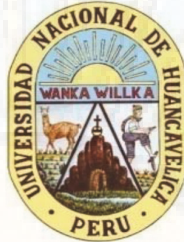


“Año de la lucha contra la corrupción y la impunidad”

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCABELICA
(CREADA POR LEY N°25265)

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD



PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD
TESIS

**IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS EN LA GESTANTE
CON PLAN DE PARTO COMPLETO ATENDIDA EN EL
CENTRO DE SALUD DAVID GUERRERO DUARTE,
JUNÍN, OCTUBRE - DICIEMBRE DEL 2018**

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN: SALUD
FAMILIAR Y COMUNITARIA**

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN: SALUD MATERNO PERINATAL

PRESENTADO POR: Obsta. Guerra Ninamango, María Cristina

HUANCABELICA – PERÚ
2019

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En la Ciudad Universitaria de Paturpampa a los 04 días del mes de abril a las 10:00 horas del año 2019 se instaló el Jurado Evaluador de la Sustentación de Tesis del (la) egresada: Cirujano Dentista: GUERRA NINAMANGO, MARIA CRISTINA.

Siendo los Jurados Evaluadores:

Presidente : Mg. Tula Susana GUERRA OLIVARES
Secretario : Mg. Rossibel Juana MUÑOZ DE LA TORRE
Vocal : Mg. Ada Lizbeth LAPICO LÓPEZ

Para calificar la Sustentación de la Tesis titulada:

"IDENTIFICACION DE RIESGOS EN LA GESTANTE CON PLAN DE PARTO COMPLETO ATENDIDA EN EL CENTRO DE SALUD DAVID GUERRERO QUARTE, JUNIN, OCTUBRE - DICIEMBRE DEL 2018"

Presentado por el (la) egresada:

C.D. GUERRA NINAMANGO, MARIA CRISTINA

Concluida la sustentación, se procede con las preguntas y/o observaciones por parte de los miembros del jurado, designado bajo Resolución N° 019-2019 concluyendo a las 11:00 horas. Acto seguido, los Jurados deliberan en secreto llegando al calificativo de: APROBADO por UNANIMIDAD

Observaciones:

Ninguno

Ciudad Universitaria de Paturpampa, 04 de abril 2019

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCABELICA

PRESIDENTE GUERRA OLIVARES
DOCENTE PRINCIPAL

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCABELICA
P.S.E. OBSTETRICIA

Obsta. Ada Lizbeth Larico López
VOCAL

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCABELICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
P. OBSTETRICIA

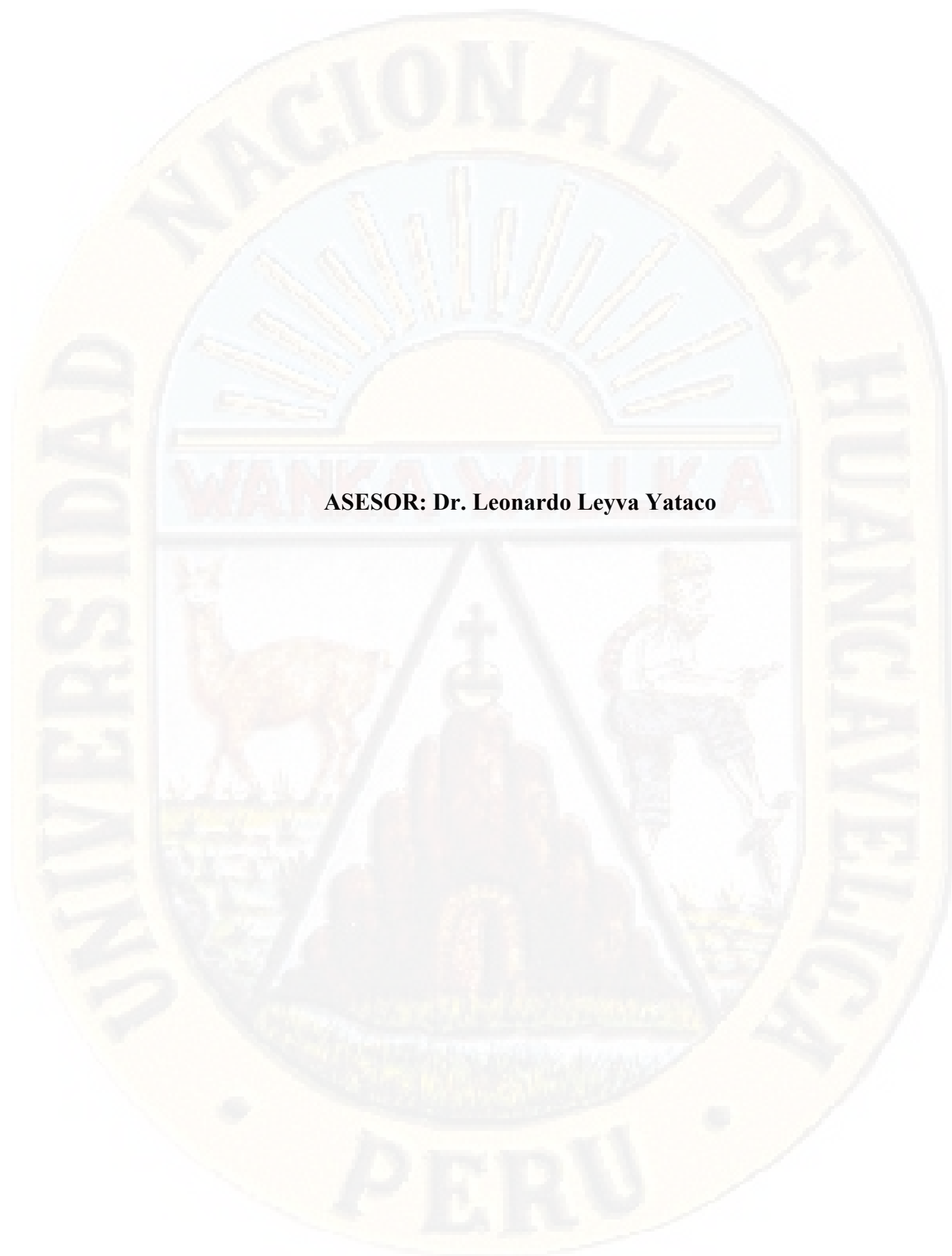
SECRETARIO
Mg. ROSSIBEL JUANA MUÑOZ DE LA TORRE



UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCABELICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
Mg. TULA SUSANA GUERRA OLIVARES
DECANA



Kelly Y. Riveros Laurente
SECRETARIA
OBSISTETRA
C.O.P. N° 36756



ASESOR: Dr. Leonardo Leyva Yataco

Dedicatoria

A mi familia por ser mi fuente de motivación para poder superarme cada día más y así poder luchar para que la vida nos depare un futuro mejor.

A mi amado hijo y nieta quienes con sus palabras de aliento no me dejaron decaer para que siguiera adelante y siempre sea perseverante y cumpla con mis metas, aunque hemos pasado momentos difíciles siempre han estado brindándome su comprensión, cariño y amor.

Agradecimiento

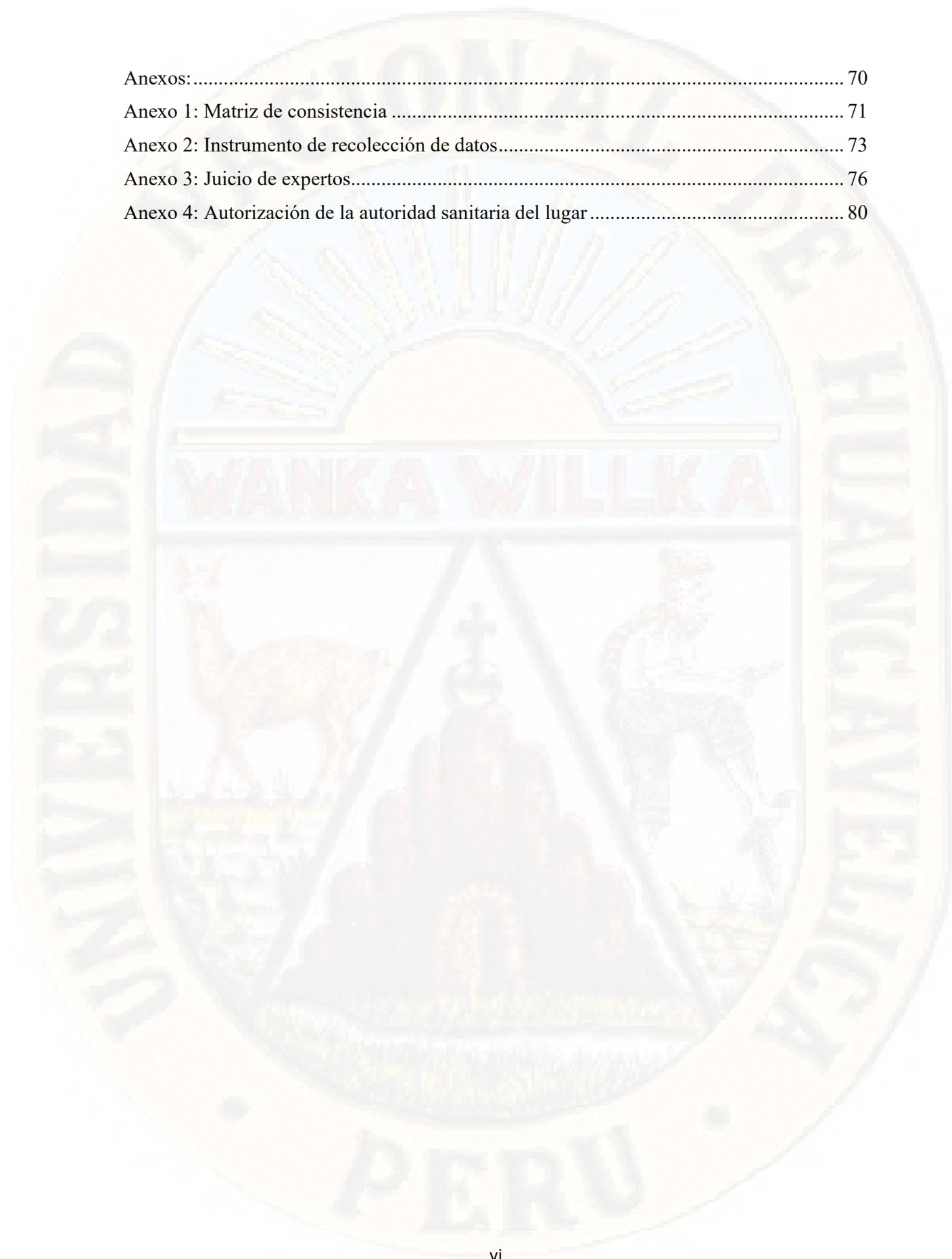
En primera instancia agradezco a Dios que en todo momento está conmigo y quien guía el destino de mi vida así mismo agradecer a mis formadores, personas de gran sabiduría.

Agradezco a mi asesor Dr. Leonardo Leyva Yataco por haberme brindado su apoyo, su experiencia y conocimiento científico para el desarrollo de este trabajo de investigación; así mismo agradezco al director y equipo de profesionales del Centro de Salud David Guerrero Duarte; quienes me brindaron todas las facilidades.

Índice

Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
Índice	v
Índice de tablas	vii
Resumen	viii
Abstract.....	ix
Introducción.....	x
CAPÍTULO I	
PROBLEMA	
1.1. Fundamentación del problema	12
1.2. Formulación del problema.....	14
1.3. Objetivos de la investigación.....	14
1.4. Justificación e importancia	15
1.5. Limitaciones	16
CAPÍTULO II	
MARCO TEÓRICO	
2.1. Antecedentes de la investigación.....	17
2.2. Bases teóricas	23
2.3. Variables de Estudio.....	44
2.4. Definición de términos	46
CAPÍTULO III	
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	
3.1. Ámbito de estudio.....	47
3.2. Tipo de investigación	47
3.3. Nivel de investigación	47
3.4. Métodos de investigación	48
3.5. Diseño de investigación.....	48
3.6. Población, muestra y muestreo	49
3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	49
3.8. Procedimiento de recolección de datos	50
3.9. Técnicas de procesamiento y análisis de datos.....	50
CAPÍTULO IV	
RESULTADOS	
4.1. Presentación e Interpretación de Datos	52
4.2. Discusión	59
Conclusiones.....	63
Recomendaciones	65
Referencias bibliográficas	66

Anexos:.....	70
Anexo 1: Matriz de consistencia	71
Anexo 2: Instrumento de recolección de datos.....	73
Anexo 3: Juicio de expertos.....	76
Anexo 4: Autorización de la autoridad sanitaria del lugar	80



Índice de tablas

Tabla 1.	Semanas de gestación antes del parto e ingreso familiar mensual en las gestantes con plan de parto completo atendida en el Centro de Salud David Guerrero Duarte, Junín, octubre - diciembre del 2018.	52
Tabla 2.	Grupo de edad de las gestantes con plan de parto completo atendida en el Centro de Salud David Guerrero Duarte, Junín, octubre - diciembre del 2018.	53
Tabla 3.	Nivel de instrucción de las gestantes con plan de parto completo atendida en el Centro de Salud David Guerrero Duarte, Junín, octubre - diciembre del 2018.	54
Tabla 4.	Estado civil de las gestantes con plan de parto completo atendida en el Centro de Salud David Guerrero Duarte, Junín, octubre - diciembre del 2018.	55
Tabla 5.	Número de gestación, número de partos, edad de la gestante, talla, peso, índice de masa corporal de las gestantes con plan de parto completo atendida en el Centro de Salud David Guerrero Duarte, Junín, octubre - diciembre del 2018.	56
Tabla 6.	Riesgos en el embarazo en las gestantes con plan de parto completo atendida en el Centro de Salud David Guerrero Duarte, Junín, octubre - diciembre del 2018.	57
Tabla 7.	Antecedentes de riesgo en las gestantes con plan de parto completo atendida en el Centro de Salud David Guerrero Duarte, Junín, octubre - diciembre del 2018.	58

Resumen

Objetivo. Identificar los factores de riesgos en la gestante con plan de parto completo atendida en el centro de salud David Guerrero Duarte, Junín, octubre - diciembre del 2018.

Método. La investigación fue observacional, retrospectiva, transversal de nivel descriptivo. El método fue inductivo, diseño descriptivo simple. La población fueron todas las gestantes que tuvieron plan de parto completo atendida en el centro de salud David Guerrero Duarte de octubre a diciembre del 2018; según registros estadísticos fueron un total de 70 gestantes con plan de parto completo. La muestra fue censal. La técnica fue el análisis documental, el instrumento fue la ficha de recolección de datos.

Resultados. La edad gestacional promedio antes del parto fue de 38.93 semanas, el 25% de las gestantes tuvieron menos de 38 semanas, el ingreso familiar promedio fue de S/. 719.29 soles, el 75% tuvieron un ingreso familiar de S/. 800.00 soles o menos, el 4.3% (3) de las gestantes tuvieron menos de 18 años, el 84.3% (59) tuvieron de 18 a 34 años y el 11.4% (8) tuvieron 35 años a más. El 15.7% (11) tuvieron menos de 18 años o de 35 años a más. El 14.3% (10) de las gestantes tuvieron primaria, el 48.6% (34) tuvieron secundaria, el 35.7% (25) tuvieron superior, el 70% (49) fueron convivientes, el 21.4% (15) fueron solteras y el 8.6% (6) fueron casadas. El numero promedio de gestaciones fue de 2.44, el 25% tuvieron más de 3 gestaciones. El numero promedio de partos antes del embarazo actual fue de 1.16, la mitad no tuvo partos, el 25% tuvieron 2 o más partos. La talla promedio de las gestantes fue de 1.51 metros, la mínima fue de 1.35 y la máxima de 1.64 metros; el 25% tuvieron menos de 1.48 metros, el peso promedio de las gestantes fue de 58.580 kilogramos, el 25% tuvieron más de 61.325 kilogramos, el 25% tuvieron un índice de masa corporal menor a 22.65, el 50% tuvieron un índice de masa corporal mayor a 24.72, el 25% tuvieron un índice de masa corporal mayor a 26.89 (sobrepeso u obesidad). El 1.4% (1) presentaron violencia de genero. Los antecedentes de riesgos obstétrico fueron enfermedades hematológicas o hepáticas en un 40% (28), aborto o parto pre término a repetición en un 27.1% (19), hipertensión arterial en un 4.3% (3), hijos con lesiones residuales o defectos congénitos en un 1.4% (1), endocrinopatías en un 1.4% (1) y epilepsias en un 1.4% (1). **Conclusiones.** Los riesgos identificados fueron, edades menores de 18 años, mayores de 34 años, bajo nivel de instrucción, baja talla y peso materno, sobrepeso y obesidad pregestacional, violencia de género, antecedentes de enfermedades hematológicas o hepáticas, aborto o parto pre término a repetición, hipertensión arterial, hijos con lesiones residuales o defectos congénitos, endocrinopatías y epilepsias.

Palabras clave: Gestante, riesgo obstétrico, plan de parto, características de las gestantes, antecedentes de riesgo.

Abstract

Objective. Identify the risk factors in the pregnant woman with a complete delivery plan attended at the David Guerrero Duarte health center, Junín, October - December 2018.

Method. The research was observational, retrospective, cross-sectional descriptive level. The method was inductive, simple descriptive design. The population were all pregnant women who had a complete delivery plan attended at the David Guerrero Duarte health center from October to December 2018; According to statistical records, there were a total of 70 pregnant women with a complete delivery plan. The sample was census. The technique was the documentary analysis, the instrument was the data collection card. **Results:** The average gestational age before delivery was 38.93 weeks, 25% of the pregnant women had less than 38 weeks, the average family income was S / . 719.29 soles, 75% had a family income of S / . 800.00 soles or less, 4.3% (3) of the pregnant women were under 18 years old, 84.3% (59) were between 18 and 34 years old and 11.4% (8) were 35 years old or older. 15.7% (11) were under 18 years old or 35 years old or older. 14.3% (10) of pregnant women had primary, 48.6% (34) had secondary, 35.7% (25) had higher, 70% (49) were cohabiting, 21.4% (15) were single and 8.6 % (6) were married. The average number of pregnancies was 2.44, 25% had more than 3 pregnancies. The average number of deliveries before the current pregnancy was 1.16, half had no births, 25% had 2 or more births. The average size of the pregnant women was 1.51 meters, the minimum was 1.35 meters and the maximum was 1.64 meters; 25% had less than 1.48 meters, the average weight of pregnant women was 58.580 kilograms, 25% had more than 61.325 kilograms, 25% had a body mass index less than 22.65, 50% had a mass index body weight greater than 24.72, 25% had a body mass index greater than 26.89 (overweight or obese). 1.4% (1) presented gender violence. The antecedents of obstetric risks were hematological or hepatic diseases in 40% (28), abortion or pre-term delivery to repetition in 27.1% (19), arterial hypertension in 4.3% (3), children with residual lesions or congenital defects in 1.4% (1), endocrinopathies in 1.4% (1) and epilepsies in 1.4% (1). **Conclusions:** The identified risks were, ages under 18, over 34 years of age, low level of education, low size and maternal weight, overweight and pre-pregnancy obesity, gender violence, history of hematological or hepatic diseases, abortion or preterm delivery to repetition , hypertension, children with residual lesions or congenital defects, endocrinopathies and epilepsies.

Keywords: Pregnant, obstetric risk, delivery plan, characteristics of pregnant women, risk history.

Introducción

El embarazo se considera tradicionalmente como un evento fisiológico. Sin embargo, según Zuspan, este evento debe considerarse como de excepción, ya que es capaz de producir la muerte o daño permanente, tanto de la madre como del recién nacido. Las gestantes de riesgo constituyen del 20-30 % del total de embarazadas, y son responsables de 70-80 % de la mortalidad perinatal (1).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) menciona en el 2016, al inicio de la era de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), que la morbilidad y la mortalidad prevenibles relacionadas con el embarazo siguen siendo inaceptablemente altas (2). Cada día mueren en todo el mundo unas 830 mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto. La atención especializada antes, durante y después del parto puede salvarles la vida a las embarazadas y a los recién nacidos (3).

La OMS sugiere que las mujeres que se encuentran en estado de embarazo, deben realizarse los exámenes pertinentes desde el comienzo de la gestación e insistir en la importancia de acudir a sus atenciones prenatales para detectar signos de alarmas o algo inusual, a fin de tomar las medidas de precaución adecuadas para proceder con sus cuidados (2).

El ministerio de salud del Perú considera que la atención prenatal, es vigilar, evaluar, prevenir, diagnosticar y tratar las complicaciones que puedan condicionar morbilidad materna y perinatal, para lograr una/un recién nacida/o sana/o, sin deterioro de la salud de la madre, considerando el contexto físico, psicológico y social, en el marco de los derechos humanos y con enfoque de género e interculturalidad (5). Cuatro categorías concentran el 30,4% de los nacimientos en riesgo de muerte: aquellos de madre mayor de 34 años (9,8%), orden de nacimiento mayor a tres (7,8%), la combinación de mujer mayor a 34 años con orden de nacimiento mayor a tres (7,3%), y madre menor de 18 años (5,5%). El 60,1% de las mujeres actualmente unidas están en posibilidad de concebir hijas o hijos con alto riesgo reproductivo evitable (6).

En la región Junín específicamente en el centro de salud David Guerrero Duarte, donde se brinda atención prenatal; se tiene escasa información sobre la identificación de riesgos en la gestante con plan de parto completo; esta información es muy importante para intervención sanitaria integral y para mejorar los procesos de atención prenatal.

El informe de investigación se describe en cuatro capítulos; el Capítulo I describe el planteamiento del problema, el Capítulo II detalla el marco teórico, el Capítulo III describe la metodología de la investigación; y el IV Capítulo describe el análisis e interpretación de resultados.

CAPÍTULO I

PROBLEMA

1.1. Fundamentación del problema

El embarazo se considera tradicionalmente como un evento fisiológico. Sin embargo, según Zuspan, este evento debe considerarse como de excepción, ya que es capaz de producir la muerte o daño permanente, tanto de la madre como del recién nacido. Las gestantes de riesgo constituyen del 20-30 % del total de embarazadas, y son responsables de 70-80 % de la mortalidad perinatal. El éxito de la atención prenatal reside en la identificación temprana de las gestantes con factores de riesgo. Se les dará su valor clínico, y se planificará la adecuada atención de estas, con la finalidad de evitar o disminuir en lo posible el daño materno y perinatal (1).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) menciona en el 2016, al inicio de la era de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), que la morbilidad y la mortalidad prevenibles relacionadas con el embarazo siguen siendo inaceptablemente altas. Aunque se han realizado progresos considerables, los países tienen que consolidar y acelerar esos avances y ampliar sus agendas para centrarse no solo en la mera supervivencia de sus poblaciones, sino también en mejorar y desarrollar al máximo su salud y potencial (2).

La mortalidad materna es inaceptablemente alta. Cada día mueren en todo el mundo unas 830 mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto. La atención especializada antes, durante y después del parto puede salvarles la vida a las embarazadas y a los recién nacidos (3).

La OMS sugiere que las mujeres que se encuentran en estado de embarazo, deben realizarse los exámenes pertinentes desde el comienzo de la gestación e insistir en la importancia de acudir a sus atenciones prenatales para detectar signos de alarmas o

algo inusual, a fin de tomar las medidas de precaución adecuadas para proceder con sus cuidados (2).

La concepción moderna y el enfoque actual de la salud reproductiva en el instituto mexicano del seguro social, conceden alta prioridad a las actividades destinadas al cuidado de la salud materna, tanto por su importancia para el bienestar general del núcleo familiar como por la magnitud, trascendencia y vulnerabilidad de la mujer en la etapa de embarazo, parto y puerperio (4).

El ministerio de salud del Perú considera que la atención prenatal, es vigilar, evaluar, prevenir, diagnosticar y tratar las complicaciones que puedan condicionar morbilidad materna y perinatal, para lograr una/un recién nacida/o sana/o, sin deterioro de la salud de la madre, considerando el contexto físico, psicológico y social, en el marco de los derechos humanos y con enfoque de género e interculturalidad (5).

En el Perú, cuatro categorías concentran el 30,4% de los nacimientos en riesgo de muerte: aquellos de madre mayor de 34 años (9,8%), orden de nacimiento mayor a tres (7,8%), la combinación de mujer mayor a 34 años con orden de nacimiento mayor a tres (7,3%), y madre menor de 18 años (5,5%). El 60,1% de las mujeres actualmente unidas están en posibilidad de concebir hijas o hijos con alto riesgo reproductivo evitable (6).

La cobertura y calidad de la atención prenatal, durante y después del parto, constituyen factores estrechamente ligados a la salud materno-infantil y son, por lo tanto, elementos que deben ser tomados en cuenta al evaluar la situación general de salud del país (6).

Las condiciones de higiene e inmunización que rodean al parto, sobre todo en lo que se refiere a los instrumentos utilizados para el corte del cordón umbilical, hacen que en el Perú sea necesaria la aplicación de la vacuna antitetánica durante la gestación, para prevenir que la niña o el niño recién nacido pueda contraer el tétano neonatal. La ENDES 2017, muestra que el 57,0% de mujeres con una nacida o nacido vivo en los cinco años anteriores a la encuesta recibieron dos o más dosis de la vacuna

antitetánica. Este porcentaje es mayor en comparación al valor encontrado en el año 2012 (56,1%). El porcentaje de mujeres cuyo último nacimiento fue protegido contra el tétano alcanzó el 76,8% (6).

En la región Junín específicamente en el centro de salud David Guerrero Duarte, donde se brinda atención prenatal; se tiene escasa información sobre la identificación de riesgos en la gestante con plan de parto completo; esta información es muy importante para intervención sanitaria integral y para mejorar los procesos de atención prenatal.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general

¿Cuáles son los riesgos identificados en la gestante con plan de parto completo atendida en el centro de salud David Guerrero Duarte, Junín, octubre - diciembre del 2018?

1.2.2. Problemas específicos

- ¿Cuáles son los riesgos socio demográficos identificados en la gestante con plan de parto completo atendida en el centro de salud David Guerrero Duarte, Junín, octubre - diciembre del 2018?
- ¿Cuáles son los riesgos identificados en los antecedentes de las gestantes con plan de parto completo atendida en el centro de salud David Guerrero Duarte, Junín, octubre - diciembre del 2018?

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1. Objetivo general

Identificar los factores de riesgos en la gestante con plan de parto completo atendida en el centro de salud David Guerrero Duarte, Junín, octubre - diciembre del 2018.

1.3.2. Objetivos específicos

- Identificar los factores de riesgo socio demográficos en la gestante con plan de parto completo atendida en el centro de salud David Guerrero Duarte, Junín, octubre - diciembre del 2018.

- Identificar los factores de riesgo en los antecedentes de las gestantes con plan de parto completo atendida en el centro de salud David Guerrero Duarte, Junín, octubre - diciembre del 2018

1.4. Justificación e importancia

La identificación temprana de los factores de riesgo, seguida de una atención adecuada, puede prevenir o modificar los resultados perinatales desfavorables. 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 (1).

La detección y tratamiento del riesgo obstétrico constituye, según Wall (7) una de las estrategias básicas que han posibilitado la mejora de la salud perinatal. En este aspecto es importante diferenciar la identificación y el tratamiento del riesgo obstétrico, realizada por los clínicos desde los tiempos hipocráticos (8), de los sistemas formalizados de valoración que vienen usándose desde la década de los sesenta.

La detección precoz de riesgos y/o la prevención es uno de los objetivos de la consulta pre natal de las pacientes con factores de riesgo. La identificación temprana de los embarazos y la continuidad permite identificar riesgos en el embarazo, esto a su vez ayuda a la gestión sanitaria en racionalizar los recursos y prestar la atención en el nivel de complejidad que requiere el grado de riesgo. En ningún momento debe significar una disminución de la atención de las pacientes de bajo riesgo.

La prioridad a la atención de determinados riesgos, se hace en función de la magnitud de éstos, así como la vulnerabilidad a la madre y al feto.

En el continuo de servicios de atención de la salud reproductiva, la atención prenatal representa una plataforma para llevar a cabo importantes funciones de atención de la salud, como la promoción de la salud, el cribado y el diagnóstico, y la prevención de enfermedades (2).

Quienes no reciben la atención prenatal adecuada corren el riesgo de que no se detecten posibles complicaciones en el embarazo, parto o que estas complicaciones no se traten a tiempo. Y esto puede provocar problemas graves, tanto para la madre como para el bebé. Por eso es tan importante comenzar con la atención prenatal lo más pronto posible. Lo ideal, es comenzar incluso antes de que la mujer quede embarazada. Por supuesto, esto no siempre es posible. Pero cuanto más antes comiencen las atenciones prenatales en el embarazo, será mejor para el bienestar materno perinatal.

En la región Junín específicamente en el centro de salud David Guerrero Duarte, donde se brinda atención prenatal; se tiene escasa información sobre los riesgos que presentan las gestantes con plan de parto completo. Por lo cual es pertinente identificar y conocer a mayor profundidad estos factores de riesgo; para prevenirlos, mejorar el adiestramiento en su manejo; con el fin de contribuir a mejorar la atención materno perinatal, acordes al contexto socio cultural y reducir la morbilidad materna perinatal.

1.5. Limitaciones

El estudio fue factible de realizar desde los aspectos básicos operativos, técnicos y económicos. Se identificó todas aquellas actividades que fueron necesarias para lograr el objetivo, se evaluó y determino todo lo necesario para la ejecución de la investigación; el proyecto considero los recursos técnicos actuales suficientes (conocimientos, habilidades, experiencia) que fueron necesarios para efectuar las actividades o procesos del estudio.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

A nivel internacional.

Reyes (9), para identificar los factores de riesgos obstétricos en embarazadas que son atendidas en el Hospital " Delfina Torres de Concha" de la ciudad de Esmeraldas, e identificar las complicaciones que se presentan con mayor frecuencia, realizó un estudio exploratorio, descriptivo y cuanti-cualitativo, utilizando una muestra de 55 embarazadas, 10 licenciadas en enfermería, 5 auxiliares de enfermería y 7 médicos obstetras que laboran en el área de Ginecobstetricia, se aplicaron encuestas a las embarazadas conformadas por 14 preguntas de las cuales 5 eran cerradas y 9 de opciones múltiples, en un tiempo de 10 minutos, al personal de salud 10 preguntas abiertas en un tiempo de 20 - 30 minutos, además de una guía de observación aplicada al área y al personal de salud del área de Ginecobstetricia durante el mes de Agosto 2016. Se encontró que el mayor porcentaje de las embarazadas (42%) son las adolescentes de 12 a 16 años, un 46% viven en los sectores urbano marginales y el 44% han logrado culminar la secundaria, de las cuales el 36% solo han realizado 3 controles prenatales dando como resultado la presencia de algunas complicaciones tales como la amenaza de parto pre término en un 27%, pre eclampsia 16%, seguidas de las placenta previa 7%, se pudo concluir que los riesgos obstétricos en la actualidad si está afectando a la comunidad esmeraldeña, el área de salud antes mencionada si cuenta con equipos tecnológicos y personal profesional calificado.

Martínez y Pereira (10); investigaron sobre la caracterización de las gestantes de alto riesgo obstétrico (ARO) en el departamento de Sucre (Colombia) 2015. Objetivo: Caracterizar las gestantes de Alto Riesgo Obstétrico (ARO) que acuden a una IPS pública en el departamento de Sucre, Colombia (periodo enero, febrero y marzo de 2015. Material y métodos: Estudio cuantitativo, descriptivo. La muestra la

conformaron 123 gestantes ARO. Se utilizó un instrumento elaborado por las investigadoras; se sometió a validez de constructo y contenido, y análisis de consistencia interna mediante el alfa de Cronbach. Resultados: El 13,18 % de las gestantes eran menores de 18 años; 38,2% procedentes de la capital y 19,5 % de la región del San Jorge; 66 % no manifestaron antecedentes patológicos; 13,8 % presentaron complicaciones de amenaza de aborto o de parto pretérmino; 37 % eran nulípara; 20.3 % tenían cesárea anterior; 22.8 % sufrieron abortos; 54.5 % manifestaron tensión emocional y mal humor; 82.9% no programaron el embarazo; 24 % con periodo intergenésico de 1 año; 55.3 % (68 gestantes) se encontraban entre la semana 30 y 40 de gestación al momento de participar en el estudio. Conclusiones: La subregión de la Sabana y San Jorge fueron las que presentaron mayor número de gestantes de alto riesgo. Entre las patologías preexistentes más frecuentes se encontró anemias y migrañas, así como las del sistema endocrino y respiratorio. Esta investigación servirá como referente para proporcionar conocimiento respecto al perfil de las gestantes de alto riesgo en Sucre, para que los profesionales involucrados en su atención desempeñen un rol que permita contribuir al control y prevención de las complicaciones en ellas y en la reducción significativa de la mortalidad materna. Palabras clave: gestantes, alto riesgo obstétrico, caracterización.

Gonzales et al (11). Investigaron el riesgo preconcepcional y su vínculo con la salud. La prevención de la enfermedad y la muerte durante el proceso de reproducción es uno de los pilares fundamentales para el desarrollo de la salud reproductiva, donde el riesgo preconcepcional tiene importancia medular por su relación con la mortalidad materna e infantil. Objetivo: mostrar los principales hallazgos sobre la relación entre el riesgo preconcepcional y la mortalidad materna e infantil. Métodos: se realizó una revisión bibliográfica entre los años 2010 - 2015 a publicaciones relacionadas con el tema objeto de estudio en las siguientes bases de datos: Medline, EMBASE, Current Contents, Science Citation Index, todas en español. Conclusiones: un adecuado control y manejo del riesgo preconcepcional permite determinar y evaluar la morbilidad de cada paciente y su estado de salud para asumir un embarazo con resultados satisfactorios. Se evidencia la relación existente entre el riesgo preconcepcional en mujeres en edad fértil y la presencia de complicaciones de

diferente tipo en la madre y el niño, muchas de las cuales ocasionan la pérdida de uno de los dos. Se enfatiza en la necesidad de fortalecer todas las acciones de salud de carácter preventivo que ayuden a la mujer a enfrentar la maternidad en mejores condiciones.

Quiroz et al (12). Investigaron la Morbilidad Materna extremadamente grave en el Centro de Especialidades Médicas del Estado de Veracruz, 2012. Objetivo: Determinar la frecuencia y factores de riesgo de MMEG en el Centro de Especialidades Médicas del Estado de Veracruz (CEMEV). Material y Métodos: Estudio observacional, descriptivo, transversal, en mujeres atendidas por algún evento obstétrico (embarazo, parto o puerperio) en el CEMEVI, quienes cursaron con morbilidad materna durante 2012; se analizaron variables sociodemográficas, gineco-obstétricas y de morbilidad. Resultados: Se atendieron 6,960 mujeres por eventos obstétricos y se encontraron 252 mujeres con morbilidad materna leve o moderada (MLM) y 74 con morbilidad materna extremadamente grave (MMEG). Su prevalencia fue 1.06 por cada 100 eventos obstétricos. Se identificaron como factores de riesgo: madre analfabeta o primaria incompleta, periodo intergenésico menor de 2 años y mayor a 10 años. Conclusiones: Se proponen como acciones para reducir la MMEG: identificar a pacientes con factores de riesgo, asegurar el sistema de triage obstétrico existente en el CEMEVI, fortalecer el sistema de referencia y contrarreferencia y establecer un sistema de vigilancia epidemiológica de la morbilidad materna similar al que existe de la muerte materna.

Ardevol et al (13). Investigaron la labor educativa en mujeres con riesgo reproductivo preconcepcional. Objetivo: aplicar una estrategia de intervención educativa comunitaria acerca de los factores del riesgo reproductivo preconcepcional. Estrategia aplicada a mujeres en edad fértil con seguimiento por consulta de planificación familiar, pertenecientes al local II, área de salud Sur, Municipio Florida, Camagüey, Cuba. Métodos: se ejecutó un estudio de intervención cuasi experimental en una muestra de 153 de mujeres, desde julio de 2010 a julio de 2011. Se desarrolló en dos etapas, donde se describen variables como: factores

socioambientales, antecedentes obstétricos, antecedentes de enfermedades crónicas no transmisibles, estado nutricional, uso de anticonceptivo y nivel de conocimientos concerniente a los factores de riesgo reproductivo preconcepcional. Resultados: predominó el grupo entre los 20 a los 35 años, con una mayor incidencia en madres solteras entre los factores socioambientales y relaciones sexuales inestables; el no uso de anticonceptivos, así como un período intergenésico corto como antecedente obstétrico evidente. La anemia fue la enfermedad crónica no transmisible de mayor frecuencia en mujeres identificadas como desnutridas. Se obtuvieron resultados satisfactorios acerca del nivel de conocimientos referente a los factores del riesgo preconcepcional, además de la modificación parcial después de aplicada la intervención de algunos estos factores identificados en la muestra. Conclusiones: la realización de acciones en la labor de promoción y el desarrollo de actividades capacitadoras hacia el logro de salud reproductiva es un pilar básico para la prevención de complicaciones durante el proceso de reproducción.

Diago et al (14). Investigaron los Factores de riesgo en la hipertensión inducida por el Embarazo. Objetivo: identificar los factores de riesgo de las embarazadas con hipertensión inducida por el embarazo que ingresaron en el servicio de Perinatología. Métodos: se realizó una investigación retrospectiva, transversal, de 40 pacientes con hipertensión arterial durante el embarazo en el año 2010, ingresadas en el servicio de Perinatología del Hospital Materno Infantil de 10 de octubre. Fueron analizados algunos factores epidemiológicos: tipo de hipertensión, edad, paridad, antecedentes patológicos familiares de hipertensión, preeclampsia previa, enfermedad renal, embarazo gemelar. Resultados: la hipertensión crónica y con preeclampsia sobreañadida fueron las más frecuentes. Del total de pacientes hipertensas más del 50% tenían factores de riesgo y de ellos, los antecedentes patológicos familiares y la obesidad ocuparon los primeros lugares. La mayoría de las pacientes con preeclampsia fueron adolescentes y nulíparas. Conclusión: insistir en la identificación de factores de riesgo que conlleven a desencadenar esta enfermedad, así como en el autocuidado de estas pacientes. Palabras clave: hipertensión, embarazadas, factores de riesgo.

Chamy et al (15). Investigaron el riesgo obstétrico y perinatal en embarazadas mayores de 35 años. Objetivo: Evaluar el riesgo materno y perinatal en embarazadas mayores de 35 años. Método: Estudio de cohorte retrospectiva de todos los embarazos atendidos en el hospital Dr. Gustavo Fricke de Viña del Mar, entre enero de 2001 y diciembre de 2006. Se excluyeron menores de 20 años. Se analizaron variables maternas y perinatales. Resultados: En el período hubo 16.338 partos, 10,9% fueron en mujeres entre 35 y 39 años y 3,6% en embarazadas de 40 años o más. Un 27,2% de los embarazos fue en primigestas. La comparación entre embarazadas de 20-34 años y de 35-39 años mostró mayor frecuencia de hipertensión arterial crónica, hospitalización durante el embarazo, diabetes, preeclampsia, hemorragia del tercer trimestre, parto cesárea, hemorragia puerperal, menor peso del recién nacido, y defectos congénitos, entre otros. Hubo mayor frecuencia de rotura prematura de membranas al analizar las mayores de 40 años. Las primigestas tuvieron mayor frecuencia de obesidad, preeclampsia, diabetes, hospitalización del recién nacido, y hemorragia puerperal. Al realizar una regresión logística para determinar influencia de la edad, se apreció que el riesgo de comorbilidades y eventos adversos maternos y fetales aumentaba proporcionalmente con la edad. Conclusión: La edad materna se asoció significativamente en forma independiente con resultados maternos y perinatales adversos. Hubo mayor riesgo para la mayoría de las variables analizadas en embarazadas de 35 años o más.

Rosell et al (16). Investigaron sobre el riesgo reproductivo preconcepcional, realizaron un estudio transversal para estimar la proporción en una población finita y las características de las mujeres con riesgo reproductivo preconcepcional en el policlínico comunitario docente “Dr. Carlos J Finlay” del municipio Camagüey, desde octubre de 2002 hasta abril de 2004. De un universo de 4372 pacientes en edad fértil, se obtuvo una muestra de 187 (error absoluto 5 %, frecuencia del factor 15 %, confiabilidad 95 %); por muestreo bietápico fueron seleccionadas las personas de los registros dispensariales oficiales de la atención primaria de salud. El 58.29 % de las mujeres trabajaban, el 27.81 % tenían 35 años y más. Las madres solteras y malnutridas representaron el 22.46 % y 17.65 % respectivamente. El 9.09 % de las mujeres con riesgo reproductivo preconcepcional tuvieron uno o más abortos del

segundo trimestre, el 6.95 % neonatos con bajo peso al nacer en embarazos anteriores, mientras que dos de ellas reportaron malformaciones congénitas (1.07 %) en sus descendencias; el 8 % de las mismas fueron portadoras de una infección urinaria. También se encontraron las proporciones para anemia ferropénica (3.74 %), asma bronquial (2 %) y cardiopatías (2.14 %). Se estudiaron las variables: mujeres trabajadoras, añosas, fumadoras, con ingreso per cápita bajo, solteras, malnutridas por defecto y nivel escolar primario; así como, las que tuvieron abortos del segundo trimestre y nacimientos anteriores con bajo peso, las cuales se reconocieron como factores locales de riesgo reproductivo preconcepcional; la infección urinaria y la anemia ferropénica se consideraron de igual modo.

Navas et al (17). Realizaron un estudio transversal descriptivo para caracterizar el riesgo preconcepcional de las mujeres en edad fértil. El estudio se realizó en el área de salud rural del policlínico comunitario docente Carlos J. Finlay, perteneciente a cinco consultorios de médicos del poblado de Altagracia, desde enero a diciembre de 2004. El universo lo constituyó la población femenina en edad fértil de dichos consultorios, la muestra 71 señoras evaluadas con riesgo preconcepcional (RPC). La información se recogió de las historias clínicas personales y familiares, y completó una encuesta confeccionada al efecto. Predominaron las edades extremas del período fértil con un 47, 88 % de adolescentes y un 33, 81 % con 35 o más años de edad. Presentaron bajo nivel escolar 70, 42 %, la condición de trabajadoras 46, 48 %, la de madre soltera 36, 62 %, en el aspecto social el per cápita fue inferior a \$50, 00; en el estudio prevalecieron el índice de malnutrición, los malos antecedentes obstétricos y las enfermedades asociadas (asma bronquial, infección urinaria e hipertensión crónica). El dato primario, recogido en la encuesta, se codificó manualmente y se procesó de forma computarizada en una computadora Pentium IV ASUS, el proceso estadístico se realizó a través del paquete de programas Microstat y se utilizaron como medidas: totales y por cientos, el resultado se obtuvo con una confiabilidad de 95 %. Se concluyó que, el control del riesgo preconcepcional es un instrumento imprescindible para todo médico general básico a la hora de mantener la población femenina en edad fértil con bajo riesgo de complicaciones.

A nivel nacional.

Alvino (18), investigo sobre los factores de riesgo en la etapa preconcepcional en usuarias de los consultorios de planificación familiar del Instituto Nacional Materno Perinatal. Febrero 2015. Objetivo: Identificar los factores de riesgo en la etapa preconcepcional en usuarias de los consultorios de planificación familiar del INMP. Febrero.2015. Metodología: Es un estudio tipo aplicada, de corte transversal y prospectivo, con diseño descriptivo, con una población constituida por usuarias que acuden a los consultorios de planificación familiar del Instituto Nacional Materno Perinatal, la muestra estuvo conformada por 73 usuarias, el muestreo fue no probabilístico por conveniencia. El procesamiento de datos se realizó usando el paquete estadístico SPSS versión 21. Resultados y Conclusiones: En este estudio se identificó que el 15.1% de las usuarias son mayores de 35 años y el 6.8% son menores de 19 años; el 23.3% se encuentra en sobrepeso, según su Índice de Masa Corporal. Al analizar los antecedentes personales patológicos, el 4.1% de las encuestadas refirieron nefropatías. En cuanto a los antecedentes familiares, el 35.6 % refirió diabetes mellitus; con respecto a los antecedentes ginecológicos obstétricos; el 43.8% son multíparas, el 42.5% de las encuestadas tuvo por lo menos 1 aborto, el periodo intergenésico corto se presentó en el 50.7% de las usuarias. El 71.2% refirió haber iniciado sus relaciones sexuales entre los 15-19 años. En cuanto al examen de Papanicolaou, el 19.2% nunca se lo realizó; el 49.3% de las pacientes utiliza como método de planificación familiar las píldoras anticonceptivas. El 47.9% de las encuestadas refirió ser ama de casa y el 52.1% refirió como estado civil, la convivencia. Además, el 64.4% no realiza actividad física y el 46.6% refirió un ingreso mensual entre los 750-1000 nuevos soles.

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Atención prenatal

Casi un siglo después de su introducción, la atención prenatal se ha convertido en uno de los servicios de salud más usados en Estados Unidos. En 2001 hubo alrededor de 50 millones de consultas prenatales, la mediana fue de 12.3 visitas por embarazo y muchas mujeres acudieron a 17 visitas o más en total. La información se recopila de certificados de nacimiento y se introdujo un formato revisado en 2003. Ahora se usa en 27 estados y en Puerto Rico,

mientras que los 23 estados restantes todavía usan un formato de 1989. Por desgracia, no es posible hacer una comparación directa de los datos sobre el marco temporal de la atención prenatal entre estos dos sistemas (Osterman, 2011). Desde principios de la década de 1990, los grupos minoritarios son los que más se han beneficiado de la atención prenatal oportuna. Sin embargo, las disparidades continúan. De los 27 estados que usan el certificado de nacimiento revisado, el porcentaje de mujeres caucásicas, hispanas y afroamericanas que no recibieron atención prenatal en 2008 fue 1.1, 2.7 y 3.3, respectivamente (Osterman, 2011). (19)

La asistencia perinatal es la atención médica y psicosocial que se presta a la mujer, a su hijo y a su familia, y que comienza antes del embarazo, se extiende durante la gestación y finaliza un año después del nacimiento. (20)

Los tres componentes básicos de la atención prenatal son 1) valoración temprana y continua del riesgo; 2) promoción de la salud, y 3) intervenciones y seguimiento médico y psicológico. La valoración del riesgo incluye un interrogatorio completo; exploración física; pruebas de laboratorio, y valoración del crecimiento y bienestar fetal. La promoción de la salud consiste en brindar información sobre la atención propuesta, mejorar el conocimiento general sobre el embarazo y la maternidad (y paternidad), además de promover y apoyar los comportamientos saludables. Las intervenciones incluyen tratamiento de cualquier enfermedad existente; provisión de recursos sociales y financieros, y referencia o consulta con otros médicos especialistas. (21)

La atención prenatal (22) comprende todas las acciones de prevención primaria, secundaria y terciaria que se llevan a cabo antes de la gestación, durante ésta y en el puerperio. Sus principales objetivos son:

- Aumentar el nivel de salud de las gestantes y puérperas.
- Identificar los factores de riesgo
- Determinar la edad gestacional
- Diagnosticar la condición fetal
- Diagnosticar la condición materna

- Disminuir la morbilidad materna y perinatal.
- Garantizar la atención sanitaria durante la gestación y el puerperio.
- Ofertar el diagnóstico prenatal.
- Detectar y tratar precozmente trastornos originados o agudizados durante la gestación.
- Identificar los embarazos de riesgo para realizar un control más exhaustivo.
- Educación materna.
- Información y apoyo en la lactancia materna.

2.2.2. Valoración de la atención prenatal apropiada

Un sistema usado con frecuencia para medir la eficacia de la atención prenatal es el índice de Kessner et al. (1973). Este Índice de Kessner incorpora tres elementos del acta de nacimiento: duración de la gestación, momento de la primera consulta prenatal y número de consultas. Aunque no mide la calidad de la atención, el índice se conserva como medida útil de la atención prenatal adecuada. Con este índice, el National Center for Health Statistics concluyó que 12% de las mujeres estadounidenses que dieron a luz en 2000 recibió atención prenatal adecuada (Martin, 2002a). Los Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (2000) analizaron los datos de actas de nacimiento de los años 1989 a 1997 y observaron que la mitad de las mujeres que no recibieron atención prenatal o lo hicieron de forma tardía deseaba iniciarla antes. Las dificultades para la atención variaron según el grupo étnico, edad y método de pago. La razón citada con mayor frecuencia fue la identificación tardía del embarazo por parte de la paciente. La segunda dificultad citada más a menudo fue la falta de dinero o seguro médico para recibir tal atención. La tercera fue la imposibilidad de obtener una cita. (19)

2.2.3. Eficacia de la atención prenatal

La atención prenatal diseñada a principios del siglo XX se orientaba a disminuir los elevados índices de mortalidad materna. No hay duda que esta atención contribuyó al descenso drástico de los índices de mortalidad materna de 690 por 100,000 nacimientos en 1920, a 50 por 100,000 para 1955

(Loudon, 1992); quizá la actual tasa de mortalidad materna relativamente baja de aproximadamente 10 a 15 por 100,000 se relacione con la elevada atención prenatal (Xu, 2010). De hecho, en un análisis de datos de 1998 a 2005 del Pregnancy Mortality Surveillance System (PRAMS), Berg et al. (2010) identificaron un aumento de cinco veces en el riesgo de muerte materna en mujeres que no recibieron atención prenatal. Otros estudios certifican la eficacia de la atención prenatal. Herbst et al. (2003) observaron que la falta de atención prenatal se relaciona con un aumento a más del doble de parto prematuro. Los datos del National Center for Health Statistics mostraron que las mujeres con atención prenatal tenían una tasa general de mortinatos (óbitos) de 2.7 por 1000, comparada con 14.1 por 1000 entre las mujeres sin atención prenatal (Vintzileos, 2002a). Más tarde, estos mismos investigadores publicaron que la atención prenatal se acompaña de menores tasas de parto prematuro y muerte neonatal relacionada con placenta previa, restricción del crecimiento fetal y embarazo postérmino (Vintzileos, 2002b, 2003). Al valorar el formato de atención, Ickovics et al. (2007) compararon la atención prenatal individual y la atención prenatal en grupo. En este último se mantuvo la vigilancia habitual del embarazo en circunstancias grupales, con enfoque especial en el apoyo, educación y participación activa en la atención de salud. Las mujeres incluidas en la atención prenatal en grupo tuvieron tasas mucho más bajas de parto prematuro que aquellas que recibieron atención individual.

(19)

2.2.4. La atención integral de salud materna (5)

2.2.4.1. Atención preconcepcional / pregestacional

La atención es realizada por profesional calificado: médico gineco obstetra, médico cirujano, obstetra, según nivel de complejidad. Dentro de la atención integral materna, la enfermera participa en inmunizaciones, visita domiciliaria y educación para el autocuidado de la salud.

La intervención es predominantemente en la mujer con vida sexual activa en la anamnesis también debe incluir a la pareja. Se debe intervenir desde un año previo a la intención de embarazo,

aunque mínimamente es aceptable 6 meses de intervención, antes del embarazo.

La atención incluye 2 consultas y la referencia a la especialidad correspondiente en caso se encuentre alguna patología. La primera atención es de detección del riesgo gestacional y la segunda de seguimiento o mantenimiento. De acuerdo al caso, se debe realizar la interconsulta o referencia correspondiente.

Incluye:

- Evaluación clínica (realizado por el profesional médico), del riesgo gestacional, nutricional, y de laboratorio.
- Detección y evaluación temprana de riesgo de salud mental.
- Tamizaje de violencia familiar.
- Toma de Papanicolaou, previa orientación/consejería, y examen de mamas (realizado por el profesional médico). Incluye educación para el autoexamen.
- Solicitar evaluación y tratamiento odontológico.
- Revisar carné de vacunación e indicar que se complete según Esquema Nacional de Vacunación. Asimismo, indicar vacunación contra fiebre amarilla en zonas endémicas.
- Indicar suplemento de ácido fólico 1 mg al día, tres meses antes de la concepción.
- Realizar orientación/consejería en salud sexual y reproductiva, sobre estilos de vida saludables y de nutrición adecuada.
- Orientación/consejería a la pareja sobre su proyecto de paternidad y maternidad responsable.
- Revisión del caso con los resultados de exámenes solicitados, elaborar el plan de trabajo a seguir según corresponda (interconsultas a especialidad, nuevas pruebas, planificación familiar, etc.).

Evaluación del riesgo gestacional:

Historia clínica:

Factores sociodemográficos:

- Edad materna (inferior a 15 o superior a 35)
- Obesidad o delgadez extrema
- Alcoholismo, tabaquismo o drogadicción
- Violencia de género
- Actividad física o laboral de riesgo
- Nivel socioeconómico bajo
- Exposición a teratógenos, farmacológicos o ambientales

Antecedentes reproductivos:

- Esterilidad previa
- Aborto o parto pre término a repetición
- Muerte perinatal
- Hijos con lesiones residuales o defectos congénitos

Antecedentes médicos:

- Hipertensión arterial
- Enfermedad cardíaca o renal
- Endocrinopatías
- Epilepsias
- Enfermedad respiratoria crónica
- Enfermedades hematológicas o hepáticas

Evaluación nutricional

- Índice de masa corporal – IMC

Exploración física:

- Presión arterial
- Pulso
- Temperatura
- Examen cardiovascular
- Examen respiratorio
- Peso
- Talla

Exámenes de laboratorio:

- Hemoglobina/hematocrito
- Grupo y Factor Rh
- Orina completa
- Prueba rápida de sífilis
- Prueba rápida de VIH previa consejería
- Glucosa

2.2.4.2. Atención prenatal reenfocada

- En todo establecimiento de salud según nivel de complejidad, se brindará la atención prenatal reenfocada que consiste en: vigilar, evaluar, prevenir, diagnosticar y tratar las complicaciones que puedan condicionar morbilidad materna y perinatal, para lograr una/un recién nacida/o sana/o, sin deterioro de la salud de la madre, considerando el contexto físico, psicológico y social, en el marco de los derechos humanos y con enfoque de género e interculturalidad.
- La primera consulta de atención prenatal deberá tener una duración no menor de 40 minutos y en las consultas de seguimiento debe durar no menos de 25 minutos.
- La atención prenatal reenfocada debe ser realizada por el profesional de la salud: médico Gineco-Obstetra o médico cirujano u obstetra, según el nivel de complejidad del establecimiento de salud. En ausencia de estos profesionales podrá ser asistido por la enfermera.
- Toda complicación del embarazo detectada en cualquier momento de la atención de la gestante debe ser atendida por médico gineco-obstetra.
- Brindar educación a la mujer gestante, su familia y la comunidad sobre cuidados durante la gestación, parto, puerperio.

- Brindar educación sobre la identificación de signos de alarma durante la gestación, parto, puerperio.
- En toda atención prenatal se debe llenar la Historia Clínica Materno Perinatal.
- Brindar la atención prenatal reenfocada según esquema básico de la atención prenatal.
- Realizar evaluación nutricional, orientación/consejería y suplementación con ácido fólico, calcio y hierro.
- Elaborar el plan de parto para la atención institucional del parto con adecuación intercultural, de corresponder.
- Detección y manejo temprano de complicaciones. Realizar dosaje de proteinuria con tira reactiva o ácido sulfosalicílico.
- Promover y preparar para la lactancia materna.
- Facilitar la presencia de un acompañante durante la atención de preferencia la pareja.
- En el primer nivel de atención la primera o segunda atención prenatal debe ser realizada por médico gineco-obstetra o médico cirujano, según el nivel de atención, a fin de realizar el examen físico completo, evaluar los resultados de laboratorio, identificar patologías o complicaciones asociadas, e iniciar manejo en los casos que requiera. En el segundo y tercer nivel de atención es realizada por el médico gineco-obstetra.
- Las autoridades sanitarias correspondientes garantizarán la dotación del equipamiento completo para la atención prenatal, según nivel de atención.

2.2.4.3. Paquete de actividades en la visita domiciliaria a la gestante

- Educación en auto cuidado de la salud dirigida a la gestante y familia, identificación de signos de alarma, verificar la preparación de pezones, percepción y control de los movimientos fetales.

- Informar a la gestante y familia, sobre la importancia de la atención prenatal y de la toma de análisis de laboratorio.
- Verificar la toma de sulfato ferroso más ácido fólico y de medicamentos indicados en caso de alguna patología.
- Verificar vacunas y resultados de exámenes de laboratorio en el carnet prenatal. Coordinar con inmunizaciones del establecimiento de salud en el caso no se haya vacunado. Si no tiene resultados para VIH/SIDA y Sífilis se realizará la prueba rápida previa orientación/consejería.
- Identificación de Violencia Basada en Género y Depresión.
- Segunda y tercera entrevista del plan de parto.
- Firma de compromiso para acudir a su atención prenatal.

2.2.4.4. Plan de Parto:

De aplicación obligatoria en todos los niveles de atención. En el primer nivel de atención se debe realizar siguiendo las siguientes pautas:

- Primera Entrevista: se elabora la ficha de plan de parto en la primera atención prenatal, entregándole una copia a la gestante para que la socialice con su familia y decidan todas las opciones concernientes a la atención del parto; así mismo fijen la fecha para que el personal de salud acuda a su domicilio para la segunda y tercera entrevista.
- Segunda entrevista: se realiza en el domicilio de la gestante antes de la segunda atención prenatal, según la fecha acordada para comprometer a la pareja y a la familia.
- Tercera entrevista: se realiza en el domicilio de la gestante con la participación del agente comunitario o líder comunitario según la fecha acordada para asegurar el apoyo con el transporte en caso de emergencia, entre otras cosas. La

gestante con la tercera entrevista realizada se considera gestante con plan de parto completo.

- En caso sea atendida la gestante en un hospital, las entrevistas del plan de parto serán realizadas en dicho establecimiento de salud.

En el caso de gestante adolescente, previo consentimiento de la adolescente y en calidad de confidencialidad, la tercera entrevista se realiza en la institución educativa, con la participación del tutor o docente encargado del aula para asegurar: permanencia en la institución educativa, apoyo en caso de emergencia, para garantizar el parto institucional y la reinserción escolar después del mismo.

En el segundo y tercer nivel de atención, las entrevistas pueden realizarse durante la consulta pre natal

Se considera Plan de Parto Efectivo, en aquella gestante que después de haberle realizado las 3 entrevistas termina en parto institucional.

2.2.5. Riesgo

El riesgo es la medida que refleja la posibilidad de que se produzca, un hecho o daño a la salud (23).

¿Qué significa el término riesgo? En términos generales, es una medida que refleja la probabilidad de que se produzca un hecho o daño a la salud (enfermedad, muerte, etc.). Su enfoque se basa en la medición de esa probabilidad, la cual se emplea para estimar la necesidad de atención a la salud o a otros servicios. Riesgo es la probabilidad de que un hecho ocurra.

¿Qué es un factor de riesgo? Es cualquier característica o circunstancia detectable de una persona o grupo de personas que se sabe asociada con un aumento en la probabilidad de padecer, desarrollar o estar especialmente expuesta a un proceso mórbido (23).

2.2.6. Factor de Riesgo

Corresponde a la característica biológica, social o ambiental que al estar presente se asocia con un aumento de la probabilidad de que, tanto la madre como el feto y el recién nacido, puedan sufrir un daño. Desde el punto de vista médico, el daño es la morbilidad que puede experimentar un individuo como consecuencia de la acción del factor de riesgo. Durante la atención prenatal, mediante anamnesis, examen físico y evaluaciones de laboratorio e imágenes, se detectará la presencia de factores de riesgo. (24).

2.2.7. Detección del riesgo (25)

Desde el punto de vista de la probabilidad que tiene una mujer embarazada de tener un mal resultado obstétrico perinatal, los embarazos pueden ser o no de riesgo.

Los embarazos tienden a evolucionar en forma normal y los resultados perinatales son buenos sin demasiado intervencionismo ni utilización de tecnología de última generación. Aun así, al momento del parto se debe tener presente que un porcentaje que varía entre el 10 y el 5 % de los embarazos, pueden presentar una complicación que ponga en riesgo la vida de la madre o del hijo.

Los embarazos que se les detecta riesgos, dejados evolucionar en forma fisiológica (sin intervencionismo) presentan una posibilidad considerable de presentar malos resultados obstétricos perinatales, y por lo tanto necesitan personal calificado para atender estas circunstancias y muchas veces tecnología compleja para su vigilancia y atención.

Lamentablemente, la división entre estas dos categorías es dilemática y depende de tantos factores (de la mujer – terreno biológico, social, educación, económico, geográfico, etc. -, del feto, de la institución – disponibilidad de tecnología, capacitación del personal, etc.-) que es imposible hacer una tabla que contemple en forma terminante todas las posibilidades.

Existen algunas situaciones clínicas que determinan el riesgo, que detallamos a continuación:

- Feto-Ovulares: Prematurez, restricciones del crecimiento intrauterino, cromosomopatías, malformaciones, oligoamnios, polihidramnios, placenta previa, embarazo múltiple, sospecha de pérdida de bienestar fetal intraparto, presentación podálica, infecciones intrauterinas, etc.
- Preconcepcional: Enfermedades crónicas vinculadas a malos resultados obstétricosperinatales (anemia severa, trombofilias, diabetes, hipertensión arterial crónica, enfermedades autoinmunes, cardiopatías, virus de la inmunodeficiencia humana, etc.), cicatrices previas en utero, obesidad mórbida, o bajo peso materno, comorbilidades infecciosas (neumonías, pielonefritis, apendicitis, etc.) adolescente menor de 15 años, edad mayor de 35 años,
- Durante el embarazo: Estados hipertensivos del embarazo, diabetes gestacional, fiebre, hemorragia durante el embarazo, corioamnioanitis o infección puerperal, talla menor de 1.50 mts., etc.
- Factores socioculturales y económicos: consumo problemático de drogas sociales o ilícitas

2.2.8. Riesgo preconcepcional (1)

Se conoce como riesgo preconcepcional a la probabilidad que tiene una mujer no gestante de sufrir daño (ella o su producto) durante el proceso de la reproducción.

Esto está condicionado por una serie de factores, enfermedades o circunstancias únicas o asociadas que pueden repercutir desfavorablemente en el binomio madre- feto o neonato, durante el embarazo, parto o puerperio.

Por eso, el riesgo puede ser de carácter biológico, psicológico y social, y no es valorado por igual en cada caso; es decir, que la misma condición de riesgo no repercute de forma igual en cada mujer o pareja, por lo que se debe hacer un enfoque y análisis individualizado en cada caso. Por lo tanto, no puede hacerse una clasificación esquemática del riesgo preconcepcional, pero sí se deben tener en cuenta los criterios principales que ayuden a su identificación.

Antecedentes y condiciones generales

Edad (menos de 18 y más de 30 años) En las mujeres muy jóvenes es más frecuente que el embarazo termine antes de tiempo (aborto, parto inmaduro o prematuro), así como que ocurran malformaciones congénitas y complicaciones como: inserción baja placentaria, toxemia, distocia del parto, muerte fetal, etc.

En las mujeres mayores de 35 años también son frecuentes las complicaciones antes señaladas, sobre todo si se añaden otros factores de riesgo como el hábito de fumar, las enfermedades crónicas y la multiparidad.

Peso (malnutridas)

Las malnutridas por defecto deberían aumentar de peso antes de la concepción, ya que con frecuencia se le asocian partos pretérminos y toxemia. En el caso de las obesas, las complicaciones principales van a estar relacionadas con la preeclampsia, la toxemia y la hipertensión arterial, pero también con la prematuridad y bajo peso.

Condiciones sociales desfavorables o conductas personales (o de pareja) inadecuadas

Estas 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 y violencia familiar.

Antecedentes obstétricos y reproductivos

- Paridad: es más riesgosa la primera gestación (sobre todo si concomitan otros factores), así como en mujeres con más de tres partos.
- Intervalo intergenésico: se considera corto cuando es menor de 2 años. Esta condición se asocia, con más frecuencia, a nacimientos pretérminos, y anemias durante el embarazo y la no atención adecuada al hijo existente.
- Abortos espontáneos, malformaciones congénitas y muertes perinatales: pudieran estar relacionados con factores orgánicos y genéticos que deben ser estudiados antes del embarazo.

- Recién nacidos de bajo peso y pretérminos: pueden repetirse en próximas gestaciones alguna causa previa que lo favorezca: enfermedades crónicas, hábito de fumar, malformaciones uterinas, miomas, etc.
- Preeclampsia: puede repetirse debido al mal control de los hábitos higiénico-dietéticos y a otros factores.
- Cesárea anterior: como toda intervención sobre el útero debe considerarse hasta los 2 años para una nueva gestación, ya que es un factor que no se puede modificar.
- Rh negativo sensibilizado: es un importante riesgo, aunque no es frecuente. También debe estudiarse cuando han existido múltiples gestaciones.

Antecedentes patológicos personales

Principales enfermedades crónicas

Entre estas se encuentran hipertensión arterial, diabetes mellitus, cardiopatías, nefropatías y hepatopatías, que son las más importantes por su repercusión sobre la vida del binomio, seguidas en frecuencia por el asma bronquial y las anemias. Es importante destacar que cuando se asocian los factores, el riesgo se incrementa.

Una vez detectado el problema y su magnitud, debemos actuar para, en lo posible, erradicar, disminuir o controlar el riesgo, y, de esta manera, posibilitar el embarazo en el caso que se desee, o tomar una conducta sobre anticoncepción temporal o definitiva.

En nuestro medio, en el nivel de APS existe un Programa para el Control de Riesgo Preconcepcional, que se desarrolla en todos los consultorios médicos de la familia y se centraliza a nivel del policlínico: tiene como objetivo fundamental incidir y modificar positivamente el riesgo existente antes de que la mujer sea fecundada, con el fin de lograr que la concepción ocurra en las mejores condiciones posibles.

Este programa establece una negociación con la pareja o la mujer sobre su futuro reproductivo, con pleno conocimiento de su riesgo, para que espere un tiempo (acordado entre ambas partes) para su estudio y mejoramiento de las condiciones. Durante este periodo debe usar algún método anticonceptivo.

Esta conducta debe guiarse con una orientación adecuada, no imponerse, ya que se rompería la relación de respeto médico-paciente.

Se considera controlada a una paciente cuando existe registro del pensamiento médico en la historia clínica, con la correspondiente estrategia que se vaya a seguir.

No se incluyen dentro de este programa:

- Paciente que no desea embarazo, o que se infiera que no desea embarazo y que está usando un método anticonceptivo.
- Cuando exista la certeza de que no hay actividad sexual.
- Cuando hay anticoncepción permanente.
- Cuando haya desaparecido la condición de riesgo.

Si alcanzamos un conocimiento y control adecuados del riesgo preconcepcional, disminuirémos la morbilidad y mortalidad materna y perinatal.

Riesgo obstétrico

El embarazo se considera tradicionalmente como un evento fisiológico. Sin embargo, según Zuspan, este evento debe considerarse como de excepción, ya que es capaz de producir la muerte o daño permanente, tanto de la madre como del recién nacido.

Las gestantes de riesgo constituyen del 20-30 % del total de embarazadas, y son responsables de 70-80 % de la mortalidad perinatal.

El éxito de la atención prenatal reside en la identificación temprana de las gestantes con factores de riesgo. Se les dará su valor clínico, y se planificará la adecuada atención de estas, con la finalidad de evitar o disminuir en lo posible el daño materno y perinatal. Un factor de riesgo se define como aquel 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, puede prevenir o modificar los resultados perinatales desfavorables.

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.

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

El enfoque de riesgo se basa en la medición de esa probabilidad. El enfoque de riesgo encierra el supuesto de que según se avance en el conocimiento sobre los factores de riesgo que permitan acciones preventivas eficaces, los daños a la salud ocurrirán en menor número y consecuencia.

La importancia y el valor del factor de riesgo para la medicina preventiva dependen del grado de asociación al daño a la salud, de la frecuencia del factor de riesgo en la comunidad y de la posibilidad de prevenirlo.

El grado de asociación se determina mediante el llamado riesgo relativo, que expresa el número de veces en que el daño aparece en las personas que presentan el factor, cuando se compara con su aparición en las personas que no presentan el factor de riesgo. Representa el riesgo individual.

El conocimiento del valor del riesgo relativo es importante para el obstetra que se responsabiliza con la atención directa de una gestante determinada. La frecuencia del factor de riesgo en la comunidad sirve de base para la determinación del riesgo atribuible, que tiene en cuenta no solo el riesgo relativo del factor de riesgo sino, además, su frecuencia. El riesgo atribuible expresa el riesgo dentro de la colectividad y su conocimiento es muy importante para los responsables de salud de un área, municipio o provincia, cuando deben reducir la prevalencia de factores de riesgo en la población.

La relación de un factor de riesgo determinado con un daño concreto puede ser de tres tipos:

1. Relación causal: el factor de riesgo desencadena el proceso morboso. Por ejemplo: la placenta previa origina la muerte fetal por anoxia; la rubéola durante el primer trimestre del embarazo causa malformaciones congénitas.
2. Relación favorecedora: en ella existe una franca relación entre el factor de riesgo y la evolución del proceso (pero no es la causa directa). Por ejemplo: la gran multiparidad favorece la situación transversa y el prolapso del cordón umbilical.
3. Relación predictiva o asociativa: se expresa en sentido estadístico, pero no se conoce la naturaleza de esa relación. Por 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.

En realidad, la mayoría de los factores de riesgo tienen una relación favorecedora, de manera que entre el factor de riesgo y el resultado final (daño) debe aparecer un resultado intermedio sin el cual no llegaría a ocurrir el daño. La detección y la prevención de este resultado intermedio es el objetivo de la consulta prenatal de las pacientes con factores de riesgo.

En este concepto se aúna un grupo diferente de embarazos, y la incidencia varía, según los criterios obstétricos, entre el 15 y 60 %.

La comparación de la evolución entre los grupos de embarazadas de riesgo y las normales destaca un hecho esencial: que también se producen accidentes perinatales en el grupo de embarazadas caracterizadas a priori como normales; es decir, que no existe un embarazo sin riesgo potencial.

La valoración del riesgo brinda muchos beneficios, ya que, además de ayudar a la identificación del embarazo de alto riesgo, constituye un excelente instrumento educativo. Esta valoración proporciona los datos precisos necesarios para descubrir los problemas potenciales y dirigir con plena

eficacia las acciones médicas, así como establecer las encaminadas a resolver o prevenir dichos problemas.

Identificación del alto riesgo obstétrico

Varios sistemas para la investigación de la gestante de alto riesgo obstétrico han sido propuestos por diferentes autores, y cada uno de ellos consiste en una lista de condiciones, que se conocen y se asocian a resultados perinatales desfavorables. Estos sistemas incluyen entre los factores de riesgo complicaciones médicas que afectan a la madre, o el antecedente de una mala historia obstétrica. Algunos sistemas dan un valor numérico a los factores de riesgo, en dependencia de la gravedad de estos, con una puntuación total que supone la gravedad del problema potencial.

Otros sistemas identifican a las gestantes de riesgo mediante una evaluación cuidadosa de la historia médica y obstétrica de las gestantes.

Los que defienden los sistemas de puntuación alegan que estos ayudan al médico encargado de la atención de la gestante no solo a seleccionar las gestantes de riesgo, sino que permiten elaborar un pronóstico del embarazo, lo que no se obtiene siempre, debido a la baja sensibilidad de muchos de los indicadores de riesgo y también a causa de que los resultados del embarazo están influidos por las interacciones médicas efectuadas después que se identifica la situación de alto riesgo, lo que limita su empleo para predecir resultados.

El sistema escogido para la selección de las gestantes de alto riesgo debe permitir, por tanto, la identificación fácil y rápida de los factores de riesgo, para poder iniciar la atención adecuada de cada caso en particular. Debe permitir también una evaluación continua durante todo el embarazo, que tome en consideración la relación mutua que tienen algunos factores entre un periodo y otro del embarazo, de manera que no solo identifique el grupo de riesgo al inicio de la gestación, sino que pueda determinar la presencia de

cualquier complicación que haga que una gestante de bajo riesgo se convierta en una de alto riesgo.

La valoración estandarizada del riesgo incrementa considerablemente la calidad de la atención prenatal al poner a disposición del clínico un vasto caudal de información que garantiza un cuidado prenatal óptimo.

2.2.9. Factores sociales

Un factor social es una vía de explicación multilateral de la complejidad de una realidad concreta o sistema social, gracias al análisis de las múltiples conexiones que como parte de ese sistema y de otros se establecen a través suyo, permitiendo obtener una visión parcial de la totalidad de la misma. El factor social también permite, en ese sentido, ver el todo desde él como parte, es una ventana al todo, y el todo se refleja de cierta manera en él. La importancia desde el punto de vista nodal de un factor social, es que, debido a todas las conexiones con otros aspectos múltiples de la realidad de que forma parte y de otras realidades, se logra explicar esa realidad, aunque sea de manera parcial (26).

Los factores sociales en cualquier realidad concreta están constituidos por las interacciones que se dan entre las personas en las distintas áreas de manifestación de lo social, como son: las estructuras sociales, las instituciones sociales como la familia, la escuela, el Estado, la religión, la cultura, etcétera, las cuales al mismo tiempo que son constituidas gracias a su mediación por los actores sociales colectivos e individuales a través de la realidad concreta, inciden en la realidad concreta como un todo, en la misma medida que ella influye también en ellos (26).

2.2.9.1. Edad materna

Tiempo de vida de una persona a partir de su nacimiento. La edad también representa cada una de las etapas del desarrollo físico y

los periodos en que se divide la vida humana, como la infancia, adolescencia, juventud, madurez y vejez.

La edad es un antecedente biodemográfico que permite identificar factores de riesgo a lo largo del ciclo vital de las personas; en el caso de la mujer adquiere especial importancia el período llamado edad fértil. El embarazo, si bien es una situación fisiológica, expone a la mujer, al feto y recién nacido, a la probabilidad de enfermar o morir.

2.2.9.2. Educación materna

La educación materna ha mostrado una relación inversamente proporcional con la morbilidad materna perinatal. Según algunos investigadores esto se explicaría porque las madres de un mejor nivel educacional posponen la maternidad o la edad de matrimonio y además optan por cuidados médicos para el control del embarazo y parto, por lo cual esta variable está íntimamente relacionada con actitudes y prácticas de las madres. Mosley menciona que en países subdesarrollados la educación paterna puede ser tan importante como la materna, ya que un padre mejor educado es quien decide en última instancia por una adecuada atención médica o cuidados de sus hijos (27).

2.2.9.3. Estado civil

Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto. Conjunto de las circunstancias personales que determinan los derechos y obligaciones de las personas (28).

Estado civil es esencialmente un atributo de la persona, una cualidad que lleva consigo que le permite diferenciarse y distinguirse legalmente de los demás. Se distinguen 06 tipos (soltero, casado, viudo, divorciado, separado, conviviente) (29).

Para aspectos de estudio consideraremos:

Soltero: Es la persona que no tiene unión legal con otra persona.

Casado: Persona que legalmente está unida a otra persona atribuyéndoseles derechos y obligaciones de la otra.

Conviviente: es la persona que legalmente no está unida, pero que desarrolla una vida de convivencia con otra atribuyéndosele algunas obligaciones y responsabilidades.

Divorciado: Es la persona que legalmente por trámite judicial culmina el matrimonio, pudiendo desarrollar de forma libre acciones personales y/o familiares (30).

2.2.9.4. Paridad

El antecedente del número de partos previos es usado para establecer el riesgo obstétrico. Según varios investigadores la primiparidad o el primer embarazo tienen una alta correlación con el aborto y mortalidad materna; esta se potencia cuando interactúa con embarazo en la adolescencia o en mujeres mayores de 30 años. Por otro lado, la multiparidad también ha sido asociada a resultados adversos explicados principalmente por complicaciones obstétricas o patologías maternas (31).

2.3. Variables de Estudio

2.3.1. Identificación de Variable

Variable: Riesgos en la gestante con plan de parto completo atendida en el Centro de Salud David Guerrero Duarte.

Dimensión: Socio demográfica

Semanas de gestación antes del parto

Nivel de Instrucción de la gestante

Estado civil de la gestante

Numero de gestación

Número de partos (antes del embarazo actual)

Edad de la gestante en años

Talla en metros

Peso en Kilogramos

Índice de masa corporal pregestacional

Alcoholismo, tabaquismo o drogadicción

Violencia de genero

Actividad física o laboral de riesgo

Ingreso familiar mensual

Exposición a teratógenos, farmacológicos o ambientales

Dimensión: Antecedentes de las gestantes

Antecedente de esterilidad previa

Antecedente de aborto o parto pre término a repetición

Antecedente de muerte perinatal

Antecedente de hijos con lesiones residuales o defectos congénitos

Antecedente de hipertensión arterial

Antecedente de enfermedad cardíaca o renal

Antecedente de endocrinopatías

Antecedente de epilepsias

Antecedente de enfermedad respiratoria crónica

Antecedente de enfermedades hematológicas o hepáticas

2.3.2. Operacionalización de variable

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicador (es)	Ítem	Valor
Riesgos en la gestante con plan de parto completo atendida en el Centro de Salud David Guerrero Duarte	Son rasgos, eventos o fenómenos de cualquier naturaleza a los cuales se expone el individuo en su ambiente cuya consecuencia puede ser la producción de una enfermedad o daño o efecto.	Análisis documental de las historias clínicas de las gestantes con plan de parto completo sobre riesgos identificados y registro en la ficha de recolección de datos	Socio demográfica	Semanas de gestación antes del parto	Semanas de gestación antes del parto registrada en la historia clínica	Número
				Nivel de Instrucción de la gestante	Sin instrucción	1
					Primaria	2
					Secundaria	3
					Superior	4
				Estado civil de la gestante	Soltera	1
					Conviviente	2
					Casada	3
					Viuda	4
					Divorciada	5
				Numero de gestación	Numero de gestación	Número
				Número de partos (antes del embarazo actual)	Número de partos antes del embarazo actual	Número
				Edad de la gestante	Edad de la gestante en años	Número
				Talla en metros	Talla en metros	Número
				Peso en Kilogramos	Peso en Kilogramos	Número
				Índice de masa corporal pregestacional	Índice de masa corporal pregestacional	Número
				Alcoholismo, tabaquismo o drogadicción	Alcoholismo, tabaquismo o drogadicción	Si(1) No(2)
				Violencia de genero	Violencia de genero	Si(1) No(2)
				Actividad física o laboral de riesgo	Actividad física o laboral de riesgo	Si(1) No(2)
				Ingreso familiar mensual	Ingreso familiar mensual	Si(1) No(2)
				Exposición a teratógenos, farmacológicos o ambientales	Exposición a teratógenos, farmacológicos o ambientales	Si(1) No(2)
			Antecedentes de la gestante	Antecedente de esterilidad previa	Antecedente de esterilidad previa en la gestante	Si(1)/No(2)
				Antecedente de Aborto o parto pre término a repetición	Antecedente de Aborto o parto pre término a repetición en la gestante	Si(1)/No(2)
				Antecedente de Muerte perinatal	Antecedente de Muerte perinatal en la gestante	Si(1)/No(2)
				Antecedente de Hijos con lesiones residuales o defectos congénitos	Antecedente de Hijos con lesiones residuales o defectos congénitos en la gestante	Si(1)/No(2)
				Antecedente de Hipertensión arterial	Antecedente de Hipertensión arterial en la gestante	Si(1)/No(2)
				Antecedente de Enfermedad cardiaca o renal	Antecedente de Enfermedad cardiaca o renal en la gestante	Si(1)/No(2)
				Antecedente de Endocrinopatías	Antecedente de Endocrinopatías en la gestante	Si(1)/No(2)
				Antecedente de Epilepsias	Antecedente de Epilepsias en la gestante	Si(1)/No(2)
				Antecedente de Enfermedad respiratoria crónica	Antecedente de Enfermedad respiratoria crónica en la gestante	Si(1)/No(2)
				Antecedente de Enfermedades hematológicas o hepáticas	Antecedente de Enfermedades hematológicas o hepáticas en la gestante	Si(1)/No(2)

2.4. Definición de términos

El embarazo o gravidez (de grávido, y este del latín gravidus) es el período que transcurre entre la implantación del cigoto en el útero, hasta el momento del parto.

Gestante. Estado de embarazo o gestación. Estado fisiológico de la mujer que se inicia con la fecundación y termina con el parto.

Atención de la gestante

Cada una de las actividades que realiza el profesional con competencias con la gestante para su atención pre natal, en establecimiento de salud.

Riesgo

El riesgo es la medida que refleja la posibilidad de que se produzca, un hecho o daño a la salud

Factor de riesgo

Son eventos o fenómenos de cualquier naturaleza a los cuales se expone el individuo en su ambiente cuya consecuencia puede ser la producción de una enfermedad o efecto.

Plan de parto

Es un instrumento utilizado como una estrategia efectiva que busca detallar, organizar y movilizar los recursos institucionales, familiares y comunitarios para la atención oportuna de la gestante en el momento del parto. Consta de 3 entrevistas.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Ámbito de estudio

La investigación sobre los riesgos en la gestante con plan de parto completo se realizó en el Centro de Salud David Guerrero Duarte; ubicado en el distrito de Concepción, el cual es uno de los quince distritos que conforman la Provincia de Concepción del departamento de Junín, se encuentra ubicada a la margen izquierda del caudaloso río Mantaro. Limita por norte con el distrito de Matahuasi y 9 de Julio; por el sur, el distrito de San Jerónimo de Tunán; por el noreste, distrito de Santa Rosa de Ocopa; por el este, distrito de Quichuay; y por el oeste, distrito de Mito. El distrito se encuentra a una altitud de 3,283 m.s.n.m.

3.2. Tipo de investigación

El estudio fue una investigación observacional, retrospectiva, descriptiva, de corte transversal. Observacional porque no existe intervención del investigador, los datos reflejan la evolución natural de los eventos, ajena a la voluntad del investigador, retrospectivo porque recolecta y analiza la información que se produjo con anterioridad, los datos se recogen de registros donde el investigador no tuvo participación (secundarios), transversal porque todas las mediciones se hacen en una sola ocasión, por lo que no existen períodos de seguimiento, descriptivo porque sus datos serán utilizados con finalidades puramente descriptivas. Su propósito es describir la variable y analizarla en un momento dado (32-34).

3.3. Nivel de investigación

El nivel de investigación fue descriptivo (DANKHE 1986); Su propósito fue describir (medir) el comportamiento de la variable o variables en forma independiente. Es decir, buscan especificar las propiedades de la variable, la caracterización de un hecho, fenómeno, individuo o grupo, con el fin de establecer

su estructura o comportamiento. Es decir, pretendió medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o las variables a las que se refieren (32, 35-37).

3.4. Métodos de investigación

3.4.1. Método general:

Se utilizó el método inductivo. Según Pimienta (38) es aquel que obtiene conclusiones generales a partir de premisas particulares. Se trata del método científico más usual, en el que pueden distinguirse cuatro pasos esenciales: la observación de los hechos y su registro; la clasificación y el estudio de estos hechos; la derivación inductiva que parte de los hechos y permite llegar a una generalización; y la contrastación. Es un método científico que elabora conclusiones generales a partir de enunciados observacionales particulares y parte de lo particular a lo general.

3.4.2. Método Básico

Se utilizó el método descriptivo porque describe las características de la población de estudio en su forma natural, basada en la observación (38).

3.5. Diseño de investigación

Según Hernández el diseño es el plan o estrategia concebida para obtener la información que se desea. El estudio corresponde a un diseño descriptivo simple; porque se trabajó sobre realidades del hecho y su característica fundamental fue la de realizar una interpretación correcta del fenómeno (34, 36, 37).

Donde:

M O

M: Gestantes con plan de parto completo atendida en el Centro de Salud David Guerrero Duarte.

O: Riesgos en la gestante

3.6. Población, muestra y muestreo

3.6.1. Población

Fueron todas las gestantes que tuvieron plan de parto completo atendida en el centro de salud David Guerrero Duarte, Junín, octubre - diciembre del 2018; según registros estadísticos fueron un total de 70 gestantes con plan de parto completo.

Según Hernández una población es el conjunto de todos los casos que concuerdan con una serie de especificaciones, es la totalidad del fenómeno a estudiar, donde las entidades de la población poseen una característica común la cual se estudia y da origen a los datos de la investigación (34, 36, 39, 40).

3.6.2. Muestra:

El estudio fue censal. La muestra de estudio la constituyeron todas las gestantes con plan de parto completo atendidas en el centro de salud David Guerrero Duarte, Junín, octubre - diciembre del 2018 (34, 36, 39, 40).

3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Se tomó en cuenta los aspectos éticos, ya que toda información recolectada fue de absoluta reserva, no se vulneró los derechos humanos, se respetó la dignidad de todos los seres humanos más allá de las condiciones de desarrollo humano.

La técnica utilizada fue el **análisis documental**; Esta técnica permitió el análisis documental de las Historias Clínicas, registros de seguimiento, de los usuarios atendidos en el establecimiento de salud. La información fue recolectada por los investigadores de campo previamente capacitados y estandarizados para tal fin.

Fuentes Secundarias

- Historia Clínica, registro de seguimiento de los usuarios.

El instrumento fue la **ficha de recolección de datos** conteniendo la variable y subvariables a estudiar; la cual fue elaborada en base al planteamiento del problema, propósito, objetivos, variables de estudio entre otros. Los datos recogidos fueron ordenados, codificados e ingresados a una tabla en Excel y luego para el análisis fue transportada al software SPSS 23, paquete estadístico intuitivo y versátil que posibilita en análisis de datos de investigaciones con enfoque cuantitativo.

3.8. Procedimiento de recolección de datos

Para la recolección de datos se tuvo en cuenta lo siguiente:

Primero: Se realizó el trámite administrativo en el programa de segunda especialidad de la Facultad de Ciencias de la Salud, para el proceso de investigación.

Segundo: Se validó el instrumento de recolección de datos por juicio de expertos; buscando que el instrumento mida o capture los datos que realmente sirvan para el propósito para el cual fue construido.

La valoración de los expertos fue cualitativa. En el instrumento de investigación, el contenido o ítems utilizados para las mediciones y sus resultantes fueron consideradas pertinentes para la investigación.

Tercero: Luego se solicitaron los permisos respectivos para la realización de la investigación al director del Centro de Salud David Guerrero Duarte, el permiso o autorización fue importante para el acceso a los registros de atención, historia clínica, libro de seguimiento entre otros.

Cuarto: Se capacitaron a los investigadores de campo para la recolección de los datos de investigación y registro en la ficha de recolección de datos.

Quinto: Con la debida autorización del director del establecimiento de salud, se tuvo una reunión con la jefatura de los servicios de salud de obstetricia y a la Oficina de Estadística e Informática, para las coordinaciones previa a la recolección de información.

Luego se procedió a la revisión de los registros de atención, historias clínicas, libro de seguimiento entre otros; se aplicó la ficha de recolección de datos a toda la muestra de estudio.

Sexto: Se codificó y tabuló los datos obtenidos en una hoja de cálculo del aplicativo Microsoft Office Excel; para el análisis estadístico se exportó la base de datos del Excel al programa “Statistical Package for the Social Sciences” (SPSS).

3.9. Técnicas de procesamiento y análisis de datos

Primero se realizó un ordenamiento, clasificación y codificación de los datos recolectados en el trabajo de campo. Se elaboró una base de datos en una hoja de cálculo en Microsoft Excel 2016; esto se realizó por el fácil uso y familiaridad con el aplicativo ofimático.

Para el análisis estadístico se importó la base de datos del Excel al programa SPSS 23 para Windows, con la finalidad de realizar el análisis estadístico descriptivo según la naturaleza del estudio. El ingreso de datos lo realizó una persona con experiencia en el manejo de equipos de cómputo hojas de cálculo Excel y software SPSS.

Los datos fueron presentados en tablas de frecuencias absolutas, relativas y medidas de tendencia central.

Se inició el análisis con la parte descriptiva cuantificando y caracterizando a la población estudiada.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4.1. Presentación e Interpretación de Datos

En el presente estudio, se investigaron los riesgos en la gestante con plan de parto completo atendida en el Centro de Salud David Guerrero Duarte, Junín, octubre - diciembre del 2018

Tabla 1. Semanas de gestación antes del parto e ingreso familiar mensual en las gestantes con plan de parto completo atendida en el Centro de Salud David Guerrero Duarte, Junín, octubre - diciembre del 2018.

Estadísticos	Semanas de gestación antes del parto	Ingreso familiar mensual
Cantidad de gestantes	70	70
Media	38.93	719.29
Mediana	39.00	700.00
Mínimo	34	100.00
Máximo	42	1500.00
Percentil 25	38	600.00
Percentil 50	39	700.00
Percentil 75	40	800.00

Fuente: Ficha de recolección de datos sobre identificación de riesgos en la gestante con plan de parto completo atendida en el Centro de Salud David Guerrero Duarte, Junín, octubre - diciembre del 2018

En la tabla 1. Del total de gestantes con plan de parto completo atendida en el Centro de Salud David Guerrero Duarte. La edad gestacional promedio fue de 38.93 semanas, la mitad de las gestantes tuvieron 39 semanas o menos, la edad gestacional mínima fue de 34 semanas y la edad máxima de 42 semanas. El 25% de las gestantes tuvieron menos de 38 semanas, el 75% de las gestantes tuvieron 38 semanas o más. El ingreso familiar promedio fue de S/. 719.29 soles, la mitad de las familias de las

gestantes tiene un ingreso familiar de S/. 700.00 soles o menos, el ingreso familiar mínimo fue de S/. 100.00 y el máximo de S/. 1500.00 soles, el 25% tuvieron un ingreso familiar de S/. 600.00 soles o menos, el 75% tuvieron un ingreso familiar de S/. 800.00 soles o menos.

Tabla 2. Grupo de edad de las gestantes con plan de parto completo atendida en el Centro de Salud David Guerrero Duarte, Junín, octubre - diciembre del 2018.

Grupo de Edad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Menor de 18 años	3	4.3	4.3
De 18 a 34 años	59	84.3	88.6
De 35 a más años	8	11.4	100.0
Total	70	100.0	

Fuente: Ficha de recolección de datos sobre identificación de riesgos en la gestante con plan de parto completo atendida en el Centro de Salud David Guerrero Duarte, Junín, octubre - diciembre del 2018

En la tabla 2. Del 100% (70) de gestantes con plan de parto completo atendida en el Centro de Salud David Guerrero Duarte; el 4.3% (3) tuvieron menos de 18 años, el 84.3% (59) tuvieron de 18 a 34 años y el 11.4% (8) tuvieron 35 años a más. El 15.7% (11) tuvieron menos de 18 años o de 35 años a más.

Tabla 3. Nivel de instrucción de las gestantes con plan de parto completo atendida en el Centro de Salud David Guerrero Duarte, Junín, octubre - diciembre del 2018.

Nivel de instrucción de la gestante	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Sin instrucción	1	1.4	1.4
Primaria	10	14.3	15.7
Secundaria	34	48.6	64.3
Superior	25	35.7	100.0
Total	70	100.0	

Fuente: Ficha de recolección de datos sobre identificación de riesgos en la gestante con plan de parto completo atendida en el Centro de Salud David Guerrero Duarte, Junín, octubre - diciembre del 2018

En la tabla 3. Del 100% (70) de gestantes con plan de parto completo atendida en el Centro de Salud David Guerrero Duarte, según el nivel de instrucción, el 1.4% (8) no tuvieron nivel de instrucción, el 14.3% (10) tuvieron primaria, el 48.6% (34) tuvieron secundaria, el 35.7% (25) tuvieron superior. El 84.3% (59) de las gestantes tuvieron nivel de instrucción secundario o superior.

Tabla 4. Estado civil de las gestantes con plan de parto completo atendida en el Centro de Salud David Guerrero Duarte, Junín, octubre - diciembre del 2018.

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Conviviente	49	70.0	70.0
Soltera	15	21.4	91.4
Casada	6	8.6	100.0
Total	70	100.0	

Fuente: Ficha de recolección de datos sobre identificación de riesgos en la gestante con plan de parto completo atendida en el Centro de Salud David Guerrero Duarte, Junín, octubre - diciembre del 2018

En la tabla 4. Del 100% (70) de gestantes con plan de parto completo atendida en el Centro de Salud David Guerrero Duarte; el 70% (49) fueron convivientes, el 21.4% (15) fueron solteras y el 8.6% (6) fueron casadas. El 91.4% (64) fueron convivientes o solteras.

Tabla 5. Número de gestación, número de partos, edad de la gestante, talla, peso, índice de masa corporal de las gestantes con plan de parto completo atendida en el Centro de Salud David Guerrero Duarte, Junín, octubre - diciembre del 2018.

Estadísticos	Número de gestación	Número de partos (antes del embarazo actual)	Talla	Peso	Índice de masa corporal pregestacional
Cantidad de gestantes	70	70	70	70	70
Media	2.44	1.16	1.51	58.580	25.61
Mediana	2	1	1.50	57.000	24.72
Mínimo	1	0	1.35	39.000	17.80
Máximo	9	7	1.64	94.000	37.72
Percentiles 25	1	0	1.48	51.850	22.65
Percentiles 50	2	1	1.50	57.000	24.72
Percentiles 75	3	2	1.55	61.325	26.89

Fuente: Ficha de recolección de datos sobre identificación de riesgos en la gestante con plan de parto completo atendida en el Centro de Salud David Guerrero Duarte, Junín, octubre - diciembre del 2018

En la tabla 5. Del total de gestantes con plan de parto completo atendida en el Centro de Salud David Guerrero Duarte. El numero promedio de gestaciones fue de 2.44, la mitad tuvieron 2 o más gestaciones, el número mínimo de gestaciones fue de 1 y el máximo de 9. El 25% tuvieron menos de una gestación, el 75% tuvieron menos de 3 gestaciones. El numero promedio de partos antes del embarazo actual fue de 1.16, la mitad no tuvo partos, el mínimo número de partos fue 0 y el máximo 7; el 25% tuvieron 2 o más partos. La talla promedio de las gestantes fue de 1.51 metros, la mínima fue de 1.35 y la máxima de 1.64 metros; el 25% tuvieron menos de 1.48 metros, el 50% tuvieron menos de 1.50 metros, el 25% tuvieron más de 1.55 metros. El peso promedio de las gestantes fue de 58.580 kilogramos, el 25% tuvieron menos de 51.850 kilogramos, el 50% tuvieron menos de 57 kilogramos y el 25% tuvieron más de 61.325 kilogramos. El 25% tuvieron un índice de masa corporal menor a 22.65, el 50% tuvieron un índice de masa corporal mayor a 24.72, el 25% tuvieron un índice de masa corporal mayor a 26.89.

Tabla 6. Riesgos en el embarazo en las gestantes con plan de parto completo atendida en el Centro de Salud David Guerrero Duarte, Junín, octubre - diciembre del 2018.

Riesgo actuales en el embarazo	Frecuencia	Porcentaje
Alcoholismo, tabaquismo o drogadicción	0	0.0
Violencia de genero	1	1.4
Actividad física o laboral de riesgo	0	0.0
Exposición a teratógenos, farmacológicos o ambientales	0	0.0

Fuente: Ficha de recolección de datos sobre identificación de riesgos en la gestante con plan de parto completo atendida en el Centro de Salud David Guerrero Duarte, Junín, octubre - diciembre del 2018

En la tabla 6. Del 100% (70) de gestantes con plan de parto completo atendida en el Centro de Salud David Guerrero Duarte; no presentaron riesgos en cuanto al alcoholismo, tabaquismo o drogadicción, actividad física o laboral de riesgo, exposición a teratógenos, farmacológicos o ambientales. El 1.4% (1) presentaron violencia de genero.

Tabla 7. Antecedentes de riesgo en las gestantes con plan de parto completo atendida en el Centro de Salud David Guerrero Duarte, Junín, octubre - diciembre del 2018.

Antecedentes de riesgo	Frecuencia	Porcentaje
Antecedente de esterilidad	0	0.0
Antecedente de aborto o parto pre término a repetición	19	27.1
Antecedente de muerte perinatal	0	0.0
Antecedente de hijos con lesiones residuales o defectos congénitos	1	1.4
Antecedentes de hipertensión arterial	3	4.3
Antecedente de enfermedad cardíaca o renal	0	0.0
Antecedente de endocrinopatías	1	1.4
Antecedente de epilepsias	1	1.4
Antecedente de enfermedad respiratoria crónica	0	0.0
Antecedente de enfermedades hematológicas o hepáticas	28	40.0

Fuente: Ficha de recolección de datos sobre identificación de riesgos en la gestante con plan de parto completo atendida en el Centro de Salud David Guerrero Duarte, Junín, octubre - diciembre del 2018

En la tabla 7. Del 100% (70) de gestantes con plan de parto completo atendida en el Centro de Salud David Guerrero Duarte; presentaron antecedentes de riesgos en enfermedades hematológicas o hepáticas en un 40% (28), aborto o parto pre término a repetición en un 27.1% (19), hipertensión arterial en un 4.3% (3), hijos con lesiones residuales o defectos congénitos en un 1.4% (1), endocrinopatías en un 1.4% (1) y epilepsias en un 1.4% (1).

No presentaron ningún antecedente de riesgo respecto a antecedente de esterilidad, antecedente de muerte perinatal, antecedente de enfermedad cardíaca o renal y antecedente de enfermedad respiratoria crónica.

4.2. Discusión

Del total de gestantes con plan de parto completo atendida en el Centro de Salud David Guerrero Duarte. La edad gestacional promedio antes del parto fue de 38.93 semanas, la mitad de las gestantes tuvieron 39 semanas o menos, la edad gestacional mínima fue de 34 semanas y la edad máxima de 42 semanas. El 25% de las gestantes tuvieron menos de 38 semanas, el 75% de las gestantes tuvieron 38 semanas o más. No se encontró estudios similares para contrastar lo hallado. Este resultado indica que una de cada cuatro gestantes tuvo un parto antes de las 38 semanas, esto probablemente porque no se identificaron los riesgos a tiempo para prevenirlos o no fueron considerados en la atención prenatal brindada por los profesionales de la salud o la gestante no tuvo los cuidados respectivos en la familia lo cual es un riesgo.

El ingreso familiar promedio fue de S/. 719.29 soles, la mitad de las familias de las gestantes tiene un ingreso familiar de S/. 700.00 soles o menos, el ingreso familiar mínimo fue de S/. 100.00 y el máximo de S/. 1500.00 soles, el 25% tuvieron un ingreso familiar de S/. 600.00 soles o menos, el 75% tuvieron un ingreso familiar de S/. 800.00 soles o menos. Tres de cada cuatro gestantes tuvieron un ingreso familiar mucho menor al sueldo mínimo, un bajo ingreso mensual en las familias condiciona a problemas de desarrollo familiar y problemas de salud en sus miembros como lo mencionan Navas et al (17), Alvino (18). El bajo ingreso familiar limita la satisfacción de las necesidades básicas, expone a las familias a riesgos sanitarios y puede generar disfunción familiar; por lo cual es importante que el sistema de salud mejore el acceso a estos grupos de riesgo e incorpore en su atención visitas domiciliarias integrales que contribuyan a mantener la salud familiar y de las gestantes. Las familias, la comunidad, los gobiernos locales y regionales deben impulsar y priorizar en la agenda pública políticas de desarrollo familiar y planes de desarrollo económico que contribuyan a mejorar el ingreso económico en la población.

El 4.3% (3) de las gestantes tuvieron menos de 18 años, el 84.3% (59) tuvieron de 18 a 34 años y el 11.4% (8) tuvieron 35 años a más. El 15.7% (11) tuvieron menos de 18 años o de 35 años a más. Estos resultados difieren de lo hallado por Reyes (9), Martínez y Pereira (10), Navas et al (17), quienes encontraron un grupo mucho mayor

de gestantes adolescentes o grupo de riesgo, esta diferencia probablemente se deba a que en el grupo de estudio solo se consideró a las gestantes con plan de parto completo que se realiza en la tercera visita domiciliaria a la gestante; comúnmente estas gestantes son más responsables y tienen 6 o más atenciones prenatales. La proporción del grupo de edad de 35 años a mas o grupo de riesgo concuerda con lo hallado por Rosell et al (16), Navas et al (17), Alvino (18), es importante en la primera consulta tener en cuenta los factores de riesgo para una intervención oportuna, prevención de riesgos, cuidados de la gestante e involucramiento familiar en la gestante con factores de riesgo y tomar en cuenta que la edad se asocia con resultados maternos y perinatales adversos como lo describió Chamy et al (15).

El 14.3% (10) de las gestantes tuvieron primaria, el 48.6% (34) tuvieron secundaria, el 35.7% (25) tuvieron superior. El 84.3% (59) de las gestantes tuvieron nivel de instrucción secundario o superior; el 70% (49) fueron convivientes, el 21.4% (15) fueron solteras y el 8.6% (6) fueron casadas. Tres de cada diez gestantes tuvieron una educación superior, situación que refleja un limitado acceso a la educación superior de la gestante, que probablemente sea similar en la pareja o miembros de la familia. El bajo nivel educativo de las gestantes y de los miembros de la familia limita las oportunidades de desarrollo y trabajos mejor remunerados; así mismo, limita el entendimiento de las charlas, consejerías o capacitaciones es salud materno perinatal, y puede ser un factor de riesgo como lo menciona Quiroz et al (12).

En cuanto al estado civil la mayoría fueron convivientes situación que en el ámbito estudiado o contexto andino es una relación familiar estable que debe ser tomado por el personal de salud como una oportunidad para las intervenciones en salud familiar a fin de prevenir riesgos y daños en las gestantes.

El numero promedio de gestaciones fue de 2.44, la mitad tuvieron 2 o más gestaciones, el número mínimo de gestaciones fue de 1 y el máximo de 9. El 75% tuvieron 3 o menos gestaciones El 25% tuvieron más de 3 gestaciones. El numero promedio de partos antes del embarazo actual fue de 1.16, la mitad no tuvo partos, el mínimo número de partos fue 0 y el máximo 7; el 25% tuvieron 2 o más partos. No se encontró estudios similares para contrastar estos resultados. La cantidad de partos o gestaciones mayores a tres aunadas a gestantes menores de 18 años o mayores de

34 años en las gestantes es un factor de riesgo para complicaciones obstétrica como se menciona en los resultados de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2017 (6).

La talla promedio de las gestantes fue de 1.51 metros, la mínima fue de 1.35 y la máxima de 1.64 metros; el 25% tuvieron menos de 1.48 metros, el 50% tuvieron menos de 1.50 metros, el 25% tuvieron más de 1.55 metros. El peso promedio de las gestantes fue de 58.580 kilogramos, el 25% tuvieron menos de 51.850 kilogramos, el 50% tuvieron menos de 57 kilogramos y el 25% tuvieron más de 61.325 kilogramos. No se encontró estudios similares para contrastar estos resultados. Lo hallado indica que existe gestantes, aunque en mínima proporción que están por debajo de la talla y pesos que son considerados como factores de riesgo; la baja talla y bajo peso maternos están relacionados con el bajo peso y talla al nacer como lo refiere el estudio de Poletti et al (41).

El 25% tuvieron un índice de masa corporal menor a 22.65, el 50% tuvieron un índice de masa corporal mayor a 24.72, el 25% tuvieron un índice de masa corporal mayor a 26.89 (sobrepeso u obesidad). Lo cual concuerda con Alvino (18), por otra parte la obesidad es un factor de riesgo para hipertensión inducida por el embarazo según lo refiere en su estudio Diago et al (14); por ello es pertinente un adecuado seguimiento en la gestante por el equipo de salud con involucramiento familiar no solo en los consultorio, sino también en las visitas domiciliarias, para mantener una nutrición saludable en la gestante sin perjuicio a su salud y a la de su niño.

Las gestantes con plan de parto completo atendida en el Centro de Salud David Guerrero Duarte; no presentaron riesgos en cuanto al alcoholismo, tabaquismo o drogadicción, actividad física o laboral de riesgo, exposición a teratógenos, farmacológicos o ambientales. El 1.4% (1) presentaron violencia de género. No se encontró estudios similares para contrastar estos datos. Lo hallado probablemente se deba, a que en este contexto socio cultural la gestante no tenga estas costumbres. Es importante que el sector salud y los diferentes actores sociales sigan trabajando para contrarrestar la violencia de género, que en algunas ocasiones no es percibida por la

mujer o la pareja lo que amerita un estudio más profundo, a pesar de haber encontrado un mínimo porcentaje.

Las gestantes con plan de parto completo; presentaron antecedentes de riesgos en enfermedades hematológicas o hepáticas en un 40% (28), aborto o parto pre término a repetición en un 27.1% (19), hipertensión arterial en un 4.3% (3), hijos con lesiones residuales o defectos congénitos en un 1.4% (1), endocrinopatías en un 1.4% (1) y epilepsias en un 1.4% (1). No presentaron ningún antecedente de riesgo respecto a antecedente de esterilidad, antecedente de muerte perinatal, antecedente de enfermedad cardíaca o renal y antecedente de enfermedad respiratoria crónica.

En relación a los riesgos, Martínez y Pereira (10) encontraron riesgos en el embarazo pero en diferentes proporciones; por otra parte, la identificación precoz de los factores de riesgo permiten un manejo adecuado y control del mismo para la prevención de las complicaciones en las gestantes, lo cual concuerda con lo argumentado por Gonzales et al (11), Quiroz et al (12), Diago et al (14).

Conclusiones

- Primero. Del total de gestantes con plan de parto completo, la edad gestacional promedio antes del parto fue de 38.93 semanas, la mitad de las gestantes tuvieron 39 semanas o menos y la edad gestacional antes del parto mínima fue de 34 semanas y la edad máxima de 42 semanas.
- Segundo. Una de cada cuatro gestantes tuvo un parto antes de las 38 semanas, esto probablemente porque no se identificaron los riesgos a tiempo para prevenirlos, fueron tomados en cuenta en la atención prenatal o la gestante no tuvo los cuidados respectivos en su ámbito familiar
- Tercero. Tres de cada cuatro gestantes tuvieron un ingreso familiar mucho menor al sueldo mínimo.
- Cuarto. El 15.7% de las gestantes con plan de parto completo tuvieron menos de 18 años o 35 años a más.
- Quinto. Tres de cada diez gestantes tuvieron una educación superior, situación que refleja un limitado acceso a la educación superior de la gestante, que probablemente sea similar en la pareja o miembros de la familia.
- Sexto. En cuanto al estado civil la mayoría fueron convivientes situación que en el ámbito estudiado o contexto andino es una relación familiar estable que debe ser tomado por el personal de salud como una oportunidad para las intervenciones en salud familiar a fin de prevenir riesgos y daños en las gestantes.
- Séptimo. Una de cada cuatro gestantes tuvo más de tres gestaciones, la mitad no tuvo partos anteriores, una de cada cuatro gestantes tuvo más de dos partos.
- Octavo. En mínima proporción se encontró gestantes con talla y peso considerados como factores de riesgo obstétricos; así mismo una de cada cuatro gestantes tuvo sobrepeso u obesidad pregestacional.
- Noveno. Es importante que el sector salud y los diferentes actores sociales sigan trabajando para contrarrestar la violencia de género, que en algunas ocasiones no es percibida por la mujer o la pareja lo que amerita un estudio más profundo, a pesar de haber encontrado un mínimo porcentaje.
- Décimo. Los factores de riesgo identificado en las gestantes con plan de parto completo fueron los antecedentes de: riesgos en enfermedades hematológicas o

hepáticas, aborto o parto pre término a repetición, hipertensión arterial y en mínima proporción hijos con lesiones residuales o defectos congénitos, endocrinopatías, epilepsias.

Undécimo. Es importante en la primera consulta tener en cuenta los factores de riesgo para una intervención oportuna, prevención de riesgos, cuidados de la gestante e involucramiento familiar en la gestante con factores de riesgo.

Recomendaciones

Al gobierno regional, en su plan de Desarrollo Regional Concertado debe incorporar políticas públicas integrales que mejoren el acceso a la educación y a la salud, planes de desarrollo económico que contribuyan a mejorar el ingreso económico en la población, planes de desarrollo familiar que integren todos los sectores involucrados.

Al sector salud desarrollar acciones integrales de atención primaria en salud enfatizando la promoción de la salud, la salud familiar y comunitaria; el manejo y control de riesgos en salud; sobre todo obstétricos para una buena salud materna neonatal.

El personal de salud debe estar capacitado para identificar en la primera consulta o consultas continuas los factores de riesgo en la gestante para una intervención oportuna y disminuir las complicaciones obstétricas; así mismo en la prevención de riesgos y cuidados de la gestante con la participación familiar.

Implementar estrategias que sensibilicen a las familias y las involucren con los cuidados que debe tener una gestante.

Fortalecer el seguimiento en la gestante por el equipo de salud con involucramiento familiar no solo en los consultorios, sino también en las visitas domiciliarias integrales. Enseñar a las gestantes como mantener una nutrición saludable sin perjuicio a su salud y a la de su niño.

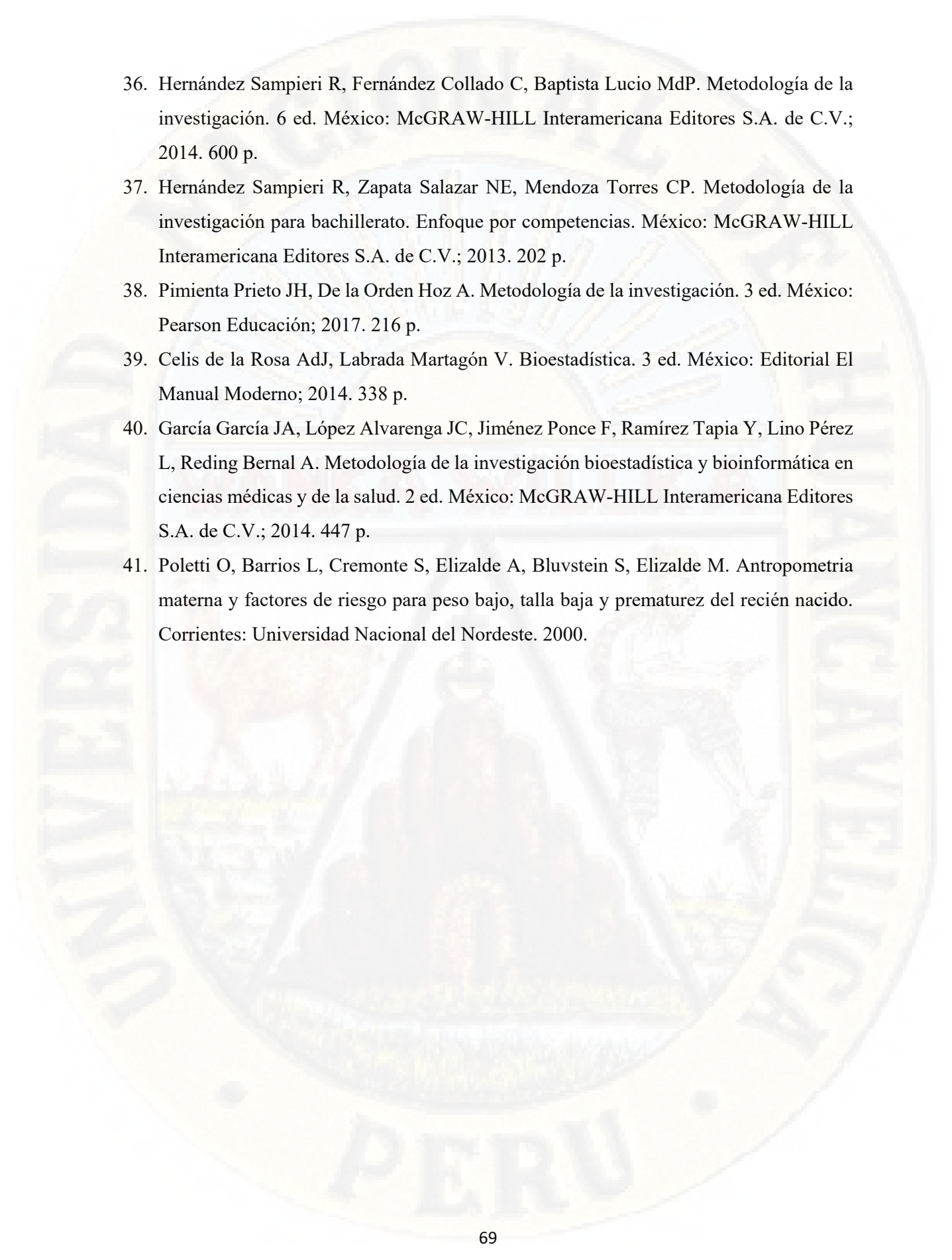
Seguir mejorando los procesos de accesibilidad a los servicios de salud, atención prenatal de calidad y mejora de la cartera de servicios.

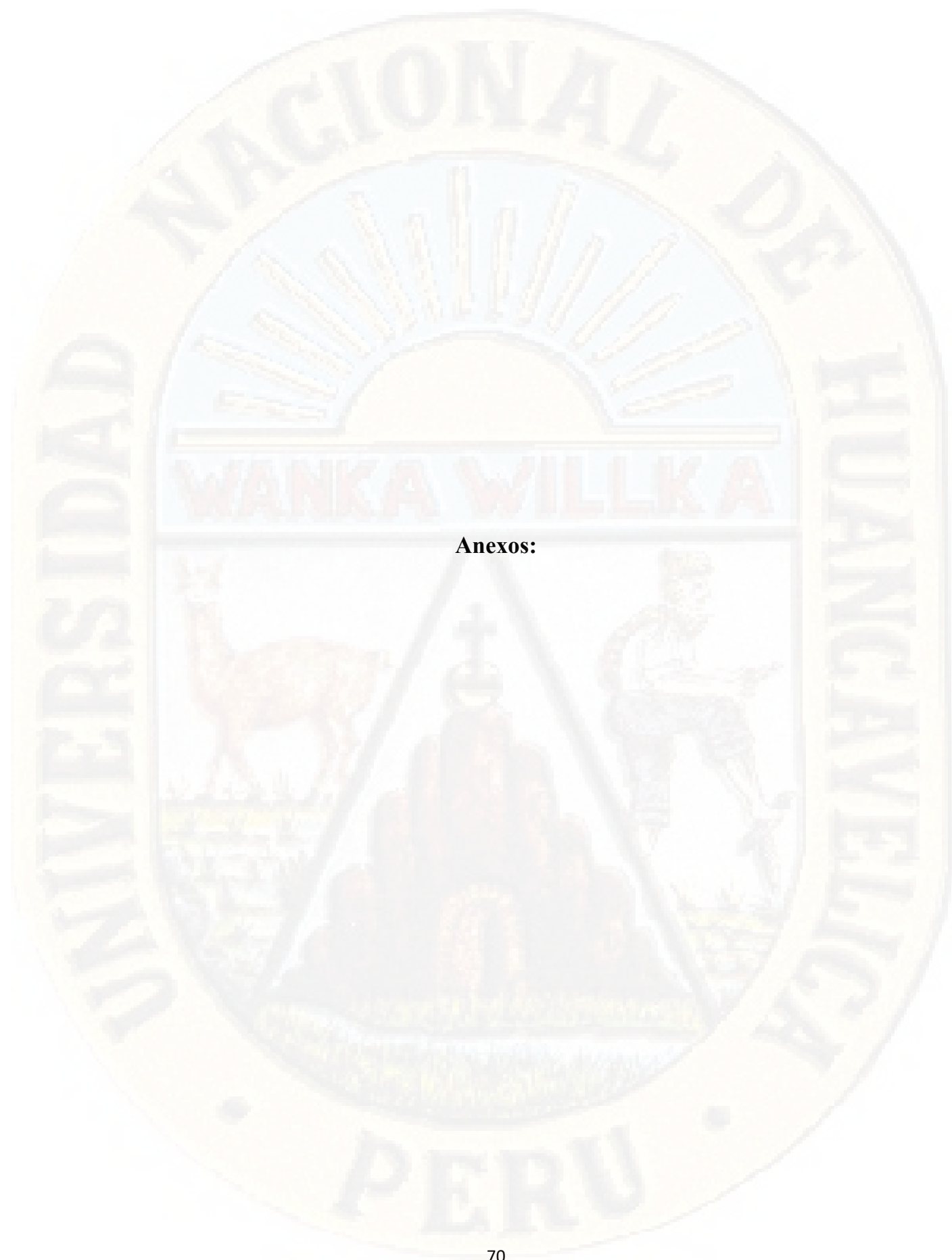
Referencias bibliográficas

1. Rigol Ricardo O, Santisteban Alba SR. Obstetricia y ginecología. 3 ed. La Habana: Ciencias Médicas; 2014. 462 p.
2. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2018 [cited 2019 enero 03]. Available from: <http://www.clap.ops-oms.org/publicaciones/9789275320334esp.pdf>.
3. Alkema L, Chou D, Hogan D, Zhang S, Moller A-B, Gemmill A, et al. Global, regional, and national levels and trends in maternal mortality between 1990 and 2015, with scenario-based projections to 2030: a systematic analysis by the UN Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group. The Lancet. 2016;387(10017):462-74.
4. Ferrer Arreola L, Alvarado de Luzuriaga E, Valdés Huezo B, Valenzuela Soto G, Santiago Cruz RM, Gómez Morales J. Guía para la atención prenatal en medicina familiar. Unidad de atención primaria a la salud. Coordinación de atención integral a la salud en el primer nivel. México: Instituto Mexicano del Seguro Social; 2016. 26 p.
5. Ministerio de Salud del Perú. NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD MATERNA. NTS N° 105 - MINSA/DGSP.V.01. R.M. N° 827-2013/MINSA, R.M. N° 159-2014/MINSA. Lima - Perú: Ministerio de Salud; 2014.
6. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2017 - Nacional y Regional. Lima: Instituto Nacional de Estadística e Informática; 2018. 398 p.
7. Wall E. Assessing obstetric risk. A review of obstetric risk-scoring systems. The Journal of family practice. 1988;27(2):153-63.
8. Alexander S. Formal risk scoring during pregnancy. En: Chalmers I, Enkin M, eds. Effective care during pregnancy and childbirth. Vol 1 Oxford: Oxford University Press. 1993.
9. Reyes Arboleda PS. Factores de riesgo obstetrico en embarazadas que acuden al Hospital Delfina Torres de Esmeraldas [Tesis de grado]. Esmeraldas: Pontificia Universidad Catolica del Ecuador; 2016.
10. Martínez Royert J, Pereira Peñate M. Caracterización de las gestantes de alto riesgo obstétrico (ARO) en el departamento de Sucre (Colombia), 2015. Salud Uninorte. 2016;32(3):452-60.

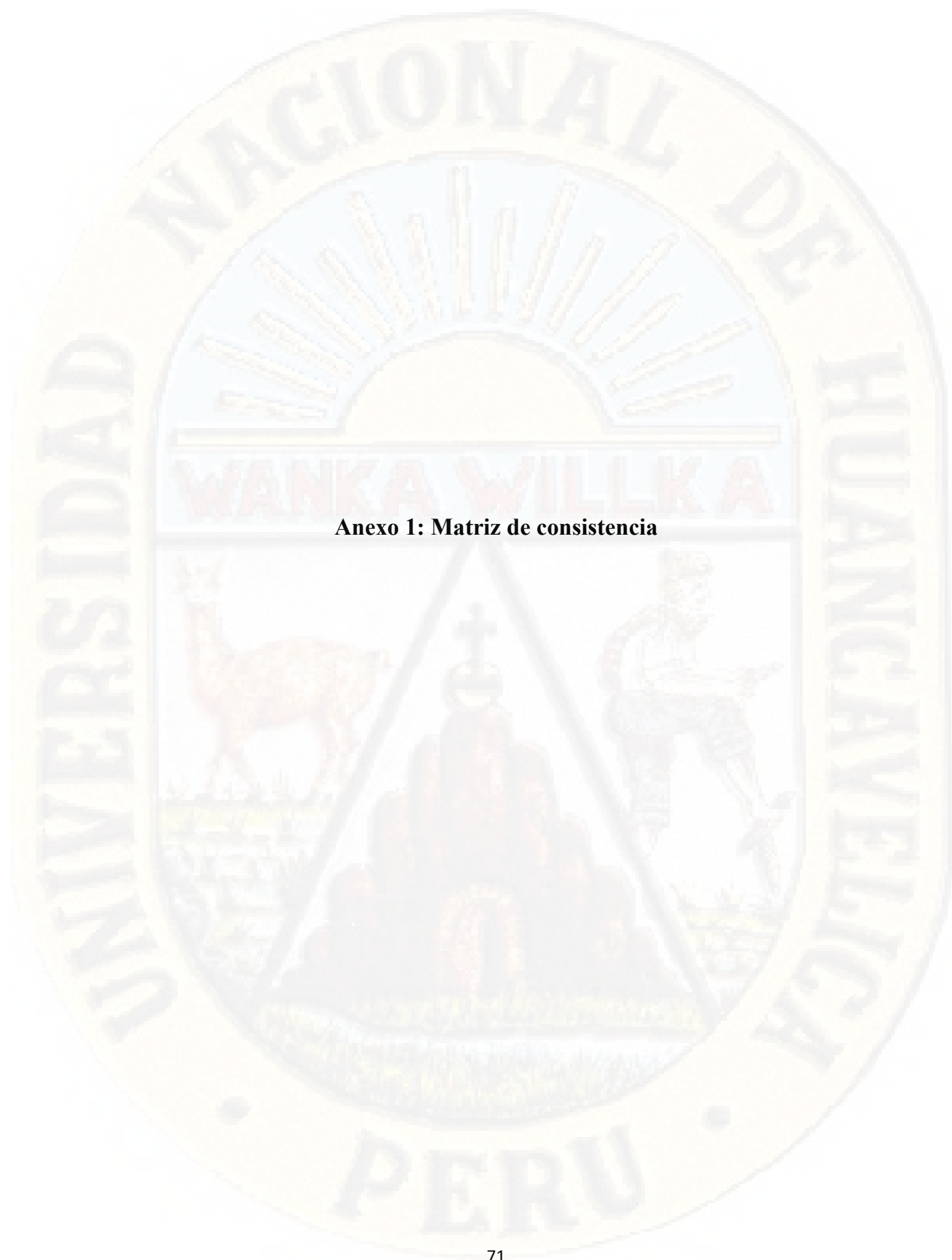
11. González Portales A, Rodríguez Cabrera A, Jiménez Ricardo M. El riesgo preconcepcional y su vínculo con la salud materna. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 2016;32(3):1-15.
12. Quiroz Huerta G, Suárez Tepetla C, Cortés Salazar C, Rojo Contreras W, Morales Andrade E. Morbilidad Materna extremadamente grave en el Centro de Especialidades Médicas del Estado de Veracruz, 2012. *Revista CONAMED*. 2018;20(4):160-73.
13. Ardevol Cordovez D, Lluch Bonet A, de la Paz Alemán DM. Labor educativa en mujeres con riesgo reproductivo preconcepcional. *Revista Cubana de Enfermería*. 2015;31(3).
14. Diago Caballero D, Vila Vaillant F, Ramos Guilarte E, García Valdés R. Factores de riesgo en la hipertensión inducida por el embarazo. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*. 2011;37(4):448-56.
15. Chamy V, Cardemil F, Betancour P, Ríos M, Leighton L. Riesgo obstétrico y perinatal en embarazadas mayores de 35 años. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*. 2009;74(6):331-8.
16. Rosell Juarte E, Delgado Hernández M, Trufero Cánovas N. Riesgo reproductivo preconcepcional. *Revista Archivo Médico de Camagüey*. 2006;10(6):47-55.
17. Navas Ábalos N, Castillo Fernández FA, Campos Martínez A. Caracterización del riesgo preconcepcional. *Revista Archivo Médico de Camagüey*. 2006;10(2):64-72.
18. Alvino Mamani JL. Factores de riesgo en la etapa preconcepcional en usuarias de los consultorios de planificación familiar del Instituto Nacional Materno Perinatal. Febrero 2015 [Tesis de grado]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina; 2015.
19. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Spong CY, Dashe JS, Hoffman BL, et al. *Williams Obstetricia*. 24 ed. México: McGRAW-HILL Interamericana Editores, SA; 2015. 1356 p.
20. González Merlo J, Laílla Vicens JM, Fabre González E, González Bosquet E. *Obstetricia*. 6 ed. Barcelona: Elsevier Masson; 2013. 752 p.
21. Hacker NF, Gambone J, Hobel CJ. *Ginecología y obstetricia de Hacker y Moore*. 5 ed. México: Editorial El Manual Moderno; 2011.
22. Pellicer Martínez A, Hidalgo Mora JJ, Perales Marín A, Díaz García C. *Obstetricia y ginecología: guía de actuación*. Madrid: Médica Panamericana; 2014. 759 p.

23. Colimon KM. Fundamentos de epidemiología. Madrid: Ediciones Díaz de Santos S. A.; 1990.
24. Carvajal J, Ralph C. Obstetrica y Ginecologia. 6 ed. Chile: Pontificia Universidad Catolica de Chile, Facultad de Medicina; 2015.
25. Ministerio de Salud de Panamá. Guías de Manejo de las Complicaciones en el Embarazo. Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva Programa Materno Infantil. Panamá: Ministerio de Salud del Panamá; 2015.
26. Guzmán-Miranda CO, Caballero-Rodríguez CT. La definición de factores sociales en el marco de las investigaciones actuales. Santiago. 2015(128):336-50.
27. Mejía H. Factores de riesgo para muerte neonatal. Revisión sistemática de la literatura. Rev Soc Bol Ped. 2000;39(3):1-22.
28. Rasch V. Cigarette, alcohol, and caffeine consumption: risk factors for spontaneous abortion. Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica. 2003;82(2):182-8.
29. Inga Castillo G. Factores asociados a aborto en mujeres jóvenes de 19 a 29 años de edad del hospital Militar Central en el año 2016. [Tesis]. Lima: Universidad Ricardo Palma. Facultad de Medicina Huamana; 2017.
30. Sánchez Vidal KJ. Nivel de participación de las personas en la decisión del aborto provocado-Hospital Nacional Sergio Bernales, 2004. [Tesis]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina; 2005.
31. Rodríguez EC, Roura LC, Staff V, Martínez LA, Obstetricia SEdGy. Sego: Tratado de Ginecologia, Obstetricia y Medicina de la Reproduccion, 2 Tomos + Cd-Rom: Panamericana Editorial; 2003.
32. Artilles Visbal L, Otero Iglesias J, Barrios Osuna I. Metodología de la investigación para las ciencias de la salud. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2009. 65-78 p.
33. Londoño Fernández JL. Metodología de la investigación epidemiológica. 5 ed. México: Editorial Manual Moderno; 2014. 368 p.
34. Martínez Montaña MdL, Briones Rojas R, Cortes Riveroll R. Metodología de la investigación para el área de la salud. 2 ed. México: McGRAW-HILL Interamericana Editores S.A. de C.V.; 2013. 47-62 p.
35. Arias Odón FG. El Proyecto de Investigación. Introducción a la metodología científica. 6 ed. Caracas: Editorial Episteme C.A.; 2012. 146 p.

- 
36. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio MdP. Metodología de la investigación. 6 ed. México: McGRAW-HILL Interamericana Editores S.A. de C.V.; 2014. 600 p.
 37. Hernández Sampieri R, Zapata Salazar NE, Mendoza Torres CP. Metodología de la investigación para bachillerato. Enfoque por competencias. México: McGRAW-HILL Interamericana Editores S.A. de C.V.; 2013. 202 p.
 38. Pimienta Prieto JH, De la Orden Hoz A. Metodología de la investigación. 3 ed. México: Pearson Educación; 2017. 216 p.
 39. Celis de la Rosa AdJ, Labrada Martagón V. Bioestadística. 3 ed. México: Editorial El Manual Moderno; 2014. 338 p.
 40. García García JA, López Alvarenga JC, Jiménez Ponce F, Ramírez Tapia Y, Lino Pérez L, Reding Bernal A. Metodología de la investigación bioestadística y bioinformática en ciencias médicas y de la salud. 2 ed. México: McGRAW-HILL Interamericana Editores S.A. de C.V.; 2014. 447 p.
 41. Poletti O, Barrios L, Cremonte S, Elizalde A, Bluvstein S, Elizalde M. Antropometría materna y factores de riesgo para peso bajo, talla baja y prematurez del recién nacido. Corrientes: Universidad Nacional del Nordeste. 2000.



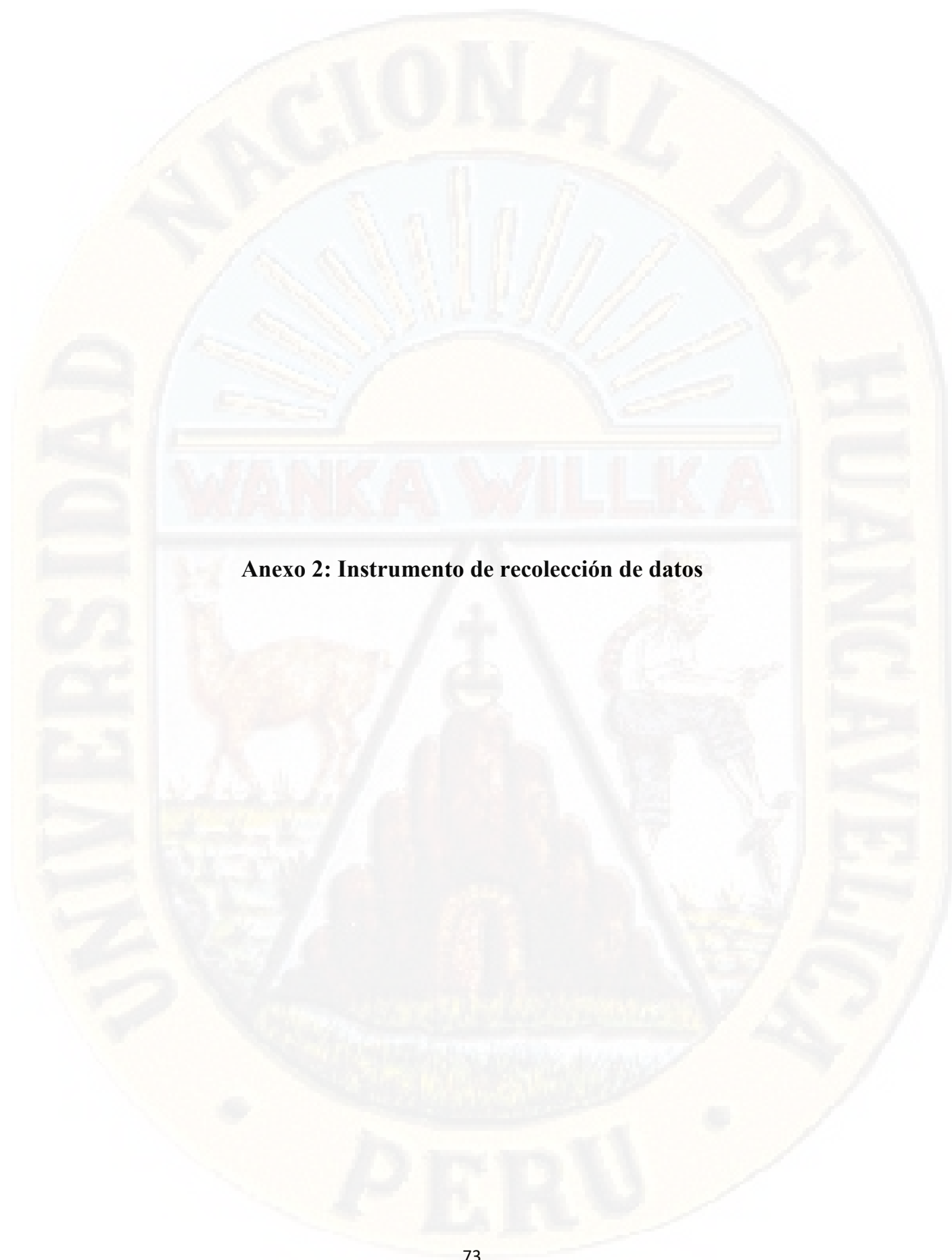
Anexos:



Anexo 1: Matriz de consistencia

MATRIZ DE CONSISTENCIA

INVESTIGACIÓN DE RIESGOS EN LA GESTANTE CON PLAN DE PARTO COMPLETO ATENDIDA EN EL CENTRO DE SALUD DAVID GUERRERO DUARTE, JUNÍN, OCTUBRE - DICIEMBRE DEL 2018						
PROBLEMA	OBJETIVOS	JUSTIFICACIÓN	VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	ITEM
Problema general ¿Cuáles son los riesgos identificados en la gestante con plan de parto completo atendida en el centro de salud David Guerrero Duarte, Junín, octubre - diciembre del 2018?	Objetivo general Identificar los factores de riesgo en la gestante con plan de parto completo atendida en el centro de salud David Guerrero Duarte, Junín, octubre - diciembre del 2018?	La detección precoz de riesgos y/o la prevención es uno de los objetivos de la consulta pre natal de las pacientes con factores de riesgo. La identificación temprana de los embarazos y la continuidad permite identificar riesgos en el embarazo, esto a su vez ayuda a la gestión sanitaria en racionalizar los recursos y prestar la atención en el nivel de complejidad que requiere el grado de riesgo. En ningún momento debe significar una disminución de la atención de las pacientes de bajo riesgo. La prioridad a la atención de determinados riesgos, se hace en función de la magnitud de estos, así como la vulnerabilidad a la madre y al feto. En la región Junín específicamente en el centro de salud David Guerrero Duarte, donde se brinda atención prenatal; se tiene escasa información sobre los riesgos que presentan las gestantes con plan de parto completo. Por lo cual es pertinente identificar y conocer a mayor profundidad estos factores de riesgo; para prevenirlas, mejorar el adiestramiento en su manejo; con el fin de contribuir a mejorar la atención materna perinatal, acordes al contexto socio cultural y reducir la morbilidad materna perinatal.	Riesgos en la gestante con plan de parto completo atendida en el Centro de Salud David Guerrero Duarte	Socio demográfica	Semanas de gestación antes del parto Nivel de instrucción de la gestante	Semanas de gestación antes del parto registrada en la historia clínica Sin instrucción Primaria Secundaria Superior Soltera Conviviente Casada Viuda Divorciada
Problemas específicos ¿Cuáles son los riesgos socio demográficos identificados en la gestante con plan de parto completo atendida en el centro de salud David Guerrero Duarte, Junín, octubre - diciembre del 2018?	Objetivos específicos Identificar los factores de riesgo socio demográficos en la gestante con plan de parto completo atendida en el centro de salud David Guerrero Duarte, Junín, octubre - diciembre del 2018?		Número de gestación Número de partos Edad de la gestante Talla en metros Peso en Kilogramos Índice de masa corporal pregestacional Alcoholismo, tabaquismo o drogadicción Violencia de género Actividad física o laboral de riesgo Ingreso familiar mensual Exposición a teratógenos, farmacológicos o ambientales Antecedente de esterilidad previa Antecedente de Aborto o parto pre término a repetición		Número de gestación Número de partos antes del embarazo actual Edad de la gestante en años Talla en metros Peso en Kilogramos Índice de masa corporal pregestacional Alcoholismo, tabaquismo o drogadicción Violencia de género Actividad física o laboral de riesgo Ingreso familiar mensual Exposición a teratógenos, farmacológicos o ambientales Antecedente de esterilidad previa en la gestante Antecedente de Aborto o parto pre término a repetición en la gestante	Número 1 2 3 4 1 2 3 4 Número Número Número Número Número S(i)/Na(2) S(i)/Na(2) S(i)/Na(2) Número S(i)/Na(2) S(i)/Na(2) S(i)/Na(2) S(i)/Na(2) S(i)/Na(2) S(i)/Na(2) S(i)/Na(2) S(i)/Na(2)
¿Cuáles son los riesgos identificados en los antecedentes de las gestantes con plan de parto completo atendida en el centro de salud David Guerrero Duarte, Junín, octubre - diciembre del 2018?	Identificar los factores de riesgo en los antecedentes de las gestantes con plan de parto completo atendida en el centro de salud David Guerrero Duarte, Junín, octubre - diciembre del 2018?		Antecedente de Muerte perinatal Antecedente de hijos con lesiones residuales o defectos congénitos Antecedente de Hipertensión arterial Antecedente de Enfermedad cardíaca o renal Antecedente de Endocrinopatías Antecedente de Epilepsias Antecedente de Enfermedad respiratoria crónica Antecedente de Enfermedades hematológicas o hepáticas		Antecedente de Muerte perinatal en la gestante Antecedente de hijos con lesiones residuales o defectos congénitos en la gestante Antecedente de Hipertensión arterial en la gestante Antecedente de Enfermedad cardíaca o renal en la gestante Antecedente de Endocrinopatías en la gestante Antecedente de Epilepsias en la gestante Antecedente de Enfermedad respiratoria crónica en la gestante Antecedente de Enfermedades hematológicas o hepáticas en la gestante	parto completo atendida en el centro de salud David Guerrero Duarte, Junín, octubre - diciembre del 2018; según registros estadísticos fueron un total de 70 gestantes con plan de parto completa. Muestra: El estudio fue censal. La muestra de estudio la constituirán todas las gestantes con plan de parto completo atendidas en el centro de salud David Guerrero Duarte, Junín, octubre - diciembre del 2018.



Anexo 2: Instrumento de recolección de datos

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCABELICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIDAD EN SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA**

FORMATO N° 01

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS SOBRE RIESGOS EN LA GESTANTE

Investigación: Identificación de riesgos en la gestante con plan de parto completo atendida en el Centro de Salud David Guerrero Duarte, Junín, octubre - diciembre del 2018.

INSTRUCCIONES: El llenado de las fichas de recolección de datos será en base a los registros que se encuentran en las historias clínicas, registros de atención e informes de visita domiciliaria; el llenado debe ser correcto tal como se encuentra en ella, no se permite borrar, tampoco cambiar o modificar los datos. Cada ficha de recolección de datos tiene un número y un espacio para las observaciones en las que se deberá anotar con claridad si ocurriera los siguientes casos: falta un dato(s) será considerado como mal llenado; no existe físicamente la historia clínica; existe la historia clínica, pero está incompleta; historia clínica judicializada.

I. DATOS GENERALES:

- 1.1. Ficha N° _____
- 1.2. Responsable del llenado: _____
- 1.3. Fecha del llenado: ____/____/201_. Hora del llenado: ____:____ horas
- 1.4. Provincia: _____
- 1.5. Distrito: _____
- 1.6. N° de historia clínica: _____

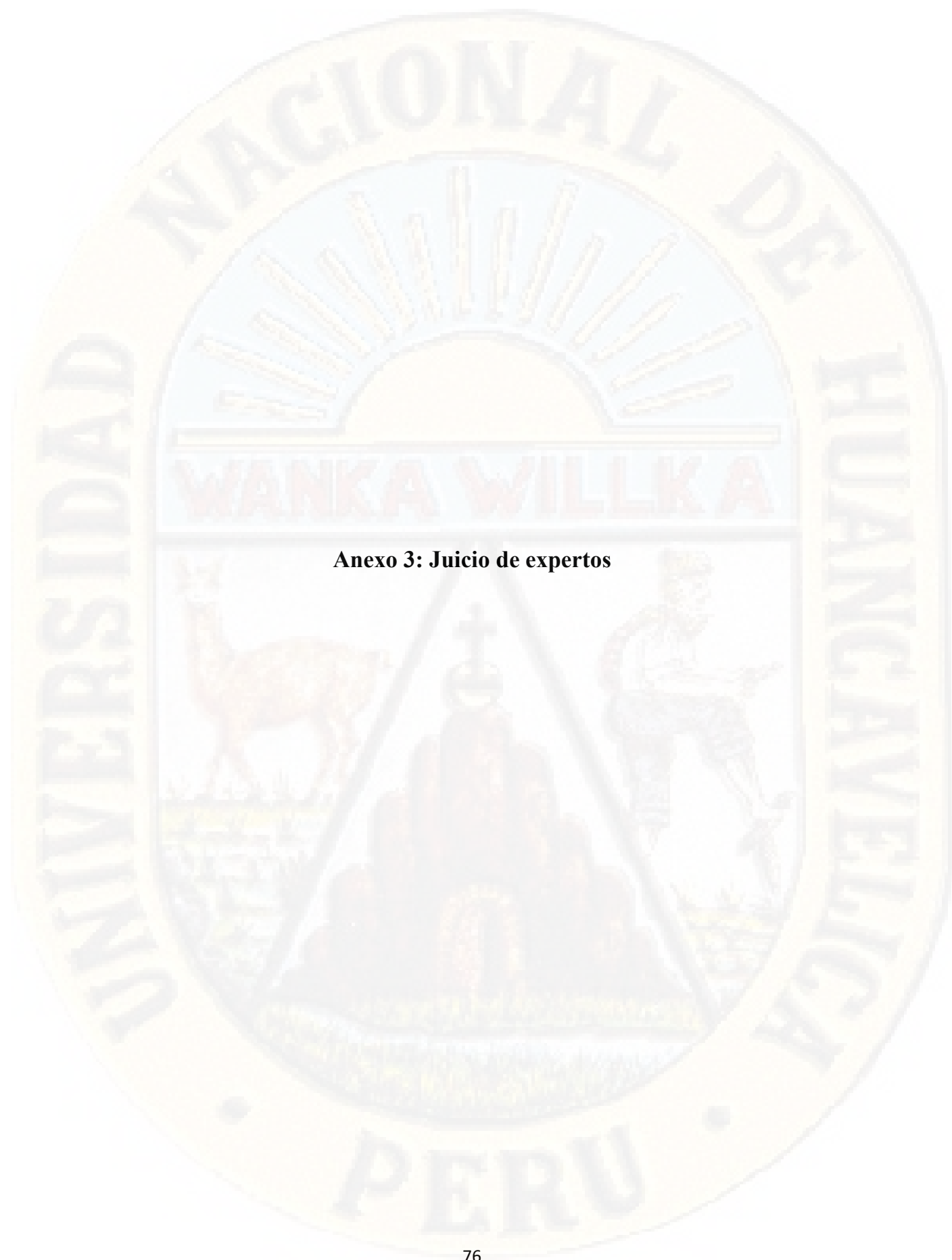
II. DATOS DE RIESGOS EN LA GESTANTE (marque con una "X" o registrar los datos según corresponda)

- 2.1. Factores de riesgos sociodemográficos:
 - 2.1.1. Semanas de gestación antes del parto: _____ semanas.
 - 2.1.2. Nivel de Instrucción de la gestante:
 - 2.1.2.1. Sin instrucción (1)
 - 2.1.2.2. Primaria (2)
 - 2.1.2.3. Secundaria (3)
 - 2.1.2.4. Superior (4)
 - 2.1.3. Estado Civil de la gestante:
 - 2.1.3.1. Soltera (1)
 - 2.1.3.2. Conviviente (2)
 - 2.1.3.3. Casada (3)
 - 2.1.3.4. Viuda (4)
 - 2.1.3.5. Divorciada (5)
 - 2.1.4. Numero de gestación: _____
 - 2.1.5. Número de partos (antes del embarazo actual): _____

- 2.1.6. Edad de la gestante en años _____
- 2.1.7. Talla _____ metros.
- 2.1.8. Peso _____ Kilogramos
- 2.1.9. Alcoholismo, tabaquismo o drogadicción Si (1) No (2)
- 2.1.10. Violencia de genero Si (1) No (2)
- 2.1.11. Actividad física o laboral de riesgo Si (1) No (2)
- 2.1.12. Ingreso familiar mensual _____ soles.
- 2.1.13. Exposición a teratógenos, farmacológicos o ambientales Si (1) No (2)

2.2. Antecedentes de la gestante

- 2.2.1. Esterilidad previa Si (1) No (2)
- 2.2.2. Aborto o parto pre término a repetición Si (1) No (2)
- 2.2.3. Muerte perinatal Si (1) No (2)
- 2.2.4. Hijos con lesiones residuales o defectos congénitos Si (1) No (2)
- 2.2.5. Hipertensión arterial Si (1) No (2)
- 2.2.6. Enfermedad cardíaca o renal Si (1) No (2)
- 2.2.7. Endocrinopatías Si (1) No (2)
- 2.2.8. Epilepsias Si (1) No (2)
- 2.2.9. Enfermedad respiratoria crónica Si (1) No (2)
- 2.2.10. Enfermedades hematológicas o hepáticas Si (1) No (2)



Anexo 3: Juicio de expertos

Juicio de Experto

INVESTIGACIÓN: IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS EN LA GESTANTE CON PLAN DE PARTO COMPLETO ATENDIDA EN EL CENTRO DE SALUD DAVID GUERRERO DUARTE, JUNÍN, OCTUBRE - DICIEMBRE DEL 2018.

Investigador: Obsta. Guerra Ninamango, María Cristina

Indicación: Señor especialista se le pide su colaboración para que luego de un riguroso análisis de los ítems de la "FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS SOBRE RIESGOS EN LA GESTANTE" que le mostramos, marque con un aspa el casillero que cree conveniente de acuerdo a su criterio y experiencia profesional, denotando si cuenta o no cuenta con los requisitos mínimos de formulación para su posterior aplicación.

NOTA: Para cada ítem se considera la escala de 1 a 5 donde:

1.-Muy deficiente	2.- Deficiente	3.- Regular	4.- Buena	5.- Muy buena
-------------------	----------------	-------------	-----------	---------------

INFORMACION PROPIA DEL ESTUDIO

Variables de Estudio / ITEMS		1	2	3	4	5
Variable						
1	Semanas de gestación antes del parto					
2	Nivel de Instrucción de la gestante					
3	Estado civil de la gestante					
4	Numero de gestación					
5	Número de partos (antes del embarazo actual)					
6	Edad materna en años					
7	Talla en metros					
8	Peso en Kilogramos					
9	Índice de masa corporal pregestacional					
10	Alcoholismo, tabaquismo o drogadicción					
11	Violencia de genero					
12	Actividad física o laboral de riesgo					
13	Ingreso familiar mensual					
14	Exposición a teratógenos, farmacológicos o ambientales					
15	Antecedente de esterilidad previa					
16	Antecedente de aborto o parto pre término a repetición					
17	Antecedente de muerte perinatal					
18	Antecedente de hijos con lesiones residuales o defectos congénitos					
19	Antecedente de hipertensión arterial					
20	Antecedente de enfermedad cardíaca o renal					
21	Antecedente de endocrinopatías					
22	Antecedente de epilepsias					
23	Antecedente de enfermedad respiratoria crónica					
24	Antecedente de enfermedades hematológicas o hepáticas					

Recomendaciones:

.....
.....
.....

OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

a) Muy deficiente b) Deficiente c) Regular d) Buena, para mejorar e) Muy buena, para aplicar

Nombres y Apellidos:		DNI N°	
Dirección:		Teléfono/Celular:	
Título Profesional:			
Grado Académico:			
Mención:			

Firma

Lugar y Fecha

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA
(Creada por Ley 25265)
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Ficha de evaluación del instrumento de investigación por el criterio de experto o Juez

Instrumento: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS SOBRE RIESGOS EN LA GESTANTE

Investigación: IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS EN LA GESTANTE CON PLAN DE PARTO COMPLETO ATENDIDA EN EL CENTRO DE SALUD DAVID GUERRERO DUARTE, JUNÍN, OCTUBRE - DICIEMBRE DEL 2018.

1. DATOS GENERALES

- 1.1. Apellidos y nombres del Juez : _____
- 1.2. Grado académico : _____
- 1.3. Mención : _____
- 1.4. DNI/ Celular : _____
- 1.5. Cargo e institución donde labora : _____
- 1.6. Lugar y fecha : _____

2. ASPECTOS DE LA EVALUACIÓN

INDICADORES	CRITERIOS	DEFICIENTE	BAJA	REGULAR	BUENA	MUY BUENA
		1	2	3	4	5
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado y comprensible.					
2. OBJETIVIDAD	Permite medir hechos observables.					
3. ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia y la tecnología.					
4. ORGANIZACIÓN	Presentación ordenada.					
5. SUFICIENCIA	Comprende aspectos de las variables en cantidad y calidad suficiente.					
6. PERTINENCIA	Permite conseguir datos de acuerdo a los objetivos planteados.					
7. CONSISTENCIA	Pretende conseguir datos basado en teorías o modelos teóricos.					
8. COHERENCIA	Entre variables, dimensiones, indicadores e ítems.					
9. METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito de la investigación.					
10. APLICACIÓN	Los datos permiten un tratamiento estadístico pertinente.					

CONTEO TOTAL DE MARCAS	A	B	C	D	E
(realice el conteo en cada una de las categorías de la escala)					

CALIFICACIÓN GLOBAL: Coeficiente de validez = $\frac{1 \times A + 2 \times B + 3 \times C + 4 \times D + 5 \times E}{50} = \text{-----}$

3. OPINIÓN DE APLICABILIDAD (Ubique el coeficiente de validez obtenido en el intervalo respectivo y marque con un aspa en el círculo asociado).

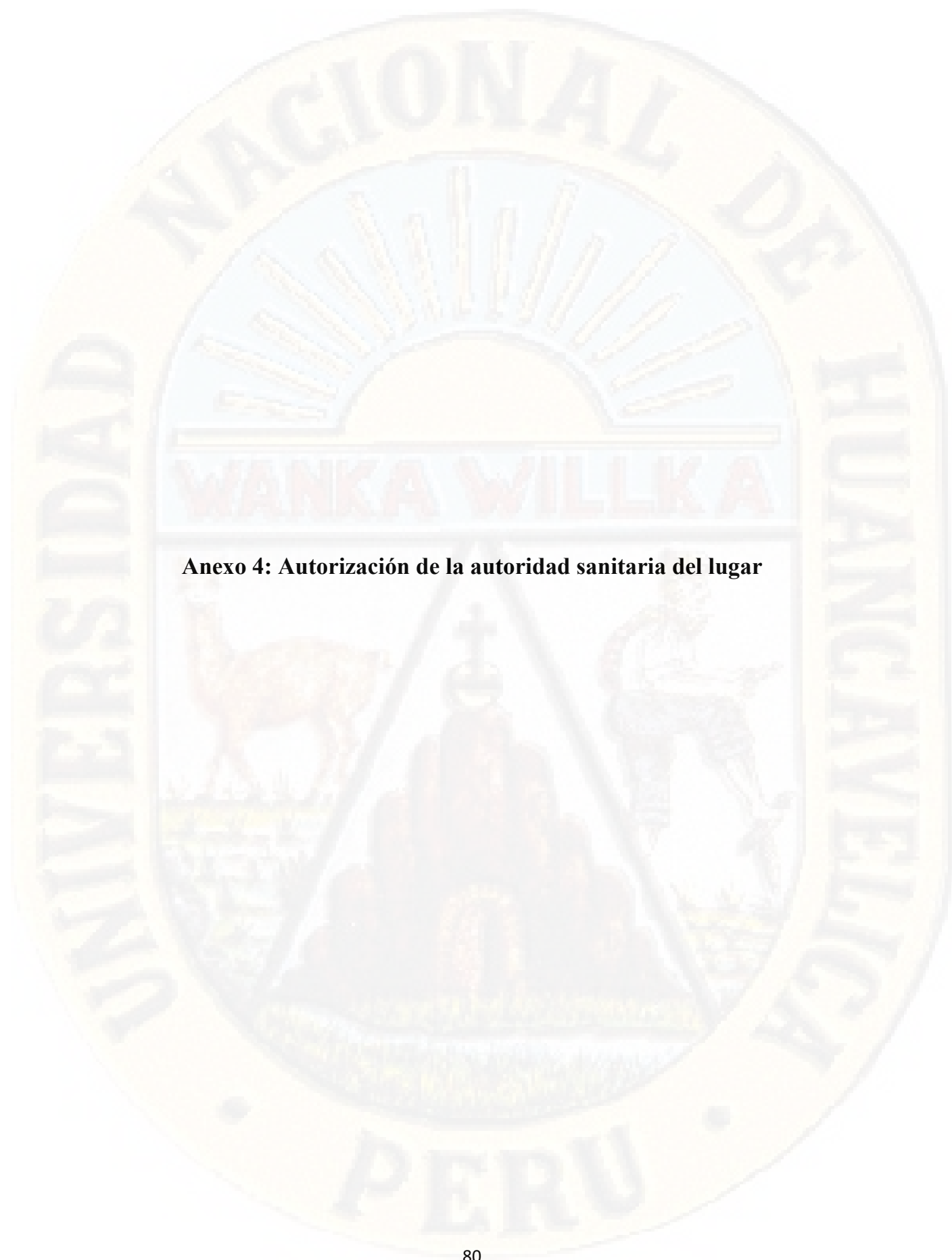
CATEGORÍA	INTERVALO
No válido, reformular	[0,20 – 0,40]
No válido, modificar	<0,41 – 0,60]
Válido, mejorar	<0,61 – 0,80]
Válido, aplicar	<0,81 – 1,00]

4. RECOMENDACIONES:

.....

.....

Firma del Juez



Anexo 4: Autorización de la autoridad sanitaria del lugar



UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA
(Creado por Ley N° 25265)
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD

SOLICITO: Autorización para poder realizar estudio de Investigación.

SEÑOR

.....
DIRECTOR

CENTRO DE SALUD DAVID GUERRERO DUARTE - JUNÍN

SD.

Yo, Obsta. Guerra Ninamango, María Cristina identificado (a) con D.N.I. N° _____, Obstetra de profesión, egresada de la especialidad en ESPECIALIDAD EN SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA de la Facultad de Ciencias de la Salud, de la Universidad Nacional de Huancavelica, ante usted con todo respeto me presento y digo.

Que, deseo realizar una investigación sobre las IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS EN LA GESTANTE CON PLAN DE PARTO COMPLETO ATENDIDA EN EL CENTRO DE SALUD DAVID GUERRERO DUARTE, JUNÍN, OCTUBRE - DICIEMBRE DEL 2018.

Por lo cual solicito me brinde la autorización pertinente para poder tener acceso a la información de fuentes secundarias; por otra parte, es importante mencionar que la información recabada será confidencial y solo será analizada de manera conjunta o grupal; por lo mencionado solicito se me expida la autorización y se me brinde las facilidades, para realizar la investigación.

Por lo expuesto, pido a Ud., acceder a mi solicitud por ser de justicia.

Concepción, 3 de Enero del 2019.

Firma del Interesado