



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERIA**

TEMA:

Signos y síntomas de alarma durante el embarazo; en gestantes que asisten a la consulta externa de un Hospital de la ciudad de Guayaquil.

AUTORAS:

**Lara Lara, Heydi Edith
Olalla Bonilla, Lisette Gabriela**

**Trabajo de titulación previo a la obtención del título de
Licenciatura en Enfermería**

TUTORA:

Lcda. Riofrío Cruz, Mariana Estela, Esp.

**Guayaquil, Ecuador
02 de Septiembre del 2024**



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA**

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación fue realizado en su totalidad por **Lara Lara, Heydi Edith y Olalla Bonilla, Lisette Gabriela**, como requerimiento para la obtención del título de **Licenciadas en Enfermería**.

f. _____
LCDA. RIOFRÍO CRUZ, MARIANA ESTELA. ESP.
TUTORA

f. _____
LCDA. MENDOZA VINCES, ÁNGELA OVILDA. MGS.
DIRECTORA DE LA CARRERA

Guayaquil, a los 2 días del mes de septiembre del año 2024



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **Lara Lara, Heydi Edith**

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, **Signos y síntomas de alarma durante el embarazo; en gestantes que asisten a la consulta externa de un Hospital de la ciudad de Guayaquil**, previo a la obtención del título de **Licenciada en Enfermería**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 2 días del mes de septiembre del año 2024

LA AUTORA

f. _____
Lara Lara, Heydi Edith



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **Olalla Bonilla, Lisette Gabriela**

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, **Signos y síntomas de alarma durante el embarazo; en gestantes que asisten a la consulta externa de un Hospital de la ciudad de Guayaquil**, previo a la obtención del título de **Licenciada en Enfermería**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 2 días del mes de septiembre del año 2024

LA AUTORA

f. _____
Olalla Bonilla, Lisette Gabriela



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA

AUTORIZACIÓN

Yo, **Lara Lara, Heydi Edith**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Signos y síntomas de alarma durante el embarazo; en gestantes que asisten a la consulta externa de un Hospital de la ciudad de Guayaquil**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 2 días del mes de septiembre del año 2024

LA AUTORA

f. _____
Lara Lara, Heydi Edith



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA

AUTORIZACIÓN

Yo, **Olalla Bonilla, Lisette Gabriela**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Signos y síntomas de alarma durante el embarazo; en gestantes que asisten a la consulta externa de un Hospital de la ciudad de Guayaquil**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 2 días del mes de septiembre del año 2024

LA AUTORA

Gabriela Olalla.

f. _____
Olalla Bonilla, Lisette Gabriela

REPORTE DE COMPILATIO



Tesis

0%
Textos sospechosos

2% Similitudes (ignorado)
0% similitudes entre comillas (ignorado)
0% entre las fuentes mencionadas (ignorado)
3% Idiomas no reconocidos (ignorado)

Nombre del documento: Tesis Lara - Olalla final 2.docx
ID del documento: 9e153ae0258d3637c88b37d331183807773a5904
Tamaño del documento original: 1,63 MB
Autores: Lisette Olalla, Lisette Olalla, Heydi Lara

Depositante: Lisette Olalla
Fecha de depósito: 11/9/2024
Tipo de carga: url_submission
fecha de fin de análisis: 11/9/2024

Número de palabras: 18.518
Número de caracteres: 125.093

Ubicación de las similitudes en el documento:



Fuentes principales detectadas

Nº	Descripciones	Similitudes	Ubicaciones	Datos adicionales
1	Características clínicas de la preeclampsia en gestantes adolescentes ate... #fd9bec El documento proviene de mi grupo 108 fuentes similares	6%		Palabras idénticas: 6% (1121 palabras)
2	Tesis_Carrillo_González_v1.docx Tesis_Carrillo_González_v1 #a17cd0 El documento proviene de mi grupo 92 fuentes similares	3%		Palabras idénticas: 3% (546 palabras)
3	repositorio.ucsg.edu.ec http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/14924/3/T-U-CSG-PRE-MED-ENF-590.pdf.txt 84 fuentes similares	3%		Palabras idénticas: 3% (526 palabras)
4	repositorio.ucsg.edu.ec http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/21135/1/T-U-CSG-PRE-MED-ENF-813.pdf 80 fuentes similares	3%		Palabras idénticas: 3% (475 palabras)
5	Tesis - Lavanda Moisés.docx Tesis - Lavanda Moisés #52421f El documento proviene de mi grupo 22 fuentes similares	2%		Palabras idénticas: 2% (432 palabras)

Fuentes con similitudes fortuitas

Nº	Descripciones	Similitudes	Ubicaciones	Datos adicionales
1	revista.uniandes.edu.ec https://revista.uniandes.edu.ec/ojs/index.php/EPISTEME/article/download/1782/2694	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (38 palabras)
2	revistamedica.com > Intervención Educativa sobre el conocimiento en signos y s... https://revistamedica.com/intervencion-educativa-sintomas-alarma-gestantes/amp/	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (38 palabras)
3	Documento de otro usuario #0a175f El documento proviene de otro grupo	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (32 palabras)
4	repositorio.uce.edu.ec https://repositorio.uce.edu.ec/archivos/fmchulde/Repositorio/LIN_P_22_23_1.pdf#:~:text=CIRCULAR...	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (24 palabras)
5	PLANTILLA DE INFORME FINAL SAN .pdf PLANTILLA DE INFORME FINAL ... #d960f7 El documento proviene de mi grupo	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (21 palabras)

AGRADECIMIENTO

El principal agradecimiento a Dios quién me ha guiado y me ha dado la fortaleza para seguir adelante.

A mi familia por su comprensión y estímulo constante, además de su apoyo incondicional a lo largo de mis estudios.

Y a todas las personas que de una o otra forma me apoyaron en la realización de este trabajo.

Lara Lara Heydi Edith

AGRADECIMIENTO

Quiero empezar agradeciendo a Dios por permitirme concluir esta etapa maravillosa de mi carrera a mis padres por su apoyo incondicional, a mis hermanos, a todos mis profesores a lo largo de estos años por impartir sus conocimientos y por último, pero no menos importante a mi compañera de trabajo Catherine Mejía por su gran apoyo ya que ella fue parte fundamental en mi año de internado profundamente agradecida.

Olalla Bonilla Lisette Gabriela

DEDICATORIA

Dedico con todo mi corazón mi tesis a mis abuelos: Lucia Moscoso, Ángel Lara, a mis padres: Mayra Lara, Eddie Lara agradeciendo su apoyo y consejos durante estos años de carrera, su bendición a diario a lo largo de mi vida me protege y me lleva por el camino del bien. Por eso les dedico mi trabajo en ofrenda por su paciencia y amor.

Lara Lara Heydi Edith

DEDICATORIA

Dedico mi trabajo de titulación a mis padres: Noemi Bonilla y Jaime Olalla por su gran apoyo incondicional a todos mis hermanos, mi madrina Mercy Vinueza y sin sonar a pretensión me lo dedico a mí misma ya que durante estos años de carrera ha sido una contante lucha con mis horarios de trabajo, pero se siente una gran satisfacción poder lograrlo.

Olalla Bonilla Lisette Gabriela



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA**

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

LCDA. MENDOZA VINCES, ANGELA OVILDA
DIRECTORA DE CARRERA

f. _____

LCDA. HOLGUIN JIMENEZ, MARTHA LORENA
COORDINADORA DEL ÁREA DE TITULACION

f. _____

(NOMBRES Y APELLIDOS)
OPONENTE



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA**

CALIFICACIÓN



ÍNDICE

Contenido

AGRADECIMIENTO	VIII
DEDICATORIA	X
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN	XII
ÍNDICE.....	XIV
ÍNDICE DE FIGURAS.....	XVI
RESUMEN.....	XVII
ABSTRACT.....	XVIII
INTRODUCCIÓN.....	2
CAPITULO I.....	3
1.1. Planteamiento Del Problema.....	3
1.2. Preguntas De Investigación.....	4
1.3. Justificación.....	5
1.4. Objetivos	6
1.4.1. Objetivo General.....	6
1.4.2. Objetivos Específicos.....	6
CAPITULO II.....	7
FUNDAMENTACIÓN CONCEPTUAL.....	7
2.1 Antecedentes De La Investigación	7
2.2 Marco Conceptual	10
2.2.1. Embarazo	10
2.2.2. Signos y síntomas de alarma durante el embarazo.....	13
2.2.3. Signos de alarma	15
2.2.4. Síntomas de alarma.....	18
2.2.5. Antecedentes obstétricos.....	23
2.2.6. Factores de riesgo	27
2.3. MARCO LEGAL	31
2.3.1. Constitución del Ecuador	31
2.3.2. Ley Orgánica de Salud	32
2.3.3. Plan Nacional de Desarrollo Toda una vida.....	33
2.3.4. Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2017 - 2021	34

2.3.5. Plan de Creación de Oportunidades	35
CAPITULO III	36
DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	36
3.1. Tipo de estudio	36
3.2. Nivel.	36
3.3. Métodos.....	36
3.4.1. Según el tiempo.	36
3.4.2. Según la naturaleza.....	36
3.5. Población.....	36
3.6. Criterios de inclusión y exclusión	38
3.6.1. Criterios de inclusión.....	38
3.6.2. Criterios de exclusión.....	38
3.7. Procedimientos para la recolección de la información	38
3.8. Técnicas de Procedimiento y Análisis de datos	39
3.9. Procedimientos para garantizar aspectos éticos en las investigaciones con sujetos humano	39
3.10. VARIABLES GENERALES Y OPERACIONALIZACIÓN	40
PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS	42
DISCUSION	51
CONCLUSIONES	55
RECOMENDACIONES.....	56
REFERENCIAS	57
ANEXOS	65

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura No. 1. Características sociodemográficas.....	42
Figura No. 2. Características sociodemográficas.....	43
Figura No. 3. Características sociodemográficas.....	44
Figura No. 4. Características sociodemográficas.....	45
Figura No. 5. Características sociodemográficas.....	46
Figura No. 6. Antecedentes obstétricos	47
Figura No. 7. Antecedentes obstétricos	48
Figura No. 8. Antecedentes obstétricos	49
Figura No. 9. Factores de riesgo.....	50

RESUMEN

Según la observación, los signos y síntomas de alarma son indicadores de riesgos para la salud del feto o la gestante durante el embarazo; se pudo observar los problemas que surgen durante el embarazo, tales como preeclampsia, desprendimiento placentario o infecciones, en relación a ello formulamos el siguiente **Objetivo** de Determinar las características de los signos y síntomas de alarma durante el embarazo; en gestantes que asisten a la consulta externa de un Hospital de la ciudad de Guayaquil. Se empleó un **Diseño Metodológico** de nivel descriptivo, cuantitativo, retrospectivo y de corte transversal; con una **Población de** 1571 gestantes y una **Muestra de** 310 gestantes. Se usó como **Técnica** la Observación indirecta y como **Instrumento** la Matriz de observación indirecta. Entre los **Resultados** predominan gestantes de 26 a 30 años (35%), de etnia mestiza (79%), procedentes de áreas urbanas (81%), que tuvo una gestación (45%), con nivel de educación secundaria (45%). Presentaron mayormente signos de sangrado vaginal (82%) y edema (80%); como síntoma dolor de cabeza (84%) y disminución de movimientos fetales (80%). Entre los antecedentes obstétricos predominan gestantes con preeclampsia (82%), parto prematuro (80%) y ruptura de membranas (78%). Como antecedente tuvieron mayormente hipertensión (89%) y diabetes gestacional (84%). En **Conclusión**, en el Hospital Universitario de Guayaquil, se observa una variedad de signos y síntomas de alarma en las gestantes durante el embarazo. Los signos más recurrentes son el sangrado vaginal y los edemas, mientras que los síntomas más frecuentes incluyen dolor de cabeza y reducción en los movimientos fetales.

Palabras clave: Signos y síntomas de alarma; Embarazo; Gestantes.

ABSTRACT

According to observation, the warning signs and symptoms are indicators of risks to the health of the fetus or the pregnant woman during pregnancy; it was possible to observe the problems that arise during pregnancy, such as preeclampsia, placental abruption or infections, in relation to this we formulated the following **Objective** To determine the characteristics of the warning signs and symptoms during pregnancy; in pregnant women who attend the outpatient clinic of a Hospital in the city of Guayaquil. A descriptive, quantitative, retrospective and cross-sectional **Methodological Design** was used; with a **Population** of 1571 pregnant women and a **Sample** of 310 pregnant women. Indirect Observation was used as a **Technique** and the Indirect Observation Matrix as an **Instrument**. Among the **Results**, pregnant women from 26 to 30 years old predominate (35%), of mixed ethnicity (79%), from urban areas (81%), who had one pregnancy (45%), with a secondary education level (45%). The most common signs were vaginal bleeding (82%) and edema (80%); the most common symptoms were headache (84%) and decreased fetal movements (80%). Among the obstetrical history, the most common were preeclampsia (82%), premature birth (80%) and rupture of membranes (78%). The most common pregnancies were hypertension (89%) and gestational diabetes (84%). In **conclusion**, at the Hospital Universitario de Guayaquil, a variety of warning signs and symptoms are observed in pregnant women during pregnancy. The most common signs are vaginal bleeding and edema, while the most common symptoms include headache and decreased fetal movements.

Key words: Warning signs and symptoms; Pregnancy; Pregnant women.

INTRODUCCIÓN

El Embarazo es el término utilizado para describir el período en el cual un feto se desarrolla en el vientre o útero de una mujer. Estado fisiológico de una mujer que comienza con la concepción y continúa con el desarrollo fetal hasta el momento del parto (1)

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (2019), a pesar de los avances conseguidos cada 11 segundos muere una mujer embarazada o un recién nacido en el mundo, desde el año 2000 las muertes maternas han logrado disminuirse en más de un tercio esto principalmente a un mejor acceso a los servicios de salud; sin embargo, las nuevas estimaciones ponen en manifiesto que en el año 2018 más de 290 000 mujeres murieron debido a las complicaciones durante el embarazo y el parto en el año 2017, siendo las principales complicaciones obstétricas, la hipertensión durante el embarazo e infecciones y hemorragias graves durante el parto o el posparto, cada vez con más frecuencia se deben a una enfermedad o trastorno preexistente que se agrava por los efectos del embarazo (2).

El presente trabajo tiene como propósito determinar las características de los signos y síntomas de alarma durante el embarazo; en gestantes que asisten a la consulta externa de un Hospital de la ciudad de Guayaquil. Para dicho estudio se utilizará la metodología de nivel descriptivo, cuantitativo, prospectivo. Dado que algunas complicaciones pueden ocurrir durante el embarazo o puede actuar como señal de alarma para identificar cualquier irregularidad en el proceso (3).

CAPITULO I

1.1. Planteamiento Del Problema

Los signos y síntomas de alarma del embarazo son aquellos que indican que la salud de la gestante y del producto de la concepción está en peligro. Durante el transcurso del embarazo pueden presentarse algunas complicaciones o signos que pueden servir de alarma para identificar alguna anomalía en el transcurso de este.(4).

Según la Organización Mundial de la Salud, los signos y síntomas de alarma del embarazo son aquellos que indican que la salud de la gestante y del producto de la concepción está en peligro. Durante el transcurso del embarazo pueden presentarse algunas complicaciones o signos que pueden servir de alarma para identificar alguna anomalía en el transcurso de este (5).

A pesar de los avances, una mujer embarazada o un recién nacido muere cada 11 segundos en todo el mundo, y desde el año 2000 las muertes maternas han disminuido en más de un tercio. Sin embargo, nuevas estimaciones muestran que más de 290.000 mujeres murieron por complicaciones del embarazo y el parto en 2018, mientras que las principales complicaciones del parto en 2017 fueron la hipertensión, las infecciones y las hemorragias relacionadas con el embarazo. Más graves durante o después del parto, son cada vez más causados por enfermedades o afecciones preexistentes que se ven exacerbadas por los efectos del embarazo (5).

Dado que la mayoría de las muertes maternas son evitables, las naciones se han unido para apoyar los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) y apuntar a acelerar la disminución de la mortalidad materna para 2030. Un objetivo desafiante del ODS 3 es reducir la tasa mundial de muerte materna a menos de 70 por 100.000 nacimientos, sin que ninguna nación tenga una tasa superior al doble del promedio (5).

La tasa de fecundidad en América Latina y el Caribe es una de las más altas del mundo, solamente superada por los países africanos. En general los países latinoamericanos y caribeños poseen una tasa de maternidad en adolescentes que está por encima del 12%, dato que tiende a ser mucho mayor en el grupo de adolescentes de menores ingresos y menor nivel educativo (6).

En Ecuador se han presentado 94 muertes maternas, de las cuales el 90,43% ocurren antes de los 42 días posteriores al parto y el 95,57% posteriormente, según el boletín epidemiológico del Ministerio de Salud Pública. Entre 2019 y 2020, se registraron más muertes maternas. Las principales causas incluyen trastornos hipertensivos (76%), causas indirectas y hemorragias asociadas al embarazo (15%). Con mayor frecuencia se encuentran las provincias de Guayas, Manabí, Pichincha, Chimborazo y Azuay (7).

En un hospital de la ciudad de Guayaquil, durante las prácticas de internado hemos podido observar que acuden mujeres embarazadas presentando, signos de alarma entre los más importantes identificados fueron los relacionados a la hemorragia (sangrado vaginal), a la preeclampsia (dolor de cabeza, visión borrosa), al parto pretérmino (pérdida de líquido con olor a lejía) y a insuficiencia placentaria o estrés fetal (disminución de movimientos fetales).

1.2. Preguntas De Investigación

- ¿Cuáles son los Signos y síntomas de alarma del embarazo en gestantes que asisten a la consulta externa de un Hospital de la ciudad de Guayaquil, año 2024?
- ¿Qué características sociodemográficas tienen las gestantes con signos y síntomas de alarma que asisten a la consulta externa de un Hospital de la ciudad de Guayaquil?

- ¿Cuáles son los antecedentes gineco obstétrico de las gestantes con signos y síntomas de alarma durante su embarazo, que asisten a la consulta externa de un Hospital de la ciudad de Guayaquil?
- ¿Cuáles son los factores de riesgo que influyen en la identificación de signos de alarma obstétrica en las gestantes durante su embarazo, que asisten a la consulta externa de un Hospital de la ciudad de Guayaquil?

1.3. Justificación

La salud de la madre y el niño está contemplada en este momento como una prioridad de orden mundial, su situación de salud y desarrollo son indicadores de las condiciones de vida de la población de un país. Como las acciones emprendidas para el mejoramiento de la salud madre-hijo se encuentran todas aquellas concernientes a los cuidados durante el embarazo (8).

Cada día en el año 2020, aproximadamente 800 mujeres murieron por causas evitables relacionadas con el embarazo y el parto, lo que significa que una mujer muere aproximadamente cada dos minutos. La meta 3.1 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) es reducir la mortalidad materna a menos de 70 muertes maternas por cada 100 000 nacidos vivos para 2030; La meta consistente en poner fin a la mortalidad materna prevenible debe seguir siendo la máxima prioridad de la agenda mundial (9).

Este trabajo de investigación tendrá relevancia social ya que esta información debe ser alcanzada al establecimiento de salud para mejorar la información sobre los signos y síntomas de alarma del embarazo; con el fin de sensibilizar a las gestantes; obteniéndose de esta manera una responsable toma de decisiones basada en la información recibida y así lograr conductas adecuadas sobre la salud materna que influyan determinadamente en la reducción de la tasa de mortalidad materna y perinatal.

El desarrollo de esta tesis es factible porque se cuenta con los recursos suficientes, tanto económicos como potencial humano. Del mismo modo se

tiene fácil acceso a la información. Así mismo se programará sistemáticamente el tiempo en aplicar instrumento para su posterior procesamiento.

1.4. Objetivos

1.4.1. Objetivo General

Determinar los signos y síntomas de alarma durante el embarazo; en gestantes que asisten a la consulta externa de un Hospital de la ciudad de Guayaquil.

1.4.2. Objetivos Específicos

- Caracterizar sociodemográficamente a las gestantes embarazadas que presenten signos y síntomas de alarma.
- Identificar los antecedentes gineco obstétrico de las gestantes con signos y síntomas de alarma durante su embarazo.
- Mencionar los factores de riesgo que influyen en la identificación de signos de alarma obstétrica en gestantes durante su embarazo.

CAPITULO II

FUNDAMENTACIÓN CONCEPTUAL

2.1 Antecedentes De La Investigación

En un estudio desarrollado por Terefe y Nigussie(10) en el año 2020, que tuvo por objetivo evaluar la prevalencia de signos de alarma durante el embarazo y los factores asociados en el sur de Etiopía; distribuyeron cuestionarios a 395 mujeres elegidas al azar como parte de un estudio transversal. Según los hallazgos, el 41% de las mujeres habían experimentado previamente síntomas de advertencia obstétricos durante el embarazo. El sangrado vaginal (15,4%) fue el síntoma de advertencia más común, seguido de la hinchazón corporal (12,7%) y los vómitos intensos (5,3%). Los indicadores de riesgo obstétrico fueron 6,7 veces más comunes en las mujeres que tuvieron menos de cuatro visitas prenatales. Concluyeron diciendo que aproximadamente la mitad de las futuras mamás habían experimentado uno o más signos de advertencia obstétricos. Las intervenciones de salud pública deben priorizar las causas prevalentes de peligro obstétrico, reforzar las cuatro visitas prenatales y educar sobre signos de peligro, especialmente para mujeres primíparas.

De igual manera, en la publicación de Rivera y Valdiviezo(11) del año 2023, sobre su estudio que tuvo como objetivo describir los signos de peligro en las gestantes y los cuidados de enfermería para su prevención y tratamiento. Los signos de peligro materno están frecuentemente presentes en las mujeres embarazadas y pueden dar lugar a diversos problemas que aumentan el riesgo de morbilidad y mortalidad, según el estudio de revisión de la literatura, que revisó 29 artículos. Las tasas de mortalidad materna se ven afectadas principalmente por enfermedades hipertensivas, incluidas la preeclampsia y la eclampsia, hemorragias y diabetes mellitus gestacional. Se ha demostrado que el conocimiento, la conciencia y las actitudes de las mujeres embarazadas

influyen en los riesgos al ser vistos como indicadores habituales, lo que puede retrasar la búsqueda de asistencia médica. Para prevenir y/o tratar estos trastornos y los problemas que ocurren, la atención de enfermería implica las siguientes acciones: evaluación, diagnóstico, educación, concienciación y apoyo. El control prenatal sistemático es una vía fundamental para educar, detectar posibles riesgos y prevenir complicaciones.

En este contexto, se puede mencionar el estudio desarrollado en el 2020 por Nugusu y Hailemichael(12), cuyo objetivo fue evaluar los factores asociados con la morbilidad materna extrema entre mujeres ingresadas en hospitales públicos de Etiopía. Participaron 321 mujeres embarazadas (80 casos y 241 controles) que estuvieron hospitalizadas durante el estudio. Las principales morbilidades entre las madres fueron hemorragia obstétrica grave (32%), trastornos hipertensivos del embarazo (31%), parto obstruido (26%), anemia grave (6,3%) y sepsis inducida por el embarazo (3,8%). La morbilidad materna extrema se relacionó sustancialmente con problemas médicos crónicos, antecedentes de cesárea, ausencia de controles prenatales y falta de educación formal. El estudio llega a la conclusión de que la morbilidad materna grave está asociada con estas variables, así como con retrasos en la atención obstétrica.

Por otra parte, en un estudio llevado a cabo por Basse y Asibong(13) en el año 2020, que tuvo como objetivo identificar, clasificar y determinar la frecuencia y la naturaleza de los eventos de morbilidad materna extrema y los resultados maternos; realizaron una revisión retrospectiva de 10.111 admisiones al Hospital Universitario de Calabar relacionadas con el embarazo. Los resultados mostraron que 691 casos de casi accidentes y 99 muertes maternas fueron causados por 790 afecciones potencialmente mortales. Los casi accidentes maternos fueron 6.834 por cada 100.000 casos de maternidad, mientras que la tasa de mortalidad materna fue de 979 por cada 100.000 nacidos vivos. La anemia grave y la sepsis tuvieron tasas de mortalidad significativas específicas por caso. Concluye indicando que la atención prenatal y el reconocimiento temprano de los signos de peligro durante el embarazo, así como la derivación inmediata y la institución

temprana de atención obstétrica esencial, son importantes para la supervivencia materna e infantil.

En una investigación desarrollada por Gelan y Bekela(14) en el año 2022, que tuvo como objetivo evaluar los resultados perinatales y maternos adversos y los factores asociados entre las mujeres con hemorragia anteparto en el suroeste de Etiopía. Utilizaron entrevistas para recopilar datos para su estudio transversal prospectivo. Los resultados muestran que, de las 377 embarazadas que se incluyeron, el 50,9% tuvieron un mal resultado y el 30% tuvieron un mal resultado para el feto. Los resultados negativos se correlacionaron con el estado de los signos vitales, la dirección, la paridad, la atención prenatal, la duración del sangrado antes del nacimiento, la edad gestacional, el pretérmino y el volumen del sangrado vaginal. El artículo termina señalando que una alta tasa de resultados perinatales y maternos desfavorables ha sido indicada por cambios en los signos vitales.

Por otra parte, en un artículo publicado por Rajbanshi y Norhayati(15) en el año 2020, tuvo como objetivo determinar la prevalencia de embarazos de alto riesgo y explorar la asociación entre la estratificación del riesgo y la morbilidad materna grave. Se realizó un estudio de cohorte prospectivo que comprendió 346 mujeres embarazadas con gestaciones de entre 28 y 32 semanas. Según los hallazgos, el 14% de los embarazos fueron de alto riesgo. La estratificación del riesgo mediante códigos de colores mostró que las mujeres de bajo riesgo se clasificaron en el 72% en verde, el 13% en blanco y el 7% de las mujeres de alto riesgo en rojo, el 7% en amarillo, y así sucesivamente. Concluye mostrando que la morbilidad materna grave es más común en los embarazos de alto riesgo, aunque en un porcentaje menor. Si se utilizara la puntuación de riesgo en el cribado prenatal, podría predecirse esta morbilidad. Sin embargo, debido a eventos impredecibles en embarazos de bajo riesgo, todas las mujeres embarazadas necesitan vigilancia y atención obstétrica de calidad, con especial atención y derivación para las de alto riesgo.

2.2 Marco Conceptual

2.2.1. Embarazo

El embarazo es un proceso biológico que se inicia cuando los productos de la concepción, es decir, el óvulo fertilizado, se implantan en el útero o en otro lugar del cuerpo, como ocurre en el embarazo ectópico. El cuerpo de la mujer pasa por una serie de cambios fisiológicos importantes en esta condición, todos los cuales están destinados a apoyar el crecimiento del feto hasta el parto (16).

Casi todos los sistemas orgánicos del cuerpo de la madre cambian durante el embarazo. Estos ajustes son necesarios para mantener el entorno adecuado para el crecimiento y desarrollo del feto. Por ejemplo, el sistema circulatorio puede mover la sangre de manera más eficiente, lo que le da al feto acceso a más oxígeno y nutrientes. Al mismo tiempo, el volumen de sangre en la madre aumenta drásticamente, lo que facilita el desarrollo de la placenta y el mantenimiento de las actividades fetales (16).

Durante el embarazo, también se producen cambios importantes en el sistema endocrinológico. La secreción de progesterona y estrógeno aumenta significativamente durante el embarazo, lo que ayuda a mantener el embarazo y a preparar el cuerpo para el parto. Estas hormonas tienen un papel fundamental en el control de los cambios uterinos, la preparación de la leche materna para la lactancia y la modificación del sistema inmunológico para prevenir el rechazo fetal (17).

Como el feto es diferente a la madre desde el punto de vista genético, el sistema inmunológico de la madre también se adapta para protegerlo y evitar el rechazo. Esta adaptación inmunológica, una de las partes más complicadas de la biología reproductiva, es esencial para un embarazo exitoso. Además, los cambios nutricionales y metabólicos que ocurren durante el embarazo

garantizan que el feto y la madre obtengan los recursos que necesitan para crecer (17).

El embarazo concluye con el parto, que puede ser espontáneo o electivo, o mediante un aborto si ocurre una interrupción del embarazo antes de que el feto sea viable. El proceso de parto marca el final de un periodo de transformación profunda y prepara al cuerpo de la madre para el inicio de la lactancia y la recuperación postparto. El cuerpo de la mujer pasa por una serie de cambios de adaptación a lo largo del embarazo, todos ellos destinados a ayudar al crecimiento y desarrollo del feto hasta el nacimiento. La complejidad del proceso reproductivo humano se refleja en estas modificaciones, que afectan a todos los sistemas orgánicos (17).

Las mujeres embarazadas enfrentan una etapa de vulnerabilidad significativa, en la que pueden presentarse complicaciones de manera repentina y sin señales predictivas claras. Estas complicaciones, muchas veces relacionadas con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), representan un riesgo elevado tanto para la madre como para el feto. La incapacidad de predecir y, por ende, de prevenir de manera confiable estas eventualidades subraya la importancia de una atención prenatal rigurosa y constante. Es esencial que los profesionales de salud mantengan un monitoreo exhaustivo y proactivo para minimizar los riesgos y garantizar tanto la salud de la madre como del bebé (18).

Los problemas obstétricos asociados al incumplimiento de los ODS pueden derivar en oligohidramnios, rotura prematura de membranas y limitación del desarrollo fetal, entre otros desenlaces potencialmente fatales. En consecuencia, estas variables aumentan la probabilidad de parto prematuro y aumentan la tasa de cesáreas, lo que conlleva riesgos adicionales para la madre y el bebé. Estas complicaciones refuerzan la necesidad de implementar protocolos de atención que no solo prevengan estas condiciones, sino que también promuevan una atención integral y humanizada durante el embarazo (18).

En este contexto, la implementación de estrategias basadas en evidencia para el manejo de estas complicaciones es necesario. La integración de cuidados humanizados y centrados en la paciente puede mejorar significativamente los resultados obstétricos, reduciendo las tasas de complicaciones y mejorando la experiencia del parto para las mujeres. Para alcanzar los ODS en materia de salud materna y neonatal, es necesario fortalecer los sistemas de salud, brindar atención prenatal accesible y los profesionales de la salud deben continuar su educación (19).

Para garantizar que las pacientes embarazadas reciban una atención adecuada y segura, es fundamental comprender los cambios fisiológicos que se producen durante el embarazo. El cuerpo de la mujer pasa por cambios complejos en múltiples sistemas a lo largo de esta fase, incluidos el sistema gastrointestinal, respiratorio, endocrino y cardiovascular. A pesar de ser fisiológicos y normales, estas alteraciones pueden causar síntomas que podrían considerarse anormales en otras circunstancias. Por lo tanto, para distinguir entre un problema médico que debe tratarse y la adaptación normal del cuerpo al embarazo, los proveedores de atención médica deben poseer un conocimiento profundo de estos procesos (19).

La sensibilidad hacia estos cambios fisiológicos no solo es importante para el diagnóstico y tratamiento adecuado, sino que también desempeña un papel importante en la atención compasiva y personalizada. Las transformaciones que experimentan las pacientes pueden generar tensión no solo física, sino también mental y emocional. La comprensión y la empatía por parte del personal médico son esenciales para mitigar el estrés que estas adaptaciones puedan causar. La atención médica durante el embarazo no debe limitarse al manejo de las condiciones físicas, sino que debe abordar también los aspectos emocionales y psicológicos de las pacientes, contribuyendo a su bienestar integral (20).

Además, la capacidad de identificar con precisión si un hallazgo clínico en una paciente embarazada es una manifestación normal del embarazo o una patología subyacente es crítica para evitar intervenciones innecesarias y para

garantizar una atención segura. Por ejemplo, las variaciones en la presión arterial, la capacidad pulmonar y el volumen sanguíneo son típicas durante el embarazo; sin embargo, si se malinterpretan, estas variaciones pueden dar lugar a un diagnóstico incorrecto. Los profesionales de la salud pueden reducir el riesgo de complicaciones tanto para la madre como para el feto utilizando un enfoque informado y basado en la evidencia para tomar decisiones clínicas más precisas (20).

Para mejorar la calidad de la atención prenatal, es imprescindible proporcionar una formación continua y actualizar la información sobre los aspectos singulares del embarazo. A medida que la ciencia médica se desarrolla, nuevos estudios ofrecen una mayor comprensión de los cambios fisiológicos asociados con el embarazo, lo que permite la creación de planes de tratamiento más eficientes. Para proporcionar una atención que no sólo sea técnicamente sólida, sino también compasiva y considerada con los requisitos singulares de las pacientes embarazadas, los profesionales de la salud deben mantenerse al día con los avances más recientes en esta área (20).

2.2.2. Signos y síntomas de alarma durante el embarazo

Los signos de alarma son marcadores importantes que indican un posible cambio en la salud de la madre y el feto y requieren atención médica inmediata durante el embarazo y el período posparto. Estos indicadores, que comprenden tanto síntomas como variaciones en los signos vitales, deben reconocerse de inmediato para evitar problemas mayores que podrían poner en peligro la vida de la madre y el feto. La atención prenatal y posnatal debe priorizar la medición continua y precisa de estos indicadores, ya que la detección temprana y la intervención rápida para reducir los efectos de los problemas obstétricos (21).

Los signos vitales alterados de una mujer embarazada o en el período de posparto pueden ser un indicador de alerta de problemas obstétricos graves. Estas alteraciones tienen el potencial de convertirse rápidamente en

condiciones peligrosas como preeclampsia, hemorragia posparto o infecciones importantes si no se identifican y tratan de manera efectiva. Como resultado, es necesario que el personal médico evalúe los signos vitales de manera exhaustiva y metódica tan pronto como entre en contacto con una paciente. Esto les permitirá tomar decisiones de manera rápida e inteligente. Para garantizar una reacción eficiente ante cualquier indicación de alerta, este enfoque proactivo para el monitoreo de la salud materno-fetal es importante (21).

La evaluación de los signos de alarma no solo permite el reconocimiento temprano de patologías obstétricas, sino que también es necesario para la respuesta rápida y efectiva ante el deterioro clínico de la paciente. En el primer nivel de atención en salud, donde a menudo se realiza el primer contacto con las gestantes y puérperas, la identificación oportuna de estos signos cobra una relevancia particular. Una evaluación adecuada en esta etapa puede ser determinante para prevenir la progresión de complicaciones y garantizar la derivación oportuna a un nivel de atención más especializado si es necesario (22).

El objetivo principal de la evaluación de los signos de alarma es proporcionar a los profesionales de la salud un instrumento objetivo que les ayude a reconocer posibles riesgos obstétricos y a tomar decisiones adecuadas. Este procedimiento garantiza que las intervenciones se lleven a cabo en el momento adecuado, lo que no solo mejora la calidad de la atención, sino que también optimiza los resultados maternos y neonatales. Las directrices claras y basadas en la evidencia para la evaluación de los indicadores de alarma que deben implementarse en la práctica clínica proporcionan un marco estructurado para la toma de decisiones y una reducción significativa de la morbilidad y la mortalidad materna y perinatal (22).

2.2.3. Signos de alarma

Sangrado vaginal

El sangrado vaginal durante el embarazo es uno de los signos de alarma más graves y requiere atención médica inmediata debido a su potencial para indicar complicaciones críticas. En el primer trimestre, el sangrado puede estar asociado con condiciones como el aborto espontáneo, donde la viabilidad del embarazo está comprometida, o el embarazo ectópico, que ocurre cuando el embrión se implanta fuera del útero, generalmente en una de las trompas de Falopio. Ambas condiciones son potencialmente mortales si no se manejan de manera adecuada y oportuna, ya que el embarazo ectópico, en particular, puede llevar a la ruptura de la trompa y causar hemorragias internas graves (23).

Debido a su correlación con complicaciones graves como la placenta previa, en la que la placenta cubre el cuello uterino por completo, y el desprendimiento de placenta, en el que la placenta se separa de la pared uterina antes del parto, el sangrado vaginal se vuelve especialmente peligroso en el segundo y tercer trimestre. Estos trastornos pueden causar sufrimiento fetal debido a la interrupción del suministro de oxígeno y nutrición, además de poner en peligro la vida de la madre por sangrado severo. Además, el sangrado durante esta fase del parto aumenta el riesgo de parto prematuro y todas las dificultades que ello conlleva (23).

Cada una de estas condiciones conlleva riesgos significativos tanto para la madre como para el feto, incluyendo la pérdida de sangre materna, sufrimiento fetal, y en casos severos, la muerte fetal o materna. Por lo tanto, la evaluación del origen y la cantidad de sangrado es vital para el diagnóstico y el tratamiento adecuado. Esta evaluación debe incluir no solo un examen físico completo, sino también la utilización de herramientas diagnósticas como ultrasonidos para determinar la localización de la placenta y el estado del feto (23).

Pérdida de líquido amniótico

Conocida también como ruptura prematura de membranas, la pérdida de líquido amniótico es otro signo de alarma que requiere atención médica inmediata debido a sus potenciales complicaciones. El líquido amniótico desempeña un papel importante en el desarrollo fetal, proporcionando un ambiente protector y facilitando el crecimiento adecuado de los órganos y extremidades del feto. Este líquido no solo amortigua al feto contra posibles traumatismos, sino que también mantiene una temperatura constante y permite el desarrollo adecuado de los pulmones y el sistema digestivo. Cualquier alteración en la cantidad o calidad del líquido amniótico puede tener repercusiones directas en el bienestar fetal (24).

Este líquido puede perderse peligrosamente demasiado pronto, especialmente antes de las 37 semanas de embarazo, ya que aumenta el riesgo de infecciones intrauterinas como la corioamnionitis, que puede ser fatal tanto para la madre como para el feto. Además, la ruptura temprana de membranas con frecuencia da lugar a un parto prematuro, exponiendo al feto a riesgos relacionados con el nacimiento prematuro, incluida la enterocolitis necrosante y las hemorragias intracraneales, así como el síndrome de dificultad respiratoria neonatal, que es causado por la inmadurez pulmonar (24).

Para reducir los peligros asociados a la rotura prematura de membranas, es fundamental un diagnóstico precoz y una terapia eficaz. En caso de que se espere un parto prematuro, esta terapia puede implicar la hospitalización para observación, la administración de antibióticos para evitar infecciones y el uso de corticosteroides para acelerar la maduración de los pulmones fetales. Para evaluar la salud del feto y asegurarse de que cualquier síntoma de sufrimiento o infección se identifique y se trate rápidamente, es imperativo realizar un monitoreo fetal continuo (24).

Edema

Se trata de un síntoma típico del embarazo que afecta sobre todo a las extremidades inferiores, aunque también puede afectar a las manos y al

rostro. Es más evidente en el tercer trimestre de gestación. Este fenómeno se produce por la creciente presión que ejerce el útero sobre las venas y la retención de líquidos, que ralentiza el flujo sanguíneo y favorece la acumulación de líquido en los tejidos. El cuerpo de una mujer produce un 50% más de sangre y otros líquidos corporales durante el embarazo que en una situación normal, lo que supone un gran aumento (25).

El edema es más pronunciado al final del día o después de estar de pie durante períodos prolongados, y su localización más común es en los tobillos y pies, debido a la gravedad que agrava la acumulación de líquidos en las áreas más bajas del cuerpo. Sin embargo, cuando el edema se extiende a las manos y el rostro, o se presenta de manera súbita, puede ser un indicador de que el cuerpo está experimentando una sobrecarga en su capacidad para manejar el volumen adicional de líquidos, lo que puede poner en alerta a los profesionales de la salud. Esta hinchazón también puede ser más evidente en ambientes calurosos, ya que el calor causa vasodilatación, lo que aumenta la tendencia de los líquidos a acumularse en los tejidos (25).

Aunque cierto grado de edema es considerado normal durante el embarazo, es fundamental diferenciar entre la hinchazón fisiológica y el edema que podría ser síntoma de una condición subyacente más grave. Si el edema se presenta de forma repentina, es excesivo o está acompañado de otros síntomas como dolor, enrojecimiento, o dificultad para respirar, es necesario considerar la posibilidad de patologías como la trombosis venosa profunda o complicaciones relacionadas con la presión arterial (25).

Vómitos intensos

Los hiperémesis intensos y persistentes durante el embarazo, conocidos como hiperémesis gravídica, representan un signo de alarma que puede tener consecuencias significativas para la salud materna y fetal. A diferencia de las náuseas matutinas comunes que suelen ser transitorias y manejables, la hiperémesis gravídica se caracteriza por una severidad que puede llevar a la deshidratación severa, un estado que compromete el equilibrio hídrico y puede llevar a complicaciones graves si no se aborda a tiempo. Este trastorno

no solo afecta la capacidad de la madre para mantener una nutrición adecuada, sino que también puede provocar un desequilibrio electrolítico, lo que agrava la condición y pone en riesgo el bienestar materno y fetal (26).

La hiperémesis gravídica no solo es debilitante en términos físicos, sino que también puede tener un impacto significativo en la salud mental y emocional de la gestante. El malestar constante y la incapacidad para retener alimentos pueden generar ansiedad y depresión, complicando aún más la situación. Además, la pérdida de peso considerable y las deficiencias nutricionales resultantes de la ingesta insuficiente pueden tener efectos adversos directos sobre el desarrollo del feto, aumentando el riesgo de bajo peso al nacer y complicaciones en el desarrollo neurológico (26).

Los vómitos intensos pueden obligar a la hospitalización de la mujer para rehidratarla por vía intravenosa y administrarle medicamentos antieméticos. Para garantizar la salud de la madre y del feto, la hiperémesis gravídica también requiere una observación minuciosa de ambos. Mediante ecografías y otras pruebas pertinentes, es imperativo realizar evaluaciones periódicas para seguir el desarrollo del feto y el estado nutricional de la madre (26).

2.2.4. Síntomas de alarma

Visión borrosa

La visión borrosa es un síntoma de alarma que no debe pasarse por alto, ya que puede estar relacionado con diversas complicaciones durante el embarazo. Este síntoma puede surgir debido a cambios normales en el cuerpo de la mujer, como la retención de líquidos que afecta la curvatura de la córnea o fluctuaciones hormonales que alteran la producción de lágrimas. Sin embargo, cuando la visión borrosa es persistente o se presenta de forma repentina, es vital considerar la posibilidad de que esté vinculada a afecciones más serias que puedan poner en riesgo tanto la salud de la madre como la del feto (27).

Una de las causas más preocupantes de visión borrosa en gestantes es la preeclampsia, una condición caracterizada por la hipertensión arterial y daño a otros órganos, generalmente los riñones. La preeclampsia puede desarrollar síntomas como cefaleas severas, edemas, y alteraciones visuales, incluyendo visión borrosa o destellos de luz. Estas manifestaciones son indicadores de que la preeclampsia puede estar avanzando, lo que aumenta el riesgo de complicaciones graves como el síndrome HELLP o eclampsia, condiciones que requieren intervención médica inmediata para prevenir daños permanentes o fatales (27).

Además, la visión borrosa en embarazadas puede ser un síntoma de niveles elevados de azúcar en sangre, especialmente en mujeres con diabetes gestacional. La hiperglucemia puede causar cambios en la visión debido al daño en los vasos sanguíneos de la retina o cambios en la forma del cristalino. La diabetes gestacional no controlada aumenta el riesgo de parto prematuro, macrosomía fetal y otros problemas, que pueden tener efectos perjudiciales para la madre y el niño. Por lo tanto, para descartar estos trastornos y garantizar un manejo adecuado, cualquier episodio de visión borrosa durante el embarazo debe ser evaluado por un profesional médico (27).

Reducción de movimientos fetales

La reducción de movimientos fetales es un síntoma de alarma en gestantes que puede indicar problemas significativos en el bienestar del feto, y por lo tanto, debe ser abordado con la mayor atención y urgencia en el contexto clínico. Durante el embarazo, los movimientos fetales son un signo de la vitalidad del feto y suelen percibirse de manera regular a partir de la semana 20 a 24 de gestación. Una disminución en la frecuencia o intensidad de estos movimientos puede ser indicativa de un compromiso fetal, que puede estar asociado con insuficiencia placentaria, restricción del crecimiento intrauterino (RCIU), o incluso un riesgo aumentado de muerte fetal intrauterina (28).

La reducción de movimientos fetales puede ser un signo precoz de hipoxia fetal, una condición en la cual el feto no recibe suficiente oxígeno, lo que puede llevar a daño cerebral o muerte si no se interviene a tiempo. La hipoxia

fetal puede resultar de varias condiciones, como un cordón umbilical comprimido, insuficiencia placentaria, o problemas maternos como hipertensión o diabetes mal controlada. Es necesaria una evaluación exhaustiva tan pronto como se note una disminución en los movimientos fetales. Esta evaluación puede incluir monitoreo cardiotocográfico, pruebas de bienestar fetal como perfiles biofísicos y ecografía Doppler para medir el flujo sanguíneo en la placenta y el cordón umbilical (28).

Es fundamental que las gestantes sean educadas para monitorear los movimientos fetales y reconocer cualquier cambio en su patrón habitual. Al notar una reducción, es importante que busquen atención médica de inmediato, ya que la intervención temprana puede ser clave para prevenir complicaciones graves, incluyendo el riesgo de muerte fetal. La percepción materna de la disminución de movimientos es una señal válida de que algo podría no estar bien, y actuar rápidamente puede marcar una diferencia significativa en los resultados del embarazo (28).

Cefalea

La cefalea en mujeres gestantes es un síntoma de alarma que puede estar asociado con diversas complicaciones potencialmente graves, por lo que no debe ser subestimada. Durante el embarazo, es común que algunas mujeres experimenten dolores de cabeza debido a cambios hormonales, fatiga, estrés, o deshidratación. Sin embargo, cuando la cefalea es intensa, persistente, o se presenta de manera súbita, puede ser un indicio de condiciones más serias como preeclampsia, hipertensión gestacional, o incluso un accidente cerebrovascular (29).

La correlación entre el dolor de cabeza durante el embarazo y la preeclampsia, un trastorno médico caracterizado por presión arterial elevada y daño a órganos vitales, incluidos los riñones, es un motivo de preocupación principal. La preeclampsia suele aparecer en el tercer trimestre y puede derivar rápidamente en problemas más peligrosos que ponen en peligro la vida de la madre y del bebé, como el síndrome HELLP o la eclampsia. Cuando hay preeclampsia, el dolor de cabeza suele ser intenso y se asocia a otros

síntomas, como dolor en la parte superior del abdomen, hinchazón de manos y mejillas y problemas de visión (29).

Además de la preeclampsia, la cefalea en el embarazo también puede estar relacionada con otras condiciones peligrosas, como la hipertensión crónica no diagnosticada previamente o problemas neurológicos. En algunos casos, la cefalea puede ser un signo de un trastorno más grave como un aneurisma cerebral o un accidente cerebrovascular, especialmente si se presenta de manera súbita y con una intensidad inusual. Estos escenarios requieren una intervención médica urgente, ya que los riesgos tanto para la madre como para el bebé son significativos. Por lo tanto, cualquier cefalea que se desvíe del patrón habitual debe ser investigada de inmediato para descartar complicaciones graves y asegurar un manejo adecuado del embarazo (29).

Tinnitus

El tinnitus, o la percepción de un zumbido, es un síntoma que puede aparecer en las gestantes y que debe considerarse como un signo de alarma cuando se presenta de manera persistente o intensa. Aunque el tinnitus puede ser un síntoma benigno, relacionado con cambios hormonales o un aumento del volumen sanguíneo durante el embarazo, también puede ser indicativo de complicaciones más serias. En particular, cuando el tinnitus se asocia con otros síntomas como cefalea intensa, visión borrosa, o mareos, puede estar relacionado con la preeclampsia o hipertensión gestacional, ambas condiciones que requieren atención médica urgente (30).

La preeclampsia es una de las principales preocupaciones en mujeres embarazadas que experimentan tinnitus, especialmente si este síntoma aparece en el tercer trimestre. La preeclampsia se caracteriza por un aumento de la presión arterial y puede causar daño a órganos vitales como los riñones y el hígado. En este contexto puede ser un reflejo de la presión arterial elevada, que afecta el flujo sanguíneo hacia los pequeños vasos del oído interno, produciendo el zumbido característico (30).

Además de la preeclampsia, el tinnitus en el embarazo también puede estar asociado con problemas vasculares o neurológicos, como una hipertensión no diagnosticada previamente o incluso trastornos más raros como un aneurisma o malformaciones arteriovenosas. En algunos casos, el tinnitus puede ser un signo de un accidente cerebrovascular inminente, especialmente si se presenta de manera súbita junto con otros síntomas neurológicos como debilidad muscular o confusión (30).

Fiebre y escalofríos

Son síntomas que pueden indicar la presencia de una infección o una complicación grave que requiere atención médica inmediata. Durante el embarazo, el sistema inmunológico de la mujer se adapta para proteger tanto a la madre como al feto, lo que a veces puede hacer que la respuesta a infecciones sea más pronunciada o atípica. Una fiebre alta en una gestante, especialmente si se presenta con escalofríos, puede ser señal de una infección sistémica como la sepsis, que es potencialmente mortal si no se trata de manera rápida y efectiva. Además, pueden ser indicativos de infecciones urinarias, neumonía, o corioamnionitis, una infección del líquido amniótico que rodea al bebé, todas condiciones que pueden tener graves repercusiones para el embarazo (31).

También pueden estar relacionadas con el riesgo de parto prematuro en esta situación, en particular si son consecuencia de infecciones vaginales o del tracto urinario no tratadas. Las infecciones del tracto urinario relacionadas con el embarazo son comunes debido a los cambios en la anatomía y las hormonas. Si no se tratan, estas infecciones pueden provocar infecciones renales o pielonefritis, que aumentan el riesgo de bajo peso al nacer y parto prematuro. Por el contrario, la corioamnionitis es una infección peligrosa que puede surgir cuando las membranas amnióticas están dañadas. Se reconoce que es un factor que contribuye al parto prematuro y a problemas infantiles como la parálisis cerebral y la sepsis (31).

La rotura prematura de membranas, que produce sangrado vaginal y pérdida de líquido amniótico, y el aborto inminente son dos complicaciones que surgen

con frecuencia durante el embarazo y están relacionadas con signos y síntomas de alarma. Estos síntomas deben tratarse de inmediato para proteger la salud de la madre y la viabilidad del embarazo porque indican un alto riesgo de pérdida gestacional o parto prematuro. Además, antes de las 37 semanas de gestación, la actividad uterina frecuente (con contracciones cada 3 a 5 minutos) es una indicación de advertencia de un parto prematuro inminente, que puede causar grandes preocupaciones para el recién nacido, como bajo peso al nacer y problemas respiratorios (31).

Otros síntomas de alarma incluyen el ardor al orinar acompañado de secreción verdosa o con mal olor, que generalmente sugiere una infección vaginal. Las infecciones vaginales no tratadas pueden ascender hacia el útero y desencadenar infecciones más graves como la corioamnionitis, poniendo en riesgo tanto al feto como a la madre. La fiebre en una gestante es otro signo crítico, que a menudo indica un proceso infeccioso en curso que puede afectar múltiples sistemas y requerir tratamiento urgente para evitar la propagación de la infección. Además, síntomas como cefalea intensa, acufenos (tinnitus), fosfenos (destellos de luz) y convulsiones son característicos de la preeclampsia, una condición hipertensiva severa que puede llevar a complicaciones maternas y fetales graves, incluyendo el síndrome HELLP y eclampsia, que requieren manejo hospitalario especializado (31).

2.2.5. Antecedentes obstétricos

Abortos previos

El antecedente de abortos previos es un factor importante en la historia obstétrica de una paciente, ya que puede influir en la evolución de embarazos subsecuentes. El aborto espontáneo, que ocurre en aproximadamente el 15-20% de los embarazos reconocidos clínicamente, puede ser causado por una variedad de factores, incluyendo anomalías cromosómicas, problemas estructurales del útero, trastornos autoinmunes, y desequilibrios hormonales (32).

Las mujeres con antecedentes de abortos recurrentes (generalmente definidos como dos o más abortos espontáneos consecutivos) tienen un riesgo aumentado de experimentar complicaciones en embarazos futuros, como el aborto recurrente, parto prematuro o complicaciones durante el parto. Estos antecedentes deben ser evaluados cuidadosamente, y en algunos casos, pueden requerir intervención médica, como la progesterona suplementaria o la cirugía correctiva para anomalías uterinas, para mejorar las posibilidades de llevar el embarazo a término (32).

Embarazo Ectópico/Molar

El embarazo ectópico es una complicación potencialmente mortal donde el embrión se implanta fuera del útero, más comúnmente en las trompas de Falopio. Si no se trata, este tipo de embarazo no es viable y puede tener consecuencias graves, como hemorragia interna, rotura de las trompas de Falopio y necesidad de una cirugía de urgencia. Existe una mayor probabilidad de infertilidad y recurrencia en embarazos posteriores en mujeres que han tenido un embarazo ectópico (33).

El embarazo molar, por otro lado, es una forma de enfermedad trofoblástica gestacional que se caracteriza por un crecimiento anormal del tejido que normalmente se convertiría en la placenta. Puede ser completo, donde no hay desarrollo fetal, o parcial, donde hay un desarrollo fetal anormal. El embarazo molar puede llevar a complicaciones serias, incluyendo la coriocarcinoma, un tipo de cáncer. Las mujeres con antecedentes de embarazo molar requieren un seguimiento riguroso para asegurar que no haya desarrollo de enfermedad trofoblástica persistente (33).

Óbito Fetal

El óbito fetal se refiere a la muerte del feto en el útero después de la semana 20 de gestación. Es una experiencia devastadora que afecta profundamente a las madres y a sus familias. Las causas del óbito fetal pueden ser variadas, incluyendo problemas con la placenta, infecciones, malformaciones congénitas, complicaciones del cordón umbilical, y condiciones maternas como la hipertensión y la diabetes (34).

La presencia de un feto muerto en la historia obstétrica puede aumentar el riesgo de problemas en embarazos posteriores, como una mayor probabilidad de muerte fetal recurrente, parto prematuro y problemas provocados por el estrés y la preocupación. En caso de embarazos múltiples, la atención médica puede consistir en una mayor vigilancia, tratamiento para abordar problemas médicos subyacentes y asesoramiento psicológico para ayudar a la madre a afrontar el estrés y la preocupación provocados por la primera pérdida (34).

Hijos con malformaciones congénias

Puede influir significativamente en la planificación y manejo de embarazos futuros. Las malformaciones congénitas pueden ser causadas por factores genéticos, infecciones maternas durante el embarazo, exposición a sustancias teratogénicas, y condiciones de salud maternas como la diabetes o la obesidad. Las mujeres con antecedentes de hijos con malformaciones congénitas pueden enfrentar un riesgo elevado de recurrencia en embarazos posteriores, dependiendo de la naturaleza de la malformación y su causa (35).

Bajo peso al nacer

Dado que los bebés con bajo peso al nacer (menos de 2500 gramos) pueden ocasionar diversas dificultades tanto para la madre como para el niño, es fundamental tener esto en cuenta al revisar la historia obstétrica. La restricción del crecimiento intrauterino (RCIU) o el parto prematuro por sí solos pueden causar bajo peso al nacer, o ambos. El consumo de sustancias relacionadas con el embarazo, como el alcohol o el tabaco, las infecciones, las enfermedades crónicas y la desnutrición se encuentran entre las causas subyacentes (36).

Los antecedentes de bajo peso al nacer están asociados a un mayor riesgo de problemas respiratorios, neurológicos y de desarrollo en el recién nacido, así como a un mayor riesgo de recurrencia en embarazos posteriores. La monitorización fetal estrecha, la suplementación nutricional y, en determinadas situaciones, las intervenciones médicas para prolongar el embarazo y mejorar los resultados neonatales son ejemplos de atención prenatal especializada (36).

Preeclampsia

La preeclampsia es una afección hipertensiva que suele aparecer después de la semana 20 del embarazo. Se caracteriza por una presión arterial elevada e indicadores de daño orgánico, como proteinuria (orina que contiene proteínas). Además del peligro de eclampsia (convulsiones), desprendimiento de placenta, restricción del crecimiento intrauterino, parto prematuro y muerte materna y fetal, esta enfermedad puede tener repercusiones devastadoras tanto para la madre como para el feto (37).

Las embarazadas que ya han tenido preeclampsia tienen más probabilidades de volver a tenerla en embarazos posteriores, así como un mayor riesgo a largo plazo de hipertensión persistente y enfermedad cardiovascular. La aspirina en dosis bajas, el control cuidadoso de la presión arterial y del estado fetal y, en determinadas situaciones, la necesidad de una inducción temprana del parto para proteger la salud de la madre y del feto son algunas de las estrategias de manejo para embarazos posteriores (37).

Parto prematuro

El parto prematuro se caracteriza por el nacimiento de un bebé antes de las 37 semanas de embarazo y es una de las principales causas de morbilidad y muerte de los recién nacidos. El parto prematuro es causado por diversos factores, entre ellos infecciones, anomalías del útero, estrés de la madre y dificultades del embarazo, incluida la preeclampsia. El parto prematuro es un factor de riesgo grave para las mujeres que han dado a luz antes de la fecha prevista; este riesgo aumenta aún más si la mujer ha dado a luz antes de la fecha prevista más de una vez (38).

Ruptura de membrana

Se denomina rotura prematura de membranas a la que se produce antes de las 37 semanas. Puede acarrear numerosos problemas, como infecciones tanto en la madre como en el feto, parto prematuro y, en situaciones extremas, muerte fetal. Las infecciones, la insuficiencia cervical y los embarazos múltiples son algunas de las posibles causas. Debido a su mayor riesgo de recurrencia, las mujeres que ya han sufrido una rotura prematura de

membranas pueden necesitar una vigilancia prenatal rigurosa, antibióticos profilácticos para evitar infecciones y, en determinadas situaciones, tratamientos para prolongar el embarazo y mejorar los resultados neonatales (39).

2.2.6. Factores de riesgo

Hipertensión

Un factor de riesgo importante para que tanto la madre como el feto sufran graves problemas durante el embarazo es la hipertensión. La preeclampsia y la hipertensión gestacional son los dos tipos de hipertensión más frecuentes que se producen durante el embarazo. Después de las 20 semanas de embarazo, la presión arterial elevada sin indicios de daño orgánico se conoce como hipertensión gestacional. Pero si no se controla, puede convertirse en preeclampsia, una enfermedad más peligrosa que se manifiesta como proteinuria y puede causar daño a órganos vitales, incluidos el hígado y los riñones (40).

Los signos y síntomas de alarma relacionados con la hipertensión en el embarazo incluyen dolor de cabeza severo, visión borrosa o alterada, dolor en la parte superior del abdomen, y edema súbito (especialmente en las manos, cara y pies). Estos síntomas pueden indicar un empeoramiento de la condición, que podría progresar a eclampsia (convulsiones) o síndrome HELLP (una afección que involucra la destrucción de glóbulos rojos, enzimas hepáticas elevadas, y recuento bajo de plaquetas) (40).

Diabetes gestacional

Se dice que las mujeres embarazadas que tienen niveles elevados de glucosa en sangre padecen diabetes gestacional. Este tipo de diabetes es causada por la resistencia a la insulina provocada por las hormonas placentarias y generalmente se detecta en el segundo o tercer trimestre del embarazo. Si no se trata, la diabetes gestacional puede tener una influencia negativa grave tanto en la salud de la madre como en el desarrollo del feto (41).

El aumento excesivo de peso, la polidipsia (sed excesiva), la poliuria (orina frecuente), el agotamiento intenso y la visión borrosa son indicadores de alerta en mujeres con diabetes gestacional. Estos síntomas podrían ser un signo de hiperglucemia no controlada, que aumenta el riesgo de problemas como el polihidramnios, que puede provocar un parto prematuro, y la macrosomía fetal, que puede dificultar el parto vaginal y aumentar la probabilidad de una cesárea (41).

Infecciones de transmisión sexual

Puede tener efectos perjudiciales para el feto y la madre durante el embarazo. El VIH, el herpes genital, la clamidia, la sífilis y la gonorrea se encuentran entre las ETS que pueden aumentar el riesgo de problemas, como bajo peso al nacer, parto prematuro y transmisión de la infección al feto (42).

Los signos y síntomas de alarma relacionados con ITS durante el embarazo pueden incluir flujo vaginal anormal, dolor pélvico, ardor al orinar, úlceras genitales, y linfadenopatía inguinal. Estas manifestaciones pueden indicar una infección activa que requiere tratamiento inmediato para evitar complicaciones mayores. Las ITS no tratadas pueden conducir a infecciones ascendentes como la corioamnionitis (infección de las membranas amnióticas), que aumenta el riesgo de sepsis materna y muerte fetal. Por lo tanto, la detección temprana y el tratamiento adecuado son fundamentales para proteger la salud materna y fetal (42).

Pielonefritis

La pielonefritis es una infección del tracto urinario superior que afecta los riñones y es una complicación relativamente común durante el embarazo debido a los cambios anatómicos y fisiológicos que ocurren en el sistema urinario. Esta condición puede ser grave y está asociada con un aumento del riesgo de parto prematuro, sepsis, y muerte fetal (43).

Los signos y síntomas de alarma en gestantes con pielonefritis incluyen fiebre alta, escalofríos, dolor en el costado o en la parte baja de la espalda, náuseas y vómitos, y síntomas urinarios como disuria o urgencia urinaria. Cuando la

pielonefritis presenta estos síntomas en una paciente embarazada, debe considerarse una situación médica urgente, ya que puede empeorar rápidamente y afectar tanto a la madre como al feto. Para evitar consecuencias mayores, es fundamental el tratamiento antibiótico intravenoso temprano y, en ciertos casos, la hospitalización (43).

Problemas quirúrgicos agudos

Los problemas quirúrgicos agudos que surgen durante el embarazo, como torsión ovárica, colecistitis o apendicitis, pueden dificultar el manejo del embarazo y aumentar el riesgo de complicaciones tanto para la madre como para el feto. Los cambios anatómicos y fisiológicos que ocurren durante el embarazo pueden dificultar el diagnóstico y, por lo general, causar retrasos terapéuticos (44).

Los signos y síntomas de alarma asociados con problemas quirúrgicos agudos incluyen dolor abdominal severo y localizado, fiebre, náuseas y vómitos persistentes, taquicardia, y sensibilidad abdominal. La detección y tratamiento oportunos son esenciales para minimizar los riesgos. Las intervenciones quirúrgicas, aunque generalmente seguras durante el embarazo, deben ser cuidadosamente planificadas y realizadas para proteger tanto a la madre como al feto. El manejo multidisciplinario, que incluye la colaboración entre obstetras, cirujanos y anesthesiólogos, es importante en estos casos (44).

Anomalías del tracto genital

Como el útero septado, el útero bicorne o las anomalías cervicales, pueden complicar en gran medida el embarazo y aumentar el riesgo de aborto espontáneo, parto prematuro y dificultades relacionadas con el parto. Estos defectos podrían impedir la correcta implantación del embrión o el crecimiento y desarrollo del feto (45).

Los indicadores de parto prematuro, como contracciones uterinas frecuentes antes de las 37 semanas de gestación, sangrado vaginal anormal y dolor abdominal o pélvico son ejemplos de signos y síntomas de alerta en mujeres

embarazadas con anomalías del tracto genital. Cuando estas anomalías están presentes, con frecuencia se necesita atención obstétrica específica. Esta atención puede incluir reposo en cama en casos de alto riesgo, monitoreo cuidadoso del embarazo y, si es necesario, preparación para un parto por cesárea para prevenir dificultades durante el parto (45).

Anemia

La anemia durante el embarazo es un problema común, especialmente en mujeres con deficiencia de hierro. La anemia puede afectar negativamente tanto a la madre como al feto, aumentando el riesgo de parto prematuro, bajo peso al nacer, y complicaciones perinatales. Además, la anemia severa puede aumentar el riesgo de morbilidad materna, especialmente durante el parto, debido a la menor capacidad de la sangre para transportar oxígeno (46).

Los signos y síntomas de alarma asociados con la anemia en el embarazo incluyen fatiga extrema, palidez, disnea (dificultad para respirar), taquicardia, y mareos. En casos más severos, la anemia puede manifestarse con síncope (desmayo) o dolor en el pecho, lo que indica una insuficiencia de oxígeno en los tejidos. La detección temprana a través de pruebas de hemoglobina y hematocrito es esencial para el diagnóstico y manejo de la anemia. El tratamiento generalmente incluye la suplementación con hierro y ácido fólico, y en casos más severos, puede ser necesario el uso de hierro intravenoso o transfusiones de sangre para corregir la deficiencia (46).

2.3. MARCO LEGAL

2.3.1. Constitución del Ecuador

Art. 3.- Son deberes primordiales del Estado:

1. Garantizar sin discriminación alguna el efectivo goce de los derechos establecidos en la Constitución y en los instrumentos internacionales, en particular la educación, la salud, la alimentación, la seguridad social y el agua para sus habitantes.
2. Garantizar y defender la soberanía nacional.
3. Fortalecer la unidad nacional en la diversidad.
4. Garantizar la ética laica como sustento del quehacer público y el ordenamiento jurídico.
5. Planificar el desarrollo nacional, erradicar la pobreza, promover el desarrollo sustentable y la redistribución equitativa de los recursos y la riqueza, para acceder al buen vivir.
6. Promover el desarrollo equitativo y solidario de todo el territorio, mediante el fortalecimiento del proceso de autonomías y descentralización.
7. Proteger el patrimonio natural y cultural del país.
8. Garantizar a sus habitantes el derecho a una cultura de paz, a la seguridad integral y a vivir en una sociedad democrática y libre de corrupción (47).

Art. 32.- La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir (47).

El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad,

interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional (47).

Art. 35.- Las personas adultas mayores, niñas, niños y adolescentes, mujeres embarazadas, personas con discapacidad, personas privadas de libertad y quienes adolezcan de enfermedades catastróficas o de alta complejidad, recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado. La misma atención prioritaria recibirán las personas en situación de riesgo, las víctimas de violencia doméstica y sexual, maltrato infantil, desastres naturales o antropogénicos (47).

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

1. No ser discriminadas por su embarazo en los ámbitos educativo, social y laboral.
2. La gratuidad de los servicios de salud materna.
3. La protección prioritaria y cuidado de su salud integral y de su vida durante el embarazo, parto y posparto.
4. Disponer de las facilidades necesarias para su recuperación después del embarazo y durante el periodo de lactancia(46).

2.3.2. Ley Orgánica de Salud

La Ley Orgánica de Salud experimentó modificaciones por parte del Ministerio de Salud Pública en el año 2012, en sus artículos se establece lo siguiente:

En el Artículo 20, se especifica que las políticas y programas referentes a la salud sexual y reproductiva se encargarán de asegurar que tanto hombres como mujeres, incluyendo a los adolescentes, tengan acceso a intervenciones y servicios de salud que garanticen la equidad de género, con un enfoque que respete la diversidad cultural. Además, estas políticas y programas contribuirán a eliminar comportamientos de riesgo, la violencia, el estigma y la explotación relacionados con la sexualidad (48).

En el Artículo 21, se reconoce por parte del Estado a la mortalidad materna, el embarazo en adolescentes y el aborto en situaciones de riesgo como asuntos que afectan la salud pública. Como consecuencia, se asegura el acceso a los servicios de salud públicos sin costo alguno para las usuarias, de acuerdo con las disposiciones establecidas en la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia (48).

El Artículo 22 establece que tanto los servicios de salud públicos como privados tienen la obligación de brindar una atención prioritaria a las situaciones de emergencia obstétrica y de suministrar sangre segura cuando sea necesaria, sin requerir compromiso económico ni trámite administrativo previo por parte de las pacientes (48).

En el Artículo 23 se resalta que los programas y servicios relacionados con la planificación familiar deberán asegurar el derecho de hombres y mujeres a tomar decisiones libres, voluntarias, responsables y autónomas sobre la cantidad de hijos que desean concebir, mantener y educar, sin sufrir coerción, violencia o discriminación. Este derecho se garantiza en igualdad de condiciones, sin necesidad de contar con el consentimiento de terceras personas, y se proveerá acceso a la información necesaria para tomar estas decisiones (48).

2.3.3. Plan Nacional de Desarrollo Toda una vida

La atención prenatal representa una oportunidad crítica para que los profesionales de la salud proporcionen cuidados, apoyo e información a las mujeres embarazadas. Esto abarca fomentar un estilo de vida saludable, que incluye una buena alimentación, la detección y prevención de enfermedades, brindar orientación sobre planificación familiar y dar apoyo a mujeres que puedan estar experimentando violencia en sus relaciones. Proporcionar asesoramiento sobre hábitos alimenticios saludables, óptima nutrición y recomendaciones sobre vitaminas o minerales que deben ser ingeridos durante

el embarazo puede ser de gran ayuda para mantener la salud de las mujeres y sus futuros hijos durante el período de gestación (49).

Los servicios de salud como parte del servicio público serán suministrados a través de diversas entidades, como las estatales, privadas, autónomas, comunitarias y aquellas que practiquen medicinas tradicionales alternativas y complementarias. Estos servicios estarán caracterizados por su seguridad, calidad y calidez, y garantizarán la obtención del consentimiento informado, acceso a la información y la confidencialidad de los datos de los pacientes. Los servicios de salud estatales y públicos serán accesibles para todos y gratuitos en todos los niveles de atención, cubriendo tanto diagnóstico, tratamiento, suministro de medicamentos como la rehabilitación requerida (49).

Dentro de este marco, se señala la responsabilidad del Estado de asegurar un desarrollo integral de las personas, lo que implica ofrecer una vida saludable que satisfaga sus necesidades esenciales. Esto contribuye a generar un mayor interés en adoptar hábitos que promuevan la salud. Además, este enfoque integral debe extenderse a nivel de la familia y la comunidad, y aplicarse de manera preventiva. Esto es especialmente relevante en el caso de las mujeres embarazadas, para las cuales los profesionales deben estar preparados y capacitados para abordar cualquier necesidad emergente que surja (49).

2.3.4. Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2017 - 2021

Mediante el presente plan nacional, el Ministerio de Salud Pública establece como objetivo general asegurar a la totalidad de la población en el territorio ecuatoriano una atención abarcadora y de excelencia, al posibilitar el pleno ejercicio de los derechos relacionados con la sexualidad y la reproducción. Esto se logrará al expandir la cobertura de la Salud Sexual y Salud Reproductiva (SSSR) dentro del Sistema Nacional de Salud de Ecuador (50).

Dentro del apartado de "Lineamientos estratégicos y líneas de acción", se destaca el Lineamiento No. 7, el cual resalta la importancia de garantizar una maternidad segura y la salud neonatal a través de la promoción, prevención y atención integral en el ámbito de la salud. En este sentido, se propone reforzar las acciones de promoción, prevención y atención abarcadora para asegurar tanto la maternidad segura como la salud neonatal, incorporando un enfoque intercultural en el Sistema Nacional de Salud (50).

Así como también, asegurar que las mujeres en circunstancias de aborto terapéutico o producto de violación, en casos de discapacidad mental, reciban una atención oportuna, integral y de calidad. Como además, mejorar la supervisión e indagación relacionadas con la morbilidad y mortalidad materna y neonatal; y fortalecer la capacidad de respuesta ante situaciones de emergencia obstétrica y neonatal (50).

2.3.5. Plan de Creación de Oportunidades

El Objetivo 6, que establece la necesidad de garantizar el acceso a una atención de salud completa, gratuita y de alta calidad, sostiene que el enfoque de salud dentro del Plan de creación de oportunidades 2021-2025 se basa en una perspectiva que abarca la salud en su totalidad, que es inclusiva y de excelencia. Este enfoque se materializa a través de políticas públicas que abordan diversas áreas, tales como promover estilos de vida saludables, la salud sexual y reproductiva, las enfermedades crónicas no transmisibles (DCI), la superación de adicciones y la universalización del acceso a las vacunas (51).

La base de esta política radica en la mejora de las condiciones que permiten el ejercicio del derecho a la salud de manera holística, abordando tanto la prevención como la promoción. Esto pone especial énfasis en la atención a mujeres, infancia y adolescencia, adultos mayores y aquellos que se encuentran en situaciones de vulnerabilidad. Una de las metas específicas consiste en reducir la tasa de mortalidad materna de 57,6 a 38,41 fallecimientos por cada 100.000 nacidos vivo (51).

CAPITULO III

DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Tipo de estudio

3.2. Nivel. Es descriptivo, ya que permitirá caracterizar la prevalencia de los signos y síntomas de alarma durante el embarazo en las gestantes que asisten al Hospital General del Norte Los Ceibos.

3.3. Métodos. Es cuantitativo, porque permitirá obtener resultados medibles que ayudarán a comprender la magnitud de estos signos y síntomas en la población estudiada.

3.4. Diseño.

3.4.1. Según el tiempo. Es retrospectivo, ya que se utilizarán historias clínicas existentes para recopilar información sobre las gestantes que presentaron signos y síntomas de alarma en un periodo de tiempo anterior.

3.4.2. Según la naturaleza. Transversal, puesto que se recopilarán datos en un momento específico en el tiempo, en este caso desde enero de 2020 a enero de 2022.

3.5. Población

La población estará conformada por 1571 gestantes que acuden al área de obstetricia del Hospital General del Norte Los Ceibos durante el periodo enero 2020 a enero 2022. En este contexto, se llevará a cabo el cálculo del tamaño de la muestra mediante una fórmula específica, asegurando así que la muestra seleccionada sea estadísticamente significativa y representativa de la población estudiantil de interés.

Fórmula para el cálculo de la muestra: Comenzamos con la fórmula general para el cálculo del tamaño de la muestra:

$$n = \frac{Z^2 * P * Q * N}{e^2(N - 1) + Z^2 * P * Q}$$

- “Z” es el valor de la distribución normal (para un nivel de confianza del 95%, Z= 1.96)
- “P” es la proporción esperada (en ese caso, P= 0.5)
- “Q” es la probabilidad de fracaso (Q= 0.5)
- “N” es el tamaño de la población (1,571 gestantes)
- “e” es el margen de error permitido (en este caso, e=0.0499)

Sustituimos los valores conocidos en la fórmula para comenzar el cálculo:

$$n = \frac{(1.96)^2 * 0.5 * 0.05 * 1571}{(0.0499)^2 * (1571 - 1) + (1.96)^2 * 0.5 * 0.5}$$

Cálculo de la constante y los productos:

Calculamos Z que es 1.962, es decir $1.96 \times 1.96 = 3.8416$

Multiplicamos 3.8416 por 0.5 y 0.5, es decir $3.8416 \times 0.25 = 0.904$

$$n = \frac{(1.96)^2 * 0.5 * 0.05 * 1571}{(0.0499)^2 * (1571 - 1) + (1.96)^2 * 0.5 * 0.5}$$

$$n = \frac{3.8416 * 0.5 * 0.5 * 1571}{0.00249 * 1570 + 3.8416 * 0.5 * 0.5}$$

Quedando así:

$$n = \frac{0.9604 * 1571}{0.00249 * 1570 + 0.904}$$

Luego se multiplica en el numerador, $0,9604 * 1571 = 1508,7884$ y en el denominador $0.00249*1570 = 3.9093$

$$n = \frac{0.9604 * 1571}{0.00249 * 1570 + 0.904}$$

$$n = \frac{1508,7884}{3.9093 + 0.9604}$$

Luego se suma los denominadores, 3.9093 + 0.9604 quedando 4.867

$$n = \frac{1508.7884}{4.8697}$$

Luego se divide ambos valores, 1508.7884 para 4.8697, quedando un valor 309.831, que redondeando queda 310.

$$n = 309,831$$

Por lo tanto, la muestra para este estudio está compuesta por 310 gestantes, seleccionadas de acuerdo con los criterios de inclusión y exclusión establecidos. La finalidad de esta selección es garantizar una representación adecuada de las características de los signos y síntomas de alarma durante el embarazo en la población estudiada.

3.6. Criterios de inclusión y exclusión

3.6.1. Criterios de inclusión

- Gestantes que acuden para su atención prenatal a los consultorios de Obstetricia
- Gestantes con cualquier edad gestacional.
- Gestantes con cualquier edad materna.
- Gestantes con cualquier paridad.

3.6.2. Criterios de exclusión

- Gestantes con deficiencia mental
- Gestantes con discapacidad auditiva y vocal.
- Gestantes que no aceptaron participar voluntariamente a este estudio.

3.7. Procedimientos para la recolección de la información

Técnica: Observación de observación indirecta

Instrumento: Matriz de observación indirecta.

3.8. Técnicas de Procedimiento y Análisis de datos

Mediante el SPSS – EXCEL, esta herramienta permitirá realizar análisis estadísticos mediante la estadística descriptiva; contribuyendo así a la obtención tablas y gráficos por variable e indicador, de modo de poder a analizarlos y llegar a conclusiones.

3.9. Procedimientos para garantizar aspectos éticos en las investigaciones con sujetos humano

Se respetará los datos obtenidos mediante la revisión de las historias clínicas. Al ser un estudio retrospectivo no aplica el consentimiento informado.

3.10. VARIABLES GENERALES Y OPERACIONALIZACIÓN

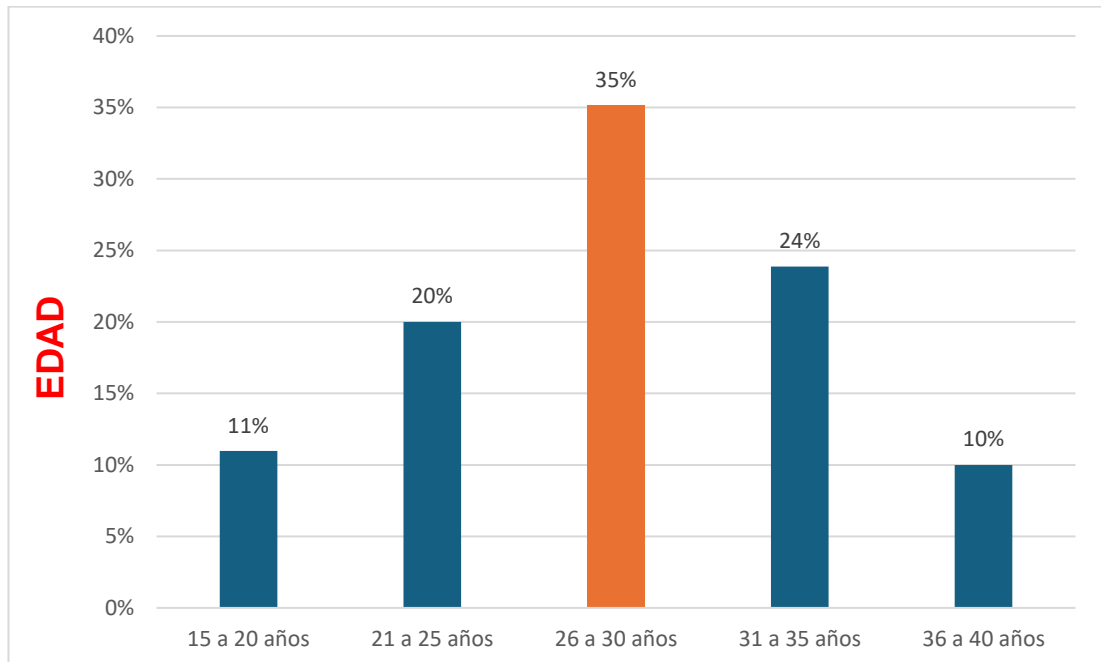
Variable General: Características de los signos y síntomas de alarma durante el embarazo en gestantes.

Dimensión	Indicadores	Escala
Características sociodemográficas	Edad	15 - 20 21 - 25 26 - 30 31 – 35 36 - 40
	Etnia	Mestiza Afrodescendiente Indio Montubio otros
	Procedencia	Urbana Rural
	Gestación/Paridad	1 2 3 + 4
	Nivel de educación	Sin estudio Primaria Secundaria Tercer nivel
Antecedentes obstétricos	Abortos previos Embarazo Ectópico/Molar Óbito Fetal Hijos con malformaciones Congenias Bajo peso al nacer Preeclampsia Parto prematuro Ruptura de membrana	Presente Ausente

Dimensión	Indicadores	Escala
Antecedentes obstétricos	Signos	Sangrado vaginal Pérdida de líquido amniótico Edema: Hinchazón Vómitos intensos
	Síntomas	Visión borrosa Disminución de movimientos fetales Dolor de cabeza Zumbido de oído Fiebre y escalofríos
Factores de riesgo	Hipertensión Diabetes gestacional Infecciones de transmisión sexual Pielonefritis Problemas quirúrgicos agudos Anomalías del tracto genital Anemia	Presente Ausente

PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

Figura No. 1. Características sociodemográficas

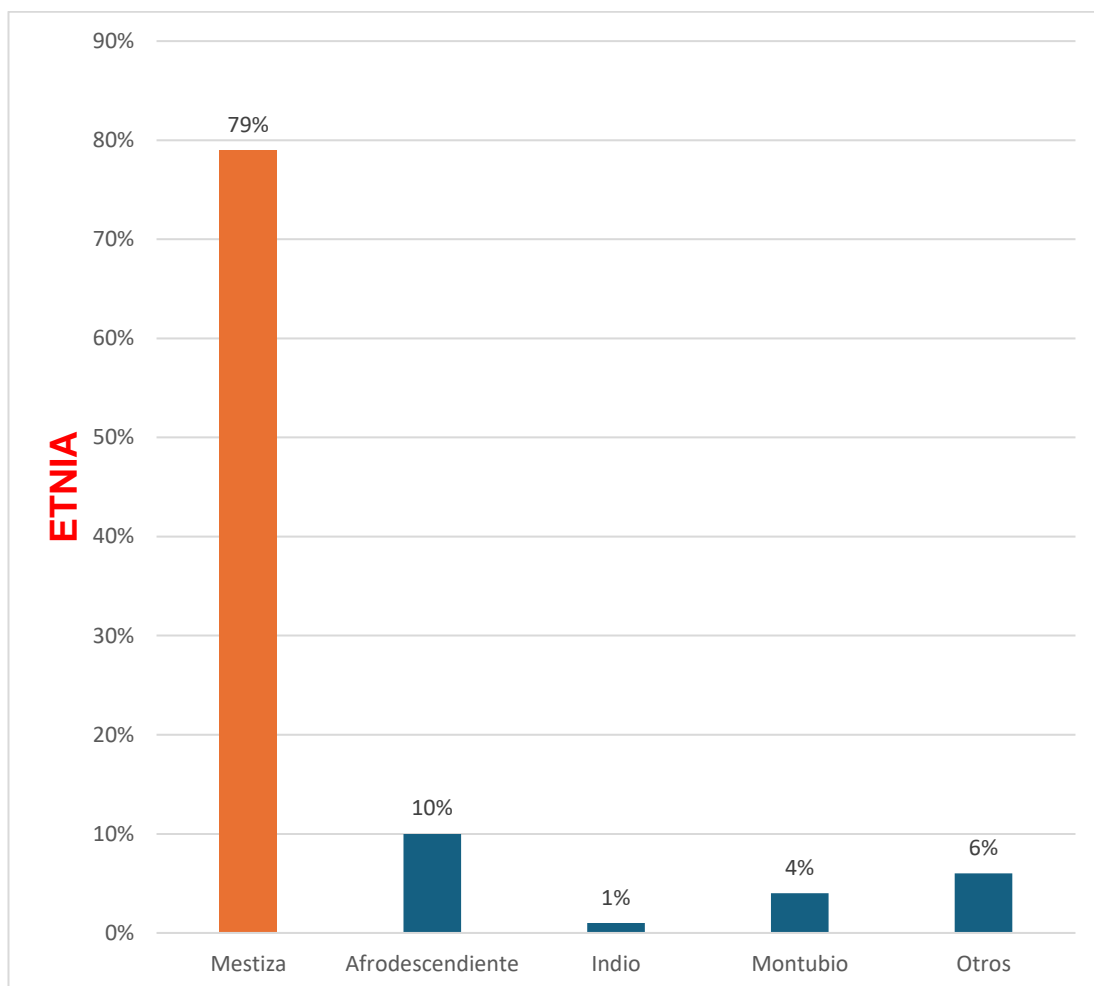


Fuente: Datos estadísticos de gestantes atendidas en el Hospital Universitario de Guayaquil.
Elaborado por: Lara Lara, Heydi Edith - Olalla Bonilla, Lisette Gabriela

Análisis:

A través de la revisión de historias clínicas, es evidente que el 35% de las gestantes que presentaron signos y síntomas de alarma durante el embarazo tenía entre 26 y 30 años, el 24% tenía de 31 a 35 años, el 20% de 21 a 25 años, el 11% de 15 a 20 años y el 10% de 36 a 40 años. Este predominio de edades se debe a que en su mayoría se encuentran en un punto en que las demandas laborales y personales son elevadas, lo que podría aumentar el estrés y las condiciones asociadas al embarazo. Además, durante este periodo, la reserva ovárica comienza a disminuir, lo que podría incidir en la calidad del embarazo y aumentar la probabilidad de complicaciones. Según Eick et al.(52), el equilibrio entre la vida profesional y personal, junto con los cambios biológicos, puede influir significativamente en la salud reproductiva, aumentando el riesgo de complicaciones durante el embarazo.

Figura No. 2. Características sociodemográficas

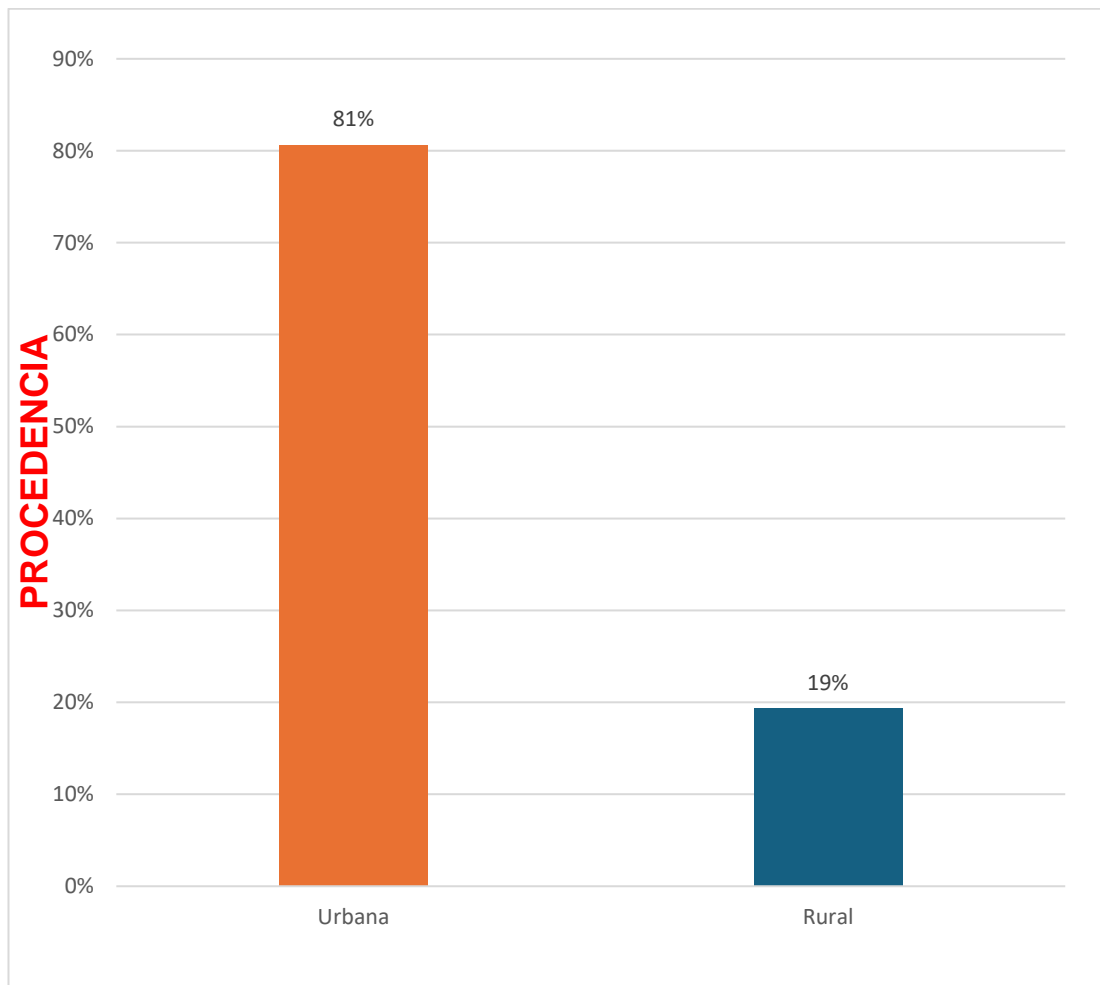


Fuente: Datos estadísticos de gestantes atendidas en el Hospital Universitario de Guayaquil.
Elaborado por: Lara Lara, Heydi Edith - Olalla Bonilla, Lisette Gabriela

Análisis:

Estos datos reflejan que el 79% de las gestantes en el estudio pertenecía a la etnia mestiza; por otra parte, el 10% eran afrodescendiente, el 6% era de otra etnia, el 4% eran montubio y el 1% era de etnia indígena. Este predominio no indica que la etnia mestiza sea un factor de riesgo para la aparición de signos y síntomas de alarma durante el embarazo, sino que refleja la composición demográfica de la provincia del Guayas, donde la etnia mestiza es predominante. Según el Instituto Nacional de Estadística y Censos(53), en la provincia del Guayas, la etnia mestiza constituye más del 70% de la población, lo que explica la alta representación en el estudio.

Figura No. 3. Características sociodemográficas

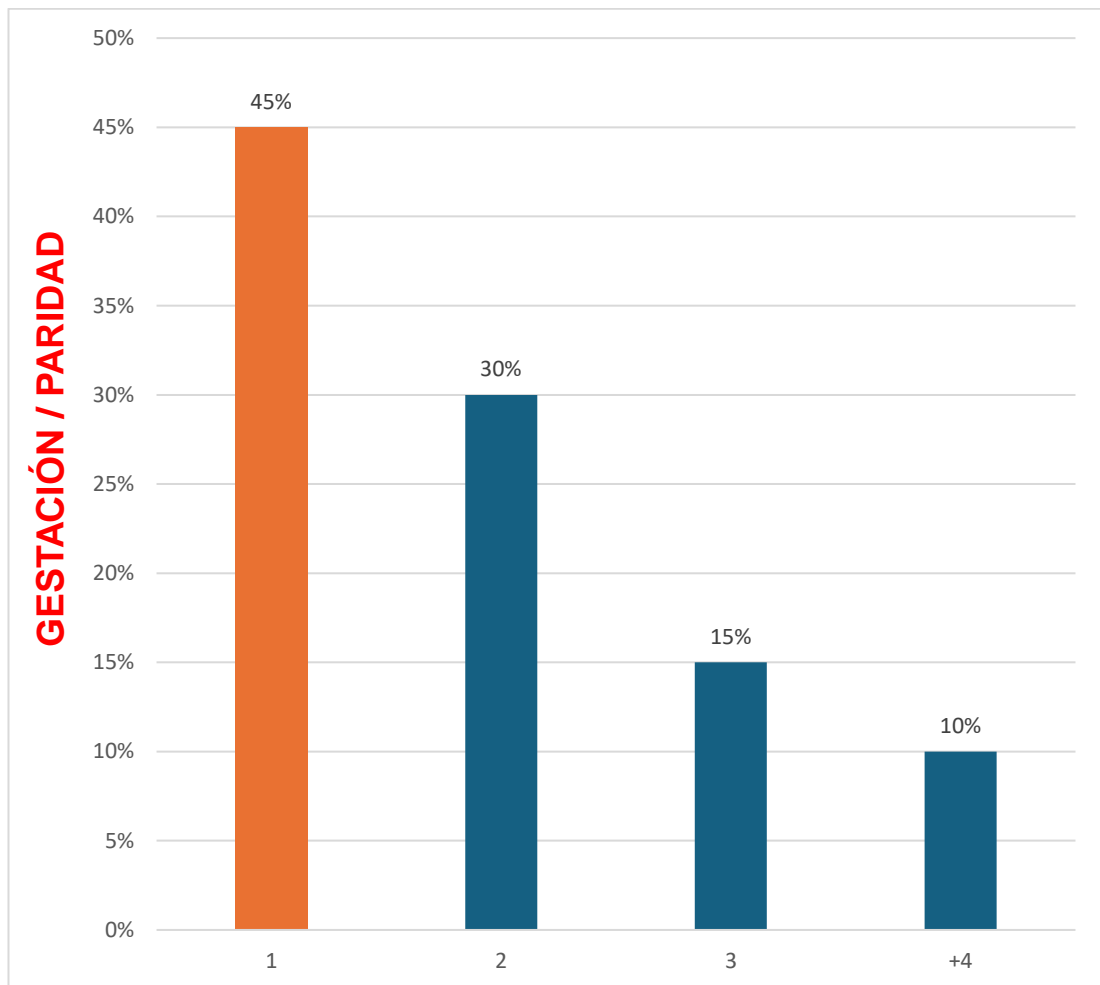


Fuente: Datos estadísticos de gestantes atendidas en el Hospital Universitario de Guayaquil.
Elaborado por: Lara Lara, Heydi Edith - Olalla Bonilla, Lisette Gabriela

Análisis:

Se puede observar a través de este cuadro, que el 81% de las gestantes en el estudio provienen de áreas urbanas, mientras que el 19% son de áreas rurales; lo que refleja un predominio influenciado probablemente por la ubicación del hospital dentro de un entorno urbano. Las áreas urbanas también pueden exponer a las gestantes a factores estresantes como la contaminación, el ruido, y el ritmo de vida acelerado, lo que puede aumentar el riesgo de complicaciones durante el embarazo. Según Bazirrete et al.(54), la exposición a estos factores urbanos puede tener un impacto negativo en la salud materna, incrementando la incidencia de signos y síntomas de alarma.

Figura No. 4. Características sociodemográficas

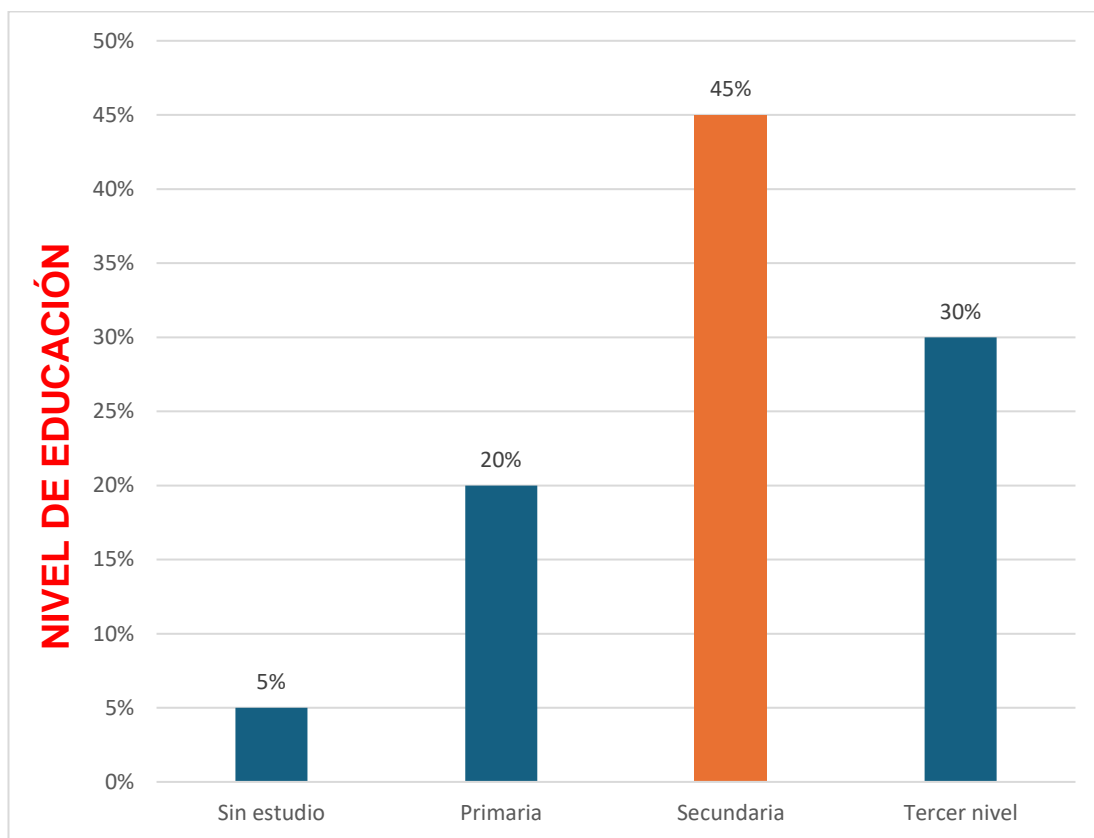


Fuente: Datos estadísticos de gestantes atendidas en el Hospital Universitario de Guayaquil.
Elaborado por: Lara Lara, Heydi Edith - Olalla Bonilla, Lisette Gabriela

Análisis:

En cuanto a las gestaciones, es evidente que el 45% de las gestantes había tenido solo un embarazo, el 30% tuvo 2 embarazos, el 15% tuvo 3 embarazos y el 10% tuvo más de 4 embarazos. La falta de experiencia y desconocimiento sobre los cuidados necesarios durante el primer embarazo puede aumentar el riesgo de complicaciones y la aparición de signos y síntomas de alarma. Sin embargo, las mujeres con más de un embarazo también enfrentan riesgos, especialmente si han tenido antecedentes de complicaciones en gestaciones anteriores. Según Bagayoko et al.(55), la falta de experiencia y la falta de acceso a información adecuada son factores determinantes en la aparición de complicaciones en el primer embarazo.

Figura No. 5. Características sociodemográficas

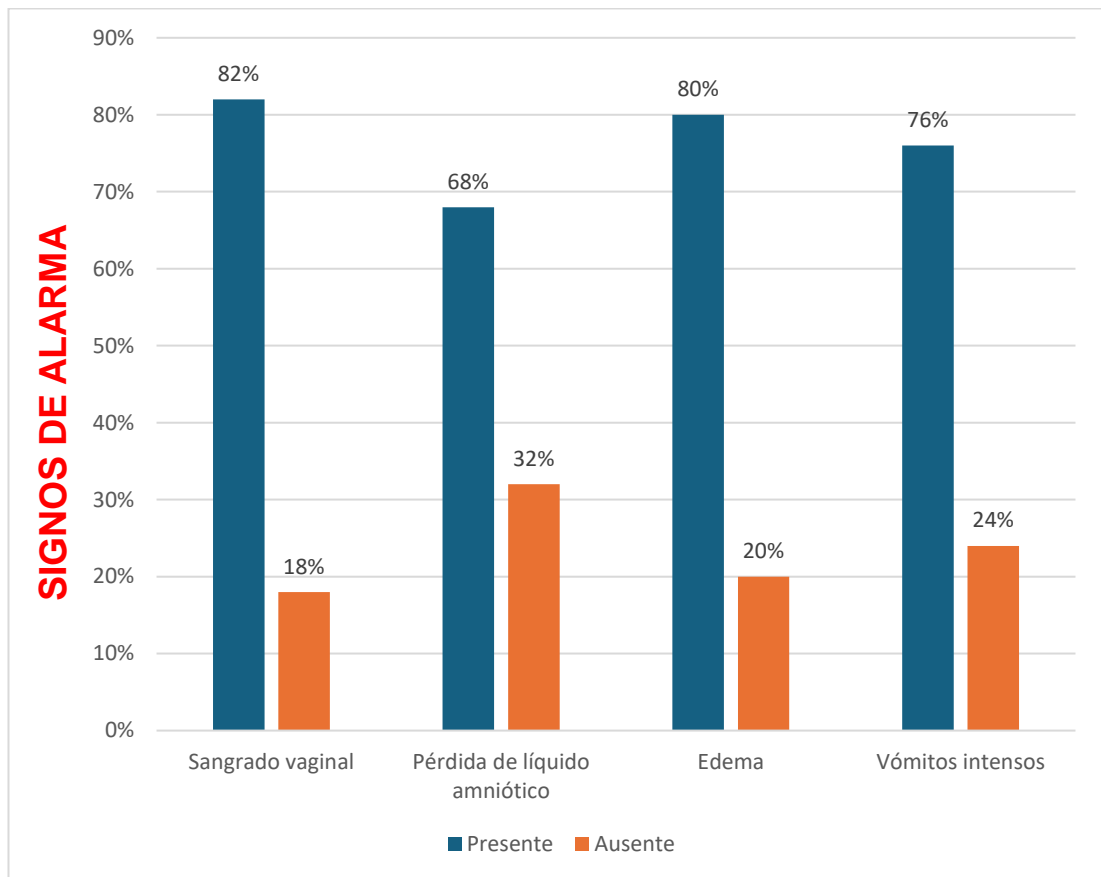


Fuente: Datos estadísticos de gestantes atendidas en el Hospital Universitario de Guayaquil.
Elaborado por: Lara Lara, Heydi Edith - Olalla Bonilla, Lisette Gabriela

Análisis:

Este hallazgo permite evidenciar que el 45% de las gestantes tiene un nivel educativo secundario, mientras que el 30% tenía un nivel de tercer nivel, el 20% un nivel educativo primario y el 5% no tenía estudios. Aunque es un porcentaje significativo de personas con un nivel secundario, es necesario prestar atención al grupo minoritario con solo educación primaria o sin estudios. La falta de educación puede limitar el acceso a información vital sobre los cuidados prenatales y aumentar el riesgo de complicaciones. Mujeres con menor nivel educativo pueden no reconocer a tiempo los signos de alarma, lo que podría retrasar la búsqueda de atención médica. Según Closkey y Bernstein(56), un bajo nivel educativo está asociado con un menor uso de servicios de salud y un mayor riesgo de complicaciones durante el embarazo.

Figura No. 6. Antecedentes obstétricos

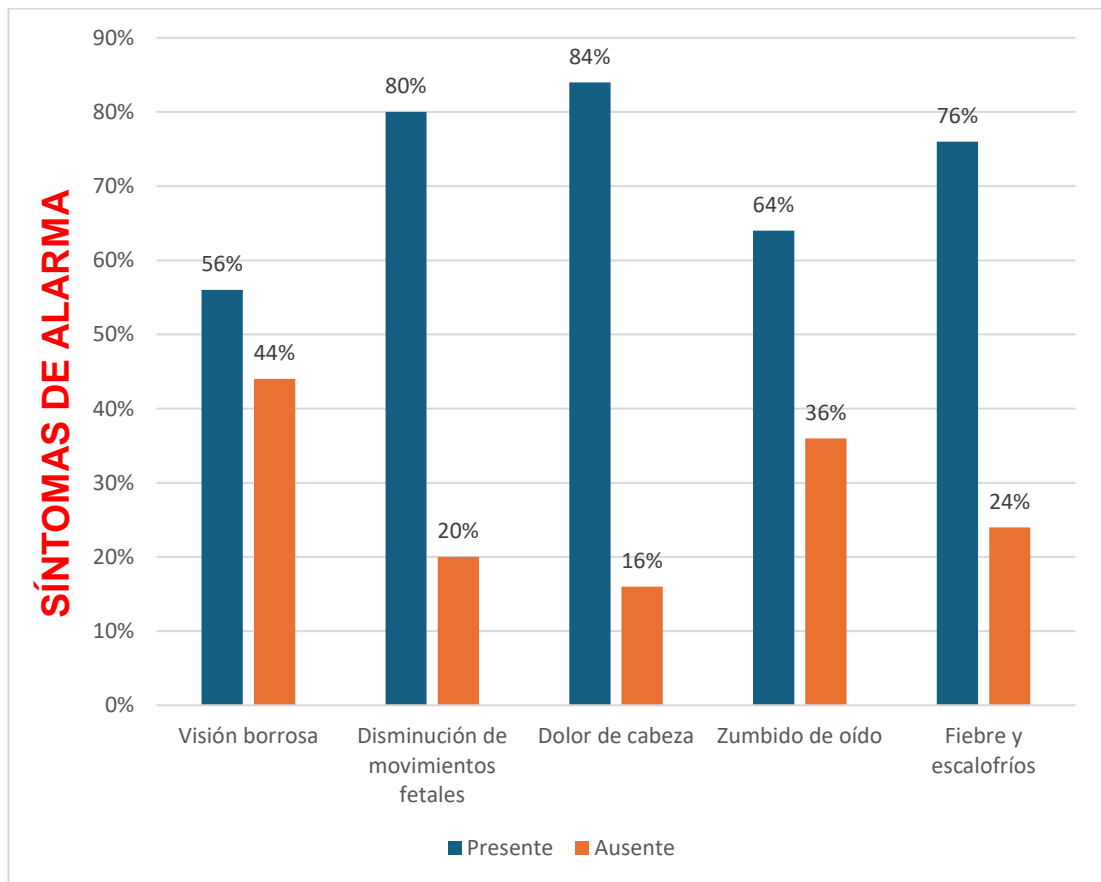


Fuente: Datos estadísticos de gestantes atendidas en el Hospital Universitario de Guayaquil.
Elaborado por: Lara Lara, Heydi Edith - Olalla Bonilla, Lisette Gabriela

Análisis:

A través de la revisión de los registros clínicos, se evidencia que el 82% de las gestantes presentó sangrado vaginal, el 80% edemas, el 76% vómitos intensos y el 68% pérdida de líquido amniótico. Mientras que el 32% no presentó pérdida de líquido amniótico, no tuvo vómitos intensos, el 20% no tuvo edema y el 18% no tuvo sangrado vaginal. Estos signos de alarma son críticos durante el embarazo, ya que el sangrado vaginal puede indicar un aborto inminente, placenta previa o desprendimiento prematuro de la placenta, mientras que los edemas, especialmente si son generalizados, pueden ser un signo de preeclampsia. La preeclampsia, si no se trata a tiempo, puede poner en peligro la vida tanto de la madre como del feto. Según Backes(57), estos signos deben ser monitoreados de cerca para prevenir complicaciones graves.

Figura No. 7. Antecedentes obstétricos

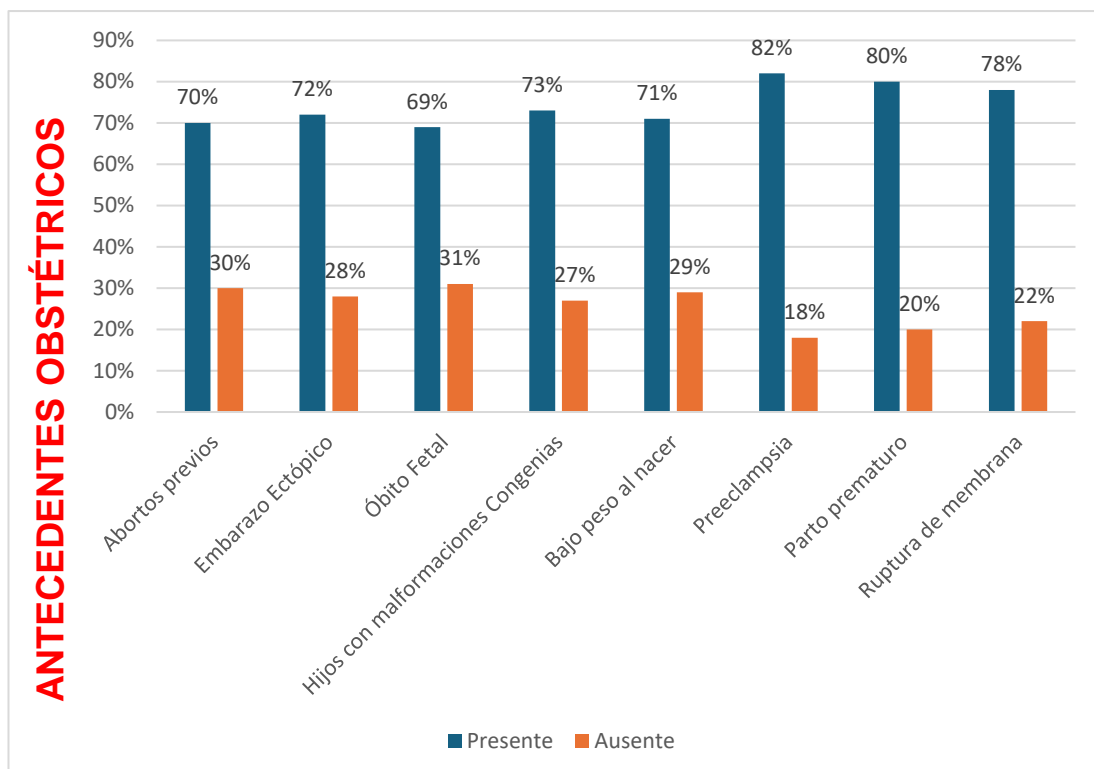


Fuente: Datos estadísticos de gestantes atendidas en el Hospital Universitario de Guayaquil.
Elaborado por: Lara Lara, Heydi Edith - Olalla Bonilla, Lisette Gabriela

Análisis:

Los datos representados en este estadístico, muestran que el 84% de las gestantes experimentó dolor de cabeza, el 80% notó una disminución de los movimientos fetales, el 76% tuvo fiebre y escalofríos, el 64% zumbido de oído y el 56% visión borrosa. Mientras que el 44% no presentó visión borrosa, el 36% no tuvo zumbidos de oído, el 24% no presentaba fiebre y escalofríos, el 20% no tuvo disminución de movimientos fetales y el 16% tuvo dolor de cabeza. El dolor de cabeza puede ser un síntoma de hipertensión gestacional o preeclampsia, condiciones que requieren intervención inmediata. La disminución de movimientos fetales puede indicar sufrimiento fetal, lo que requiere una evaluación urgente para evitar un desenlace adverso. Según Wiles y Damodaram(58), estos síntomas son señales críticas que deben ser abordadas con prontitud para garantizar la seguridad de la madre y el feto.

Figura No. 8. Antecedentes obstétricos

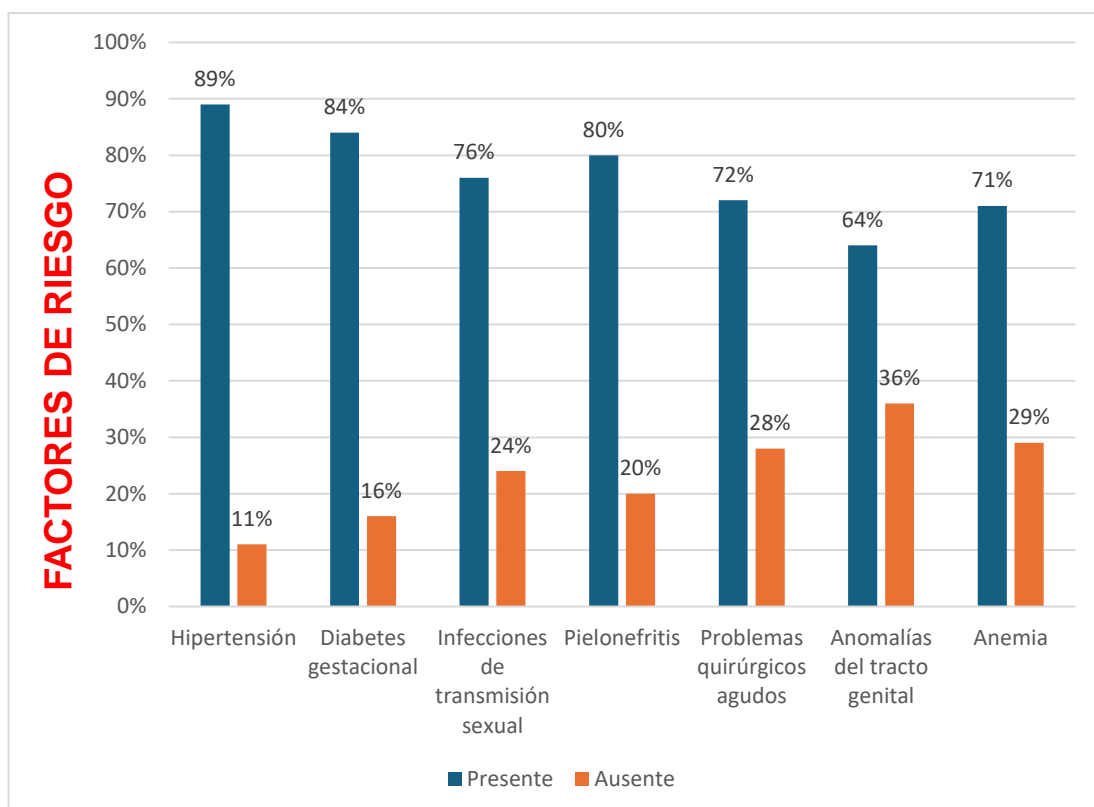


Fuente: Datos estadísticos de gestantes atendidas en el Hospital Universitario de Guayaquil.
Elaborado por: Lara Lara, Heydi Edith - Olalla Bonilla, Lisette Gabriela

Análisis:

Sobre los antecedentes obstétricos, se observa que el 82% de las gestantes presentó preeclampsia, el 80% parto prematuro, el 78% ruptura de membranas, el 73% hijos con malformaciones congénitas, el 72% embarazo ectópico, el 71% bajo peso al nacer, el 70% abortos previos y el 69% óbito fetal. Por otra parte, el 31% no presentó óbito fetal, el 30% no tuvo abortos previos, el 29% no tuvo bajo peso al nacer, el 28% no tuvo embarazos ectópicos, el 27% no presentó malformaciones congénitas, el 22% no tuvo rupturas de membranas, el 20% no tuvo parto prematuro y el 18% no presentó preeclampsia. Estos antecedentes son indicadores de embarazos de alto riesgo y están asociados con complicaciones graves. La preeclampsia puede conducir a eclampsia, mientras que el parto prematuro y la ruptura de membranas aumentan el riesgo de infecciones y complicaciones neonatales. Según Nunes et al.(59), los antecedentes obstétricos de este tipo requieren un manejo cuidadoso y una vigilancia constante para evitar complicaciones mayores.

Figura No. 9. Factores de riesgo



Fuente: Datos estadísticos de gestantes atendidas en el Hospital Universitario de Guayaquil.
Elaborado por: Lara Lara, Heydi Edith - Olalla Bonilla, Lisette Gabriela

Análisis:

En cuanto a los factores de riesgo, se obtuvo que el 89% de las gestantes presentó hipertensión, el 84% diabetes gestacional, el 80% pielonefritis, el 76% presenta infecciones de transmisión sexual, el 72% problemas quirúrgicos agudos, el 71% anemia y el 64% anomalías del tracto genital. Mientras que el 36% no tuvo factores de anomalías del tracto genital, el 29% anemia, el 28% problemas quirúrgicos, el 24% infecciones de transmisión sexual, el 20% pielonefritis, el 16% diabetes gestacional y el 11% hipertensión. Estos factores son preocupantes, ya que aumentan el riesgo de desarrollar signos y síntomas de alarma durante el embarazo. La hipertensión puede llevar a complicaciones como la preeclampsia, mientras que la diabetes gestacional aumenta el riesgo de macrosomía fetal y complicaciones durante el parto. Según Nobles y Mendola(60), la gestión de estos factores de riesgo es esencial para minimizar los peligros tanto para la madre como para el feto.

DISCUSION

En el presente estudio, se encontró que el 82% de las gestantes presentaron sangrado vaginal y el 80% edemas como signos de alarma, mientras que el 84% reportaron dolor de cabeza y el 80% disminución de movimientos fetales como síntomas de alarma. Al comparar estos resultados con los obtenidos en otros estudios, se observan diferencias notables en la prevalencia de estos signos y síntomas. Por ejemplo, Terefe y Nigussie(10) reportaron que solo el 15% de las gestantes presentaron sangrado vaginal y el 12.7% desarrollaron hematoma. De manera similar, Nugusu y Hailemichael(12), documentaron que el 32% de las gestantes experimentaron hemorragia obstétrica grave, una tasa inferior al 82% de sangrado vaginal encontrado en este estudio. Estas discrepancias pueden deberse a varios factores, como la calidad del seguimiento prenatal, la preparación del personal de salud en la identificación temprana de complicaciones, y las características sociodemográficas de las gestantes.

A través de esta comparación, se puede determinar como un hallazgo, la mayor prevalencia de sangrado vaginal y dolor de cabeza observada en el presente estudio en comparación con otros estudios. Esto podría indicar una mayor susceptibilidad o exposición a factores de riesgo en la población estudiada, como estrés elevado, condiciones de vida urbanas adversas, o una falta de acceso adecuado a servicios preventivos de salud. Este resultado sugiere la necesidad de investigar más a fondo las causas subyacentes de esta alta prevalencia, así como la implementación de estrategias específicas de intervención para mitigar estos riesgos en gestantes de áreas urbanas.

En cuanto a las características, el 35% de las gestantes de este estudio tenía entre 26 y 30 años, el 79% pertenecía a la etnia mestiza, el 45% había tenido solo un embarazo, y el 45% tenía un nivel de educación secundario. Al comparar estos hallazgos con los reportados en estudios previos, se pueden observar tanto similitudes como diferencias significativas. Rajbanshi y Norhayati (15) documentaron que el 42% de las gestantes tenían entre 30 y

35 años, lo que sugiere un rango de edad ligeramente superior al encontrado en el presente estudio. La diferencia en el rango de edad predominante podría estar relacionada con factores sociodemográficos o culturales que influyen en la decisión de postergar la maternidad. Por otro lado, Bassey y Asibong(13) encontraron que el 29% de las gestantes tenía entre 25 y 35 años, lo que se asemeja a la distribución por edad de este estudio. Sin embargo, el 25% de las gestantes eran multíparas, una cifra inferior al porcentaje de mujeres en este estudio que habían tenido más de un embarazo.

Esto permite enunciar un hallazgo novedoso al comparar estos resultados es la identificación de un grupo considerable de gestantes jóvenes, de entre 26 y 30 años, que no solo constituye una proporción significativa, sino que también presenta una prevalencia más alta en comparación con otros estudios que se enfocan en edades más avanzadas. Este hallazgo podría sugerir que en la población estudiada, las mujeres más jóvenes pueden estar más expuestas a factores de riesgo que aumentan la incidencia de signos y síntomas de alarma durante el embarazo. Además, el alto porcentaje de gestantes con solo un embarazo y un nivel educativo secundario resalta la necesidad de intervenciones educativas y de apoyo en estas etapas tempranas de la maternidad, especialmente en contextos urbanos donde las demandas y el estrés pueden ser mayores.

En cuanto a los antecedentes obstétricos, el 82% de las gestantes de este estudio tenía antecedentes de preeclampsia, el 80% había experimentado un parto prematuro y el 78% había sufrido ruptura de membranas. Comparando estos resultados con otros estudios, se evidencian diferencias importantes. Rivera y Valdiviezo (2021) reportaron que el 64% de las gestantes presentó preeclampsia y diabetes mellitus, lo que aunque elevado, es inferior al 82% de preeclampsia observado en este estudio. Por otro lado, Nugusu y Hailemichael(12) documentaron que solo el 31% de las gestantes tenía preeclampsia como antecedente obstétrico, una cifra considerablemente más baja. Esta disparidad podría deberse a diferencias en la accesibilidad y calidad de la atención prenatal, así como a factores sociodemográficos y genéticos que influyen en la prevalencia de preeclampsia.

Por otra parte, en el estudio de Gelan y Bekela(14) se informó que el 46% de las gestantes experimentó una duración prolongada del sangrado y el 26% tuvo una edad gestacional avanzada como complicaciones, lo cual difiere de los hallazgos del presente estudio que se centraron en la preeclampsia, el parto prematuro y la ruptura de membranas. Estas diferencias sugieren que distintas poblaciones pueden enfrentar diferentes riesgos obstétricos predominantes, lo que destaca la importancia de adaptar las estrategias de manejo a las características específicas de cada grupo.

Lo que emerge claramente de esta comparación es la sorprendente alta prevalencia de preeclampsia, parto prematuro y ruptura de membranas en la población estudiada, cifras que superan ampliamente las reportadas en estudios previos. Este hecho no solo subraya la gravedad de las complicaciones obstétricas en este grupo de mujeres, sino que también apunta a la posibilidad de factores de riesgo específicos o características contextuales en esta población que puedan estar exacerbando estas condiciones. Este descubrimiento sugiere que es importante investigar más a fondo qué factores están contribuyendo a esta alta incidencia y cómo podrían ser mitigados a través de intervenciones más dirigidas y efectivas.

Sobre los factores de riesgo, se destaca que el 89% de las gestantes presentaron hipertensión y el 84% desarrollaron diabetes gestacional, lo que resalta la alta prevalencia de estos factores de riesgo en la población estudiada. Estos resultados subrayan la necesidad de un monitoreo constante y un manejo oportuno para prevenir complicaciones graves durante el embarazo. Al comparar estos hallazgos con los reportados por otros investigadores, se observan diferencias considerables. Rajbanshi y Norhayati (15) documentaron que el 76% de las gestantes presentó diabetes gestacional, una cifra elevada pero aún inferior al 84% reportado en este estudio. Esta diferencia podría indicar que la población estudiada aquí está expuesta a factores adicionales o más intensos que aumentan la susceptibilidad a desarrollar diabetes gestacional.

Por su parte, Bassey y Asibong(13) encontraron que solo el 42% de las gestantes presentó hipertensión y el 32% diabetes gestacional, lo que es significativamente menor en comparación con los resultados de este estudio. Estas variaciones podrían estar relacionadas con factores genéticos, ambientales, o incluso con diferencias en la calidad de la atención prenatal. Lo que resulta particularmente notable es la considerable mayor prevalencia de hipertensión y diabetes gestacional observada en este estudio. Estas cifras destacan una situación alarmante que sugiere que las gestantes en esta población podrían estar enfrentando condiciones que agravan estos riesgos. Tal nivel de prevalencia no solo es inusualmente alto en comparación con los estudios previos, sino que también podría indicar la presencia de factores contextuales o de estilo de vida que requieren una investigación más profunda. Este hallazgo resalta la urgencia de diseñar y aplicar estrategias de intervención más efectivas y específicas para esta población, con el objetivo de reducir los riesgos asociados y mejorar los resultados maternos y perinatales.

Al comparar los resultados de este estudio con los de otros autores, se identificaron varias limitaciones significativas. Una de las principales limitaciones fue la variabilidad en la prevalencia de factores de riesgo y complicaciones obstétricas entre diferentes poblaciones, lo que podría deberse a diferencias en las características sociodemográficas, el acceso y la calidad de la atención prenatal, o incluso a los criterios diagnósticos utilizados. Además, la falta de información detallada sobre factores contextuales específicos, como hábitos de vida, dieta, y el entorno socioeconómico, impidió una comprensión más profunda de las causas subyacentes de las altas tasas de hipertensión, diabetes gestacional y complicaciones obstétricas observadas en esta población en particular.

CONCLUSIONES

En el área de obstetricia del Hospital Universitario de Guayaquil , las gestantes presentan una variedad de signos y síntomas de alarma durante el embarazo. Entre los signos más comunes se encuentran el sangrado vaginal (82%) y los edemas (80%), mientras que los síntomas más frecuentes incluyen dolor de cabeza (84%) y disminución de movimientos fetales (80%).

En cuanto a las características sociodemográficas, la mayoría se encuentra en el rango de edad de 26 a 30 años (35%), pertenece predominantemente a la etnia mestiza (79%), de procedencia urbana (81%) y ha experimentado un embarazo (45%) con un nivel educativo mayormente secundario (45%).

En el Hospital Universitario de Guayaquil , se observa un porcentaje significativo de gestantes que ha reportado antecedentes obstétricos de preeclampsia (82%), parto prematuro (80%) y ruptura de membranas (78%), lo que sugiere que estos antecedentes pueden estar relacionados con un mayor riesgo de complicaciones durante el embarazo.

Los factores de riesgo, como la hipertensión (89%) y la diabetes gestacional (84%), son predominantes entre las gestantes que fueron atendidas en el área de obstetricia del Hospital Universitario de Guayaquil.

RECOMENDACIONES

Fortalecer los programas de educación y monitoreo prenatal en el hospital para que las gestantes conozcan los signos y síntomas de alarma más comunes. Implementar estrategias de detección temprana y ofrecer asesoramiento continuo puede ayudar a identificar y manejar estos signos de manera oportuna, mejorando así los resultados maternos y fetales.

Desarrollar programas específicos de cuidado prenatal que consideren las características demográficas y antecedentes de las gestantes. Personalizar los servicios y la educación prenatal para adaptarse a las necesidades de las gestantes en función de su edad, etnia, experiencia previa y nivel educativo puede mejorar la eficacia de la vigilancia y el manejo de signos de alarma durante el embarazo.

Establecer un sistema de seguimiento más riguroso para las gestantes con antecedentes de preeclampsia, parto prematuro o ruptura de membranas. Implementar evaluaciones periódicas y estrategias de intervención temprana puede ayudar a prevenir la aparición de signos de alarma y reducir las complicaciones asociadas con estos antecedentes gineco obstétricos.

Intensificar la vigilancia y el manejo de gestantes que presentan factores de riesgo como hipertensión y diabetes gestacional. Proporcionar programas de control y tratamiento específicos para estos factores puede ayudar a prevenir el desarrollo de signos de alarma obstétrica y mejorar la salud materno-fetal a lo largo del embarazo.

REFERENCIAS

1. Petersen C, Bilbo R, Damsted T, Ekstrøm C, Villadsen S. Knowledge About How to Manage Warning Signs of Pregnancy Complications Among Immigrants and Their Descendants Compared to Women of Danish Origin. *Matern Child Health J.* 2008 Mar 10;26(6):1367–74.
2. Soriano AVD, Montesinos MGH, Mendoza JS, Santiago M de los ÁO, Escobar LA, Esparza YP. Conocimiento en Datos de Alarma Durante el Embarazo en Mujeres con una Experiencia Maternal: Enfoque Cualitativo. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar* [Internet]. 2024 Feb 7 [cited 2024 Aug 24];8(1):1635–49. Available from: <https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/9557/14153>
3. Pascual ZN, Langaker MD. Physiology, Pregnancy. *StatPearls* [Internet]. 2023 May 16 [cited 2024 Aug 24]; Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559304/>
4. Yosef T, Tesfaye M. Pregnancy danger signs: Knowledge and health-seeking behavior among reproductive age women in southwest Ethiopia. *Women's Health* [Internet]. 2021 Dec 1 [cited 2024 Aug 24];17. Available from: [/pmc/articles/PMC8724992/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/348724992/)
5. World Health Organization. Maternal mortality [Internet]. 2024 [cited 2024 Aug 24]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality/?gad_source=1&gclid=Cj0KCQjwrKu2BhDkARIsAD7GBoug5eA1d5phA6WfnCL1Wh9u4wpToCiAFrImh2TdStXzYArz_SktBygaAhvLEALw_wcB
6. Organización Panamericana de la Salud. El Embarazo en la Adolescencia en América Latina y el Caribe: Reseña Técnica [Internet]. 2020 [cited 2024 Aug 24]. Available from: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53134/OPSFPLHL200019_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
7. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Gaceta Epidemiológica de Muerte Materna SE 27. Secretaría Nacional de Vigilancia de la Salud Pública [Internet]. 2020 [cited 2024 Aug 24]; Available from:

<https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2020/07/GACETA-SE-27-MM.pdf>

8. Nishimura E, Rahman MO, Ota E, Toyama N, Nakamura Y. Role of Maternal and Child Health Handbook on Improving Maternal, Newborn, and Child Health Outcomes: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Children* [Internet]. 2023 Mar 1 [cited 2024 Aug 24];10(3). Available from: </pmc/articles/PMC10046926/>
9. Syed U, Kinney M V., Pestvenidze E, Vandy AO, Slowing K, Kayita J, et al. Advancing maternal and perinatal health in low- and middle-income countries: A multi-country review of policies and programmes. *Front Glob Womens Health* [Internet]. 2022 [cited 2024 Aug 24];3. Available from: </pmc/articles/PMC9589433/>
10. Terefe N, Nigussie A, Tadele A. Prevalence of Obstetric Danger Signs during Pregnancy and Associated Factors among Mothers in Shashemene Rural District, South Ethiopia. *J Pregnancy* [Internet]. 2020 [cited 2024 Aug 25];2020. Available from: </pmc/articles/PMC7533755/>
11. Herrera EGR, Herrera EGR, Maygua MAV. Signos de peligro materno en gestantes y cuidado de enfermería. *Revista Cubana de Reumatología* [Internet]. 2023 Dec 24 [cited 2024 Aug 25];26(0):e1248. Available from: <https://revreumatologia.sld.cu/index.php/reumatologia/article/view/1248>
12. Dessalegn FN, Astawesegn FH, Hankalo NC. Factors Associated with Maternal Near Miss among Women Admitted in West Arsi Zone Public Hospitals, Ethiopia: Unmatched Case-Control Study. *J Pregnancy* [Internet]. 2020 Jan 1 [cited 2024 Aug 25];2020(1):6029160. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1155/2020/6029160>
13. Akpan UB, Asibong U, Omoronyia E, Arogundade K, Agan T, Ekott M. Severe Life-Threatening Pregnancy Complications, “Near Miss” and Maternal Mortality in a Tertiary Hospital in Southern Nigeria: A Retrospective Study. *Obstet Gynecol Int* [Internet]. 2020 [cited 2024 Aug 25];2020. Available from: </pmc/articles/PMC7349465/>
14. Gelan M, Bekela T, Angasu K, Ebisa M. Adverse Perinatal and Maternal Outcomes and Associated Factors among Women with Antepartum Hemorrhage in Jimma University Medical Center, Southwest Ethiopia, 2020. *Obstet Gynecol Int* [Internet]. 2022 Jan 1 [cited 2024 Aug

- 25];2022(1):4594136. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1155/2022/4594136>
15. Rajbanshi S, Norhayati MN, Hazlina NHN. High-risk pregnancies and their association with severe maternal morbidity in Nepal: A prospective cohort study. *PLoS One* [Internet]. 2020 Dec 1 [cited 2024 Aug 25];15(12). Available from: [/pmc/articles/PMC7769286/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3307286/)
 16. Pascual ZN, Langaker MD. Physiology, Pregnancy. *StatPearls* [Internet]. 2023 May 16 [cited 2024 Aug 25]; Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559304/>
 17. Johnson MS, Jackson DL, Schust DJ. Endocrinology of Pregnancy. *Encyclopedia of Reproduction* [Internet]. 2021 Mar 18 [cited 2024 Aug 25];469–76. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK278962/>
 18. Jee SB, Sawal A. Physiological Changes in Pregnant Women Due to Hormonal Changes. *Cureus* [Internet]. 2024 Mar 5 [cited 2024 Aug 25];16(3). Available from: [/pmc/articles/PMC10993087/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3307286/)
 19. Curtin M, Murphy M, Savage E, O'Driscoll M, Leahy-Warren P. Midwives', obstetricians', and nurses' perspectives of humanised care during pregnancy and childbirth for women classified as high risk in high income countries: A mixed methods systematic review. *PLoS One* [Internet]. 2023 Oct 1 [cited 2024 Aug 25];18(10). Available from: [/pmc/articles/PMC10599554/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3307286/)
 20. Guidi C, Traversa C. Empathy in patient care: from 'Clinical Empathy' to 'Empathic Concern.' *Med Health Care Philos* [Internet]. 2021 Dec 1 [cited 2024 Aug 25];24(4):573. Available from: [/pmc/articles/PMC8557158/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3307286/)
 21. Uwiringiyimana E, Manirambona E, Byiringiro S, Nsanzimana A, Uhawenayo N, Ufitinema P, et al. Pregnant women's knowledge of obstetrical danger signs: A cross-sectional survey in Kigali, Rwanda. *PLOS Global Public Health* [Internet]. 2022 Nov 1 [cited 2024 Aug 25];2(11). Available from: [/pmc/articles/PMC10021381/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3307286/)
 22. Asferie WN, Goshu B. Knowledge of pregnancy danger signs and its associated factors among pregnant women in Debre Tabor Town Health Facilities, South Gondar Administrative Zone, North West Ethiopia, 2019: Cross-sectional study. *SAGE Open Med* [Internet]. 2022 Jan 1

- [cited 2024 Aug 25];10. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/20503121221074492>
23. Jeanmonod R, Skelly CL, Jenkins SM, Agresti D. Vaginal Bleeding. An Introduction to Clinical Emergency Medicine [Internet]. 2023 Nov 13 [cited 2024 Aug 25];583–95. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470230/>
 24. Ghafoor S. Current and Emerging Strategies for Prediction and Diagnosis of Prelabour Rupture of the Membranes: A Narrative Review. Malays J Med Sci [Internet]. 2021 [cited 2024 Aug 25];28(3):5. Available from: </pmc/articles/PMC8260062/>
 25. Lent-Schochet D, Jialal I. Physiology, Edema. StatPearls [Internet]. 2023 May 1 [cited 2024 Aug 25]; Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK537065/>
 26. Liu C, Zhao G, Qiao D, Wang L, He Y, Zhao M, et al. Emerging Progress in Nausea and Vomiting of Pregnancy and Hyperemesis Gravidarum: Challenges and Opportunities. Front Med (Lausanne) [Internet]. 2021 Jan 10 [cited 2024 Aug 25];8:809270. Available from: </pmc/articles/PMC8785858/>
 27. Masoi TJ, Kibusi SM, Ibolinga AE, Lilungulu AG. The Pattern and Level of Knowledge on Obstetric and Newborn Danger Signs and Birth Preparedness among Pregnant Women in Dodoma Municipal: a Cross Sectional Study. East Afr Health Res J [Internet]. 2020 Jun 29 [cited 2024 Aug 25];4(1):73. Available from: </pmc/articles/PMC8279159/>
 28. Huecker BR, Jamil RT, Thistle J. Fetal Movement. StatPearls [Internet]. 2023 Feb 5 [cited 2024 Aug 25]; Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470566/>
 29. Eigenbrodt AK, Ashina H, Khan S, Diener HC, Mitsikostas DD, Sinclair AJ, et al. Diagnosis and management of migraine in ten steps. Nat Rev Neurol [Internet]. 2021 Aug 1 [cited 2024 Aug 25];17(8):501. Available from: </pmc/articles/PMC8321897/>
 30. Swain SK, Pati BK, Mohanty JN. Otological manifestations in pregnant women - A study at a tertiary care hospital of eastern India. J Otol [Internet]. 2020 Sep 1 [cited 2024 Aug 25];15(3):103. Available from: </pmc/articles/PMC7452357/>

31. Egloff C, Sibiude J, Couffignal C, Mandelbrot L, Picone O. Causes and consequences of fever during pregnancy: A retrospective study in a gynaecological emergency department. *J Gynecol Obstet Hum Reprod* [Internet]. 2020 Nov 1 [cited 2024 Aug 25];49(9):101899. Available from: [/pmc/articles/PMC7444605/](#)
32. Sun H, Su X, Liu Y, Li G, Liu X, Du Q. Association between Abortion History and Perinatal and Neonatal Outcomes of Singleton Pregnancies after Assisted Reproductive Technology. *J Clin Med* [Internet]. 2023 Jan 1 [cited 2024 Aug 25];12(1):1239. Available from: [/pmc/articles/PMC9820927/](#)
33. Mullany K, Minneci M, Monjazebe R, C. Coiado O. Overview of ectopic pregnancy diagnosis, management, and innovation. *Women's Health* [Internet]. 2023 Jan 1 [cited 2024 Aug 25];19. Available from: [/pmc/articles/PMC10071153/](#)
34. Maslovich MM, Burke LM. Intrauterine Fetal Demise. *Evidence-based Obstetrics and Gynecology* [Internet]. 2022 Oct 31 [cited 2024 Aug 25];479–85. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK557533/>
35. Abebe S, Gebru G, Amenu D, Mekonnen Z, Dube L. Risk factors associated with congenital anomalies among newborns in southwestern Ethiopia: A case-control study. *PLoS One* [Internet]. 2021 Jan 1 [cited 2024 Aug 25];16(1). Available from: [/pmc/articles/PMC7843017/](#)
36. Deriba BS, Jemal K. Determinants of Low Birth Weight Among Women Who Gave Birth at Public Health Facilities in North Shewa Zone: Unmatched Case-Control Study. <https://doi.org/10.1177/00469580211047199> [Internet]. 2021 Oct 7 [cited 2024 Aug 25];58. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/00469580211047199>
37. Erez O, Romero R, Jung E, Chaemsaitong P, Bosco M, Suksai M, et al. Preeclampsia/eclampsia: the conceptual evolution of a syndrome. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 2022 Feb 1 [cited 2024 Aug 25];226(2 Suppl):S786. Available from: [/pmc/articles/PMC8941666/](#)
38. Frey HA, McLaughlin EM, Hade EM, Finneran MM, Rood KM, Shellhaas C, et al. Obstetric History and Risk of Short Cervix in Women with a Prior Preterm Birth. *Am J Perinatol* [Internet]. 2022 May 1 [cited 2024 Aug

- 25];39(7):759–65. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32971559/>
39. Enjamo M, Deribew A, Semagn S, Mareg M. Determinants of Premature Rupture of Membrane (PROM) Among Pregnant Women in Southern Ethiopia: A Case-Control Study. *Int J Womens Health* [Internet]. 2022 [cited 2024 Aug 25];14:455. Available from: </pmc/articles/PMC8979419/>
 40. Khedagi AM, Bello NA. Hypertensive Disorders of Pregnancy. *Cardiol Clin* [Internet]. 2021 Feb 1 [cited 2024 Aug 25];39(1):77. Available from: </pmc/articles/PMC7720658/>
 41. Nakshine VS, Jogdand SD. A Comprehensive Review of Gestational Diabetes Mellitus: Impacts on Maternal Health, Fetal Development, Childhood Outcomes, and Long-Term Treatment Strategies. *Cureus* [Internet]. 2023 Oct 23 [cited 2024 Aug 25];15(10). Available from: </pmc/articles/PMC10663705/>
 42. Gund G, Nayak C. Sexually transmitted infections in pregnant women and their partners: A clinico-epidemiological study at a tertiary care center, Mumbai, Maharashtra. *Indian J Sex Transm Dis AIDS* [Internet]. 2023 Jul 1 [cited 2024 Aug 25];44(2):116. Available from: </pmc/articles/PMC10785102/>
 43. Belyayeva M, Leslie SW, Jeong JM. Acute Pyelonephritis. *Uro pathology, Second Edition* [Internet]. 2024 Feb 28 [cited 2024 Aug 25];300–1. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK519537/>
 44. Chwat C, Terres M, Duarte MR, Valli D, Alexandre F, Rosato G, et al. Laparoscopic treatment for appendicitis during pregnancy: Retrospective cohort study. *Annals of Medicine and Surgery* [Internet]. 2021 Aug 1 [cited 2024 Aug 25];68:102668. Available from: </pmc/articles/PMC8361228/>
 45. Dahiphale SM, Potdar J, Acharya N, Jyotsna G, . S, Desale R. Congenital Anomalies of the Female Genital Tract: A Comprehensive Review. *Cureus* [Internet]. 2024 Mar 23 [cited 2024 Aug 25];16(3). Available from: </pmc/articles/PMC11037924/>
 46. Georgieff MK. Iron Deficiency in Pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 2020 Oct 1 [cited 2024 Aug 25];223(4):516. Available from: </pmc/articles/PMC7492370/>

47. Constituyente A. Constitución de la República del Ecuador [Internet]. Primera. Vol. 1. Asamblea Constituyente; 2008. Available from: https://www.asambleanacional.gob.ec/sites/default/files/documents/old/constitucion_de_bolsillo.pdf
48. Nacional EC. Ley Organica de Salud [Internet]. 2012. p. 1–61. Available from: https://www.todaunavida.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2015/04/SALUD-LEY_ORGANICA_DE_SALUD.pdf
49. del Ecuador CN. Plan Nacional de Desarrollo Toda una vida. 2018; Available from: https://www.siteal.iiep.unesco.org/sites/default/files/sit_accion_files/siteal_ecuador_0244.pdf
50. de Salud Pública del Ecuador M. Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2017 - 2021. 2017 Oct;1(1):278. Available from: <https://ecuador.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/PLAN%20NACIONAL%20DE%20SS%20Y%20SR%202017-2021.pdf>
51. de Planificación CN. Plan de Creación de Oportunidades 2021 - 2025. 2021; Available from: <https://www.planificacion.gob.ec/wp-content/uploads/2021/09/Plan-de-Creación-de-Oportunidades-2021-2025-Aprobado.pdf>
52. Eick SM, Goin DE, Izano MA, Cushing L, DeMicco E, Padula AM, et al. Relationships between psychosocial stressors among pregnant women in San Francisco: A path analysis. PLoS One [Internet]. 2020 Jun 1 [cited 2024 Aug 29];15(6). Available from: [/pmc/articles/PMC7292353/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3222353/)
53. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Ecuador creció en 2.5 millones de personas entre 2010 y 2022. 2023 [cited 2024 Aug 29]; Available from: <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/institucional/ecuador-crecio-en-2-5-millones-de-personas-entre-2010-y-2022/>
54. Bazirete O, Nzayirambaho M, Umubyeyi A, Karangwa I, Evans M. Risk factors for postpartum haemorrhage in the Northern Province of Rwanda: A case control study. PLoS One [Internet]. 2022 Feb 1 [cited 2024 Aug 29];17(2). Available from: [/pmc/articles/PMC8846539/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39846539/)

55. Bagayoko M, Kadengye DT, Odero HO, Izudi J. Original research: Effect of high-risk versus low-risk pregnancy at the first antenatal care visit on the occurrence of complication during pregnancy and labour or delivery in Kenya: a double-robust estimation. *BMJ Open* [Internet]. 2023 Oct 29 [cited 2024 Aug 29];13(10):72451. Available from: [/pmc/articles/PMC10619084/](#)
56. McCloskey L, Bernstein J, The Bridging the Chasm Collaborative, Amutah-Onukagha N, Anthony J, Barger M, et al. Bridging the Chasm between Pregnancy and Health over the Life Course: A National Agenda for Research and Action. *Womens Health Issues* [Internet]. 2021 May 1 [cited 2024 Aug 29];31(3):204. Available from: [/pmc/articles/PMC8154664/](#)
57. National Academies of Sciences E and MH and MDD of B and SS and EB on CY and FC on AHO by BS, Backes EP, Scrimshaw SC. *Epidemiology of Clinical Risks in Pregnancy and Childbirth. Birth Settings in America* [Internet]. 2020 Feb 6 [cited 2024 Aug 29]; Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK555485/>
58. Wiles K, Damodaram M, Frise C. Severe hypertension in pregnancy. *Clinical Medicine* [Internet]. 2021 Sep 1 [cited 2024 Aug 29];21(5):e451. Available from: [/pmc/articles/PMC8439512/](#)
59. Nunes JS, Ladeiras R, Machado L, Coelho D, Duarte C, Furtado JM. The Influence of Preeclampsia, Advanced Maternal Age and Maternal Obesity in Neonatal Outcomes Among Women with Gestational Diabetes. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia* [Internet]. 2020 Dec 21 [cited 2024 Aug 29];42(10):607–13. Available from: <https://www.scielo.br/j/rbgo/a/BG89TTNmqSDPghYXtRftcBm/?lang=en>
60. Nobles CJ, Mendola P, Mumford SL, Silver RM, Kim K, Andriessen VC, et al. Preconception Blood Pressure and its Change into Early Pregnancy: Early Risk Factors for Preeclampsia and Gestational Hypertension. *Hypertension* [Internet]. 2020 Sep 1 [cited 2024 Aug 29];76(3):922. Available from: [/pmc/articles/PMC7456510/](#)

ANEXOS

Carta de Aprobación de la Universidad



CARRERAS:
Medicina
Odontología
Enfermería
Nutrición, Dietética y Estética
Terapia Física

Tel: 3804600
Ext. 1801-1802
www.ucsg.edu.ec
Aptado 09-01-4671
Guayaquil-Ecuador

Guayaquil, 03 de Septiembre del 2024

Sres.:

Lara Lara Heydi Edith
Olalla Bonilla Lisette Gabriela
Estudiantes de la Carrera de Enfermería
Universidad Católica de Santiago de Guayaquil

De mis consideraciones:

Reciban un cordial saludo de parte de la Dirección de la Carrera de Enfermería, a la vez comunico a ustedes que su tema presentado: **"Signos y síntomas de alarma del embarazo en gestantes que asisten a la consulta externa de un Hospital de la ciudad de Guayaquil, año 2024."**, ha sido aprobado por Dirección y Comisión Académica de la Carrera, y su tutora asignada es la: Lda. Mariana Riofrío.

Me despido deseándoles éxito en la realización de su trabajo de titulación.

Atentamente,

Lda. Ángela Mendoza Vincés
Directora de la Carrera de Enfermería
Universidad Católica de Santiago de Guayaquil

Cc: Archivo

Carta de Aprobación del Hospital



Ministerio de Salud Pública
Hospital Universitario de Guayaquil
Gestión de Docencia e Investigación

Memorando Nro. MSP-CZ8S-HUG-DOC-2024-0158-M

Guayaquil, 25 de julio de 2024

PARA: LARA LARA HEYDI EDITH
OLALLA BONILLA LISETTE GABRIELA

Sra. Ing. Verónica Noemí Suárez Velastegui
Responsable de la Gestión de Admisiones y Estadística del Hospital
Universitario de Guayaquil

ASUNTO: APROBACIÓN A SOLICITUD DE INVESTIGADOR IRE.
LARA LARA HEYDI EDITH
OLALLA BONILLA LISETTE GABRIELA

Saludos cordiales.

En respuesta al Documento MSP-CZ8S-HUG-GERENCIA-2024-0158-E, Solicitud de los siguientes investigadores IRE LARA LARA HEYDI EDITH Y OLALLA BONILLA LISETTE GABRIELA, se autoriza realizar investigación previamente aprobada con el tema: "SIGNOS Y SINTOMAS DE ALARMA DURANTE EL EMBARAZO; EN GESTANTES QUE ASISTEN A LA CONSULTA EXTERNA DE UN HOSPITAL DE LA CIUDAD DE GUAYAQUIL, AÑO 2023- 2024"

Solicitándole como Responsable de la Gestión de Estadística y Admisiones se brindan facilidades para que se desarrolle la investigación, en el periodo comprendido entre el periodo del año 2023-2024. Por tal se autoriza al personal de estadística facilitar toda la información pertinente de acuerdo a las necesidades requeridas, con los CIE- 10:

- N93.8 Sangrado vaginal prepupal
- O681 TRABAJO DE PARTO Y PARTO COMPLICADOS POR LA PRESENCIA DE MECONIO EN EL LIQUIDO AMNIOTICO
- N939 HEMORRAGIA VAGINAL Y UTERINA ANORMAL, NO ESPECIFICADA.

Correos	heydi.lara@cu.ucsg.edu.ec lissette.olalla@cu.ucsg.edu.ec
Área	CONSULTA EXTERNA, EMERGENCIA Y HOSPITALIZACIÓN
Solicitud específica	• datos estadísticos

En la sección de Anexos, se encuentra el oficio físico entregado por el solicitante. Agradecemos de antemano su colaboración.

Atentamente,

Dirección: Km. 23 vía Perimetral contiguo al Terminal de Viveres Montebello
Código postal: 090706 / Guayaquil-Ecuador. Teléfono: +593-4-2594-760
www.hug.gob.ec



1/2



REPÚBLICA
DEL ECUADOR

Ministerio de Salud Pública

Hospital Universitario de Guayaquil
Gestión de Docencia e Investigación

Memorando Nro. MSP-CZSS-HUG-DOC-2024-0158-M

Guayaquil, 25 de julio de 2024



JANET DEL ROCIO
GORDILLO CORTAZA

Documento firmado electrónicamente

Dra. Janet del Rocio Gordillo Cortaza
RESPONSABLE DE DOCENCIA E INVESTIGACION DEL HOSPITAL
UNIVERSITARIO DE GUAYAQUIL

Referencias:

- MSP-CZSS-HUG-GERENCIA-2024-0298-E

Anexo:

- solicitud_de_investigador_de_alvaredo_vegas_jennifer.pdf

Copia:

Ses. Mgs. Deris Paulette Orsaja Lainez
Enfermera de Docencia del Hospital Universitario de Guayaquil

Ses. Mgs. Jessica Paola Flor Calero
Directora Asistencial del Hospital Universitario de Guayaquil

Dirección: Km. 23 vía Perimetral contiguo al Terminal de Viveres Montebello
Código postal: 090706 / Guayaquil-Ecuador. Teléfono: +593-4-2594-760
www.hug.gob.ec

* Documento firmado electrónicamente por Calero



22



**UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA**

MATRIZ DE OBSERVACIÓN INDIRECTA

Tema: Características de los signos y síntomas de alarma durante el embarazo; en gestantes que asisten a la consulta externa de un Hospital de la ciudad de Guayaquil.

Objetivo: Recabar información referente a casos de gestantes que presentaron signos y síntomas de alarma.

Instrucciones para el/la observador/a:

- Señale con una "X" la información requerida en los casilleros en blanco.

1. Edad

15 – 20 años
21 - 25 años
26 - 30 años
31 – 35 años
36 - 40 años

2. Etnia

Mestiza
Afrodescendiente
Indio
Montubio
Otros

3. Procedencia

Urbana
Rural

4. Gestación/ paridad

1
2
3
+ 4

5. Nivel de educación

Sin estudio
Primaria
Secundaria
Tercer nivel

6. Signos de alarma

Sangrado vaginal
Pérdida de líquido amniótico
Edema
Vómitos intensos

Presente	Ausente

7. Síntomas de alarma

Visión borrosa
Disminución de movimientos fetales
Dolor de cabeza
Zumbido de oído
Fiebre y escalofríos

Presente	Ausente

8. Antecedentes obstétricos

Abortos previos
Embarazo Ectópico/Molar
Óbito Fetal
Hijos con malformaciones Congenias
Bajo peso al nacer
Preeclampsia
Parto prematuro
Ruptura de membrana

Si	No

9. Factores que influyen

Hipertensión
Diabetes gestacional
Infecciones de transmisión sexual
Pielonefritis
Problemas quirúrgicos agudos
Anomalías del tracto genital
Anemia

Si	No



DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Lara Lara, Heydi Edith**, con C.C: # **0942123530** autora del trabajo de titulación: **Características de los signos y síntomas de alarma durante el embarazo; en gestantes que asisten a la consulta externa de un Hospital de la ciudad de Guayaquil**, previo a la obtención del título de **Licenciada en Enfermería** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 02 de Septiembre del 2024

f. _____

Lara Lara, Heydi Edith

C.C: 0942123530



DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Olalla Bonilla, Lisette Gabriela**, con C.C: # **0940616329** autora del trabajo de titulación: **Características de los signos y síntomas de alarma durante el embarazo; en gestantes que asisten a la consulta externa de un Hospital de la ciudad de Guayaquil**, previo a la obtención del título de **Licenciada en Enfermería** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 02 de Septiembre del 2024

f. _____

Olalla Bonilla, Lisette Gabriela

C.C: 0940616329



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA Y SUBTEMA:	Signos y síntomas de alarma durante el embarazo; en gestantes que asisten a la consulta externa de un Hospital de la ciudad de Guayaquil		
AUTOR(ES)	Lara Lara, Heydi Edith Olalla Bonilla, Lisette Gabriela		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Lcda. Riofrío Cruz, Mariana Estela. Esp.		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Ciencias de la Salud		
CARRERA:	Enfermería		
TÍTULO OBTENIDO:	Licenciadas en enfermería		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	02 de Septiembre del 2024	No. DE PÁGINAS:	68
ÁREAS TEMÁTICAS:	Línea de investigación: Salud Pública		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Signos y síntomas de alarma; Embarazo; Gestantes.		
RESUMEN/ABSTRACT:	<p>Según la observación, los signos y síntomas de alarma son indicadores de riesgos para la salud del feto o la gestante durante el embarazo; se pudo observar los problemas que surgen durante el embarazo, tales como preeclampsia, desprendimiento placentario o infecciones, en relación a ello formulamos el siguiente Objetivo de Determinar las características de los signos y síntomas de alarma durante el embarazo; en gestantes que asisten a la consulta externa de un Hospital de la ciudad de Guayaquil. Se empleó un Diseño Metodológico de nivel descriptivo, cuantitativo, retrospectivo y de corte transversal; con una Población de 1571 gestantes y una Muestra de 310 gestantes. Se usó como Técnica la Observación indirecta y como Instrumento la Matriz de observación indirecta. Entre los Resultados predominan gestantes de 26 a 30 años (35%), de etnia mestiza (79%), procedentes de áreas urbanas (81%), que tuvo una gestación (45%), con nivel de educación secundaria (45%). Presentaron mayormente signos de sangrado vaginal (82%) y edema (80%); como síntoma dolor de cabeza (84%) y disminución de movimientos fetales (80%). Entre los antecedentes obstétricos predominan gestantes con preeclampsia (82%), parto prematuro (80%) y ruptura de membranas (78%). Como antecedente tuvieron mayormente hipertensión (89%) y diabetes gestacional (84%). En Conclusión, en el Hospital Universitario de Guayaquil, se observa una variedad de signos y síntomas de alarma en las gestantes durante el embarazo. Los signos más recurrentes son el sangrado vaginal y los edemas, mientras que los síntomas más frecuentes incluyen dolor de cabeza y reducción en los movimientos fetales.</p>		
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: 0967512910 0990278678	E-mail: heydi-lara@hotmail.com lisette.olalla@cu.ucsg.edu.ec	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE):	Nombre: Lcda. Holguín Jiménez Martha Lorena, Msc		
	Teléfono: +593-993142597		
	E-mail: martha.holguin01@cu.ucsg.edu.ec		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			