Los proporcionan los sistemas y aparatos maternos. Estos signos son subjetivos, inconstantes, variables y pueden faltar o estar atenuados, en tal forma se les dará un valor relativo. Aparecen desde la semana cuarta y desaparecen en curso de la semana 18 los cuales son:

Amenorrea

Es importante, por orienta en la mayoría de los casos hacia el diagnostico pero con la condición de que las menstruaciones hayan sido antes normales con las características habituales de periodicidad, duración y cantidad también se debe tener en cuenta que las causa de menorrea pueden ser lactancia, pre menopausia, trastornos endocrinos, metabólicos, psíquicos o cualquier patología cardiopatía, tuberculosis, anemia, etc.

Modificaciones en las mamas

- Aumento de volumen
- Hiperpigmentacion
- Erectilidad de los pezones
- Secreción de calostro
- Sensibilidad aumentada
- Aparición de red venosa HALLER (venas superficiales de la mama que se acentúan durante el embarazo)
- Tubérculos de MONTGOMERY (glándulas sebáceas de mama hipertrofiada)

Polaquiuria

- Síntomas simpáticos
- Sialorrea
- Náuseas
- Anorexia
- Irritabilidad
- Mareos
- Lipotimia
- Somnolencia
- Fatiga

2.4.2. SIGNOS DE PROBABILIDAD

Algunos de estos signos aparecen tempranamente a partir de la semana cuarta y otros aparecen a partir de la semana 18 hasta la semana 20 de embarazo. Los signos de probabilidad comprenden:

- Signos vulva vaginales y
- Signos uterinos

Signos Vulvovaginales

La vulva y la vagina se tornan violáceas este es el signo de CHADWINCK. Además de la coloración violácea también aparecen como signos vulvovaginales la hipertrofia de la vulva y el reblandecimiento de la vagina

En la vagina de la embarazada se palpa las arterias en la unión de la pared recto vaginal con la lateral.

Signos Uterinos

Estos se pueden detectar mediante al tacto vaginal y el examen bimanual, los cambios que ocurren el cuello uterino o cérvix son:

Al iniciarse la cuarta semana de embarazo el cuello uterino se reblandece notoriamente, semejando ala palpación la consistencia de lóbulo de la oreja. Este cambio no es muy evidente en pacientes con carcinoma de cérvix, premenstrual y cuello fibroso. Al igual que los otros órganos genitales, durante el embarazo el cérvix se torna violáceo.

El cuerpo uterino sufre también algunos cambios en tamaño, forma, consistencia, y situación. Antes del embarazo, el útero es piriforme y aplanado con el embarazo continuo con la misma forma pero lleno a partir de la semana 6; se torna esférico o globuloso a la semana 13 y ovoide después de la semana 18. El reblandecimiento del cuerpo uterino es un signo muy característico se presenta gradual mente primero en itsmo alrededor de la semana 6. Se detecta mediante el examen bimanual, que se efectúa para hallar el signo de HEGAR.

Respecto al tamaño, el cuerpo uterino en las primeras 4 semanas del embarazo se aprecia por palpación abdominal, hacia la semana 13 el fondo del útero alcanza el borde de la sínfisis púbica hacia la semana 18 el fondo uterino se encuentra entre la sínfisis y el ombligo. Debido al aumento del peso del cuerpo uterino y al reblandecimiento del itsmo la ante flexión del cuerpo sobre el cérvix se exagera, y la situación del útero gravídico es la de ante flexión

2.4.3. SIGNOS DE CERTEZA

Son signos que aparecen en la segunda mitad del embarazo (después de la semana 20) son de procedencia fetal y permiten hacer un diagnóstico y puede hacer un diagnóstico más preciso del embarazo los signos de certeza incluyen:

- Movimientos fetales
- Latidos fetales
- Visualización del esqueleto fetal por rayos X
- Palpación de partes fetales

2.5 DIAGNÓSTICO DE LA EDAD GESTACIONAL

Los elementos clínicos que se utilizan para el cálculo de la edad gestacional, son el tiempo de amenorrea a partir del primer día de la última menstruación y el tamaño uterino. Para que estos elementos tengan importancia en su utilidad práctica, el control prenatal debe ser precoz, para evitar el olvido de información por parte de la embarazada, y, porque la relación volumen uterino/edad gestacional es adecuada, siempre que el examen obstétrico se efectúe antes del quinto mes.⁵⁰

En niveles de atención prenatal de baja complejidad, y con embarazadas de bajo riesgo, los elementos clínicos pueden ser suficientes para fijar la edad gestacional y proceder en consecuencia. Idealmente, si se cuenta con el recurso ultrasonográfico, se debe aplicar este procedimiento para certificar la edad gestacional, teniendo en cuenta que su efectividad diagnóstica es máxima antes del quinto mes y deficiente a partir del sexto mes.⁵¹

Es necesario enfatizar que el diagnóstico de edad gestacional debe ser establecido a más tardar al segundo control prenatal, debido a que todas las acciones posteriores se realizan en relación a dicho diagnóstico. El desconocimiento de la edad gestacional constituye por sí mismo un factor de riesgo. La magnitud del riesgo estará dada por la prevalencia de partos prematuros, embarazos prolongados y retardo del crecimiento intrauterino en la población obstétrica bajo control.⁵²

2.6 DIAGNÓSTICO DE LA CONDICIÓN MATERNA

La evaluación de la condición materna se inicia con una anamnesis personal y familiar, en busca de patologías médicas que puedan influir negativamente en la gestación. De igual forma se recopilarán antecedentes obstétricos previos,

⁵⁰ Documentos elaborados por: Licenciada Adriana Verdugo S.

⁵¹ Riesgos Perinatales en Atención Primaria de Salud según CERCA. Disponible en: [http://medicina.ucuenca.edu.ec/index.php?option=com_docman&task,](http://medicina.ucuenca.edu.ec/index.php?option=com_docman&task=)

⁵² Dr. CORTEZ. José Antonio. Diez Principales Causas de Embarazo de Alto Riesgo

especialmente antecedentes de recién nacidos de bajo peso, macrosomía, mortalidad perinatal, malformaciones congénitas, etc.⁵³

Es importante obtener la información del nivel educacional materno, actividad laboral como trabajos con esfuerzo físico importante, contactos con tóxicos, radiaciones o material biológico, con fines de solicitar a su empleador una readecuación laboral o suspender su actividad. Se practicará un examen físico general y segmentario con fines de diagnosticar patologías asintomáticas y derivar a especialistas. El examen físico incluye un examen ginecológico en el cual se hace una inspección perineal.

Posteriormente, en cada control prenatal, se hará la evaluación nutricional según índice peso/talla, control de presión arterial, albuminuria, hematocrito y examen físico según síntomas maternos.⁵⁴

2.7 EDUCACIÓN MATERNA

Es fundamental para el éxito del control prenatal y de las futuras gestaciones. De igual modo, la embarazada bien instruida sirve como docente de otras embarazadas que están sin control prenatal o en control prenatal deficiente. El primer control prenatal es fundamental para instruir a la embarazada acerca de la importancia del control prenatal precoz y seriado. Se debe explicar de manera simple y adecuada al nivel de instrucción materno.⁵⁵

Los siguientes contenidos educacionales que se le puede indicar a la madre son:

- ✓ Signos y síntomas de alarma
- ✓ Nutrición materna
- ✓ Lactancia y cuidados del recién nacido
- ✓ Derechos legales

⁵³ BOTERO, Jaime. Obstetricia y Ginecología. Cuarta edición. 1989

⁵⁴ Factor de riesgo obstétrico. disponible en: <http://www.maternofetal.net/5aro.html>

⁵⁵ RIESGO Obstétrico en la Atención Prenatal disponible en:
http://escuela.med.puc.cl/publ/AltoRiesgo/control_prenatal.html

- ✓ Orientación sexual
- ✓ Planificación familiar
- ✓ Preparación para el parto

2.8 CONTROL PRENATAL

Actividad y procedimiento que el equipo de salud ofrece a la embarazada con la finalidad de identificar los factores de riesgo en la gestación y enfermedades que puedan afectar el curso normal del embarazo y la salud del recién nacido/a. Los componentes que abarca son: promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud materna y neonatal con enfoques de interculturalidad, género y generacional.⁵⁶

Mediante el control prenatal, podemos vigilar la evolución del embarazo y preparar a la madre para el parto y la crianza de su hijo. De esa forma, se podrá controlar el momento de mayor morbi-mortalidad en la vida del ser humano, como es el período perinatal y la principal causa de muerte de la mujer joven como es la mortalidad materna.

El control prenatal debe ser eficaz y eficiente. Esto significa que la cobertura debe ser máxima (sobre el 90% de la población obstétrica) y que el equipo de salud entienda la importancia de su labor. Aproximadamente el 70% de la población obstétrica no tiene factores de riesgo, su control es simple, y no requiere de infraestructura de alto costo.

2.8.1 ENFOQUES DEL CONTROL PRENATAL

Completo e integral

- Atención por personal calificado.
- Detección precoz del embarazo.

⁵⁶ Componente Normativo Materno Neonatal/ Control Prenatal

- 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/posprueba de VIH/SIDA, detección y referencia.
- Enfermedades buco dentales.
- Referencia de usuarias con riesgo obstétrico perinatal

PRECOZ

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.

Enfoque intercultural

El proveedor debe tener conocimiento de la cosmovisión tradicional y cultural con comprensión de las prácticas ancestrales de curación de acuerdo a la diversidad cultural de la zona de atención.

PERIÓDICO

Toda mujer embarazada de BAJO RIESGO deberá completar mínimo 5 controles prenatales (uno de diagnóstico y cuatro de seguimiento) con el cumplimiento de todas las actividades que se registran en la historia clínica perinatal del CLAP/SMR –OPS/OMS. MSP–HCU. Formulario N° 051.

Nivel mínimo eficiente: 5 controles

- Uno en las primeras 20 semanas
- Uno entre las 22 y 27 semanas

- Uno entre las 28 y 33 semanas
- Uno entre las 34 y 37 semanas
- Uno entre las 38 y 40 semanas

AFFECTIVO

- Toda embarazada debe ser bienvenida y atendida con calidez y calidad
- Los horarios de atención deben favorecer la concurrencia al control prenatal.
- Cuanto mayor el número de horas de atención, más elevado el número de mujeres que pueden concurrir
- Cumplir con el horario de turnos y reducir el tiempo de espera de las pacientes.
- Se deben realizar exámenes y pruebas que responden a un propósito inmediato y que se ha demostrado que son beneficiosas

2.8.2 CONTROL PRENATAL EN EL PRIMER TRIMESTRE

- Se debe realizar cada 4 semanas en el primer trimestre.
- Confirmar la presencia de embarazo
- Cálculo de la edad gestacional por amenorrea de acuerdo a la fecha de la última menstruación (FUM) y ecografía obstétrica transvaginal; y determinar fecha probable del parto.
- Valoración de parámetros preconcepcionales si no se realizó.
- Evaluación de riesgo obstétrico.
- Evaluación ecografía para determinar marcadores de malformaciones congénitas.
- Prevención anemia materna y pérdida de masa ósea.⁵⁷

⁵⁷ BOTERO. Jaime. Obstetricia y Ginecología. 4ta edición 1989

2.8.3 CONTROL PRENATAL EN EL SEGUNDO TRIMESTRE

- Se debe realizar cada 4 semanas en el segundo trimestre.
- Evaluación del crecimiento y vitalidad fetal.
- Estudio para descartar anomalías cromosómicas fetales
- Ecografía obstétrica de reconocimiento anatómico fetal
- Evaluar el estado nutricional materno y el incremento de peso durante la gestación
- Detección de síndrome metabólico (diabetes, hipertensión, hipotiroidismo etc.)
- Detectar procesos sépticos dentales y remisión a odontólogo.
- Evaluación de riesgo materno fetal.
- Vacunación contra enfermedades inmunoprevenibles como Tétanos neonatal,
- Hepatitis B, si no se han realizado.
- Ecografía obstétrica 3D (26 semanas).
- Prevención anemia materna y pérdida de masa ósea. Detectar enfermedades de transmisión sexual (ETS) y evitar su contagio al feto.⁵⁸

2.8.4 CONTROL PRENATAL EN EL TERCER TRIMESTRE

- Se debe realizar cada 2 semanas en el tercer trimestre, desde la semana 36 debe ser semanal.
- Evaluación del crecimiento y vitalidad fetal.
- Evaluar el estado nutricional materno y el incremento de peso durante la gestación.

⁵⁸ Asociación de médicos del hospital de ginecología obstetricia No. 3. Ginecología y Obstetricia. Ed. Méndez Editores. 3ª.ed.

- Detección de síndrome metabólico (diabetes, hipertensión, hipotiroidismo etc.).
- Detectar procesos sépticos dentales y remisión a odontólogo.
- Evaluación de riesgo materno fetal.
- Ecografía de III nivel con perfil biofísico fetal y doppler del cordón para determinar vitalidad fetal.
- Monitoreo electrónico fetal
- Prevención anemia materna y pérdida de masa ósea.
- Detectar enfermedades de transmisión sexual (ETS) y evitar su contagio al feto.⁵⁹

2.8.5 VALORACIÓN DEL RIESGO PERINATAL

ARO 1. Circunstancias o hábitos que hacen que su embarazo, parto o recién nacido estén amenazados ⁶⁰

Parámetros:

- Talla menor de 1.40cm
- Pesos menor 90 lbs. o mayor a 180 lbs.
- Dos o más hijos sin ayuda familiar
- Hábitos de fumar
- Grandes trayectos diarios a pie
- Edad menor de 18 años y mayor de 35 años
- No tener control prenatal
- Gran multípara
- Vivienda más de 3 pisos con escalera.

⁵⁹ BOTERO. Jaime. Obstetricia y Ginecología. 4ta edición 1989

⁶⁰ Documentos elaborados por: Lcda. Adriana Verdugo S.

ARO 2: En embarazos anteriores a sufrido de distintas patologías o a tenido hijos afectados con su salud

Parámetros:

- RH negativo
- EHIE (Enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo)
- Abortos repetidos
- Partos prematuros anteriores
- Hijos con trastornos neurológicos, congénitos o relacionados con el parto
- Embarazos prolongados más del tiempo determinado
- Cesáreas anteriores
- Antecedentes de esterilidad

ARO 3: embarazo con patologías actual que pone en riesgo la salud de la madre, su vida y la del feto e incluso del recién nacido.

Parámetros

- EHIE
- Diabetes
- Cardiopatías
- Tuberculosis en el embarazo
- Psicosis
- Embarazos prolongados más de 41 SG
- Afecciones de la tiroides
- Anemias, hemoglobina menor de 8mg, o hematocrito menor de 30%

ARO 4: parto de alto riesgo con ingreso inmediato al hospital

Parámetros

- Preeclampsia grave o eclampsia

- Cesáreas anteriores a las 38 semanas de gestación
- Aborto habitual
- Diabetes con mal pronóstico fetal o materno
- Embarazo prolongado de más de 294 días
- Embarazo general de 34 SG o triple de 30 SG
- RH negativo, cambios indirectos positivos
- Paciente con causa para cesárea en trabajo de parto

2.9. DETERMINACIÓN DE LOS RIESGOS PERINATALES

2.9.1 RIESGO

Indica una probabilidad para que se altere la salud, ya sea produciendo una enfermedad o desencadenando la muerte. La relación de un factor de riesgo determinado con un daño concreto puede ser de 3 tipos.

Relación causal: el factor de riesgo desencadena el proceso morboso. Ejemplos: la placenta previa origina la muerte fetal por anoxia; la rubéola durante el primer trimestre del embarazo causa malformaciones congénitas.

Relación favorecedora: en ella existe una franca relación entre el factor de riesgo y la evolución del proceso. Ejemplo: la gran multiparidad favorece la situación transversa y el prolapso del cordón umbilical.

Relación predictiva o asociativa: se expresa en sentido estadístico, pero no se conoce la naturaleza de esa relación. Ejemplo: la mujer que ha perdido ya un feto o un recién nacido corre más riesgo de perder su próximo hijo. No todos los factores de riesgo son causales. Los hechos que preceden a otros no necesariamente los causan.⁶¹

⁶¹Riesgos obstétricos en la atención prenatal. Disponible en:
http://escuela.med.puc.cl/publ/AltoRiesgo/control_prenatal.html

2.9.2 ENFOQUE DE RIESGO

Es una estrategia necesaria para determinar los indicadores que califiquen el alto, mediano y bajo riesgo que permita canalizar la referencia y contra-referencia de las embarazadas.⁶²

2.9.3 DAÑO

Es el resultado final no deseado que se presenta en un individuo o en un grupo de personas que estuvieron expuestas a uno o varios factores de riesgo.⁶³

2.9.4 RIESGO PERINATAL

“Es la amenaza de lesión o muerte a que están expuestos, desde las 28 semanas de gestación hasta el 7º día de nacimiento, algunos productos de la concepción en los cuales se presenta determinados factores predisponentes”.

El embarazo de riesgo es una entidad que afecta, en menor o mayor grado, al producto de la concepción exponiéndolo a que muera o sobreviva con secuelas. Con las conocidas implicaciones que ello con lleva en una comunidad, le corresponde al equipo de salud y en nuestro caso a la enfermera que se desempeña en el área materna infantil, captar la población vulnerable y aplicar una terapia apropiada el concepto de salud perinatal incluye la prevención del riesgo y la promoción de la salud, comenzando de la mujer embarazada y continuando hasta el periodo neonatal. Estas acciones son importantes dadas las implicaciones que tiene en el bienestar de la familia y la comunidad y en las tasas de morbilidad y mortalidad perinatal.⁶⁴

⁶² documento elaborado por Lcda. Adriana Verdugo S.

⁶³ BOTERO. Jaime. Obstetricia y Ginecología. 4ta edición 1989

⁶⁴ VASQUEZ T. Martha y Granda P. María Victoria. Atención Primaria de Salud. La Mujer y el Proceso Reproductivo

2.10- FACTORES DE RIESGO PERINATAL

Los factores que a continuación vamos a enunciar pueden afectar la vitalidad, desarrollo y crecimiento del feto:

1. Falta de control prenatal
2. Edad materna y paridad
3. Edad fetal
4. Desnutrición materna
5. Antecedentes de:
 - Muerte fetal
 - Muerte perinatal
 - Peso bajo para la edad gestacional
 - Recién nacido con lesiones
 - Complicaciones obstétricas o medicas
 - Cesaría
 - Isoinmunizaciones
6. Fumadoras de cigarrillo
7. Bajo nivel socioeconómico

Falta de control prenatal

Son bien conocidos los beneficios que aporta el adecuado control prenatal, este contribuye a diagnosticar y tratar madres, fetos y niños afectados, describir la patogenia subyacente, proporcionar un tratamiento eficaz y ahorrar problemas por medio de medidas profilácticas.

Uno de los fines del control prenatal es reducir al mínimo el peligro materno inherente al a gestación el alcanzar simultáneamente un óptimo resultado fetal,

para producir un niño vivo y sano con capacidad para realizar las funciones completas de los cuales ha sido dotado el momento de la concepción.⁶⁵

La falta del control prenatal obstaculiza la detección precoz de los problemas que pueden perjudicar a la madre, al feto o al recién nacido, aumentando así la morbi-mortalidad perinatal.

Se recomienda que la madre de bajo riesgo asista a un control prenatal cada mes hasta el 7mo mes y cada 15 días durante los últimos dos meses del embarazo. Si la madre no inicia parto en la semana cuarenta se la seguirá citando al menos una vez por semana.

La embarazada debe asistir por lo menos a cuatro controles prenatales con el fin de disminuir el riesgo perinatal.

Paridad y edad materna

Estos dos factores influyen grandemente en el riesgo perinatal. En cuanto a la edad materna el riesgo se presenta en menores de 15 años y en mayores de 40 años. En edades comprendidas entre los 15 y 19 años y entre los 30 y 39 años existe también riesgo aunque en menores proporciones.

Estadísticamente se ha comprobado que la edad más adecuada para la gestación está comprendida entre los 20 y 29 años. En menores de 15 años el primer embarazo sorprende a la mujer con un aparato genital insuficientemente desarrollado infantil. Puede haber partos prematuros por mala adaptación del útero a su contenido, distocias en el parto por falta de desarrollo pelviano y el feto puede ser pequeño y de poco peso. Cuando la mujer es mayor de 30 años al tiempo del primer embarazo, la edad se constituye igualmente en un factor de riesgo perinatal. El útero que ha recibido durante años, periódica y cíclicamente, influjos nerviosos y hormonales, preparándose para recibir el fruto

⁶⁵ Documento Lcda. Adriana Verdugo S.

pierde su normalidad fisiológica, las fibras musculares dejan de tener dos de sus propiedades fundamentales, la elasticidad y contractilidad al sufrir una denegación fibrosa circunscrita o difusa.⁶⁶

La falta de extensivita del musculo uterino puede ser causa de interrupción de la gestación. En el parto y el alumbramiento, el útero se contrae con escasa energía. La articulación del coxis se anquilosa la partes blandas (cuello, vagina, vulva y periné) ofrece excesiva resistencia porque han perdido su elasticidad y blandura. Como consecuencia hay prolongación y detención del parto, con posibilidad de sufrimiento fetal o necesidad de intervención quirúrgica.⁶⁷

La paridad, sin asociarla con la edad materna, es también un factor de riesgo en las mujeres que tienen más de ocho embarazos y en las nulíparas. En las multíparas el riesgo se debe a que las fibras uterinas han perdido su capacidad de contraerse y estirarse lo cual interfiere en la evolución normal del parto produciendo, por ejemplo, partos prolongados con posibilidad de sufrimiento fetal. En las nulíparas, la causa de riesgo es la mayor consistencia de las vías blandas.

El intervalo entre los partos también puede constituirse en factor de riesgo perinatal (menores de 2 años) afecta la capacidad intelectual de los niños de edad escolar. Es importante anotar que las gestaciones frecuentes producen un estado de desnutrición en la madre e interrumpen la lactancia, lo cual tiene consecuencias adversas para la salud y estabilidad de toda la familia.

Edad fetal

Entre más prematuro sea el niño, mayor es la posibilidad que muera, lo mismo ocurre cuando es post-maduro. A medida que aumenta la postmadurez menos probabilidad de vivir tiene el producto de la concepción.

⁶⁶ Vásquez T. Martha Lucia y Granda P. María Victoria. La Mujer y el Proceso Reproductivo

⁶⁷ WILLIAN, Obstetricia. 20ª edición. Editorial Médica Panamericana.

Niño pretermino (prematuro)

Se considera niño pretermino al nacido entre la vigésima y antes de trigésima séptima semana de gestación estos niños tienen un peso que oscila entre 500 2,499 gramos.

El problema básico del niño pretermino consiste en la falta incidencia que este presenta del síndrome de dificultad respiratoria, el cual no es una enfermedad verdadera sino más bien un estado asociado con el desarrollo. Si el feto permanece en el útero suficiente tiempo para el desarrollo de los pulmones, no existirá enfermedad de membrana hialina al nacimiento, esta enfermedad aumenta la morbi-mortalidad perinatal.

Se consideran causas de niño pretermino: Gestación múltiple, anomalías uterinas, polihidramnios, placenta previa desprendimiento prematuro de placenta, infecciones de vías urinarias, enfermedad hipertensiva del embarazo, eritoblastosis fetal, rotura prematura de membranas, amnionitis, diabetes materna, e hipertensión crónica.⁶⁸

Niño pos-termino (postmaduro)

Se considera pos-termino al niño nacido de dos semanas o más después de la fecha calculada para su nacimiento.

El problema principal del niño pos-termino está basado en el síndrome de disfunción placentaria, el cual se refiere a un estado en el que la placenta es insuficiente, anatómica y fisiológicamente para proporcionarle el alimento y el oxígeno que necesita el feto para su normal crecimiento y desarrollo.

Es un riesgo debido a que la placenta experimenta senectud después de los 9 meses de iniciación del a gestación. Pasado este tiempo la homeostasis del

⁶⁸ Vásquez T. Martha Lucia y Granda P. María Victoria. La Mujer y el Proceso Reproductivo

feto empieza a declinar produciendo algunas afecciones como lesiones cerebrales, anoxia, neumonía por aspiración, y muerte intrauterina.

Antecedentes de morbilidad materna y mortalidad perinatal

Los antecedentes de muerte fetal, muerte perinatal, parto prematuro, bajo peso para la edad gestacional, recién nacido con lesiones, complicaciones obstétricas o médicas, cesáreas e isoinmunizaciones tiende a repetirse. Así pues, si se ha presentado algunos de los antecedentes mencionados, en el embarazo actual deberá emprenderse una vigilancia especial para evitar su recurrencia. En estos casos es prioritario brindar atención especial a la embarazada en el momento más temprano posible.⁶⁹

Desnutrición Materna

Es importante el adecuado desarrollo y crecimiento fetal en el útero depende de un aporte uniforme de nutrientes de la madre al feto, el déficit en el ingreso dietético, la absorción inadecuada de nutrientes a partir del intestino, el metabolismo de proteínas, lípidos, carbohidratos y micronutrientes en el organismo materno, la insuficiencia de circulación placentaria y la utilización anormal de nutrientes por parte del feto, pueden conducir a un notable deterioro del desarrollo fetal.⁷⁰

El gasto calórico es mínimo durante el primer trimestre de embarazo. En el segundo trimestre aumenta, debido principalmente a necesidades maternas tales como expansión del volumen sanguíneo, hipertrofia de mama y útero, y acumulación de tejido adiposo. En el tercer trimestre el gasto calórico sigue siendo el mismo que en el segundo, pero en este caso se debe al crecimiento fetal y placentario.

La oportunidad de mejorar simultáneamente la calidad de dos vidas es ofrecida por el equipo de salud, el cual supervisa la atención y cuidado de una mujer

⁶⁹ Vásquez T. Martha Lucia y Granda P. María Victoria. La Mujer y el Proceso Reproductivo
⁷⁰ Vásquez T. Martha Lucia y Granda P. María Victoria. La Mujer y el Proceso Reproductivo

grávida, proporcionando consejo dietético apropiado para controlar la salud de la gestante y de su feto en crecimiento.

Fumadoras de cigarrillo (3 o más cigarrillos diarios)

El desarrollo fetal se retrasa en el caso de mujeres embarazadas que fuman y sus hijos están más expuestos a morir mediante después del parto. También es mayor el riesgo de bajo peso neonatal y de enfermedades entre los hijos de mujeres fumadoras. Es indudable, así mismo, que el aumento de la frecuencia en el consumo de cigarrillo de las embarazadas aumenta el riesgo perinatal.

Se piensa que la principal causa del retraso del crecimiento fetal es el aumento de la concentración de monóxido de carbono en el aire inhalado. La gran afinidad de este compuesto por la hemoglobina materna, y en particular por el feto, reduce la capacidad del transportar oxígeno.⁷¹

Bajo nivel socioeconómico

Generalmente, la mujer de escasos recursos económicos no está orientada para hacerse el control prenatal y por tanto que está expuesta a las nefastas consecuencias que la omisión de este control puede acarrear para el feto.

Además de la falta de control prenatal, también repercute en el riesgo perinatal el bajo nivel socioeconómico puesto que estas madres suelen tener hábitos dietéticos deficientes, debido a ignorancia y bajo nivel de escolaridad.

El embarazo de una mujer de baja clase social muchas veces es indeseado por lo que muy a menudo acude a maniobras abortivas, aumentando así la mortalidad perinatal. Todos estos factores guardan relación mutua y tienen efecto adictivo. La mujer de escasos recursos económicos, desnutrida, con

71 Vásquez T. Martha Lucia y Granda P. María Victoria. La Mujer y el Proceso Reproductivo

escolaridad nula y sin apoyo marital, tiene mayor probabilidad de perder a su hijo o de dar a luz niños de bajo peso o con anomalías congénitas.⁷²

2.11 RIESGO OBSTÉTRICO

Se entiende como todos aquellos factores externos o intrínsecos en una mujer que puede propiciar alguna complicación durante la evolución del embarazo, el desarrollo del parto, puerperio o que puedan alterar de alguna forma el desarrollo normal o la supervivencia del producto.

La valoración del riesgo obstétrico nos permite planear las características y la intencionalidad que debe tener la vigilancia prenatal en cada caso, en particular para la identificación de los factores de riesgo, la educación para la salud y la detección oportuna de complicaciones.

2.11.1 EMBARAZO DE BAJO RIESGO O NORMAL

Aquel que no cursa con criterios de riesgo. Atención en Nivel I

2.11.2 EMBARAZO DE ALTO RIESGO OBSTÉTRICO

Aquel que cursa con criterios de riesgo. Atención en Nivel II o III

Vigilancia del embarazo de alto riesgo

Debe iniciarse en cuanto se confirme el embarazo y riesgo obstétrico. La frecuencia de la consulta debe ser como está establecido en el embarazo normal y esta se modificara de acuerdo con las complicaciones y los factores presentes de cada caso en particular.

Se debe referir a la embarazada cuando presente datos de complicaciones mayor que amerite vigilancia o atención especializada.

⁷² Vásquez T. Martha Lucia y Granda P. María Victoria. La Mujer y el Proceso Reproductivo

Complicaciones mayores

- Hiperémesis gravídica
- Preclampsia –eclampsia
- Inserción baja de placenta en caso de sangrada
- Ruptura prematura de las membranas
- Malformaciones congénitas
- Neuropatías
- Hipertensión arterial esencial
- Desprendimiento prematuro de placenta normo insertada
- Retraso en el crecimiento uterino
- Anormalidades de la situación y posición fetales (al inicio de trabajo de parto)
- Aborto
- Embarazo ectópico
- Embarazo múltiple
- Embarazo molar
- Muerte fetal
- Diabetes mellitus⁷³

2.12. CLASIFICACIÓN DEL RIESGO OBSTÉTRICO

2.12.1 BAJO RIESGO

1. Déficit nutricional grados III y IV.
2. Muerte perinatal.

⁷³ Dr. CORTEZ. José Antonio. Diez Principales Causas de Embarazo de Alto Riesgo

3. Incompetencia cervical o uterina.
4. Parto pretérmino y de bajo peso o uno de éstos.
5. Parto previo con isoinmunización.
6. Preeclampsia-eclampsia.
7. Desprendimiento prematuro de la placenta.
8. Cesárea anterior u otra operación uterina.⁷⁴

2.12.2 ALTO RIESGO

1. Tumor de ovario.
2. Hipertensión arterial.
3. Enfermedad renal.
4. Diabetes mellitus.
5. Cardiopatía.
6. Procesos malignos.
7. Anemia por hematíes falciformes
8. Enfermedad pulmonar.
9. Enfermedad del tiroides.
10. Enfermedad hepática.
11. Epilepsia.⁷⁵

2.13 FACTORES DE RIESGO OBSTÉTRICO

Un factor de riesgo se define como aquél que directa o indirectamente contribuye a que se modifique el desarrollo normal del feto, el estado materno o ambos. La identificación temprana de los factores de riesgo, seguida de una atención adecuada, pueden prevenir o modificar los resultados perinatales desfavorables.

⁷⁴ RAMOS. Gustavo. Alto Riesgo Obstétrico. 4ta edición. Quito 1999

⁷⁵ WILLIAN, Obstetricia. 20ª edición. Editorial Médica Panamericana.

Los factores de riesgo son innumerables y su importancia puede ser mayor o menor, más cuando en una gestante pueden concurrir varios factores, con mayor efecto sobre el producto. La valoración del riesgo es un proceso dinámico, ya que se puede incrementar, disminuir o mantener sin variaciones, de ahí la necesidad de la evaluación continua de toda gestante, en la que se clasifica en ARO 1, ARO 2, ARO3 y ARO4 indicando la necesidad de que esa gestación se controle en el nivel primario, secundario o terciario de atención prenatal.⁷⁶

La evaluación de la condición materna se inicia con una anamnesis personal y familiar, en busca de patologías médicas que puedan influir negativamente en la gestación. De igual forma se recopilarán antecedentes obstétricos previos, especialmente antecedentes de abortos, recién nacidos de bajo peso, macrosomía, mortalidad perinatal, malformaciones congénitas, etc⁷⁷.

Es importante obtener la información de la edad materna, nivel educacional, estado civil, actividad laboral como trabajos con esfuerzo físico importante, etc, porque también influye en el bienestar de la actual gestación.

2.13.1 FACTORES DE RIESGO QUE PUEDEN INTERFERIR DURANTE EL EMBARAZO

EDAD: el riesgo se incrementa entre las niñas menores de 18 años y las mujeres mayores de 35 años. Respecto a las madres jóvenes menores de 18 años, debemos recordar que la inmadurez de los órganos internos, como el útero, ovarios vagina, etc. Y la inestabilidad física de la joven hace que el embarazo y el parto sean mal llevados y terminen muchas veces en cesáreas.

La adolescencia es una etapa en la cual ocurren un conjunto de cambios fisiológicos, sociales y emocionales; dependiendo de la edad de la adolescente y del tiempo que ha transcurrido entre su desarrollo y el embarazo puede haber

⁷⁶ Factores de riesgo durante el embarazo.
disponible en: <http://tesisdeinvestigadores.blogspot.com/2011/04/trabajo-sobre-riesgos-del-embarazo.html>

⁷⁷ BOTERO. Jaime. Obstetricia y Ginecología. 4ta edición. 1989

más o menos complicaciones; si la adolescente tiene menos de 15 años se ha observado mayor riesgo de aborto, parto pretérmino o parto por cesárea por inmadurez fisiológica.⁷⁸

Si es mayor de 15 años, la embarazada tiene el mismo riesgo que una paciente adulta, excepto si está mal alimentada, o si se encuentra en situación de abandono por parte de su pareja o familia, por otro lado es posible que la adolescente no esté preparada para asumir emocionalmente el compromiso de un bebé o necesite mayor apoyo.

Las mujeres de más de 35 años tienen más probabilidades que las mujeres más jóvenes de tener un problema de salud que comenzó antes del embarazo. Algunos problemas, como alta presión arterial, diabetes y problemas renales y cardíacos, pueden afectar al embarazo. Por ejemplo, una diabetes mal controlada puede contribuir a defectos congénitos y aborto espontáneo mientras que una alta presión arterial mal controlada puede retrasar el desarrollo del feto.⁷⁹

Antes de intentar concebir, y sin importar su edad, toda mujer debe consultar a su médico. Una visita al médico antes de concebir le ayudará a asegurarse de que se encuentra en el mejor estado posible para hacerlo. La visita al médico antes de concebir es especialmente importante cuando la mujer tiene un problema de salud crónico. Su médico puede tratar ese problema y realizar los cambios necesarios en la medicación para asegurar que tenga un embarazo saludable. El médico también puede recomendar a las mujeres que tomen a diario un complejo multivitamínico que contenga 400 microgramos de ácido fólico para prevenir ciertos defectos congénitos en el cerebro y en la médula.⁸⁰

Algunas de las complicaciones más comunes entre las mujeres de más de 35 años son:

78 BOTERO. Jaime. Obstetricia y Ginecología. 4ta edición 1989

79 Factores de riesgo que afectan durante el embarazo. Disponible en: http://espanol.pregnancy-info.net/obesidad_y_embarazo.html

⁸⁰ UNICEF. Estado Mundial de la Infancia. 2008

- Diabetes gestacional.
- Alta presión arterial.
- Problemas en la placenta.
- Nacimiento prematuro.
- Nacimiento sin vida.

TALLA: En el estudio sobre “CRECIMIENTO INTRAUTERINO EN LA CIUDAD DE QUITO “, señala una talla promedio de 1.49.8 más o menos 5.3 para las pacientes ingresan a la maternidad.

La talla pequeña puede estar asociada con:

- Desproporción pélvico cefálica, ya sea porque el padre tenga talla alta o que la madre es pequeña o por que tenga deformaciones pélvicas
- Con la alteración de la columna vertebral sobre todo sifoesciolíticas, que se ven agravadas por la alteración de la distribución del peso corporal que produce el embarazo sobre todo en el último trimestre debido al crecimiento del útero que exagera la lordosis compensadora, produciendo compresiones y elongaciones .
- Los índices de mortalidad perinatal aumentan en las mujeres de talla pequeña cuando se asocian con condiciones de pobreza socioeconómica
- Entre las pacientes de talla pequeña hay mayor toxemias
- Mayor frecuencia de cesáreas
- Mayor frecuencias de recién de bajo peso ⁸¹

Pese a lo anterior mencionado debe recordarse que una embarazada pequeña pero armónica puede ser una buena paridora y que no son raras las madres pequeñitas con hijos grandes. Por consiguiente la talla no será sino un punto

⁸¹ WILLIAN, Obstetricia. 20ª edición. Editorial Médica Panamericana.

de referencia para un mejor examen de ninguna manera único factor para decidir una cesaría.

PESO: 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, se aconseja 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.

ESTADO NUTRICIONAL: En cada etapa, las necesidades nutricionales para el crecimiento y el desarrollo cambian, al igual que la mezcla de nutrientes que se ofrece. Al cabo, todos ellos habrán procedido de la dieta materna, pero la combinación de nutrientes consumida por la madre será muy diferente de la que se le ofrecerá al feto, y también muy distinta de la requerida para cubrir las necesidades inmediatas del crecimiento de éste. Por tanto, la disponibilidad de nutrientes dependerá de la naturaleza y la importancia de las reservas de la madre y de la capacidad metabólica de ésta para crear un entorno de nutrientes adecuado a cada etapa del desarrollo.⁸²

Cubrir las necesidades nutricionales de la gestación impone unas exigencias metabólicas a la madre. La capacidad de ésta para satisfacerlas dependerá, en parte, de otras exigencias concurrentes compitan por los mismos recursos.

La valoración del estado nutricional es fundamental, debido a que permite conocer la situación nutricional de la madre y predecir como afrontará las exigencias de la gestación. En términos antropométricos, las mediciones reflejan el estado nutricional de la mujer e indirectamente, el crecimiento del

⁸² Alto riesgo obstétrico, un concepto amplio disponible en:
<http://www.embarazada.com/articulo/riesgos-y-complicaciones-obstetricas#sthash.Arqyj3g5.dpuf>

feto y, posteriormente, la cantidad y la calidad de la leche materna. Además el aumento de peso materno puede reflejar el estado de crecimiento del feto.⁸³

Para una evaluación integral del estado nutricional también es necesario el estudio del consumo y hábitos alimentarios y una valoración bioquímica de la mujer, entre ellos el consumo excesivo de la sal la misma que está compuesta por dos minerales, el sodio y el cloro, ambos con importantes funciones en la regulación de diversos procesos orgánicos. El sodio regula el equilibrio del agua en el organismo y constituye el 90% del peso total del feto, que oscila entre el 50% y 60% del peso de la mujer embarazada. Es un elemento tan fundamental que el organismo tiene diseñados sistemas específicos para controlar sus niveles orgánicos, y que estos se mantengan en unos niveles saludables. Es el elemento químico cuyo exceso en los líquidos corporales se asocia a retención de líquidos, edemas e hipertensión arterial.⁸⁴

COMPLICACIONES⁸⁵

Cuando la nutrición de la madre es inadecuada, al inicio del embarazo, las células del cerebro (neuronas) del bebé no se multiplican, entonces los niños nacen con una cabeza más pequeña de lo normal—microcefalia. Ahora bien, si en etapas posteriores de la gestación hay desnutrición, las neuronas que ya se han multiplicado y tienen que viajar para conformar el cerebro del bebé, no llegan al sitio adecuado; esto se conoce como trastornos de la migración y hace que el cerebro no se conforme como debe.

Esto tiene graves implicaciones, teniendo en cuenta que, al nacer, la cuarta parte del peso de un niño, con un desarrollo normal, está representada por el cerebro. Para que estas células funcionen, deben estar adecuadamente alineadas, como en formas de columnas; también, deben tener unas raíces llamadas sinapsis, que permiten que haya comunicación entre ellas. Con la

⁸³ A Pérez Guillén, J Bernal Rivas - Nutrición Hospitalaria, 2006.

⁸⁴ La sal durante el embarazo: www.consumer.es › Alimentación ›

⁸⁵ Normas y Procedimientos para la Atención de la Salud Reproductiva. República del Ecuador. Ministerio de Salud Pública. Año 1999

desnutrición, disminuye ese fenómeno y se afectan el movimiento, el aprendizaje y la memoria.

NIVEL EDUCACIONAL

Analfabeta o estudios primarios. El nivel educativo y la fecundidad adolescente se relacionan directamente a mayor educación menor número de embarazos; como también relacionan el bajo nivel educativo con la iniciación sexual precoz, lo cual tiene que ver con la falta de proyectos de vida.

ESTADO CIVIL

Soltera u otros. La soltería en las adolescentes embarazadas significa una unión inestable con sus parejas generalmente limitada al momento de la concepción; de otro lado la convivencia también puede significar un mayor riesgo a la ruptura de la pareja, conllevando en ambos casos a una mayor susceptibilidad de la adolescente a enfrentar sola su embarazo y/o maternidad.

PERSONALES (O DE PAREJA) INADECUADAS.

Éstas también constituyen un factor de riesgo para el embarazo y el producto. Entre ellas se encuentran: alcoholismo, promiscuidad, pareja inestable, madre soltera, hacinamiento, intento suicida, no solvencia económica, maltrato, etc.⁸⁶

ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

DIABETES GESTACIONAL

La diabetes gestacional tiene como característica dar inicio durante la segunda mitad del embarazo de mujeres no diabéticas y puede o no remitir después del parto. La fisiopatología de esta afección está relacionada con hormonas

⁸⁶ WILLIAN. Obstetricia 2da edición. Editorial Médica Panamericana. 1998

placentarias, como: somatotropina coriónica placentaria, prolactina, cortisol y glucagón, que tienen efecto antagonista a la acción de la insulina, lo cual disminuye la tolerancia a la glucosa e incrementa la resistencia a esta hormona, por lo que pueden bloquearla parcialmente a partir de la vigésima cuarta semana de la gestación humana –por eso se dice que el embarazo es un estado diabeto-génico.⁸⁷

La diabetes gestacional se distingue por anormalidades en el transporte de glucosa por los tejidos sensibles a la insulina y en la sensibilidad afectada de las células B del páncreas, que son las que sintetizan la hormona. El metabolismo de los carbohidratos, proteínas y lípidos, regulado por la insulina, también afecta.

La disminución de la sensibilidad materna a la insulina aumenta la disponibilidad de nutrimentos al feto, lo que acentúa el riesgo de crecimiento excesivo y mayor adiposidad. Las mujeres con diabetes gestacional manifiestan, en la etapa tardía del embarazo, aumento de la concentración de insulina en ayuno y menor supresión de la producción hepática de glucosa, lo cual disminuye la sensibilidad a esta hormona.⁸⁸

Además de la glucosa, principal fuente de energía en los tejidos materno-fetales, la síntesis de proteínas es fundamental para el crecimiento fetal. Este estado anabólico elimina la opción de utilizar aminoácidos como fuentes de energía.

Las mujeres con diabetes gestacional tienen más probabilidades de tener bebés de gran tamaño que corren el riesgo de sufrir lesiones durante el parto y de tener problemas durante las primeras semanas de vida (como problemas respiratorios).

⁸⁷ Riesgos obstétricos en la atención prenatal. Disponible en: http://escuela.med.puc.cl/publ/AltoRiesgo/control_prenatal.html

⁸⁸ Riesgos obstétricos en la atención prenatal. Disponible en: http://escuela.med.puc.cl/publ/AltoRiesgo/control_prenatal.html

TRATAMIENTO DE DIABETES GESTACIONAL

PROTOCOLO DE MANEJO DE LA DIABETES GESTACIONAL
<ul style="list-style-type: none">Solicite glicemia basal en la consulta preconcepcional.
<ul style="list-style-type: none">Realice o complete la Historia clínica perinatal y el Carné Perinatal.
<ul style="list-style-type: none">Evaluación clínica y obstétrica de acuerdo con protocolo de manejo de control prenatal.
<p>En todos los embarazos solicite TEST DE SCREENING PARA DIABETES GESTACIONAL (TEST DE O´SULLIVAN) en la primera visita, en la semana 24 a 28 y en semana 32 a 34, con las siguientes condiciones:</p> <ul style="list-style-type: none">- Administrar una sobrecarga de 50 g de glucosa- A cualquier hora del día- Sin preparación previa en cuanto a dieta- Valoración de glicemia una hora post sobrecarga <p>RESULTADO DEL TEST DE SCREENING:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ NEGATIVO: < 140 mg/dl.▪ POSITIVO: >140 mg/dl.
<p>SI RESULTADO NEGATIVO (< 140 mg/dl)</p> <ul style="list-style-type: none">▪ repetir test a las 24 - 28 semanas▪ repetir test a las 32 – 34 semanas
<p>SI RESULTADO POSITIVO (> 140 mg/dl). Realizar test de tolerancia oral a la glucosa o test de sobrecarga con 100 g.</p>

TEST DE TOLERANCIA ORAL A LA GLUCOSA (TTOG). CONDICIONES:

- Administrar una sobrecarga de 100 g
- Realizar en ayunas y sin restricciones dietéticas previas
- No consumo de tabaco
- Reposo antes y durante la prueba
- Determinar glicemia en ayunas, a la 1, 2 y 3 horas.

HORAS	Valor de glicemia/National Diabetes Data Group (TTOG)
• Ayunas	• 95 mg/dl
• 1 hora	• 180 mg/dl
• 2 hora	• 155 mg/dl
• 3 hora	• 140 mg/dl

TTOG NEGATIVO: Menos de 2 valores positivos. Repetir screening con 50 g a las 24 – 28 semanas y a las 32 – 34 semanas

TTOG POSITIVO: dos o más valores que sobrepasan los valores de corte diagnóstico para diabetes mellitus. Diagnóstico de Diabetes Mellitus confirmado.

Escuche y responda atentamente a las preguntas e inquietudes de la paciente y a las de sus familiares.

Brinde apoyo emocional continuo.

Indique la realización de EJERCICIO físico diario de intensidad moderada y acorde con la condición de la paciente, ya que reduce los valores de glucosa y la necesidad de insulina.

Recomendar una DIETA equilibrada y fraccionada con seis comidas al día; calcule de 20 a 25 Kcal. /Kg. de peso, con restricción de carbohidratos y grasas. Si el IMC es >27 indique dieta hipocalórica.

Si dispone de nutricionista indique la interconsulta para incentivar aspectos educativos sobre temas dietéticos.

- Mantener la glucosa en ayunas no mayor a 90 mg/dl.
- Mantener la glucosa posprandial no mayor 120 mg/dl.
- Mantener la Hemoglobina glicosilada bajo 6%

- Mantener la Fructosamina bajo 285.
- Si en dos semanas no se obtienen estos valores se indica iniciar el uso de insulina.

Disponga la referencia a unidad de mayor resolución con epicrisis o carné prenatal.

Los requerimientos de INSULINA NPH son:

- Primer trimestre: 0.7 UI/kg/día
- Segundo trimestre: 0.8 UI/kg/día
- Tercer trimestre: 0,9 UI/kg/día
- Se recomienda comenzar con 0,2 – 0,3 UI/Kg./día de insulina NPH o lenta: 2/3 antes del desayuno y 1/3 antes de la cena.
- Mantenga los valores dentro de lo referido con control de glicemia capilar.

HORAS	VALORES ESPERADOS (MG/DL)
• Antes del desayuno	• 60 – 90 mg/dl
• Preprandial	• 60 – 105 mg/dl
• Posprandial 2hora	• <120 mg/dl
• 2 am y 6 am	• >60 mg/dl

Revise periódicamente la glicemia posprandial para considerar la adición de insulina rápida en una proporción de 2:1 (insulina NPH o lenta : insulina rápida).

- Control de glicemia venosa, TA y peso cada 15 días.
- Control mensual de fructosamina
- Control trimestral de Hemoglobina glicosilada.
- Solicite urocultivo

TERMINACIÓN DEL EMBARAZO SEGÚN CRITERIO OBSTÉTRICO POR PARTO O CESÁREA:

- Si hay signos de compromiso fetal.
- Si el control de la glucosa es inadecuado y hay macrosomía considere la terminación del embarazo a las 38 semanas.
- Si la glicemia está controlada considere no sobrepasar las 40 semanas.
- Si hay labor de parto pretérmino no use beta-miméticos y considere el efecto de los corticoides sobre la glucosa materna.
- Comunicar del caso al Servicio de Neonatología.

MANEJO INTRAPARTO

- Administre glucosa en dextrosa al 5% sin exceder de 125 cc/hora. Evitar la administración en bolos de solución glucosada.
- Sólo si glucosa >140 mg/dl administrar insulina lenta a una dilución de 0,1 U/ml (25 U en 250 ml. de solución salina) en infusión continua a niveles de 0,5 a 1 U/hora.
- Si la paciente será sometida a inducción o cirugía programada no deberá suministrarse la dosis habitual de la mañana.

MANEJO POSPARTO

- Indicar dieta para diabético con aporte de 27 kcal/kg/día durante la lactancia materna.
 - La insulina en el post parto rara vez debe ser utilizada y debe iniciarse si la glucosa en ayunas excede los 110 mg/ dl o la glucosa 1 hora postprandial 160mg/dl.
 - Se sugiere 0.5 – 0.6 U/Kg. /24 horas (sobre la base de peso posparto) dividida en varias dosis: por la mañana NPH + rápida, por la tarde NPH + rápida y al acostarse NPH.
 - Indicar prueba de sobrecarga de 75g en 2 horas seis semanas posparto para determinar una posible diabetes preexistente (2%).
 - Indicar control anual de glicemia en ayunas.
 - Alentar la pérdida de peso con un programa de ejercicio periódico.
- Provea orientación y servicios sobre planificación familiar. Brinde asesoría y administre un anticonceptivo acorde con las necesidades y características de la paciente.
- Programe una cita para las seis semanas posparto o proceda a la contrarreferencia escrita a la unidad de origen. No olvide enviar con la paciente y con el personal de correspondencia la hoja de contrarreferencia y/o epicrisis completa y correctamente llena, con firma, nombre legible y sello de responsabilidad para su análisis en la unidad de origen. Envíe los resultados de exámenes necesarios para la recuperación completa y/o rehabilitación apropiada.

Fuente: Componente Normativo Materno Neonatal/ Trastornos Hipertensivos Gestacionales

HIPERTENSIÓN

Se basa en el daño de las células endoteliales, se desconoce la causa exacta de dicho daño, pero según investigación indican que el trofoblasto con deficiencia de riego sanguíneo produce un agente que es tóxico para las células endoteliales, en donde los más afectados son el feto y la placenta.⁸⁹

PRE-ECLAMPSIA

Durante la gestación normal el lecho vascular útero placentario se convierte en un sistema de baja resistencia, flujo alto y presión baja. Para poder adquirir estas características se produce a nivel del lecho placentario vascular un engrosamiento en el diámetro de las arterias espirales, con recubrimiento y reemplazo del endotelio y de la lámina elástica interna por tejido trofoblástico, estos cambios ocurren a nivel de la porción decidual de las arterias espirales y con la progresión de la gestación los cambios se extienden hasta la porción distal de las arterias radiales.⁹⁰

En la preeclampsia, la invasión trofoblástica es limitada a la porción decidual de las arterias espirales, con un 40% más de engrosamiento, resultando en una aterosclerosis de algunas arteriolas espirales y basales, disminuyendo el flujo útero placentario por vasoconstricción. En estas áreas comúnmente se produce isquemia e infartos placentarios con posterior necrosis tisular, lo que lleva a una ruptura de vasos cotiledianos fetales y hemorragia retro-placentaria, la cual si es extensa desencadena abruptio placentario. La reducción crónica del flujo placentario lleva a hipoxia y mal nutrición fetal que se manifiesta por retardo en el crecimiento intrauterino, nacimientos prematuros y muertes perinatales, los cuales se presentan con mayor incidencia en la preeclampsia severa.

⁸⁹ VASQUEZ T. Martha Lucia. La mujer y el proceso reproductivo en la atención primaria de salud

⁹⁰ VASQUEZ T. Martha Lucia. La mujer y el proceso reproductivo en la atención primaria de salud

La vasculatura uterina posee una suplencia elevada de nervios adrenérgicos, la erosión trofoblástica de las arterias espirales causa una denervación adrenérgica y disminuye el contenido de neurotransmisor adrenérgico, lo que lleva a la disminución del tono vascular uterino y dilatación vascular en el embarazo normal. En la preeclampsia, la erosión de las arterias espirales es menor, alterando menos la inervación adrenérgica, además se presentan lesiones ateroscleróticas que llevan a un tono alto vascular y compromiso del flujo intervelloso.⁹¹

Factores predisponentes al desarrollo de la pre-eclampsia

- Nuliparidad
- Historia familiar
- Grupos de edad < de 20 y > de 35 años
- Embarazo múltiple:
- Diabetes Mellitus
- Mola hedatidiforme

ECLAMPSIA

La eclampsia es un evento fisiopatológico que sigue a la preeclampsia, su presentación es rara pero severa, 1 de cada 2.000 pacientes en países desarrollados y 1 de cada 100 a 1.700 pacientes en países no desarrollados, y contribuye al 10% de las muertes maternas. En la mayoría de los casos un tratamiento adecuado disminuye la incidencia de eclampsia. Las convulsiones que se presentan en casi la totalidad de los casos son del tipo gran mal, la mitad de las convulsiones se presentan antes del trabajo de parto, una tercera parte durante el trabajo y el resto se presenta en el puerperio inmediato. Si se presenta un cuadro convulsivo 48 horas después del nacimiento, se debe descartar otra causa neurológica central, algunos autores amplían este rango

91 Síndrome hipertensivo en el embarazo disponible en:
<http://escuela.med.puc.cl/publ/AltoRiesgo/SHE.html>

hasta los siete días. Las complicaciones que se presentan en pacientes eclámpicas son: el paro cardio-respiratorio, la bronco-aspiración de contenido gástrico, déficit neurológico, ceguera cortical, estados comatosos, muerte cerebral y la muerte materna y fetal.⁹²

La elevación de la presión arterial concuerda poco con la producción de convulsiones y por consiguiente con el desarrollo de la eclampsia. El tratamiento actual para esta complicación ha disminuido marcadamente las muertes maternas y fetales. El 50 % de las preeclámpicas y el 75% de las eclámpicas presentan electroencefalograma anormal, caracterizado por enlentecimiento difuso de las ondas delta y teta. La hemorragia y el edema cerebral son la principal causa de muerte y responden por el 50% de todas las muertes durante el cuadro.⁹³

La hipertensión arterial crónica también puede padecerla por la mujer en embarazo, independiente de la etiología. En la mujer gestante se define como aquella hipertensión persistente que se presenta antes de la vigésima semana de la gestación y perdura seis o más semanas después del nacimiento. Las pacientes hipertensas crónicas en embarazo desarrollan más fácilmente preeclampsia.⁹⁴

⁹² Síndrome hipertensivo en el embarazo. Disponible en:
<http://escuela.med.puc.cl/publ/AltoRiesgo/SHE.html>.

⁹³ GRANADA María Victoria. VASQUEZ Martha Lucia. La mujer y el proceso reproductivo. Edición CPS 1990.

⁹⁴ Factores de Riesgo Obstétrico. Disponible en:
http://www.revcolanestold.com.co/pdf/esp/1998/vol_1/pdf/HIPERTENSION%20INDUCIDA%20POR%20EL%20EMBARAZO.pdf

DATOS A VALORAR DENTRO DE LA CLASIFICACIÓN DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL.

Hipertensión Gestacional	<ul style="list-style-type: none">• TA sistólica ≥ 140 mm Hg o TA diastólica ≥ 90 mm Hg en embarazo >20 semanas en mujer previamente normotensa.• Proteinuria en 24 h < 300 mg / tirilla reactiva NEGATIVA
Preeclampsia	<ul style="list-style-type: none">• TA sistólica ≥ 140 mm Hg o TA diastólica ≥ 90 mm Hg en embarazo ≥ 20 semanas en mujer previamente normotensa. Con proteinuria 300 mg en orina de 24 horas, proteinuria con tirilla reactiva con $\geq 2++$ TA diastólica >90 mm Hg en embarazo >20 semanas.• Proteinuria en 24 h ≥ 300 mg/tirilla reactiva positiva $++$.
Preeclampsia Leve	<ul style="list-style-type: none">• TA sistólica ≥ 140 y < 160 mm Hg• TA diastólica ≥ 90 y < 110 mm Hg en embarazo >20 semanas.• Proteinuria en tirilla reactiva positiva $++$• Proteinuria en 24 horas POSITIVA• Ausencia de signos, síntomas y exámenes de laboratorio que indiquen severidad (ver Preeclampsia severa).
Preeclampsia Severa (incluye al Síndrome de Hellp)	<ul style="list-style-type: none">• TA sistólica ≥ 160 mm Hg• TA diastólica: ≥ 110 mm Hg en embarazo >20 semanas.• Proteinuria $>3g$ en 24 horas o Proteinuria en tirilla reactiva $++ / +++$• Presencia de uno de los siguientes signos, síntomas y exámenes de laboratorio: Vasomotores: cefalea, tinitus, acúfenos, dolor en epigastrio e hipocondrio derecho.

	<ul style="list-style-type: none"> • Hemólisis • Plaquetas <100000 mm³ • Disfunción hepática con aumento de transaminasas • Oliguria menor 500 ml en 24 horas • Edema agudo de pulmón • Insuficiencia renal aguda
Eclampsia	<ul style="list-style-type: none"> • TA ≥140/90 mm Hg en embarazo >20 semanas. • Proteinuria en tirilla reactiva +/++/+++, en 24 horas >300 mg. • Convulsiones tónico clónicas o coma.
Hipertensión Arterial Crónica	<ul style="list-style-type: none"> • TA ≥140/90 mm Hg en embarazo <20 semanas o previa al embarazo y que persiste luego de las 12 semanas post parto • Proteinuria en tirilla reactiva NEGATIVA
Hipertensión Arterial Crónica + Preeclampsia Sobreañadida	<ul style="list-style-type: none"> • TA ≥140/90 mm Hg antes de 20 semanas de gestación o previa al embarazo • Proteinuria en tirilla reactiva +/++/+++ pasadas las 20semanas de gestación
Hipertensión Arterial Crónica de Alto Riesgo en el Embarazo	<p>Hipertensión arterial crónica que cursa con:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tensión arterial sistólica ≥160 mmHg y diastólica >110 mm Hg antes de las 20 semanas • Edad materna: >40 años • Duración de la hipertensión: >15 años • Diabetes mellitus con complicaciones. • Enfermedad renal (por cualquier causa) • Miocardiopatía Coartación de la aorta • Colagenopatía • Antecedentes de accidente cerebro vascular • Antecedente de insuficiencia cardiaca congestiva

Síndrome de Hellp	<ul style="list-style-type: none">• Variante de la Preeclampsia severa (PA diastólica >90 mm Hg en embarazo >20 semanas + Proteinuria en 24 h a 300 mg / tirilla positiva)• Criterios diagnósticos: Hemólisis (H), elevación de enzimas hepáticas (EL) y disminución de plaquetas (LP)• COMPLETO: los tres criterios diagnósticos• INCOMPLETO: uno o dos de los criterios diagnósticos
Síndrome de Hellp clase I	<ul style="list-style-type: none">• Plaquetas: < 50 000 plaquetas/mm³• LDH: >600 UI/L• TGO, TGP o ambas: >70 UI/L
Síndrome de Hellp clase II	<ul style="list-style-type: none">• Plaquetas: > 50.000y < 100.000 plaquetas/ mm³• LDH: >600 UI/L• TGO, TGP o ambas: >70 UI/L
Síndrome de Hellp clase II	<ul style="list-style-type: none">• Plaquetas: >100.000 y <150.000 plaquetas/ mm³• LDH: >600 UI/L• TGO, TGP o ambas: >40 UI/L

Fuente: Norma y Protocolo Materno de MSP

FÁRMACO A UTILIZAR EN LA HIPERTENSIÓN⁹⁵

OBJETIVOS TERAPEUTICOS	ACCIONES TERAPEUTICAS
Prevención de Eclampsia	<ul style="list-style-type: none">• Uso de sulfato de magnesio• También para el tratamiento de Eclampsia.
Control de Crisis Hipertensiva	<ul style="list-style-type: none">• Uso de antihipertensivos si TA diastólica >110 mm Hg
Tocolisis	<ul style="list-style-type: none">• Para prolongar al menos 48 -72 horas el embarazo
Maduración Pulmonar Fetal	<ul style="list-style-type: none">• Uso de corticoides en embarazos < de 34 semanas 6 días
Transferencia Oportuna	<ul style="list-style-type: none">• Sistema de referencia y contra-referencia a Unidad de resolución perinatal especializada dentro del Sistema Nacional de Salud
Decidir vía de finalización del embarazo	<p>Signos de agravamiento materno.</p> <ul style="list-style-type: none">• Convulsiones (eclampsia).• TA diastólica \geq a 110 mm Hg o TA sistólica \geq a 160 mm Hg mantenidas pese a tratamiento hasta por 6 horas.• Oliguria (diuresis menor a 1cc/Kg/h).
Finalizar el embarazo por parto o	<ul style="list-style-type: none">• Proteinuria >3 g / 24 horas o +++/++++ en tirilla reactiva.

⁹⁵ Preeclampsia y eclampsia farmacología virtual:
www.farmacologiavirtual.org/index.php?...eclampsia-eclampsia-

cesárea independientemente de la edad gestacional, con consentimiento informado si existen signos de gravedad maternos o fetales	<ul style="list-style-type: none">• Síndrome de HELLP: signos de compromiso fetal• Oligohidramnios ILA <4.• Perfil biofísico de 4/10 o menos en dos ocasiones con intervalo 4 horas.• En arteria umbilical (AU): Índice de resistencia (IR) y pulsatilidad (IP) aumentados. Ausencia o inversión de diástole.• En arteria cerebral media (ACM) disminución de índice de resistencia y pulsatilidad.• Relación IR ACM / IR AU < 1.• Monitoreo fetal electrónico no tranquilizador o patológico.
---	--

Fuente: Componente Normativo Materno Neonatal/ Trastornos Hipertensivos Gestacionales

**PROTOCOLO DE MANEJO DE TRASTORNOS HIPERTENSIVOS
GESTACIONALES.**

- Realice o complete la Historia clínica perinatal y el Carné Perinatal.

Realice evaluación clínica y obstétrica por médico de mayor experiencia en obstetricia (no interno rotativo) que incluya cada 30 minutos:

- tensión arterial.
- frecuencia cardíaca.
- frecuencia respiratoria
- temperatura
- reflejos osteotendinosos (escala de 0 a 5).
- estimación de la edad gestacional
- frecuencia cardíaca fetal por cualquier método
- examen vaginal
- para ubicación en etapa de labor de parto correspondiente

- Valore el nivel de conciencia y la presencia o ausencia de convulsión.
Si antecedente o constatación de crisis convulsivas tónico clónicas, sospeche firmemente en: ECLAMPSIA

- Con el diagnóstico probable de ECLAMPSIA, disponga su ingreso a la unidad operativa la referencia a otra unidad de mayor resolución en condiciones estables, envíe con el personal médico la hoja de referencia llena, con firma, nombre y sello legible del responsable, junto con el carné perinatal. Envíe a la paciente con la dosis de impregnación ya administrada. NO LA ENVIE SIN HABER HECHO PREVENCIÓN DE ECLAMPSIA CON SULFATO DE MAGNESIO.

<ul style="list-style-type: none">• Registre la existencia en control prenatal de exámenes de laboratorio: Biometría hemática, TP TTP, Plaquetas, grupo sanguíneo y factor Rh, VDRL, HIV con consentimiento informado. EMO –Urocultivo
<p>Solicite aquellos exámenes que no consten en la Historia clínica perinatal necesiten ser actualizados que incluyan:</p> <ul style="list-style-type: none">• Hematocrito, hemoglobina, recuento plaquetario, grupo y factor, TP, TTP, plaquetas, HIV (previo consentimiento informado) VDRL.• Glucosa, Creatinina, urea, ácido úrico,• TGO, TGP,• BT, BD, BI, deshidrogenasa láctica• EMO, proteinuria en tirilla reactiva.• Si proteinuria en tirilla reactiva es POSITIVA, solicite Proteinuria en 24 horas
<ul style="list-style-type: none">• Tranquile a la paciente e informe sobre su condición
<ul style="list-style-type: none">• Escuche y responda atentamente a sus preguntas e inquietudes y a las de sus familiares
<ul style="list-style-type: none">• Brinde apoyo emocional continuo
SI EMBARAZO MENOR DE 20 SEMANAS
<ul style="list-style-type: none">• Si embarazo menor a 20 semanas y TA diastólica >90 mm Hg sospeche HIPERTENSION ARTERIAL CRONICA
<ul style="list-style-type: none">• Realice proteinuria en tirilla
<p>Si proteinuria en tirilla es NEGATIVA: HIPERTENSION ARTERIAL CRONICA SIN PROTEINURIA</p> <p>Mantenga la medicación antihipertensiva que está tomando la paciente, o considere utilizar tratamiento anihipertensivo para prolongar el embarazo hasta el</p>

momento adecuado del parto:

- alfametildopa 250 500 mg VO c/6h, o
- nifedipina de liberación osmótica 30, 60, 90 mg/día; o
- nifedipina de acción rápida 10 –20 mg VO c/8h.

Valore la necesidad de hospitalización o referencia si presenta signos de descompensación de cifras tensionales crónicas, o:

- Edad materna: >40 años
- Multiparidad con historia previa de trastorno hipertensivo gestacional
- Duración de la hipertensión: >15 años
- Diabetes mellitus (Clases B a F)
- Enfermedad renal (por cualquier causa)
- Miocardiopatía
- Colagenopatía
- Coartación de la aorta
- Antecedentes de accidente cerebro vascular
- Antecedente de insuficiencia cardiaca congestiva.

- Tratamiento de crisis hipertensivas y finalización del embarazo según protocolo (Ver más adelante).

- Si proteinuria en tirilla es POSITIVA: HIPERTENSION ARTERIAL CRONICA MAS PREECLAMPSIA SOBREAÑADIDA.

Con el diagnóstico probable, disponga su ingreso a la unidad operativa o la referencia a otra unidad de mayor resolución en condiciones estables, envíe con el personal médico la hoja de referencia llena, con firma, nombre y sello legible del responsable, junto con el carné perinatal. Trabaje de manera multidisciplinaria con Obstetricia, Cardiología, Medicina Interna y Nutrición para compensar crisis.

SI EMBARAZO MAYOR DE 20 SEMANAS

Si embarazo mayor a 20 semanas y TA diastólica >90 mm Hg o sintomatología agravante disponga su ingreso a la unidad operativa la referencia a otra unidad de mayor resolución en condiciones estables; envíe con el personal médico la hoja de referencia llena, con firma, nombre y sello legible del responsable, junto con el carné perinatal.

- Realice proteinuria en orina. Si proteinuria en tirilla es NEGATIVA: HIPERTENSION GESTACIONAL.

- Si proteinuria en tirilla es POSITIVA sospeche en: PREECLAMPSIA –ECLAMPSIA. SINDROME DE HELLP HIPERTENSION CRONICA MAS PREECLAMPSIA SOBREAÑADIDA.

- Indique reposo relativo (es razonable aunque no modifica el curso del estado hipertensivo gestacional) y evitar situaciones estresantes.

NPO si se encuentra eclampsia, Síndrome de HELLP o decisión de finalizar el embarazo.

- Dieta normocalórica sin restricción de sodio, en caso de manejo expectante.

- Canalización de vía intravenosa con Catlon 16 o 18 para administración de cristaloideos (SS 0,9% o Lac Ringer) a 125 cc/h hasta 24 horas posparto. No use coloides de primera elección.

- Recoja sangre para exámenes (tubos de tapa lila, azul y roja) y prueba de coagulación junto a la cama (véase adelante) inmediatamente antes de la infusión de líquidos.

- Cateterice la vejiga y monitoree el ingreso de líquidos y la producción de orina.

- Control de signos vitales mínimo cada 30 minutos que incluya: tensión

<p>arterial, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, temperatura y reflejos osteotendinosos (escala de 0 a 5), FCF (por cualquier método) y actividad uterina (mientras no se produzca el parto).</p> <ul style="list-style-type: none">• Si está en labor de parto maneje acorde con protocolo y registro en partograma.• Mantenga el control mínimo cada 8 horas desde el parto hasta el momento del alta.
<ul style="list-style-type: none">• Administre oxígeno 10 l/min por mascarilla o a 46 l/min por catéter nasal si dificultad respiratoria, compromiso de bienestar fetal o eclampsia
<ul style="list-style-type: none">• Comunique del caso al Servicio de Neonatología

Fuente: Componente Normativo Materno Neonatal/ Trastornos Hipertensivos Gestacionales

PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE ECLAMPSIA

USO DE SULFATO DE MAGNESIO PARA PREVENCIÓN DE ECLAMPSIA

- **DOSIS DE IMPREGNACION:** 4 g $\text{SO}_4 \text{Mg}$ IV en 20 minutos.
- **DOSIS DE MANTENIMIENTO:** 1g/hora IV en bomba de infusión de preferencia.
- En toda preeclámpsica independiente de la presencia de sintomatología vasomotora o neurológica.
- En hipertensión gestacional exclusivamente si la paciente presenta sintomatología vasomotora o neurológica importante que anticipe eclampsia.
- En hipertensión crónica no es necesario el uso de sulfato de magnesio.
- Mientras usa Sulfato de Magnesio vigile que la frecuencia cardíaca materna, frecuencia respiratoria, y reflejos osteotendinosos estén en parámetros normales, la diuresis debe mantenerse entre 20 y 30 cc/h (2 cc/Kg/hora) por la excreción renal del Sulfato de Magnesio.
- Mantener el Sulfato de Magnesio hasta 24 horas posparto o hasta 24 horas de la última crisis eclámpsica.

USO DE SULFATO DE MAGNESIO PARA TRATAMIENTO DE ECLAMPSIA

- **DOSIS DE IMPREGNACION:** 6 g $\text{SO}_4 \text{Mg}$ IV en 20 minutos.
- **DOSIS DE MANTENIMIENTO:** 2g/hora IV en bomba de infusión de preferencia.
- Mientras usa Sulfato de Magnesio vigile que la frecuencia cardíaca materna, frecuencia respiratoria, y reflejos osteotendinosos estén en parámetros normales, la diuresis debe mantenerse entre 20 y 30 cc/h (2 cc/Kg/hora).
- Mantener el Sulfato de Magnesio hasta 24 horas posparto o hasta 24 horas de la última crisis eclámpsica.

SUSPENDA O RETARDE EL SULFATO DE MAGNESIO SI

- Frecuencia respiratoria < 16 respiraciones por minuto.
- Reflejos osteotendinosos están ausentes.
- Diuresis < 30 cc/h durante las 4 horas previas.

Tenga el antídoto preparado en caso de depresión o paro respiratorio:

- Administre Gluconato de Calcio 1 g IV (1 ampolla de 10 cc desolución al 10%) lentamente hasta que comience la autonomía respiratoria.
- Ayude a la ventilación con máscara/bolsa, aparato de anestesia o intubación.
- Administre oxígeno a 4 l/min por catéter nasal o 10 l/min por máscara.

TRATAMIENTO DE CRISIS HIPERTENSIVA

Si TA diastólica >110 mm Hg administrar:

- **HIDRALAZINA** 5 –10 mg IV en bolo, repetir en 20 minutos si no cede la crisis. Dosis máxima 40 mg IV.
- **NIFEDIPINA** 10 mg VO, cada 20 minutos por tres dosis, luego 10 mg cada seis horas Dosis máxima 60 mg.
- La TA diastólica no debe bajar de 90 mm Hg, sobre todo en las hipertensas crónicas.
- Si no se controla la TA con nifedipina e hidralazina a las dosis máximas, la paciente debe ser remitida a una unidad de cuidados intensivos para manejo con nitroprusiato de sodio en infusión continua y finalización inmediata del embarazo.

CONSIDERE MANEJO EXPECTANTE DE LA HIPERTENSIÓN CRÓNICA CON PREECLAMPSIA SOBREAÑADIDA SOLO EN LOS CASOS QUE CUMPLAN LAS SIGUIENTES CARACTERISTICAS.

- Con las medidas iniciales la PA se controla.

- PA sistólica entre 140 –155 mm Hg.
- PA diastólica entre 90 -105 mm Hg.

Considere utilizar tratamiento antihipertensivo para prolongar el embarazo hasta el momento adecuado del parto:

- alfametildopa 250 –500 mg VO c/6h; o
- nifedipina de liberación osmótica 30, 60, 90 mg/día; o
- nifedipina de acción rápida 10 –20 mg VO c/8h.

Si dispone de ecografía abdominal verifique la edad gestacional e ILA, en busca de signos de restricción de crecimiento fetal.

Con el diagnóstico probable, disponga su ingreso a la unidad operativa o la referencia a otra unidad de mayor resolución en condiciones estables, envíe con el personal médico la hoja de referencia llena, con firma, nombre y sello legible del responsable, junto con el carné perinatal. Envíe a la paciente con la dosis de impregnación ya administrada.

NO LA ENVIE SIN HABER HECHO PREVENCIÓN DE ECLAMPSIA CON SULFATO DE MAGNESIO.

Fuente: Componente Normativo Materno Neonatal/ Trastornos Hipertensivos Gestacionales

TUBERCULOSIS

La tuberculosis es una enfermedad infecciosa producida por una bacteria que se llama *Mycobacterium tuberculosis*. Esta bacteria se contagia por las vías respiratorias, aunque hace falta un contacto prolongado con alguien que tiene la enfermedad, para contagiarse.

En la TB congénita adquirida por vía hematógena el *M. Tuberculosis* llega hasta el feto por medio de la vena umbilical, infecta en primer lugar el hígado fetal, sin embargo el bacilo puede pasar hacia la circulación mayor sin afectar al hígado, ocasionando el foco primario en el pulmón fetal, que permanece

latente hasta después del nacimiento, cuando con el incremento de la oxigenación y de la circulación pulmonar se facilita el desarrollo de la infección⁹⁶

La infección congénita también puede ocurrir por aspiración o ingestión del líquido amniótico si las lesiones caseosas de la placenta se rompen directamente hacia la cavidad amniótica, este mecanismo es la causa principal de la infección pulmonar así como de la infección del oído medio del feto. En la tabla II se muestran los síntomas más frecuentes encontrados en las 2 series más grandes de niños con TB congénita.

Los síntomas se presentan habitualmente entre la segunda y cuarta semana de vida, cerca del 50% de los niños afectados son prematuros y la mayoría de los neonatos presentan un Rx de tórax anormal.⁹⁷

2.14 EXÁMENES DE LABORATORIO

GRUPO SANGUÍNEO

La incompatibilidad Rh es una enfermedad hemolítica del recién nacido que se desarrolla cuando una mujer embarazada tiene sangre Rh negativa y el bebé que lleva en su vientre tiene sangre Rh positiva. Cuando los glóbulos rojos del feto entran en contacto con el torrente sanguíneo de la madre por la placenta, el sistema inmune de la madre trata a las células fetales Rh positivas como si fuesen una sustancia extraña y crea anticuerpos contra las células sanguíneas fetales, destruyendo los glóbulos rojos circulantes en el momento que los anticuerpos anti-Rh positivos atraviesan la placenta hasta el feto.⁹⁸

UROCULTIVO

96 Mecanismos de acción de la TB y le Feto disponible en: <http://espanol.babycenter.com/a900787/tuberculosis-y-embarazo-#ixzz2MKBJTmRZ>

97 FIGUEROA Damián R, Arredondo J. Tuberculosis en la mujer embarazada. Gineco-obstetrico. Año 1998

98 Incompatibilidad sanguínea. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos21/incompatibilidad-feto-materna/incompatibilidad-feto-materna.shtml>

Es una infección del tracto urinario, causada por varios gérmenes los mismos que atraviesan la uretra y se desplazan hacia el tracto urinario. La infección de vías urinarias causada por estreptococos Beta hemolítico es causa de ruptura de membranas y parto prematuro.⁹⁹

Además de la importancia intrínseca que tiene una infección urinaria, en la embarazada aumenta la frecuencia de anemia, eclampsia, partos prematuros, infección amniótica, y recién nacidos de bajo peso. Por lo tanto la identificación y tratamiento precoz de la bacteriuria permite mejorar los resultados del embarazo.

VDRL

La sífilis congénita es la transmisión de la madre al feto, por medio de dos vías, la transmisión vertical hematogeno-transplacentaria o por la contaminación del feto en el momento del parto al pasar por el canal vaginal. Las afecciones fetales dependen de la etapa en la que se encuentre la sífilis y de la edad gestacional en que la madre adquiriera la infección. La enfermedad se transmite en la fase primaria hasta en un 70% de los casos, en la secundaria del 90 al 100%, en la latente temprana un 30% y en la latente tardía alrededor del 20% de los casos.¹⁰⁰

VIH

Es causado por el virus de inmunodeficiencia humana. La infección provoca la destrucción progresiva del sistema inmune mediada por células (CMI), principalmente mediante la eliminación de los linfocitos CD4 + T-helper, la transmisión hacia el feto puede ser: ¹⁰¹

“Intrauterina por vía transplacentaria o por transfusión materno-fetal, especialmente por micro-desprendimientos placentarios. Los principales mecanismos serían por contaminación con sangre materna en el espacio

⁹⁹ VASQUEZ T. Martha Lucia. La mujer y el proceso reproductivo. Atención primaria de Salud

¹⁰⁰ Enfoque global de sífilis congénita disponible en:
<http://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3968726.pdf>

¹⁰¹ VIH/SIDA materno-infantil disponible en: Rev. chil. obstet. ginecol. v.67 n.1 Santiago 2002

intervaloso, en el corion y su pasaje por el líquido amniótico y desde la decidua basal con la contaminación directa de células del trofoblasto.

Intraparto puede ser por contacto directo del feto con sangre materna infectada y con secreciones del tracto genital durante el parto, micro-transfusiones materno-fetal durante contracciones uterinas, infección ascendente por el cérvix, absorción del virus por el tracto digestivo del niño.”¹⁰²

Leche materna, la infección ocurre generalmente en los primeros meses y es mayor cuando la seroconversión es postparto. También es mayor ante mastitis materna e infección de la mucosa oral del RN.

HEMATOCRITO: es la concentración de glóbulos rojos que se modifican por la hemodilución fisiológica y bioquímicos incluyen alteraciones significativas del volumen plasmático y de la masa eritrocitaria, por la que hay un aumento desproporcionado del volumen de plasma circulante, para asegurar un aporte adecuado de oxígeno y nutrientes al feto, placenta, útero y tejido mamario.¹⁰³

Una de las enfermedades más frecuentes que se pueden coincidir con el embarazo o ser producidas por éste es la anemia, ya que las necesidades para el desarrollo del feto y la placenta aumentan el consumo de hierro elemental. La anemia del embarazo no es fácil de definir, puesto que durante dicho estado se produce un aumento sustancial del volumen total de sangre y se incrementa la producción eritrocitaria.¹⁰⁴

GLICEMIA

Existe una disminución de la secreción de insulina, asociada al estado de resistencia insulínica propia del embarazo y esta se asocia con morbilidad fetal como macrosomía fetal, hipoglucemia neonatal, hipocalcemia, policitemia, hiperbilirrubinemia y síndrome de distress respiratorio. Existe mayor incidencia

¹⁰² VASQUEZ T. Martha Lucia. La mujer y el proceso reproductivo. Atención primaria de Salud

¹⁰³ WILLIAN, Obstetricia. 20a edición. Editorial Médica Panamericana.

¹⁰⁴ Relación entre peso placentario y antropometría neonatal con la presencia de anemia materna <http://repositorio.usfq.edu.ec/handle/23000/358>.

de cesáreas, de hipertensión arterial y de pre-eclampsia en las madres. Estos niños presentan mayor riesgo de obesidad e intolerancia a los hidratos de carbono en la infancia y adultez.¹⁰⁵

PAPANICOLAOU

Tiene como fin estudiar los cambios anormales de las células del cuello de la matriz, algunos de ellos pueden ser causados por el virus de papiloma humano, y pueden indicar un riesgo de cáncer o un cáncer ya existente. La detección temprana de células anormales en el cuello de la matriz, seguido del tratamiento adecuado y a tiempo, ofrecen una forma de prevenir el progreso de cualquier problema que afecte potencialmente el pronóstico de tu futuro embarazo y el de tu bebé.¹⁰⁶

El manejo del cáncer cervico-uterino después primer trimestre y con el feto no viable se recomienda el tratamiento inmediato y definitivo en aquellas mujeres con tumores de células escamosas poco diferenciados, localmente avanzados o con adenocarcinomas, así como todas las que demuestren progresión de la enfermedad durante el embarazo.¹⁰⁷

ECOGRAFÍA

La ecografía en el embarazo es utilizada principalmente para estudiar el crecimiento y bienestar del bebé dentro del útero. Permite, entre otras cosas, detectar malformaciones, evaluar el desarrollo anatómico del feto, su crecimiento, su posición, calcular su edad gestacional, oír sus latidos, observar el estado de la placenta, del líquido amniótico, estimar el peso del bebé y detectar anomalías o patologías del embarazo.¹⁰⁸

Es una técnica sencilla, inocua e indolora. No implica una radiación ni exposición, por lo que es una práctica segura tanto para la embarazada como

¹⁰⁵ Google Académico. Problemas clínicos en el embarazo: endocrinopatías y embarazo disponible en: <http://www.amir.org.ar/Revision/Levit01.pdf>.

¹⁰⁶ BOTERO, Jaime. Obstetricia y Ginecología. Cuarta edición. 1989

¹⁰⁷ WILLIAN, Obstetricia. 20a edición. Editorial Médica Panamericana.

¹⁰⁸ Control prenatal. Escuela de medicina disponible en: http://escuela.med.puc.cl/paginas/departamentos/obstetricia/altoriesgo/control_prenatal.html

para el bebé. No se han demostrado efectos adversos ni para el bebé ni para la madre, aunque se recomienda no abusar de su uso y realizar solamente las que el médico considere necesarias.

Se suelen realizar tres ecografías de rutina a lo largo del embarazo. Una en cada trimestre. En ocasiones también se realiza una en las primeras semanas de gestación, que suele ser vaginal, para confirmar el embarazo. Hasta aproximadamente la 8va semana se realizan de esta forma para tener un diagnóstico precoz del feto y poder registrar sus latidos, las otras tres son abdominales.¹⁰⁹

2.15 ESTILOS DE VIDA

Cuando está embarazada, todo lo que come, bebe o fuma puede afectarla a usted y a su bebé. No se debe usar alcohol ni tabaco durante el embarazo. También es aconsejable no usar ningún remedio (con o sin receta) o producto herbario sin la recomendación de su médico¹¹⁰

FUMAR

Si una gestante fuma, su bebé estará expuesto a productos químicos nocivos tales como el alquitrán, la nicotina y el monóxido de carbono; provocando transitoriamente descensos en el flujo sanguíneo uterino, reduciendo el aporte de oxígeno desde el útero a la placenta.¹¹¹

La nicotina hace que se estrechen los vasos sanguíneos, por lo tanto llega menos cantidad de oxígeno y nutrientes al feto. El monóxido de carbono disminuye la cantidad de oxígeno que recibe el bebé. Además, las mujeres que fuman durante el embarazo aumentan la posibilidad de tener ciertos problemas

¹⁰⁹ Importancia del control prenatal disponible en:
http://www.investigacionsalud.com/index.php?option=com_content&view=article&id=205&Itemid=199

¹¹⁰ Documento elaborado por: Lcda. Adriana Verdugo S.

¹¹¹ Hábitos personales disponible en:
<http://www.infogen.org.mx/Infogen1/servlet/CtrlVerArt?clvart=9445>

como: embarazo ectópico, hemorragia vaginal, mala implantación de la placenta, muerte fetal intrauterina, etc.¹¹²

El retardo en el crecimiento intrauterino se puede atribuir a diversos factores incluyendo propiedades vasoconstrictoras de la nicotina, elevación de los niveles de la carboxihemoglobina y de catecolaminas, hipoxia tisular fetal, elevación de la frecuencia cardíaca y de la presión arterial.

ALCOHOL

El alcohol atraviesa sin problemas la unidad feto placentario, debido a sus características de solubilidad ya que al ser hidro y lipo soluble atraviesa sin problemas todas las membranas biológicas, equilibrándose rápidamente en todo el volumen de agua de la unidad madre-placenta-feto. Así, el líquido amniótico se constituye en un reservorio para el alcohol y el acetaldehído.¹¹³

A diferencia del adulto, el feto no posee las enzimas necesarias para eliminar estas sustancias, pasando estas a su torrente sanguíneo, por lo cual el feto está expuesto a los efectos del alcohol por periodos más largos de tiempo, puede afectar directamente al desarrollo fetal produciendo un retraso en el crecimiento intrauterino, así como anomalías cráneo-faciales del tronco y extremidades y malformaciones cardiovasculares y genitourinarias, y defectos importantes caracterizados como el Síndrome Alcohólico Fetal.¹¹⁴

DROGAS

Las drogas atraviesan la placenta y alcanza concentraciones elevadas en sangre y tejidos fetales, y puede ejercer su efecto vasoconstrictor en territorios vasculares diferentes. El efecto de esta droga sobre el feto depende de la cantidad, frecuencia y momento en que se usó durante el embarazo.¹¹⁵

¹¹² VASQUEZ T. Martha Lucia. La mujer y el proceso reproductivo. Atención primaria de Salud

¹¹³ Hábitos personales disponible en:

<http://www.infogen.org.mx/Infogen1/servlet/CtrlVerArt?clvart=9445>

¹¹⁴ Documento elaborado por: Lcda. Adriana Verdugo S.

¹¹⁵ Google Académico. Abuso de sustancias toxicas en el embarazo

La cocaína, tienen riesgo de presentar trombos en la placenta que generan oclusiones de los vasos sanguíneos, cruciales para la nutrición. Cabe destacar que la cocaína además de por vía placentaria, también afecta en la lactancia, pues pasa a la leche materna, aunque sus efectos sobre el lactante no se conocen.¹¹⁶

La marihuana, esta cruza la barrera placentaria alcanzando al feto y se aloja en el cerebro evitando que llegue menos oxígeno y nutrientes al feto. Esto afecta las partes del cerebro que controlan la memoria, la atención y el aprendizaje. Por lo que puede presentar retardo de crecimiento fetal intrauterino, leucemia infantil en los niños nacidos de padres adictos, y posibles malformaciones.¹¹⁷

VIOLENCIA

Hay mayor riesgo de maltrato, abandono físico y emocional y repercusiones en el desarrollo psicólogo-emocional.

Múltiples factores de riesgo afectan negativamente al futuro del niño, entre ellos el bajo status socio-económico y el bajo nivel educacional de la madre, los cuales ejercen efectos adversos en las oportunidades para el óptimo crecimiento y desarrollo.

Los padres adolescentes no se encuentran en condiciones de proveer fuentes emocionales, económicas y educacionales, así como un ambiente social adecuado para su hijo.

Se puede decir que como la situación socioeconómica es poco favorable, la buena salud del niño puede estar en peligro ya que sus padres adolescentes no se encuentran lo suficientemente maduros como para proveer fuentes emocionales, económicas y educacionales, así como un ambiente social adecuado para su desarrollo óptimo. En consecuencia, puede ser que los

¹¹⁶ Google académico. Combinación peligrosa: embarazo, fármaco y drogas disponible en: http://www.infarmate.org.mx/pdfs/marzo_abril08/embarazo18.pdf

¹¹⁷ Los efectos de la marihuana durante el embarazo: <http://www.thinkpregnancy.org/espanol/marijuana.htm>

riesgos sociales y psicológicos negativos del embarazo en adolescentes aún pueden ser mayores que los biológicos.¹¹⁸

2.16 OTROS FACTORES INTERVINIENTES

INFRAESTRUCTURA: Los barrios sobre todo las afueras de la ciudad son el último refugio de la pobreza con lo que significa para el feto al que viene a unirse el déficit de circulación feto placentario y la hipoxia provocada por el ejercicio físico materno que puede llevarlo a sufrimiento fetal agudo.

Lo bueno es que la mayoría de las condiciones y situaciones mencionadas se pueden controlar y en muchos casos, hasta prevenir. Además, puede que no te afecten en absoluto y tengas un embarazo y un parto perfectamente saludables.

OCUPACIÓN: El bajo nivel económico obliga a trabajar antes que estudiar. Las jóvenes con bajo nivel de rendimiento escolar, que sufren graves problemas económicos en el hogar tienen una mayor incidencia de embarazo.

Se estima que en Estados Unidos casi la mitad de las mujeres de edad fértil son parte de la fuerza laboral. La proporción de mujeres que trabajan es a un mayor. De acuerdo con el informe de Naeye y Peters, el hecho de trabajar durante el embarazo puede ser peligroso para el resultado de este.¹¹⁹

Estos autores detectaron que los pesos de nacimiento de los neonatos cuyas madres habían trabajado durante el tercer trimestre del embarazo eran 150-400g menor que los RN cuyas madres no lo habían hecho, aun cuando la longitud de la gestación era similar para ambos campos, lo que el embarazo en estas condiciones, representa un gran riesgo para su supervivencia del nuevo ser.¹²⁰

¹¹⁸ VASQUEZ T. Martha Lucia. La mujer y el proceso reproductivo. Atención primaria de Salud

¹¹⁹ ROYSTON, Érica. Prevención de la mortalidad materna. Pág. 166-175

¹²⁰ WILLIAN, Obstetricia. 20ª edición. Editorial Médica Panamericana.

Por eso es importante que el personal de salud mediante la atención a la usuaria pregunte acerca de la profesión o trabajo que desempeña, si éste requiere de muchas horas de estar parada, o sentada, si está en un lugar muy caluroso o cerca de áreas muy calientes, si maneja sustancias químicas peligrosas, materiales de desechos humanos o industriales etc., es decir sustancias tóxicas que afecten la reproducción del ser humano.

VACUNA: La vacunación de las mujeres tiene un rol importante en el control de enfermedades que son prevenibles. No sólo se logra protegerlas frente a infecciones de riesgo, también se evita la transmisión al hijo por nacer, la enfermedad conocida como los tétanos.¹²¹

Los Tétanos; afecta a las placas motoras terminales del musculo y esqueleto, medula espinal, cerebro y SNC al recién nacido al momento del corte del cordón umbilical con instrumentos contaminados o se usan sustancias sucias en el tratamiento del cordón.¹²²

Las complicaciones que puede presentar son: parocardio-respiratorio, contracturas, neumonía y aspiración. La incubación de este bacilo dura de 2 días–2meses o más, promedia 15 días por tal razón las mujeres embarazadas deben recibir las dosis designas de la dt (antitetánica).

VALORACIÓN PSICOSOCIAL

Los estudios han demostrado que los factores psicosociales son importantes en el resultado de la gestación.

LA FAMILIA: la gestación tiene grandes repercusiones en la familia, ya sea esta numerosa o pequeña, de escasos o suficientes recursos económicos. Los profesionales de la salud perinatal no pueden atender a las gestantes como

¹²¹ RAMON. Gustavo. Alto Riesgo Obstétrico 4ta edición. Quito 1999

¹²² Normas y procedimientos para la Atención de la Salud Reproductiva. República del Ecuador. Ministerio de Salud pública. Años 1999

individuos aislados; la gestación afecta a todos los miembros de la familia y cada uno de ellos perciben este hecho de manera distinta.¹²³

EL ESPOSO: si la gestación es planeada, el esposo recibirá la noticia con entusiasmo y júbilo, lo percibe como un cumplimiento de su deseo de un hijo/a y se sentirá orgulloso. Si la gestación no ha sido planeada, puede encubrir sus sentimientos de disgusto y procurar estar alegre con el objeto de brindar el apoyo que sabe que su esposa necesita, o puede abiertamente manifestar su disgusto.¹²⁴

LOS HIJOS: la respuesta a la nueva gestación dependerá de las edades de cada uno de ellos. Los padres que están verdaderamente complacidos por el embarazo y que explican a los niños desde un principio como le futuro hijo influirá en la familia, fomentar una actitud positiva en los hijos mayores.

LA GESTANTE: La mujer reacciona ante el embarazo y es afectada por el en toda su integridad, dieta, vestido, trabajo, actividad sociales y recreativas, vida diaria, planes a largo plazo, relaciones con su familia y sus amigos, etc.

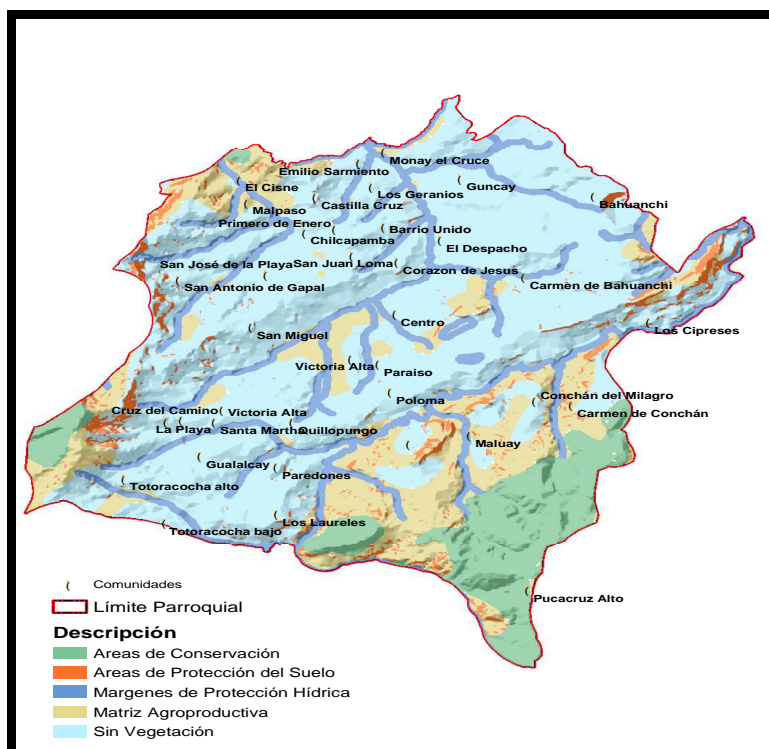
¹²³ VAQUEZ T. Martha Lucia. La mujer y el proceso reproductivo. Atención primaria de salud

¹²⁴ Documentos elaborados por: Lcda. Adriana Verdugo S.

CAPITULO III

3.1 .MARCO REFERENCIAL

FOTO N° 1 “Subcentro De Salud El Valle”



Fuente: INEC consultas integrales 2008

Elaborado por: Las Autoras

3.2. DATOS GENERALES

Nombre: Sub-centro de salud “El Valle” perteneciente al Área de Salud N° 3 “Tomebamba”.

Dirección: Se halla ubicado en la Parroquia “El Valle”, vía a Santa Ana, junto al comedor escolar y a la parada de buses a 300 metros aproximadamente del Centro Parroquial.

Tipo de Institución: Es de carácter Público a cargo del “MINISTERIO DE SALUD PUBLICA”.

Ubicación geográfica: la parroquia “El Valle” se encuentra ubicada al sureste del Cantón Cuenca, Provincia del Azuay; con una distancia aproximada de 8Km desde el Centro de Cuenca hasta el Centro Parroquial.

Límites: la Parroquia está limitada de la siguiente manera: **Al Norte** por la Parroquia San Blas y Paccha por las alturas de Rayoloma, **al Sur** por la Parroquia Tarqui, Quingueo y Santa Ana del Cantón Cuenca, **al Este** por la Parroquia Santa Ana que es parte de las alturas de Pocaloma y Talcachapa y hacia el Oeste por la Ciudad de Cuenca y la Parroquia Turi.

3.3. DATOS HISTÓRICOS

El Subcentro de “El Valle” desde que inició no constaba con un lugar fijo para brindar atención a la población de la parroquia el Valle.

Primero esta institución funcionaba en un local que construyó el Ministerio de Salud Pública, que estaba ubicado en el barrio de el Paraíso Alto, el mismo que fue construido aproximadamente hace 15 años, pero no tenía mucha acogida por parte de los usuarios por la dificultad de trasladarse de las paradas de los buses que quedaba a una distancia considerable, razón por la cual para la comodidad de los usuarios se decide arrendar un local que estaba ubicado en el Centro de El Valle, a lado de la farmacia del pueblo, permaneciendo así por 5 años.

Luego de presentar muchas molestias por parte de los arrendatarios, mediante las elecciones del año 2005, las mismas que resultaron ganadores el Dr. Carlos Orellana (Presidente), Eco. Gabriel Paute (Vicepresidente), Ing. Jesús Bermeo (Tesorero); quienes una vez electos gestionaron al alcalde Marcelo Cabrera para la construcción de un lugar propio.

Teniendo como resultado la acogida a todas estas peticiones realizadas por las autoridades electas hacia el alcalde de la ciudad de Cuenca, quien apoyo para la construcción del Subcentro con la donación de 120.000 mil dólares, con esta donación se realizó la construcción de esta casa de salud, teniendo en cuenta que el terreno fue donado por parte del Dr. Carlos Orellana, la misma que empezaron a la construcción, inaugurándose en el mismo año, por lo que ahora ya funciona en su local propio y pertenece al área de Salud N° 3 de la dirección de Salud del Azuay, teniendo una gran acogida por parte de la población del Valle y de sus alrededores, quienes están satisfechas con su nueva localización y presentación.

En la actualidad es un pueblo rural que avanza muy rápidamente en cuanto a crecimiento poblacional, cultural, social entre otros ámbitos que lo podemos apreciar por al gran número de cooperativas de ahorro y crédito como Cooperativa JEP, Jardín Azuayo y Coopac Austro y uno de los bancos más grandes del país como es el Banco del Pichincha, lo que nos indica que el pueblo tiene gran actividad económica, demostrando que las familias en su gran mayoría son de clase económicamente media seguido de la clase baja y siendo un grupo minoritario los de clase alta.

Debido al gran número poblacional El Sub-centro se ha visto en la obligación de una atención permanente de domingo a domingo, sin embargo, esto no abastece la demanda de los usuarios.

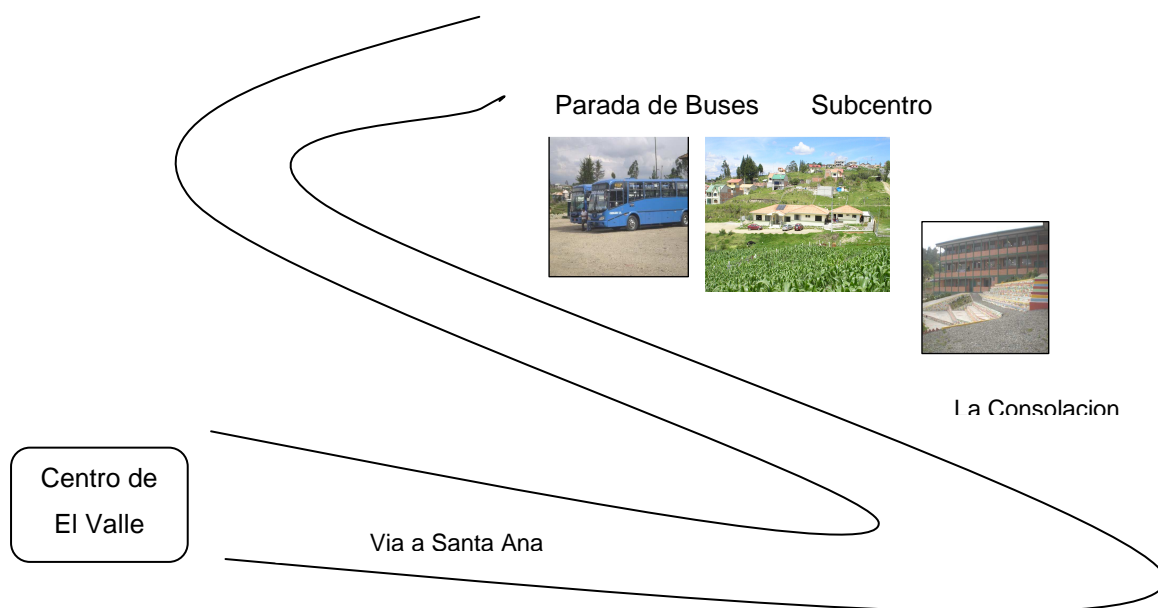
3.4. MISIÓN

Garantizar la atención gratuita y de calidad a la población del área de influenza y programática a través de un modelo prestacional de cuidado progresivo y organizado en función de la satisfacción del usuario, articulado de forma horizontal y vertical con los servicios básicos de salud.

3.5 VISIÓN

Brindar atención de calidad a la población de nuestras unidades de forma integral e integrada con enfoque intercultural con acciones de promoción, prevención, curación acorde al primer nivel de atención.

CROQUIS DEL SUBCENTRO DE SALUD “EL VALLE”



Elaborado por: Las Autoras

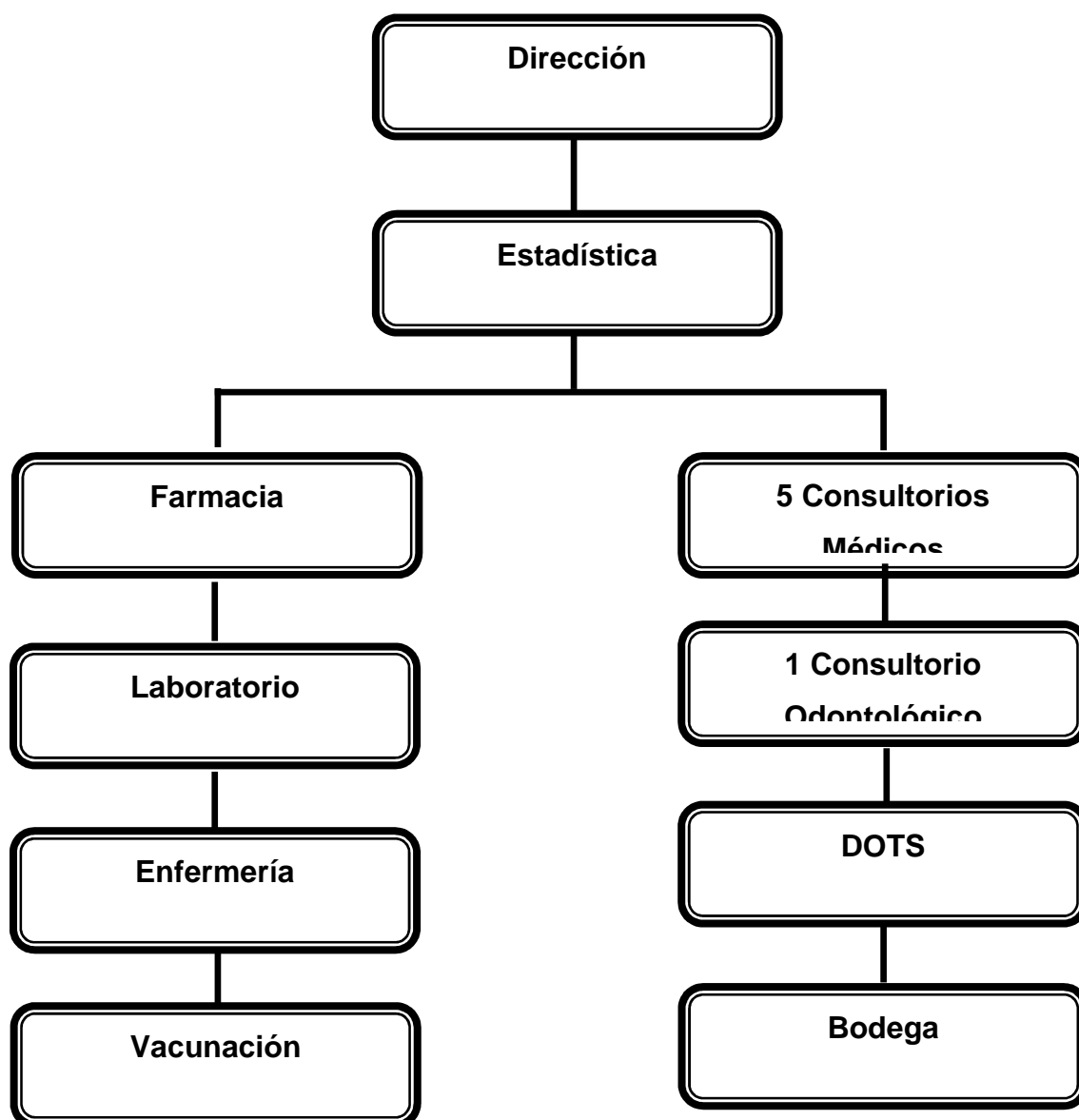
3.6. SITUACIÓN ACTUAL

CONDICIONES QUE RODEAN LA INSTITUCIÓN

La institución se encuentra rodeada hacia la derecha por una amplia área no pavimentada que sirve de parada de buses de la línea 14, que en los tiempos de verano crea mucho polvo y en épocas de lluvia crea lodo causando malestar a los usuarios y personal del Sub-centro lo que impide que este se encuentre en buenas condiciones de higiene; hacia el frente se encuentra una zanja, pero se mantiene húmeda debido a que se resume agua de las partes altas de la Parroquia; en la parte izquierda se encuentra el antiguo comedor que en la actualidad es utilizado para los clubs que organiza el personal del Sub-centro

de “El Valle”, también la vivienda de la señora conserje de la institución; y en la parte de atrás una quebrada llena de basura y escombros lo que produce que en los días de fuertes lluvias ingrese el agua con un olor putrefacto al Sub-centro, siendo el área más afectada El Laboratorio de la institución que ha tenido hasta 45cm. de agua contaminada.

ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL



Elaborado por: Las Autoras

3.7 PROYECTOS Y PROGRAMAS CON QUE CUENTA EL SUBCENTRO

Esta unidad de salud brinda atención a los usuarios en diversas áreas, para lo cual cuenta con programas específicos dentro de estos están:

DOTS: El programa de control de la tuberculosis tiene la misión de asegurar la detección, diagnóstico, tratamiento gratuito y observado de esta enfermedad en todos los establecimientos de salud, cuya finalidad es disminuir la morbilidad y mortalidad.

DOC (detección Oportuna del Cáncer): Este es un programa que como su nombre nos indica, permite la detección oportuna del cáncer cérvico uterino, por medio del examen del Papanicolaou (PAP), que va dirigido a mujeres en edad fértil.

PAI (Programa Ampliado de Inmunizaciones): Brinda el suministro de las vacunas para la prevención de un sin número de enfermedades prevalentes de la infancia, así como todos los usuarios y la población que así lo requiera, previniendo enfermedades.

A.U.S. (Aseguramiento Universal de la Salud): Este es un programa que proporciona un bono mensual, beneficiando a las personas de bajos recursos económicos, de la tercera edad y discapacitados, implementándose con atención médica y medicamentos gratuitos en todos los centros y Subcentros de salud del país.

Control de niño sano: El control de niño sano es la supervisión de salud que se realiza desde diez días de vida hasta los catorce años. Se trata de un seguimiento integral de los distintos aspectos del niño en todas sus etapas de crecimiento.

Programa de control prenatal: El control prenatal es el cuidado de la salud de la madre y el niño al nacer tiene como finalidad procurar un niño sano de peso normal y

que la madre se encuentre sana y en condiciones de brindar cuidados al recién nacido.

Programa de planificación familiar: Ayuda a las parejas a espaciar el nacimiento de sus hijos a prevenir embarazos no deseados y a evitar las infecciones de transmisión sexual (ITS), incluida el VIH.

El principal interés de esta sección es como lograr que mujeres y hombres de escasos recursos tengan acceso a servicios de planificación familiar de buena calidad mejorando la administración de los programas. En los últimos años, los programas de planificación familiar han logrado un gran proceso tanto en mejorar la calidad de su atención como en superar las barreras para un buen acceso.

Programa EBAS (Equipo Básico de Atención de Salud).- Este modelo de atención establece que los equipos de salud visiten a los pacientes en su domicilio o comunidad, a través de las EBAS que se conforma por un médico y personal de enfermería

TMN (Programa de Tamizaje Metabólico Neonatal).- Programa nacional que permitirá el diagnóstico temprano de cuatro errores del metabolismo de los recién nacidos, para ser tratados oportunamente y evitar discapacidad intelectual y/o muerte prematura. Se trata de hipotiroidismo congénito, la fenilcetonuria, galactosemia e hiperplasia suprarrenal congénita, adquiridos por herencia.

Seguridad alimentaria y nutricional (en esta incluye la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la infancia).- Estrategia a corto plazo que contribuye a disminuir las altas prevalencias de anemia por deficiencia de hierro en embarazadas y niños menores de un año y mejorar el estado de reserva de vitamina “A” en los niños suplementados, incluye:

Educación sobre lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad y complementaria hasta los 2 años de edad.

Tabletas de 100mg de hierro elemental con 0.5mg de ácido fólico a mujeres embarazadas

Goteros de hierro de 25mg de hierro elemental por ml. Para niños de 2 – 4 meses hasta 12 meses de edad.

Capsulas de vitamina “A” 100.000UI. cada 6 meses para niños de 6 meses a 36 meses

Salud del Adulto – Enfermedades Crónicas NO Transmisibles.- Las enfermedades crónicas no se transmiten por medio de microorganismos; son enfermedades que pueden ser adquiridas por herencia en forma congénita y muchas idiopáticas; la mayoría de enfermedades crónicas se deben a factores de riesgo modificables. A los que se expone el individuo durante todo el ciclo de vida, como la mala alimentación, el sedentarismo, estrés, algunos hábitos como fumar o tomar alcohol.

Por lo tanto esta Unidad Operativa realiza el control mensual y necesario de pacientes crónicos, se les entrega medicación gratuita además de la creación del Club de Diabéticos e Hipertensos en los cuales se da un enfoque en la educación sobre la enfermedad, la alimentación, importancia de la actividad física de acuerdo a su estado de salud y sus necesidades.

Escuelas Promotoras de Salud (EPS).- Enfocados en la promoción, prevención, curación y rehabilitación, formado por un equipo completo de salud con un médico, una enfermera y un odontólogo y va dirigido a los estudiantes de escuelas y colegios.

3.8 RECURSOS HUMANOS

La unidad operativa en los últimos años ha experimentado un aumento de su cobertura para lo cual se hace necesario el incremento de personal preparado para la atención de los usuarios, es así que en la actualidad cuenta con el siguiente personal:

- Director del Sub-centro
- Médico Rural
- Médicos Generales
- Ginecólogo
- Pediatra
- Odontólogos
- Enfermería Planta o Enfermera Jefa
- Enfermeras Rurales
- Internas de Enfermería
- Interna de Psicología
- Interna de medicina
- Nutricionista
- Auxiliar de enfermería
- Auxiliar de Odontología
- Auxiliar administrativo
- Inspector de Salud.

PLANTA FÍSICA: DISTRIBUCIÓN DEL ÁREA CONSTRUIDA.

La Unidad Operativa es de una planta, su infraestructura es metálica, bloque, techo de eternit, puertas y ventanas con protecciones metálicas, que se encuentran distribuidos de la siguiente manera:

- Un departamento de Estadística
- Un departamento de Farmacia
- Una Dirección
- Un departamento de Preparación

- Tres Consultorios de Medicina General
- Una Bodega
- Un Consultorio de Odontología
- Un Laboratorio
- Un departamento de Vacunación
- Un Consultorio de Pediatría
- Un Consultorio de Ginecología y Ecografía
- Un departamento de DOTS
- Una Oficina de Inspección de Salud

COBERTURA.

El área de influencia es amplia como consta a continuación:

- * Quillapungo, Poloma, Las Victorias altas y bajas, los Cipreses, Cochapamba, Salado y Guncay, Corazón de Jesús, la Pradera, Valle Centro, Santa Martha, A cargo de la Dra. Diana López
- * Cedillo, Monay, Carmen de Baguanchi, Baguanchi, Tierras Coloradas, Grutas, San Pedro, Santa Catalina, La Gloria, el Despacho, Talcazhapa, Conchan del Cisne, Conchan del Milagro, Gualalcay, Paredónes, Laureles, Maluay, Pucacruz, Cruz del Camino, Dos Puentes, Tres Estrellas. En la actualidad no están a cargo de ningún médico, siendo cubiertas por el personal de turno.

AMBIENTE FÍSICO, ESPACIOS, USOS, SERVICIOS.

El Subcentro de salud cuenta con una planta física muy amplia para la atención de todos los usuarios, se puede observar que existen diversos consultorios, en donde se brinda atención a todos los usuarios que acuden a esta casa de salud, consta de:

Departamento	Uso
Estadística	<p>En este departamento se encuentran archivadas todas las fichas de los usuarios del SCS El Valle, también está dotada de dos computadores, uno es para el ingreso, búsqueda y modificación de las historias clínicas y la otra para el ingreso de los usuarios al Sistema de Ministerio de Salud Pública.</p> <p>También en este departamento se encuentran archivados los resultados de exámenes de Sangre, Heces, Orina, PAPs y hojas nuevas para las historias clínicas.</p>
Farmacia	<p>Aquí se encuentra toda la medicación que se entrega de forma gratuita a los usuarios de El SCS, además que la persona encargada de farmacia entrega los certificados de trabajo, escolares y certificados de nacido vivos.</p>
Dirección	<p>En este departamento se encuentra toda la información de atención a los pacientes (Partes Médicos) y más documentos de manejo de Dirección.</p>
Preparación y pre-consulta	<p>En este departamento se aplica el proceso de atención de enfermería cuando es posible, ya que el SCS tiene gran concurrencia y los usuarios suelen molestarse, se toman medidas antropométricas y se registran en la historia clínica de cada usuario, se educa en lo posible sobre los datos encontrados. Se buscan sintomáticos respiratorios en el usuario y sus acompañantes</p> <p>En este departamento se desinfecta los equipos, se prepara material para ser esterilizado en el esterilizador que se encuentra en este mismo departamento</p>
Consultorios de medicina general (3)	<p>En estos se prestan atención directa a los pacientes y de forma individualizada y privada</p>

Bodega	Aquí se encuentra almacenado todo el material que llega para el SCS
Consultorio de Odontología	Aquí prestan atención las dos odontólogas de El SCS
Laboratorio Clínico	Se realizan exámenes de sangre, heces y orina
Vacunación y Curaciones	En este departamento se aplica el programa Ampliado de Inmunizaciones desde los recién nacidos, lactantes, preescolares, escolares, mujeres en edad fértil, mujeres embarazadas, tercera edad y enfermos crónicos en campañas de vacunación Se realizan curaciones, suturas y se aplican inyecciones Intramusculares
Consultorio de pediatría	En este consultorio brinda atención la Pediatra que llega con estudiantes de quinto año de medicina de la Universidad de Cuenca.
Consultorio de Ginecología y Ecografía	En este consultorio brinda atención el Ginecólogo que llega con estudiantes de quinto año de medicina de la Universidad de Cuenca. Las ecografías se realizan los días jueves de cada semana.
Departamento del DOTS	En este departamento se encuentra la medicación e historias clínicas de los usuarios que se encuentran en tratamiento Antituberculoso.
Oficina de Inspección de Salud	En esta oficina se da atención a los que requieren permisos para el funcionamiento de locales.

Además consta de dos salas de espera y cada una con un televisor, hay bancas.

Dotación de las instalaciones: equipos, materiales y mobiliario.

Equipos		
Ecógrafo	Glucómetro	Jarras
Electrocardiograma	Esterilizadores	Lavacaras
Termómetros	Balanzas	Baño María
Tensiómetros	Equipos de curación	Mesa de mayo
Estetoscopios	Equipos de sutura	Maletín de basiloscopia
Instrumental odontológico	Semi-lunas	Set de diagnostico
Centrifuga	Microscopio	Fotocolorímetro
Homogeneizador de placas y pipetas	Equipo hematológico	Dispensador de jabón
Materiales		
Gasas	Fundas de basura	Papel higiénico
Guantes	Basureros	Gradillas para tubos
Algodón	Tijeras	Pipetas
Alcohol	Esfero, corrector, lápiz y borrador	Reloj
Solución salina	Cuadernos	Tubos
Sablón	Carpetas para historias clínicas	Grapadoras
Germidal	Formularios para historias clínicas	Frascos para Baciloscopia
Alcohol yodado	Historias clínicas	Servilletas de papel
Agua destilada	Perforadoras	Gel para ecografía
Jeringuillas	Saca grapas	
Gel antiséptico	Jabón liquido	
Mobiliario		
Escritorios	Televisores	Camillas
Mesa	Microondas	Refrigeradores
Sillas	Repisas	Congelador
Computadoras	Teléfonos	Vitrinas

Unidad de enfermería. Talentos humanos de la unidad de Enfermería

La unidad de enfermería se encuentra dirigida por la Lcda. Marina Teresa, cuenta con un personal auxiliar Sra. Emma Ortiz, dos enfermeras Rural Lcda. Manuela Camas y 4 Internas de Enfermería, quienes en equipo realizamos el proceso de atención de enfermería en todas las áreas que se encuentran bajo su cargo, como: preparación, vacunación, curaciones e inyecciones, farmacia y el departamento del DOTS.

3.9 MANEJO DE BIOSEGURIDAD

3.9.1 MANEJO DE DESECHOS EN EL SCS EL VALLE

- **Comunes:** En la Unidad Operativa existen lugares destinados para este tipo de basura pero no se da una buena clasificación, debido a la falta de material como las fundas de color negro.
- **Infecciosos.-** Existen lugares destinados a este tipo de desechos pero no se da una adecuada clasificación, debido, a que la mayoría de las veces no se cuenta con la funda roja lo que afecta la clasificación.
- **Corto-punzantes.-** Se realiza la clasificación de los desechos corto-punzantes en embaces plásticos, pero no se realiza la inactivación de los mismos puesto que no se tiene el material necesario para hacerlo, los embaces plásticos son llenados completamente y no como dice la normas de 2/3 debido a que no se tiene suficientes envases plásticos.

3.9.2 BIOSEGURIDAD DEL PERSONAL

- **Lavado de manos antes y después de todo procedimiento.-** Esta norma no se cumple en su totalidad, por muchas razones una de ellas es por el poco material que entregan a la Unidad Operativa
- **Uso de servilletas desechables luego del lavado de manos.-** esta norma se cumple, pero a finales de mes se pierde por que el material entregado no abastece lo suficiente

- **Gel antiséptico.-** El cual se aplica luego del lavado de manos.
- **Guantes.-** Son una norma de protección son utilizados para evitar contaminar a los usuarios e infecciones cruzadas el cual se realiza a su cabalidad
- **Mascarilla.-** Se cumple, el área donde más se utiliza esta barrera de protección es en odontología
- **Mandil.-** Todo el personal que labora en la Unidad Operativa utiliza su respectivo mandil en las horas de trabajo y lo deja al salir en la hora de almuerzo y al final de la jornada.

3.9.3 BIOSEGURIDAD DEL DOTS

- **Guantes.-** Se utiliza siempre para la toma de muestras a los sintomáticos respiratorios.
- **Mascarillas.** Se utiliza siempre para la toma de muestras a los sintomáticos respiratorios

CAPITULO IV

4.1 OBJETIVOS

4.1.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar riesgos perinatales en embarazadas que asisten a consulta externa, del sub-centro de salud El Valle, mediante la Aplicación del formulario de valoración perinatal del MSP, Cuenca 2013”.

4.1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Determinar las características socio demográficas de las embarazadas que acuden a consulta externa mediante la aplicación del formulario N° 051 del MSP.
2. Identificar las variables gineco-obstetricas de las gestantes que acuden a consulta externa del sub-centro de salud.
3. Clasificar a las embarazadas según el riesgo Obstétrico, mediante el formulario N° 051 del MSP
4. Determinar los factores de riesgo a las que se encuentran expuestas las embarazadas, según el formulario N° 051 del MSP
5. Clasificar a las mujeres gestantes según la curva nutricional del carnet perinatal del MSP.

4.2 DISEÑO METODOLÓGICO

4.2.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación es descriptiva por la que se determinó la causalidad del problema de investigación, que muestran el impacto del problema investigado.

4.2.2 MÉTODO DE ESTUDIO

Es cuantitativo, que nos permitió encontrar los factores de riesgo perinatales, a través de un sistema de variables y en asociación de datos, se presentaran en tablas ligadas propiamente a la naturaleza del problema de investigación planteado.

4.2.3 UNIVERSO Y MUESTRA

Universo Infinito: conformado por 942 mujeres embarazadas atendidas en el Sub-centro de Salud El Valle en el año 2012.

Muestra: para el cálculo muestral se utilizó un muestreo por selección que corresponde a 74 usuarias embarazadas que acudieron a control prenatal en los meses de marzo, abril y mayo del año 2013.

4.2.4 TÉCNICA

Entrevista aplicada a las madres gestantes por medio de una encuesta en las que se determinaron los diversos riesgos perinatales presentes durante su embarazo actual.

Revisión de historias clínicas mediante las cuales identificamos los factores de riesgo, complicaciones o patologías presentados en las gestas anteriores como en el actual embarazo.

Revisión bibliográfica, que nos permitió identificar los factores de riesgo materno fetales de acuerdo a las normas establecidas por el MSP y establecer cuidados de atención de enfermería para todas las mujeres gestantes.

4.2.5 INSTRUMENTO

Como instrumento de trabajo se utilizó el formulario N° 051 del Ministerio de Salud Pública en el que se registró la edad (en años cumplidos), estado civil (casada, soltera, unión libre, divorciada o separada), residencia (domicilio al momento del estudio), paridad; edad gestacional, patología del embarazo (complicaciones médicas), fecha de la última menstruación, fecha probable de parto, valoración obstétrica.

4.2.6 VARIABLES

- **Variable independiente:** riesgos perinatales.
- **Variable dependiente:** madres gestantes, etnia.
- **Variable interviniente:** instrucción, antecedentes personales/familiares, hábitos, datos obstétricos, presión arterial, semanas de gestación.
- **Variable de control:** edad, estado civil, peso, talla, ocupación, datos de laboratorio, Papanicolaou, vacunas, ecografías.

4.2.7 PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

- **SPSS:** programa en el cual se realizó la tabulación de datos obtenidos a través de los datos obtenidos según las encuestas.
- **Microsoft Word:** en la que se realizó el respetivo trabajo mediante la recopilación de información.
- **Microsoft Excel:** se utilizó para realizar los diferentes arreglos o modificaciones de las tablas.

4.2.8 PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Se realizó la recolección de datos en el Sub-centro de Salud “El Valle” a todas las madres gestantes que acudieron a consulta externa para el control prenatal durante los tres meses de marzo, abril y mayo del año 2013.

Las investigadoras asistían los lunes de cada semana para la recopilación de datos y aplicación de las encuestas en relación al formulario N° 051 del Ministerio de Salud Pública, también se acudió los días miércoles de la última semana de cada mes puesto que ese día se realizaba el club de las embarazadas y con ello su chequeo médico completo (ginecología, odontología, nutrición, entre otras).

4.2.9 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Todas las mujeres gestantes que acudieron a la consulta externa del Sub-centro de Salud El Valle durante los meses de marzo, abril y mayo de 2013.

4.2.10 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Mujeres que no firmen su consentimiento informado
- Mujeres gestantes que no pertenecen a la Parroquia el Valle
- Mujeres gestantes con patologías

4.2.11 IMPLICACION DE DATOS

Los datos obtenidos para esta investigación fue confidencial, debido a que no se publicara los nombres de las gestantes únicamente quedaran entre las investigadoras/es, además se entregó a cada una de las gestante el consentimiento informado para que mediante ello nos permitan acceder a la información requerido, usuaria que no firmara no sería tomado en cuenta.

CAPITULO V

5.1 RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

El presente análisis, comprende la información de 74 gestantes que acudieron a consulta externa del Subcentro de Salud “El Valle” y que presentaron factores de riesgo durante su embarazo anterior y actual.

Tabla N° 1. Relación entre alto riesgo obstétrico (ARO) y la edad de 74 embarazadas que acudieron a consulta externa del sub-centro de salud del Valle. Cuenca, 2013.

FACTOR DE RIESGO	<19 años		20-34 años		> 35 años		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
ARO1	11	15	28	38	6	8	45	61
ARO2	1	1	5	7	0	0	6	8
ARO3	0	0	0	0	0	0	0	0
ARO4	0	0	0	0	0	0	0	0
SIN RIESGO	4	5	19	26	0	0	23	31
TOTAL	16	21	52	71	6	8	74	100

Fuente: Formulario de encuestas

Elaborado por: Las Autoras

Análisis: en Tabla N° 1 se observa que de las 74 gestantes que contempla la investigación y que representan el 100%, de ellas, el 71% se encuentran entre las edades de 20-34 años, el 38% tienen ARO1 y el 26% no presentan riesgo; el 21% de gestantes son menores de 19 años, de ellas el 15% tienen ARO1; el 8% son mayores de 35 años se encuentran dentro del ARO1.

Además, se puede destacar en esta tabla que prevalece en las diferentes edades el factor de riesgo que es el ARO1 en la que se encuentran diferentes parámetros como (ver pag 53) que afectan la salud materna la cual está ligada directamente a los hábitos o circunstancias que la madre podría presentar.

Tabla N° 2. Relación entre ocupación e IMC de 74 embarazadas que acudieron a consulta externa al sub-centro de salud del Valle. Cuenca 2013.

	BAJO PESO		NORMAL		SOBREPESO		OBESIDAD		TOTAL	
OCUPACION	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
estudiante	14	18	4	5	0	0	0	0	18	24
comerciante	1	1	0	0	1	1	1	1	3	3
empleada	4	5	1	1	1	1	0	0	7	7
agricultora	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1
artesana	1	1	1	1	0	0	0	0	2	2
QQDD	21	30	2	3	10	15	11	15	44	60
TOTAL	42	57	8	10	12	17	12	16	74	100

Fuente: Formulario de encuestas

Elaborado por: Las Autoras

Análisis: en la presente tabla observamos que de las 74 gestantes que contemplan la investigación que representan el 100%, de ellas, 56% tienen bajo peso, el 29% se dedican a los QQDD y 19% son estudiantes que presentan bajo peso, 33 % presentan sobre peso y obesidad entre ellas están empleadas, agricultoras y artesanas. Se puede concluir que la mala alimentación y la subalimentación de las embarazadas especialmente en los países de subdesarrollo pone en riesgo la calidad de vida de la madre como del niño, por ello la mala alimentación durante la gestación se ve reflejada en carencias que tendrá el recién nacido.

Tabla N° 3. Relación entre Ocupación y edad de 74 embarazadas que acudieron a consulta externa al sub-centro de salud del Valle. Cuenca, 2013

OCUPACIÓN	menor de 19 años		20-34 años		mayor de 35 años		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Estudiante	8	11	10	14	0	0	18	25
Comerciante	0	0	3	4	0	0	3	4
Empleada	1	1	4	5	1	1	6	7
Agrícola	1	1	0	0	0	0	1	1
Artesana	0	0	8	3	0	0	2	3
QQDD	6	8	33	45	5	7	44	60
TOTAL	16	21	52	71	6	8	74	100

Fuente: Formulario de encuestas

Elaborado por: Las Autoras

Análisis: en la presente tabla observamos que de las 74 gestantes que contemplan la investigación que representan el 100%, el 71% se encuentran entre las edades 20-34 años, de ellas el 45% realizan QQDD, 14% son estudiantes; el 21% corresponde a menores de 19 años, el 11% son estudiantes, el 8% se dedican a los QQDD; el 8% mayores de 35 años, el 7% realizan QQDD. Es importante conocer el tipo de empleo que tienen las gestantes, debido que el excesivo esfuerzo físico durante el embarazo predispone a tener más probabilidades de tener a su hijo prematuramente, con bajo peso al nacer y desarrollar presión arterial alta durante la gestación.

Tabla N° 4. Relación entre edad y nivel de instrucción de 74 embarazada que acudieron a consulta externa al sub-centro de salud El Valle. Cuenca, 2013

EDAD	PRIMARIA		SECUNDARIA		UNIVERSIDAD		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
menor de 19	9	12	7	9	0	0	16	21
20-34 años	20	27	28	39	4	5	52	71
Mayor de 35	3	4	2	3	1	1	6	8
TOTAL	32	43	37	51	5	6	74	100

Fuente: Formulario de encuestas

Elaborado por: Las Autoras

Análisis: en la presente tabla observamos que de las 74 gestantes que contemplan la investigación que representan el 100%; el 71% se encuentran entre las edades de 20-34 años, de ellas el 39% tienen instrucción secundaria y el 27% tienen instrucción primaria; el 21% de gestantes son menores de 19 años, de ellas 12% tienen primaria; el 8% son mayores de 35 años, de ellas el 4 % tienen instrucción primaria. El nivel de estudio influye directamente en la educación que la gestante recibe la misma que es impartirá por el personal de salud durante las diferentes consultas perinatales.

Tabla N° 5. Relación entre edad y estado civil de 74 embarazadas que acudieron al sub-centro de salud del Valle. Cuenca, 2013

EDAD	SOLTERAS		CASADAS		UNIÓN ESTABLE		OTROS		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
menor de 19 años	3	4	2	3	10	14	1	1	16	22
20-34 años	15	20	32	43	5	7	0	0	52	70
mayores de 35 años	2	3	4	5	0	0	0	0	6	8
TOTAL	20	27	38	51	15	21	1	1	74	100

Fuente: Formulario de encuestas

Elaborado por: Las Autoras

Análisis: en la presente tabla observamos que de las 74 gestantes que contemplan la investigación y que representa el 100%, el 70% se encuentran entre las edades de 20-34 años, el 43% son casadas, el 20 % solteras; el 22% son menores de 19 años, de ellas el 14 % tienen unión estable; el 8% son mayores de 35 años, de ellas 5% son casadas. El estado civil es una variable considerada como un marcador demográfico o poblacional que ha sido vinculado en el embarazo. Ser casada o vivir en unión estable son consideradas situaciones con bajo riesgo potencial para la gestante debido a la presencia del apoyo de la pareja. Al contrario de las que se identifican como solteras u otros se puede decir que es un efecto adverso negativo en el feto y en el neonato.

Tabla N° 6. Relación entre factor de riesgo y nivel de estudio de 74 Embarazadas que acudieron a consulta externa al sub-centro de salud del Valle. Cuenca, 2013.

FACTORES RIESGO	DE	PRIMARIA		SECUNDARIA		UNIVERSITARIA		TOTAL	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
ARO1		20	27	22	29	3	4	45	61
ARO2		4	5	2	3	0	0	6	8
ARO3		0	0	0	0	0	0	0	0
ARO4		0	0	0	0	0	0	0	0
SIN RIESGO		8	11	13	18	2	3	23	32
TOTAL		32	43	37	50	5	7	74	100

Fuente: Formulario de encuestas

Elaborado por: Las Autoras

Análisis: en la presente tabla observamos que de las 74 gestantes que contemplan la investigación que representan el 100%, el 61% representa el ARO1, de ellas 29% tienen instrucción secundaria y el 27% instrucción primaria; el 32%, no tienen riesgo obstétrico, de ellas el 18% tienen instrucción secundaria, el 11% primaria. Dependiendo del nivel de estudio de las embarazadas se podrá impartir la educación en relación a los diferentes factores de riesgo que pueda presentar cada una de ellas.

Tabla N° 7. Relación entre instrucción e IMC de 74 embarazadas que acudieron al sub-centro de salud del Valle. Cuenca, 2013

NIVEL DE ESTUDIO	BAJO PESO		NORMAL		SOBREPESO		OBESIDAD		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Primaria	14	19	4	5	6	8	8	12	32	45
Secundaria	24	32	3	4	6	8	4	5	37	49
Universidad	4	5	1	1	0	1	0	0	5	6
TOTAL	42	56	8	10	12	17	12	17	74	100

Fuente: Formulario de encuestas

Elaborado por: Las Autoras

Análisis: en la Tabla N° 7 observamos que de las 74 gestantes que contempla la investigación que representa el 100%, el 56% tienen bajo peso, de ellas 32% tiene instrucción secundaria y 19% primaria; el 34% de gestantes tienen sobre peso y obesidad (suma de los dos valores) que están relacionadas con el nivel de estudio, el 20% tienen instrucción primaria y el 13% nivel secundario. El bajo peso es un factor de riesgo que afecta directamente al desarrollo fetal porque predispone a secuelas futuras después del nacimiento del recién nacido.

Tabla Nº 8. Relación entre talla y edad de 74 embarazadas que acudieron a consulta externa al sub-centro de salud del Valle. Cuenca, 2013.

EDAD	TALLA NORMAL		MENOR DE 1.40CM		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
< de 19 años	15	20	1	1	16	2
20-34 años	46	62	6	8	52	70
> de 35 años	4	5	2	3	6	8
TOTAL	65	88	9	12	74	100

Fuente: Formulario de encuestas

Elaborado por: Las Autoras

Análisis: en la presente tabla observamos que del total de las 74 gestantes que contempla la investigación que representan el 100%, el 88% se encuentra dentro de la talla normal, el 62% entre 20-43 años, el 20% son menores de 19 años; el 12% de usuarias tienen talla menor de 1.40cm, de ellas el 8% se encuentran entre las edades de 20-34 años. La talla materna es aceptada como un indicador antropométrico de riesgo de complicaciones obstétricas, como desproporción cefalopélvica (DCP), trabajo de parto disfuncional y parto operatorio; la causa radicaría en la relación directa entre talla e índice pélvico.

Tabla N° 9. Examen de PAPANICOLAO de 74 embarazadas que acudieron a consulta externa al sub-centro de salud del Valle. Cuenca, 2013

PAPANICOLAO	N°	%
Normal	29	40
Anormal	1	1
No se hizo	44	59
TOTAL	74	100

Fuente: Formulario de encuestas
Elaborado por: Las Autoras

Análisis: en la presente tabla observamos que de las 74 gestantes que contemplan la investigación que representan el 100%, el 59% no se realizaron el examen de Papanicolao por desconocimiento y temor debido a que la mayoría de ellas son primigesta; el 40% si lo realizan, teniendo como resultados normales y tan solo el 1% presenta un resultado con infecciones leves. El embarazo constituye un excelente momento para educar a la mujer en relación a la prevención del cáncer cérvico uterino. Todas las embarazadas con edad superior o igual a 30 años deben tener necesariamente un examen de Papanicolaou. A mujeres de menor edad se les debe efectuar el procedimiento si existen otros factores de riesgo asociados.

Tabla N° 10. Controles Médicos de 74 embarazadas que acudieron a consulta externa al sub-centro de salud del Valle. Cuenca, 2013

	ARO 1		ARO2		ARO3		ARO4		SIN RIESGO		TOTAL	
Controles	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1er trimestre	12	16	0	0	0	0	0	0	9	12	21	28
2do trimestre	9	12	2	3	0	0	0	0	25	34	36	49
3er trimestre	2	3	0	0	0	0	0	0	15	20	17	23
TOTAL	23	31	2	3	0	0	0	0	49	68	74	100

Fuente: Formulario de encuestas

Elaborado por: Las Autoras

Análisis: en la presente tabla observamos que de las 74 gestantes que contemplan la investigación que representan el 100%, el 68% no presentan riesgo obstétrico, el 34% se encuentran dentro del segundo trimestre, el 20% en el tercer trimestre del embarazo; el 31% representan el ARO1, el 16% corresponde al primer trimestre; y el 12% al segundo trimestre. Se debe educar a la madre sobre la importancia de realizarse el control prenatal para detectar los factores de riesgo.

Tabla N° 11. Grupo Sanguíneo de 74 embarazadas que acudieron a consulta externa al sub-centro de salud del Valle. Cuenca, 2013

FACTOR RH	N°	%
ORh +	63	86
A-	1	1
A+	4	5
B+	6	8
B-	0	0
VIH	0	0
HB	0	0
VDRL	0	0
TOTAL	74	100

Fuente: Formulario de encuestas

Elaborado por: Las Autoras

Análisis: en la presenta tabla observamos que de las 74 gestantes que contemplan la investigación que representan el 100%, el 86% representan el factor ORh+, el 8% tienen grupo sanguíneo B+, el 5% el grupo sanguíneo A+ y el 1% pertenece al grupo sanguíneo A- siendo este un factor de riesgo para el feto. Otro factor de riesgo que puede presentar durante el embarazo es la incompatibilidad ABO como una reacción inmune que se presenta en el cuerpo, cuando dos muestras de sangre de tipos ABO diferentes e incompatibles se mezclan, ocasionando alteraciones materno fetales.

Tabla Nº 12. Antecedentes Personales y Familiares de 74 embarazadas que acudieron a consulta externa al sub-centro de salud El Valle. Cuenca, 2013

ANTECEDENTES	Personales		Familias	
	Nº	%	Nº	%
Tuberculosis	0	0	2	3
Hipertensión	3	4	9	12
Diabetes	0	0	13	18
Preeclampsia en el embarazo anterior	3	4	0	0
Diabetes e hipertensión sin antecedentes	0	0	3	4
Otros	63	85	44	59
TOTAL	5	7	3	4
	74	100	74	100

Fuente: Formulario de encuestas

Elaborado por: Las Autoras

Análisis: en la presente tabla podemos observar que del total de las 74 que contemplan la investigación que representan el 100%, el 85% no presentan antecedentes personales, el 8% tienen hipertensión y preeclampsia en el embarazo anterior (suma de dos valores). En relación a los antecedentes familiares, el 59% no presentan antecedentes, el 19% tiene tuberculosis, diabetes e hipertensión, el 18% presentan diabetes.

Tabla Nº 13. Relación entre Edad y Presión Arterial de 74 embarazadas que acudieron a consulta externa del sub-centro de salud El Valle. Cuenca, 2013

	Presión arterial							
	< de 80/50		Presión normal		>de 140/90		TOTAL	
EDAD	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<de 19 años	2	3	11	15	2	3	16	21
20-34 años	7	9	40	54	5	7	52	70
> de 35 años	2	3	2	3	2	3	4	9
TOTAL	11	15	53	72	10	14	74	100

Fuente: Formulario de encuestas

Elaborado por: Las Autoras

Análisis: en la presente tabla observamos que de las 74 gestantes que contemplan la investigación que representan el 100%, el 72% presentan una presión arterial normal, el 54% se encuentran entre 20-34 años; el 15% tienen una presión arterial menor de 80/50, el 9% se encuentra entre las 20-34 años; el 14% presenta una presión de 140/90, de ellas el 7% corresponde a las edades de 20-34 años. Siendo esta un factor que puede alterar la salud de la madre y del feto encaminando a presentar complicación alguna como son las enfermedades Hipertensivas durante el embarazo.

Tabla N° 14. Relación entre Edad y Hábitos de 74 embarazadas que acudieron a consulta externa del sub-centro de salud El Valle. Cuenca, 2013

EDAD	HÁBITOS					
	ningún habito		fumadora pasiva		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<de 19 años	14	19	2	3	16	22
20-34 años	48	65	4	5	52	70
>de 35 años	6	8	0	0	6	8
TOTAL	68	92	6	8	74	100

Fuente: Formulario de encuestas

Elaborado por: Las Autoras

Análisis: en la presente tabla se observa que de las 74 gestantes que contempla la investigación que representa el 100%, el 92% no tienen ningún hábito que pueda perjudicar la vida del feto; el 8% de usuarias son fumadoras pasivas, el 5% tienen entre 20-34 años, el 3% son menores de 19 años. Durante el embarazo los malos hábitos como el fumar pueden afectar al feto puesto que él bebe está expuesto a productos químicos nocivos tales como el alquitrán, la nicotina y el monóxido de carbono; provocando transitoriamente descenso en el flujo sanguíneo uterino, reduciendo así el aporte de oxígeno desde el útero a la placenta.

Tabla Nº 15. Relación entre Edad y Planificación Familiar de 74 embarazadas que acudieron a consulta externa del sub-centro de salud El Valle. Cuenca, 2013

EDAD	Planificación familiar										
	Si utiliza		no utiliza		hormonal		DIU		barrera		TOTAL
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº %
<de 19 años	3	4	11	15	2	4	0	0	0	0	16 23
20-34 años	9	12	32	43	7	9	3	4	1	1	52 69
>de 35 años	0	0	5	7	1	1	0	0	0	0	6 8
TOTAL	12	16	48	65	10	14	3	4	1	1	74 100

Fuente: Formulario de encuestas

Elaborado por: Las Autoras

Análisis: en la presente tabla podemos observar que de las 74 gestantes que contempla la investigación que representa el 100%, el 65% no utilizan método anticonceptivo, el 43% se encuentran entre 20-34 años, el 15% son menores de 19 años; el 16% realizan planificación familiar, el 12% se encuentran entre las edades de 20-34 años; el 19% utilizan métodos anticonceptivos como el DIU, hormonal y barrera (suma de dos valores).

Tabla N° 16. Relación entre Edad y raza de 74 embarazadas que acudieron a consulta externa del sub-centro de salud El Valle. Cuenca, 2013

RAZA	Nº	%
indígena	1	1
mestiza	73	99
Total	74	100

Fuente: Formulario de encuestas

Elaborado por: Las Autoras

Análisis: en la siguiente tabla podemos observar que del total de las 74 gestantes que contemplan la investigación que representan el 100%, el 99% son de raza mestiza, el 1% de raza indígena. Las madres no presentan riesgo alguno en relación a la raza (mestiza) debido que la morbilidad y mortalidad materna prevalece más en las indígenas, afrodescendientes debido a que tienen menor acceso a servicios de salud.

CAPITULO VI

6.1 CONCLUSIONES

OBJETIVOS	CONCLUSIONES
Determinar las características socio demográficas, de la embarazada que acude a consulta externa mediante la aplicación del formulario N° 051 del MSP.	Mediante la encuesta se pudo identificar factores como: La edad en un 71% están entre los 19-34 años, 21% menores de 18 años. Estado civil: un 51% son casadas, 20% unión estable. Instrucción: un 50% cursaron la secundaria, 43% la primaria. Ocupación: un 60% realizan QQDD, un 24% son estudiantes. Todo ello considerado como un marcador demográfico o poblacional que ha sido vinculado en el embarazo debido a ello se puede intervenir oportunamente en la salud de la madre.
Identificar las variables gineco-obstétricas de las mujeres que acuden a consulta externa del sub-centro de salud.	Se pudo obtener mediante la encuesta los diferentes variables gineco-obstétricas como mayor índice prevalece la multiparidad en relación al AROI y 2 con el 61% (gestas previas mayores de 3 hijos, aborto e HNM) del total de 74 mujeres encuestadas.
Clasificar a las embarazadas según el riesgo Obstétrico, mediante el formulario N° 051 del MSP	Dan como resultado de las encuestas la prevalencia del ARO 1 en un 61%, el ARO 2 con 8%, es por ello la importancia del manejo adecuado del carnet prenatal durante cada control médico.

Determinar los factores de riesgo a las que se encuentran expuestas las embarazadas, según el formulario N° 051 del MSP	Los factores de riesgo más prevalentes que se han podido identificar es el bajo peso con 70%, antecedentes personales-familiares con el 37%, nivel ocupacional con el 71% y factor de riesgo (ARO) el 70%.
Clasificar a las mujeres gestantes según la curva nutricional del carnet perinatal del MSP.	Determinamos según la curva de nutrición que la mayor parte de madres gestantes se encuentran dentro del rango de bajo peso en un 57% seguido de un 32% con sobrepeso y obesidad. Siendo el bajo peso un factor en donde el personal de enfermería deberá poner énfasis al momento del control médico para evitar la desnutrición en el recién nacido.

6.2 RECOMENDACIONES

- Por los resultados obtenidos en las encuestas podemos contribuir a la prevención de enfermedades que se producen durante el embarazo, malos hábitos que afectan al desarrollo normal feto, a determinar factores de riesgo que para la gestante no son de importancia ya que en embarazos anteriores no le afectaron, de manera que como personal de salud podemos evitar el daño a la salud y prevenir la muerte en la mujer en su proceso de gestación.
- Elaborar programas educativos sobre los diferentes factores de riesgo que la gestante puede presentar durante su embarazo que le permita identificar en su hogar y que pueda consultar con el personal de salud.
- Motivar a las madres gestantes sobre la importancia de la consulta prenatal debido a que por medio ella podemos evitar problemas de salud de la madre e hijo en un futuro.
- Incentivar a la unidad de salud a continuar brindando charlas en el club de embarazo sobre temas que contengan el posible riesgo perinatal a presentarse durante su embarazo.
- Dar a conocer los resultados de las encuestas al personal de salud para identificar los principales factores de riesgo que les están afectando a las madres gestantes que acuden al subcentro de salud del valle
- Impartir charlas educativas que logren enriquecer los conocimientos, que le permitan reconocer los diferentes cambios
- fisiológicos que ocurren durante el embarazo como de los diferentes factores de riesgo que se pueden producir y como identificarlos.

6.3 BIBLIOGRAFÍA

1. AMERICA FIABETES ASSOCIATION. Diagnosis And Classification of Diabetes Mellitus Diabetes Care. Volume 30. Supplement 1. January 2007.
2. ASOCIACIÓN DE MÉDICOS DEL HOSPITAL DE GINECOLOGÍA OBSTETRICIA No. 3. Ginecología y Obstetricia. Ed. Méndez Editores. 3ª.ed.
3. BOTERO, Jaime. Obstetricia y Ginecología. Cuarta edición. 1989
4. Casini S. Lucero Sainz L. Hertz M y Andina E. Guía de Control Prenatal Embarazo Normal. Cronograma de Actividades para el Control Prenatal 2002.
5. CERDA, Hugo. Investigación Científica. II Edición. Edt Abaya- yola. Quito 1997.
6. CLAP/SMR-OPS/OMS. Sistema Informativo Perinatal. Historia Clínica Perinatal. Instrucciones de llenado y definición de términos. Publicación Científica CLAP/SMR 2007.
7. CREASY R. Resnik k. Materno-Fetal medicine. Principales and practice. Bonston. Sauder-Elsevier. 5° Ed. 2004.
8. CONJUNTO de prestaciones del Sistema Nacional de Salud. MSP. CONASA Subcomisión de Prestaciones. MSP. Quito. Ecuador. 2006
9. COMPONENTE Normativo Materno Neonatal. Agosto 2008
10. Dr. CORTEZ. José Antonio. Diez Principales Causas de Embarazo de Alto Riesgo
11. ENCALADA, Patricio. Investigación Científica. Edición 4. 2004. Edt Monsalve Moreno.
12. FIGUEROA Damián R, Arredondo J. Tuberculosis en la mujer embarazada. Gineco-obstetrico. Año 1998

13. JOHS Hopkis. Ginecología y Obstetricia. Tomo 1. Editorial Marban 2º Edición. España-Madrid 2005.
14. MATERNIDAD SALUDABLE Y SIN RIESGOS SECRETARIA DE SALUD. Primera Edición. Año 2000.pp. 55
15. RAMOS, Gustavo. Alto Riesgo Obstétrico. 4^{ta} edición. Quito 1999
16. ROYSTON, Érica. Prevención de la mortalidad materna. Pág. 166-175.
17. WILLIAN, Obstetricia. 20ª edición. Editorial Médica Panamericana.

REVISTAS

1. GUIA DE INTERVENCIONES PERINARALES Basados en la Evidencia para la Reducción de la Mortalidad Neonatal. MSP Dirección Nacional de Normalización del Sistema Nacional de Salud. Programa de Atención a la Niñez. Quito-Ecuador. 2007.
2. NORMAS de Atención Materna y Planificación Familiar. Ministerio de Sanidad y Asistencia Social-UNICEF-OPS-OMS.
3. OMS. Mortalidad materna. Nota descriptiva N° 348. Mayo 2012
4. RIVERA Marissa. Noticias Televisa. Muerte materno-infantil. Año 2004
5. SALAS. B. Yepes. E. et. al. Por un Maternidad y Nacimientos Seguros. FCI-MSP-UNFPA.LMGYAI-USAID. Quito-Ecuador. 2008.

PAGINA WEB

1. QUE efectos produce la VDRL con el feto. Disponible en: Enfoque global se sífilis congénita disponible en:
<http://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3968726.pdf>
2. FACTORES de riesgo durante el embarazo: disponible en:
<http://tesisdeinvestigadores.blogspot.com/2011/04/trabajo-sobre-riesgos-del-embarazo.html> 27/02/2013
3. FACTORES de riesgo que afectan durante el embarazo. Disponible en:

- http://espanol.pregnancy-info.net/obesidad_y_embarazo.html 27/02/2013
4. FACTOR de riesgo obstétrico. Disponible en:
<http://www.maternofetal.net/5aro.html>.
 5. GOOGLE ACADÉMICO. Problemas clínicos en el embarazo: endocrinopatías y embarazo disponible en:
<http://www.amir.org.ar/Revision/Levit01.pdf>. 16/04/2013
 6. MSP. INEC. OPS. Indicadores Básicos de Salud. Ecuador 2009
 7. MSP. Manual de Normas y Procedimientos para la atención de salud reproductiva Ecuador 1999.
 8. INEC. Consultas Integrales. Ecuador, 2008.
 9. INEC. Indicadores Sociales. ECV. Ecuador, 2006 -2008.
 10. RIESGOS obstétricos en la atención prenatal. Disponible en:
http://escuela.med.puc.cl/publ/AltoRiesgo/control_prenatal.html
(12/03/2013)
 11. RIESGOS obstétricos a presentar durante el embarazo. Disponible en:
<http://www.herrera.unt.edu.ar/eiii/concepcion/caps/municipal/frembmunicipal.pdf>. 27/04/2013
 12. TUBERCULOSIS Y EL FETO. Disponible en:
<http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2005/gom0510f.pdf>.
10/04/2013
 13. UNICEF. Estado Mundial de la Infancia. 2008
 14. FISIOPATOLOGÍA del VIH/SIDA en relación al feto. Disponible en:
VIH/SIDA materno-infantil disponible en: Rev. chil. obstet. ginecol. v.67 n.1 Santiago 2002. 16/04/2013
 15. RIESGOS Perinatales en Atención Primaria de Salud según CERCA. Disponible:
http://medicina.ucuenca.edu.ec/index.php?option=com_docman&task, 25/10/2012.

- 16.DATOS Estadísticos de Mujeres Gestantes del Valle de Cuenca. Disponibles,http://aulavirtual.uss.cl/main/upload/users/29033/29033/DETERMINANTES_DE_LA_MUERTE_MATERNA.pdf. 06/11/2012.
- 17.FACTORES Riesgo en Mujeres Gestantes del Ecuador. Disponibles en: <http://www.monografias.com/trabajos62/factores-influyen-crecimiento-fetal/factores-influyen-crecimiento-fetal2.shtml>. 30/11/2012.

6.5 ANEXOS

6.5.1 ANEXO 1. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN DE VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
MUJERES GESTANTES	Es un conjunto de acciones médicas y asistenciales que se concentran en entrevista o visitas programadas con el equipo de salud, a fin de controlar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y la crianza del recién nacido con la finalidad de disminuir los riesgos de este proceso fisiológico.	Gestación	Control	1er Trimestre 2do Trimestre 3er Trimestre
FACTORES DE RIESGO PERINATALES	Estrategia necesaria para determinar los indicadores que califiquen el alto, mediano y bajo riesgo que nos permitirá canalizar o planificar el cuidado del embarazo e incluso canalizar la referencia y contra-referencia de la madre.	Riesgo perinatales	Embarazo actual	ARO 1 ARO 2 ARO 3

ESTADO CIVIL	Es importante para la evaluación psicosocial y el plan de intervención de enfermería pues una característica de vida moderna es la proporción cada vez mayor de madres solteras, muchas de ellas adolescentes, separadas y viudas que pueden carecer de apoyo familiar y socio-económico y por tanto están expuestas a mayor riesgo de morbilidad y mortalidad perinatal y materna.	Situación actual	Estado civil	Casada Unión estable Soltera Otros
EDAD	Importante para el pronóstico y definición del riesgo recordando que la edad “adecuada” para el proceso reproductivo de mujer esta entre los 18 y 35 años y que las edades por debajo y por encima de este rango se considera factor de riesgo.	Años cumplidos	Edad (años)	Edad actual
NIVEL DE INSTRUCCION	Indagar por el grado de escolaridad; este dato permite orientar la entrevista y el plan de intervención de enfermería.	Estudios	Grado de instrucción	Ninguna Primaria Secundaria Universidad
ETNIA	Es un conjunto de personas que comparten rasgos culturales, lengua, religión, celebración de ciertas festividades, música, vestimenta, tipo de	Raza	Consideración	Blanca Indígena Mestiza Negra Otra

	alimentación, etc. y, muchas veces, un territorio.			
ANTECEDENTES FAMILIARES Y PERSONALES	Son datos o información relevante acerca del paciente, su familia, el medio en que ha vivido, incluyendo sensaciones anormales, estados de ánimo o actos observados por el paciente o por otras personas con la fecha de aparición y duración y resultados del tratamiento. Con el propósito de identificar los problemas actuales de salud.	Antecedentes	personales/familiares	TBC Diabetes Hipertensión Pre eclampsia Eclampsia Otras
PESO Y TALLA	Permite evaluar el estado nutricional de la madre y el incremento de peso durante la gestación. El peso insuficiente, la talla baja y la ganancia escasa o exagerada de peso están asociadas con malos resultados perinatales	Gestación actual	Peso anterior Talla (cm)	Peso actual
DATOS OBSTETRICOS	Son aquellos que nos dan a conocer los riesgos o complicaciones a presentarse durante el parto que pueden ser: dilatación lenta, presentación anormal del feto o hemorragia después del parto por la relajación del útero.	Nulípara Multípara	Nº Hijos	Gestas previas Abortos Cesáreas HNV HNM
SEMANAS DE GESTACION	El término gestación hace referencia a los procesos fisiológicos de crecimiento y desarrollo del feto en el interior	Periodo gestacional	Nº SG	FUM EG FPP

	del útero materno, la cual es valorada mediante el calcula de las SG durante los tres trimestres del embarazo.			
HÁBITOS	Las costumbre adoptadas antes de la gestación y que perjudiquen la salud deben ser suspendidos y remplazados por hábitos de salud que favorezcan a un embarazo a termino con un producto sano.	Periodo	Consumo	Fuma. act. Fuma pas Drogas Alcohol Violencia
ANTICONCEPTIVOS	Los anticonceptivos es el conjunto de métodos o técnicas que se utiliza para evitar la concepción; también pueden ser considerados una forma de control de natalidad.	Planificación familiar	Métodos	Ninguna DIU Hormonal es Emergen cia Natural
PAPANICOLA U	El propósito principal de la prueba de Papanicolaou es detectar cambios anormales en las células, lo que puede desencadenar a largo plazo cáncer cérvico-uterino.	Frecuencia	Control	Normal Anormal No se hizo

**6.5.2. ANEXO 2. FORMULARIO PARA DETERMINAR FACTORES DE RIESGO DURANTE EL EMBARAZO****UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTA DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ENFERMERIA****FORMULARIO PARA DETERMINAR FACTORES DE RIESGO DURANTE EL EMBARAZO****1.-DATOS PERSONALES**

Nombre del Servicio de Salud----- Área -----
Fecha----- N° HC-----
Fecha de nacimiento-----Edad----- Cód. -----
Peso (kg) ----- Talla (cm) -----

Señale con una (X)**Como se considera usted:**

Blanca ()
Indígena ()
Mestiza ()
Negra ()
Otra ()

Nivel de estudio:

Ninguna ()
Primaria ()
Secundaria ()
Universitaria ()

Estado civil:

Casada ()
Unión estable ()
Soltera ()
Otros ()

Ocupación:

Estudiante ()
Comerciante ()
Empleada ()
Agricultora ()
Artesana ()
QQDD ()

Antecedentes personales/familiares: marque con una (x)

Antecedentes	Personal	Familiar
TB		
Diabetes		
Hipertensión		
Preeclampsia		
Eclampsia		
Otras (especifique)		

Antecedentes personales	
Cirugía genito urinario	
Infertilidad	
Cardiopatías	
Nefropatías	
Violencia	

Datos obstétricos.

Gestas previas	()
Aborto	()
Partos normal	()
Cesáreas	()
HNV	()
HNM	()
Viven	()

Cuántas veces ha asistido al médico para su control en.

1er Trimestre	()
2do Trimestre	()
3er Trimestre	()

Factores de riesgo presentes en su embarazo actual.

ARO 1	()
ARO 2	()
ARO 3	()

Ha tenido algún fracaso con algunos de estos métodos: marque con una (X)

Natural	()
Emergencia	()
Hormonal	()
DIU	()
Barrera	()
No usaba	()



Indique la fecha de su última menstruación

Día----- mes----- año-----

Numero de ecografías-----

Primer trimestre ()

Segundo trimestre ()

Tercer trimestre ()

Mantiene algunos de estos hábitos: marque con una (x)

Fumadora activa . ()

Fumadora pasiva . ()

Drogas ()

Alcohol ()

Violencia ()

Ha recibido la vacuna antitetánica

Vigente SI----- NO----

Mes de dosis gestación 1^{er} T----- 2^{do} T-----

Ha realizado el examen de Papanicolaou: (si es negativa indique el porqué)

Normal ()

Anormal ()

No se hizo ()

Porque-----

Durante la gestación a realizado exámenes de laboratorio: (sangre, orina y otros).

Grupo Sanguíneo -----

VIH -----

HB -----

VDR -----

Sabe Ud. si durante el embarazo a presentado presión alta.

Cifras Actuales-----

Cuántas semanas de gestación lleva: -----

Según FUM-----

Según AU-----

Según ECO-----

Sabe usted cuando es su fecha Probable de Parto.

SI----- NO-----

Indique: día----- mes ----- año -----