



**UNIVERSIDAD ESTATAL PENÍNSULA DE SANTA ELENA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA**

TÍTULO DEL TEMA

**NIVEL DE AUTOCUIDADO EN EMBARAZADAS Y SU RELACIÓN
CON EL RIESGO OBSTÉTRICO. HOSPITAL BÁSICO
MANGLARALTO. SANTA ELENA – 2022**

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN
DEL TÍTULO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

AUTORA

RODRÍGUEZ ALEJANDRO RAQUEL MARYOM

TUTOR

LIC. SANTOS HOLGUÍN SONNIA, MSc.

PERIODO ACADÉMICO

2023-1

TRIBUNAL DE GRADO



Firmado electrónicamente por:
MILTON MARCOS
GONZALEZ SANTOS

Lic. Milton González Santos, Mgt.

**DECANO DE LA FACULTAD DE
CIENCIAS SOCIALES Y DE LA SALUD**



NANCY MARGARITA
DOMINGUEZ RODRIGUEZ

Lic. Nancy Domínguez Rodríguez, MSc.

**DIRECTORA DE LA
CARRERA DE ENFERMERIA**



Firmado electrónicamente por:
ADONIS FAUSTINO
HERNANDEZ ORTIZ

Lic. Hernández Ortiz Adonis Faustino, Esp.

DOCENTE DE ÁREA



Firmado electrónicamente por:
SONNIA APOLONIA
SANTOS HOLGUIN

Lic. Sonia Santos Holguín, MSc.

TUTOR



Firmado electrónicamente por:
LUIS ALBERTO CASTRO
MARTINEZ

Abg. Luis Castro Martínez, MGs

SECRETARIO GENERAL

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de Tutor del Proyecto de Investigación: **NIVEL DE AUTOCUIDADO EN EMBARAZADAS Y SU RELACIÓN CON RIESGO OBSTÉTRICO. HOSPITAL BÁSICO MANGLARALTO, SANTA ELENA – 2022.** Elaborado por la Srta. RODRÍGUEZ ALEJANDRO RAQUEL MARYOM, estudiante de la CARRERA DE ENFERMERIA. FACULTAD DE CIENCIA SOCIALES Y DE LA SALUD perteneciente a la UNIVERSIDAD ESTATAL PENÍNSULA DE SANTA ELENA, previo a la obtención del Título de LICENCIADA EN ENFERMERÍA, me permito declarar que luego de haber orientado, estudiado y revisado, lo APRUEBO en todas sus partes.

Atentamente,



Firmado electrónicamente por:
**SONNIA APOLONIA
SANTOS HOLGUIN**

Lic. Sonnia A. Santos Holguín, MSc.

TUTOR

DEDICATORIA

El resultado de este trabajo se lo dedico a mi Dios todo poderoso quien guía el destino de mi vida, por acompañarme en cada decisión y a lo largo de mi carrera universitaria, y por darme sabiduría, fortaleza en cada etapa y proceso académico.

A mí querida familia. Principalmente a mis padres que han estado conmigo en esta lucha constante, por creer en mí e impulsarme a nunca rendirme, porque han fomentado en mí, deseo de superación, perseverancia, humildad y de triunfo en la vida, lo que ha dado frutos a este logro.

También quiero dedicarle este trabajo a Byron mi compañero incondicional por su apoyo, paciencia, comprensión. Realmente él me ha ayudado a alcanzar el equilibrio que permite dar todo mi potencial en mi vida y carrera universitaria. Todo esto con una enorme dosis de amor y sin pedir nada a cambio.

Rodríguez Alejandro Raquel Maryom

AGRADECIMIENTO

Gracias Dios por tu amor y bondad incondicional, que me permite triunfar ante todos mis logros que son resultados de tu ayuda.

A mis padres y hermanos por su amor, apoyo y compañía en toda mi formación profesional que son mi motor para todo lo que parecía imposible y fue posible gracias a ellos.

A la Universidad Estatal Península de Santa Elena por haberme aceptado ser parte de ella y abrirme las puertas para formarme como profesional y cumplir mi sueño anhelado. A cada uno de los docentes en especial a la Lic. Sonnia Santos Holguín por su paciencia y orientación en este arduo proceso.

Gracias a todas las personas que me apoyaron y creyeron en la realización de esta tesis.

Rodríguez Alejandro Raquel Maryom

DECLARACIÓN

El contenido del presente estudio de graduación es de mi responsabilidad, el Patrimonio Intelectual del mismo pertenece únicamente a la Universidad Estatal Península de Santa Elena.

Raquel Rodriguez

Rodríguez Alejandro Raquel Maryom

CI: 2400301400

ÍNDICE GENERAL

TRIBUNAL DE GRADO	I
APROBACIÓN DEL TUTOR	II
DEDICATORIA	III
AGRADECIMIENTO	IV
DECLARACIÓN.....	V
ÍNDICE GENERAL.....	VI
ÍNDICE DE TABLAS.....	VIII
ÍNDICE DE GRÁFICOS	IX
RESUMEN.....	X
ABSTRACT	XI
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I.....	2
1. El problema.....	2
1.1. Planteamiento del problema.....	2
1.2. Formulación del problema	4
2. Objetivos de estudio	4
2.1. Objetivo general	4
2.2. Objetivos específicos	4
3. Justificación.....	4
CAPÍTULO II.....	6
2. Marco teórico.....	6
2.1. Fundamentación referencial	6
2.2. Fundamentación Teórica	7
2.3. Fundamentación legal	23
3. Formulación de la hipótesis.....	27
3.1. Identificación y Clasificación de variables	27
3.1.1. Variable independiente	27
3.1.2. Variable dependiente	27
3.2. Operacionalización de variable	27
CAPÍTULO III	30
3. Diseño metodológico.....	30

3.1. Tipo de investigación.....	30
3.2. Método de Investigación.....	30
3.3. Población y Muestra.....	30
3.4. Tipo de muestreo.....	31
3.5. Técnicas recolección de datos.....	31
3.6. Instrumentos de recolección de datos.....	32
3.7. Aspectos éticos.....	33
CAPÍTULO IV	34
4. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS.....	34
4.1 Análisis e interpretación de resultados.....	34
4.2. Comprobación de Hipótesis	37
5. CONCLUSIONES.....	38
6. RECOMENDACIONES	39
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	40
8. ANEXOS.....	48

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Matriz de operacionalización de la variable independiente.....	28
Tabla 2. Matriz de operacionalización de la variable dependiente.....	29
Tabla 3. Prueba de correlación Rho de Spearman	56
Tabla 4. Asociación entre el nivel de riesgo y nivel de autocuidado.....	56
Tabla 5. Autocuidado básico	60
Tabla 6. Autocuidado relacionado con el desarrollo personal e interacción social	61
Tabla 7. Autocuidado específico de salud	56

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Características sociodemográficas	34
Gráfico 2. Nivel de riesgo obstétrico.....	35
Gráfico 3. Nivel de autocuidado.....	36
Gráfico 4. Asociación entre el nivel de riesgo y nivel de autocuidado.....	56
Gráfico 5. Autocuidado básico	58
Gráfico 6. Autocuidado relacionado con el desarrollo personal e interacción social	59
Gráfico 7. Autocuidado específico de salud.....	61

RESUMEN

El riesgo obstétrico es el grado en que una complicación puede afectar a una embarazada, ya que son especialmente vulnerables a condiciones o enfermedades que afectan su bienestar y pueden desencadenar complicaciones tanto para el feto como para la madre; el autocuidado comprende las acciones que favorecen la propia salud. El objetivo de la presente investigación fue determinar el nivel de autocuidado y su relación con el riesgo obstétrico de embarazadas que asisten al Hospital Básico Manglaralto, Santa Elena 2022; la metodología fue cuantitativa, no experimental, transversal, descriptiva, correlacional y deductiva; el universo de estudio comprendió 108 mujeres obtenido mediante fórmula finita y seleccionado mediante muestreo probabilístico aleatorio simple; se usaron tablas cruzadas para la comprobación de la hipótesis; los principales resultados fueron un 45% de gestantes de edad entre 20 a 34 años, 42% entre 14 a 19 años; en relación al nivel de riesgo obstétrico el mayor nivel de riesgo obstétrico fue el muy alto (35%) y el de autocuidado fue el regular (70%); el nivel de riesgo obstétrico muy alto con un 36.8% del nivel regular de autocuidado. Se concluye que cuando menor es el nivel de autocuidado en las embarazadas mayor será el riesgo obstétrico por ende puede presentar complicaciones a nivel materno/fetal.

Palabras clave: Embarazadas; nivel de autocuidado; riesgo obstétrico.

ABSTRACT

Obstetric risk is the degree to which a complication can affect a pregnant woman, since they are especially vulnerable to conditions or diseases that affect their well-being and can lead to complications for both the fetus and the mother; while self-care includes actions that promote one's own health. The objective of this research was to determine the level of self-care and its relationship with the obstetric risk of pregnant women who attend the Manglaralto Basic Hospital, Santa Elena 2022; the methodology was quantitative, non-experimental, cross-sectional, descriptive, correlational and deductive; The study universe comprised 108 women obtained by a finite formula and selected by simple random probabilistic sampling; cross tables were used to test the hypothesis; the main results were 45% of pregnant women between 20 and 34 years old, 42% between 14 and 19 years old; In relation to the level of obstetric risk, the highest level of obstetric risk was very high (35%) and that of self-care was regular (70%); the very high obstetric risk level was 36.8% of the level regular self-care. It is concluded that the lower the level of self-care in pregnant women, the greater the obstetric risk, therefore it can present complications at the maternal/fetal level.

Keywords: Pregnant; self-care level; obstetric risk.

INTRODUCCIÓN

La maternidad es una etapa que produce un impacto radical en la vida de una mujer, dado que marca un antes y un después; de acuerdo con el Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP, 2017), las embarazadas se encuentran dentro del grupo prioritario de atención, mientras que las embarazadas con riesgo obstétrico pertenecen a los grupos vulnerables, es decir, tienen la más alta prioridad en la atención por encima de los demás grupos, dada la complejidad de su condición de salud.

En la actualidad, la mortalidad materna en el mundo es un indicador que se mantiene elevado y que resulta afectando según la Organización Mundial de la Salud a más de 303.000 mujeres (OMS, 2019). En Latinoamérica estas cifras mantienen una relación semejante con otras cifras de países de ingresos medios y bajos, cuyas políticas sanitarias no cubren totalmente la atención integral a las embarazadas, así como la diversidad cultural forma una barrera que dificulta el acceso a la salud a este grupo vulnerable.

En contexto, según la Organización de las Naciones Unidas (ONU, 2020) en 2017 la tasa de muerte materna es de 74 por cada 100.000 nacidos vivos. Mientras que en Ecuador según datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos del Ecuador (INEC, 2020), en el 2017 perecieron 211 mujeres por complicaciones en el embarazo, dejando un promedio de 18 muertes maternas y 1.900 muertes de recién nacidos por mes.

El autocuidado es un factor clave que frecuentemente es un condicionante de las complicaciones en las embarazadas, esto varía puesto que hay elementos de riesgo generales que por sí solos condicionan la enfermedad; no obstante, el cuidarse a sí mismo puede marcar la diferencia entre la salud y la enfermedad, en las embarazadas con riesgo obstétrico los cuidados son especialmente dirigidos a la alimentación, hábitos, sueño/descanso, estimulación prenatal, controles prenatales, entre otras.

Este estudio busca evaluar el nivel de autocuidado en embarazadas con riesgo obstétrico que asisten al Hospital Básico de Manglalto del cantón Santa Elena; con la finalidad de generar conciencia en la población de embarazadas, ya que se ha observado que no siguen las precauciones apropiadas para el cuidado de su salud, en especial cuando tienen un riesgo importante como la edad avanzada y antecedentes obstétricos, por lo que se pretende determinar el nivel de autocuidado en embarazadas y su relación con el riesgo obstétrico.

CAPÍTULO I

1. El problema

1.1. Planteamiento del problema

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2019), el índice de mortalidad materna es muy elevada, dado que se calcula que por día mueren alrededor de 830 gestantes debido a complicaciones en el embarazo durante el parto; es así como en el 2015 se registraron alrededor de 303.000 fallecimientos; algo impactante es que todas las muertes fueron evidenciadas en países de ingresos per capita bajos, donde casi en su totalidad se pudieron haber evitado; además, únicamente el 64% de embarazadas reciben cuatro o más veces atención prenatal durante la gestación.

Mientras tanto, las Organización de Naciones Unidas (ONU, 2018), estimó la tasa de mortalidad materna en América Latina y el Caribe, donde se registró un descenso en el promedio de toda la región, dado que en 2005 el índice de mortalidad materna fue de 88 por cada 100.000 nacidos vivos y en 2017 fue 74 por cada 100.000 nacidos vivos; entre los países donde se registra una mayor tasa es en Haití (529/100.000) y Bolivia (160/100.000); mientras que en Ecuador la tasa fue de 30 por cada 100.000 nacidos vivos. Además, el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA, 2021) indica que las causas de muerte materna más comunes son hemorragia, hipertensión en el embarazo, aborto y sepsis.

De acuerdo con datos del Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP, 2022), hubo un total de 96 muertes maternas en este año en todo el país hasta la semana epidemiológica 48; la Zona 5 tuvo el 11,46% del total de las muertes maternas, mientras que en Santa Elena las muertes maternas fueron 2; en lo que se refiere a las causas básicas de muerte estuvo en primer lugar causas indirectas/no obstétricas, luego trastornos hipertensivos. hemorragia obstétrica, embarazos que terminan en aborto, otras complicaciones obstétricas e infecciones relacionadas con la gestación.

Según la Guía de Práctica Clínica Control Prenatal del (MSP, 2016), el embarazo de riesgo consiste en el estado de embarazo donde hay una elevada posibilidad de desarrollar enfermedades o situaciones anormales que afectan la gestación y el parto,

estos incrementan el peligro de muerte tanto para la madre y el producto, estas situaciones se aprecian en mayor medida en madres con condiciones socioeconómicas endebles

La (OMS, 2022) especifica que el autocuidado hace referencia a “la capacidad de individuos, familias y comunidades para promover la salud, prevenir enfermedades, mantener la salud y hacer frente a las enfermedades y discapacidad con o sin el apoyo de un proveedor de atención médica (p. 1)”. En este contexto (Alcántara et al., 2018), sugieren que el conocimiento del autocuidado en el embarazo es de elevada importancia para la madre y el producto, dado que tiene un impacto significativo en las tasas de morbi-mortalidad, lo cual permite disminuir las complicaciones en el estado de salud.

En Brasil, (Vasconcelos et al., 2017) realizaron una revisión bibliográfica integradora acerca de las perspectivas de los cuidados de enfermería en el embarazo de alto riesgo, donde encontraron que la asistencia a la embarazada de alto riesgo requiere capacitación, habilidad y efectividad profesional en la intervención frente a circunstancias de emergencia o que pueden afectar la dualidad materno-fetal; precisaron también que es necesario desarrollar metodologías de cuidado en la cual el personal de enfermería sea el protagonista, con una valoración multifacética a la gestante teniendo en cuenta el nivel de riesgo.

En la Provincia de Santa Elena – Ecuador, (Lavayen, 2020), realizó una indagación sobre la prevalencia de riesgos obstétricos durante el embarazo, donde encontró que el rango de edad de las participantes fue de 21 a 26 años, la autoidentificación étnica que más presencia tuvo fue la mestiza, el mayor nivel de estudio fue secundario, el estado civil de mayor frecuencia fue casado, los antecedentes personales que tuvieron mayor prevalencia fue la hipertensión, diabetes y eclampsia; mientras que los antecedentes obstétricos que más prevalecieron fueron cesáreas y gestaciones previas, sobrepeso, anemia, consumo de sustancias, fumadoras; el nivel de riesgo obstétrico que prevaleció fue el bajo con 46%, alto 30% y muy alto 24%.

El Hospital Básico de Manglaralto es una Unidad de Salud del segundo nivel de atención que recibe a pacientes gineco-obstétricas para atención prenatal y para el parto; que recibe una alta cantidad de embarazadas de lugares aledaños, evidenciándose sumado de prácticas poco saludables que perjudican la salud; este estudio permitirá evaluar el nivel de autocuidado y la relación que este tiene con el riesgo obstétrico de estas pacientes que permitirá reducir el riesgo de estas complicaciones.

1.2. Formulación del problema

¿Cuál es el nivel de autocuidado en embarazadas y su relación con el riesgo obstétrico que asisten al Hospital Básico Manglaralto, Santa Elena - 2022?

2. Objetivos de estudio

2.1. Objetivo general

Determinar el nivel de autocuidado y su relación con el riesgo obstétrico que asisten al Hospital Básico Manglaralto, Santa Elena - 2022.

2.2. Objetivos específicos

1. Identificar las características sociodemográficas de la población de estudio.
2. Clasificar a las gestantes de acuerdo con el nivel de riesgo obstétrico.
3. Determinar el nivel de autocuidado de las embarazadas mediante la escala PAME.
4. Relacionar el riesgo obstétrico con el nivel de autocuidado de las gestantes.

3. Justificación

Este estudio se sustenta debido a la inminente necesidad de evaluar el nivel de autocuidado que tienen las embarazadas y su relación con el riesgo obstétrico que asisten al Hospital Básico Manglaralto del cantón Santa Elena, puesto la elevada cifra de muertes maternas y neonatales que se registran según (MSP, 2022), donde mueren cerca de 96 mujeres (2 casos en Santa Elena) y 1.050 neonatos por año (7 casos en Santa Elena); el periodo de ocurrencia de las muertes maternas fue mayor en el puerperio inmediato (35.4%), en el puerperio mediano (26%), seguido del embarazo (19.8%); por lo que se refleja la necesidad de indagar en esta problemática.

Este estudio también se justifica puesto que sus variables de estudio tienen una aplicación práctica, dado que pueden ser usadas en otros contextos y lugares donde se quiera medir esta problemática. Asimismo, esta pesquisa sirve de precedente científico para futuras investigaciones siendo un tema de impacto en la actualidad que se presenta muy a menudo en las unidades de salud sobre todo en lugares que carecen de bajos ingresos económicos, donde además hay elementos económicos, sociales y culturales

influyentes, como la zona de estudio rural, nivel de educación promedio de la población, nivel de ingresos mensuales, entre otros.

El beneficio que aporta esta investigación consiste en los datos relevantes que mostrará acerca datos sociodemográficos y del nivel de autocuidado de las gestantes y el impacto sobre las embarazadas, de modo que sean capaces de asumir un mejor hábito de vida que garantice el normal desarrollo y crecimiento del feto y les dé mayores oportunidades a nacer sano y sin complicaciones; al Hospital Básico de Manglaralto proporciona datos estadísticos que puede mejorar el cuidado de enfermería para reducir los elementos de riesgo que afectan a las embarazadas y que disminuyan los casos de morbilidad materno-fetal; mejorando así la calidad del servicio brindado en esta institución.

CAPÍTULO II

2. Marco teórico

2.1. Fundamentación referencial

En España, (Guarnizo y otros, 2018), estudiaron la evidencia del aporte proporcionado desde el cuidado de enfermería a la salud materna, el objetivo consistió en determinar la evidencia de este aporte; la metodología fue una revisión bibliográfica de bases de datos como Pubmed, Science Direct; los resultados que se hallaron consistieron en tres grandes áreas temáticas, en la primera se analizan los beneficios en la salud de la mujer aplicando las intervenciones de enfermería; asimismo la segunda fue la relevancia de fortalecer la formación relacionada con la atención materna y la tercera fue los efectos de la regulación en la actividad de enfermería. Se concluyó que la profesión de enfermería genera condiciones apropiadas para el adecuado manejo de la salud materna y que incide positivamente en la disminución de la mortalidad materna.

En México, (Ibañez y otros, 2020), estudiaron la atención prenatal en grupo, el objetivo consistió en identificar las barreras y facilitadores de la implementación de un modelo de atención prenatal, desde la perspectiva del personal de salud; el método utilizado fue de enfoque cualitativo, alcance descriptivo, la población de estudio fue el personal de salud; los resultados evidenciaron que las barreras más relevantes fueron la capacidad estructural de las instituciones de salud, la falta de espacio físico, sobrecarga laboral; mientras que el principal facilitador a nivel actitudinal fue la aceptabilidad que los profesionales de la salud tienen del modelo.

En Perú, (Cortez, 2020), realizó una investigación sobre el autocuidado en el embarazo de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Pazos Tayacaja; el objetivo de la investigación fue determinar el nivel de autocuidado de las gestantes; la metodología implementada fue de tipo no experimental, observacional, prospectivo, descriptivo simple, corte transversal, método inductivo – descriptivo; la población y muestra es de 32 gestantes; se encontró como resultados en la situación sociodemográfica que el 53.8% tuvo una instrucción secundaria, 59.6% fueron multíparas, el 59.6% fueron convivientes, 96.2% fueron amas de casa, además, el 71.2% tuvo un inadecuado autocuidado en estimulación prenatal, el 32.7% tuvo un inadecuado autocuidado en el ejercicio y descanso, 23.1% tuvo un inadecuado autocuidado en higiene, 40.4% tuvieron un

inadecuado autocuidado en alimentación; el 13.5% tuvieron un inadecuado autocuidado en durante el embarazo.

Continuando en Perú, (Poma y otros, 2020), estudiaron el autocuidado y su asociación con el embarazo adolescente, la investigación tuvo como finalidad determinar el nivel de autocuidado y la relación que tiene con el embarazo en jóvenes que se atienden en un centro de salud de Lima; la metodología de estudio fue cuantitativa, no experimental, retrospectiva, tipo caso control, con población de 15 adolescentes embarazadas y 45 no embarazadas; entre los resultados se encontró que el 73.3% estaban sin autocuidado, 26.7% tenían bajo autocuidado y ninguna embarazada contaba con un nivel bueno de autocuidado.

A nivel de Ecuador, en Guayaquil, (Rivera & Salvatierra, 2020), estudiaron el autocuidado en pacientes con preeclampsia que acuden a consulta externa de un hospital, cuyo objetivo consistió en determinar el nivel de autocuidado de pacientes con esta patología; la metodología utilizada fue descriptiva, prospectiva, transversal, cualitativa y cuantitativa, la población fue de 80 embarazadas; los resultados dejaron evidenciado que las gestantes entre 20 a 25 años sufren de esta patología el 52%, 53% consumían dieta hipersódica; 45% grasas, 50% cumplen régimen terapéutico, las acciones de autocuidado no se cumplen de manera general en el 68.75% de la muestra y la acción más afectada fue la dieta balanceada con un 90% de frecuencia.

A nivel local, en Santa Elena, (González, 2021), estudió los cuidados de enfermería y su relación con el autocuidado en embarazadas; la finalidad fue determinar la relación entre ambas variables de estudio; la metodología fue inductiva, enfoque cuantitativo; los resultados revelaron que los cuidados de enfermería fueron deficientes debido a la elevada incidencia de sepsis urinaria con 84%, la atención del personal de enfermería no fue adecuada en un 87%, no existió un espacio apropiado para brindar consejería. Se concluyó que el personal de enfermería repercute en los bajos conocimientos que tienen las gestantes sobre las prácticas de autocuidado durante el embarazo.

2.2. Fundamentación Teórica

2.2.1. Embarazo

El embarazo consiste en una etapa que puede durar hasta 41 semanas en la cual se desarrolla un feto en el interior del útero de una mujer. Por lo general las mujeres embarazadas encuentran los signos más tempranos por la falta del período menstrual y tienden a concurrir a consultas médicas, las mujeres que se encuentran en edad reproductiva, que tienen periodos regulares y se encuentran sexualmente activas deben tomar en cuenta que un signo de embarazo se considera cuando la menstruación se retrasa por ≥ 1 semana (Artal, 2021).

Durante el embarazo la mujer presentar cambios fisiológicos que se reflejan con una evolución progresiva y gradual conforme pasen las semanas de gestación, estos pueden ser: aumento de volumen abdominal, incremento del tamaño de las mamas, aumento de peso, estreñimiento, hiperpigmentación de la piel, poliaquiuria, pirosis, etc. (Carrillo *et al.*, 2021)

La evolución del feto durante el primer trimestre comienza con la preparación o concepción en las semanas 1 y 2, la semana 3 comienza la etapa de fertilización en la cual el espermatozoide y el óvulo se unen a una de las trompas de Falopio para formar un cigoto (entidad unicelular), en la semana 4 se da la implantación en la cual la bola de células se divide y comienza a anidar el revestimiento uterino, en la semana 5 se presentan aumento de los niveles hormonales mientras que en la semana 6 se da el cierre del tubo neural (Magie, 2019).

Para la semana 7 ya se forma la cabeza del bebé, en la semana 8 se comienza a formar la nariz, esbozos de las extremidades inferiores y los dedos de las manos, para la semana 9 ya aparecen los dedos de los pies del bebé, los brazos crecen y se forman los codos, en la semana 10 la cabeza del bebé se vuelve más redondeada y puede flexionar los codos, desde la semana 11 se comienzan a formar los genitales del bebé y desde la semana 12 comienzan a crecerle las uñas y el rostro muestra un perfil mejor formado (Gabbe *et al.*, 2019).

En el segundo trimestre comprendido desde la semana 13 hasta la 27; el bebé comienza a producir orina y la libera en el líquido amniótico circundante en la semana 13, para la semana 14 el sexo del bebé se vuelve más evidente, en la semana 15 se forma el patrón de cabello en el cuero cabelludo, para la semana 16 los ojos del bebé pueden moverse lentamente, las orejas se acercan a su posición definida y la piel se engrosa, en

la semana 17 se forman las uñas de los pies, en la semana 18 el sistema digestivo del bebé comienza a funcionar y también el bebé comienza a oír (Hernández et al., 2018).

Para la semana 19 se forma una capa de protección en el bebé y el crecimiento se vuelve más lento, en la semana 20 es posible percibir que el bebé se mueva dentro del vientre, en la semana 21 el bebé se puede succionar el pulgar con lo cual ya desarrolla el reflejo de succión, en la semana 22 se puede observar el vello del bebé, las cejas y el pelo, en la semana 23 se forman las huellas dactilares y de los pies (Delgado et al., Nutrición y embarazo: programando la salud de la madre y el feto, 2018).

En la semana 24 se nota que la piel del bebé es arrugada, para la semana 25 el bebé podrá percibir los sonidos que le son familiares por ejemplo la voz de la madre o durante el movimiento, en la semana 26 se desarrollan los pulmones del bebé y en la semana 27 el sistema nervioso del bebé sigue madurando, también aumenta de peso lo cual ayuda a que su piel sea más suave y menos arrugada (Kay y Jean, 2020).

En el tercer trimestre del embarazo comprendido desde la semana 28 hasta la 40 se presenta la siguiente evolución: en la semana 28 se pueden abrir los párpados del bebé y se forman las pestañas, en la semana 29 el bebé hace movimientos como estirarse o patear, para la semana 30 se muestra un crecimiento del cabello del bebé y se forman los glóbulos rojos en la médula ósea, en la semana 31 comienza un desarrollo acelerado o aumento de peso del bebé, en la semana 32 el bebé percibe la respiración y practica cómo respirar (Nieto et al., 2022).

En la semana 33 el bebé muestra estímulos causados por la luz y los huesos se endurecen pero el cráneo sigue blando, en la semana 34 crecen las uñas del bebé, para la semana 35 la piel del bebé es suave y se vuelve más lisa, en la semana 36 el bebé ocupa gran parte del saco amniótico, en la semana 37 podría bajar la cabeza preparándose para el parto, en la semana 38 crecen las uñas de los dedos de los pies del bebé y llegan a la punta de los dedos, en la semana 39 el pecho del bebé es más prominente, en la semana 40 finalmente llega la fecha de parto aunque es normal dar a luz antes o después de la fecha prevista (Rosales et al., 2019).

Existen diversas técnicas para detectar un embarazo desde un tiempo temprano, en el mayor de los casos las mujeres recurren al medio hospitalario cuando presentan síntomas de molestias hipogástricas, manchado, retraso menstrual. Los diagnósticos de embarazo para mujeres suelen ser fáciles de realizar, pero en ocasiones no funcionan bien

en algunas mujeres porque pueden tener alteraciones menstruales o por ejemplo pueden estar embarazadas y mostrar sangrado vaginal. Entre los tipos de diagnósticos están: diagnóstico clínico, diagnóstico biológico, diagnóstico inmunológico, diagnóstico ecográfico (Casanova, 2019).

El principal signo que presenta una embarazada es la falta de uno o más periodos consecutivos de menstruación, aunque esto no siempre suele ser así debido a que existen irregularidades menstruales causadas por ejemplo por afecciones como el síndrome de ovarios poliquísticos o diabetes, el uso de píldoras anticonceptivas, varios medicamentos o trastornos alimenticios (Kay S. , 2020).

Los síntomas que presenta una mujer embarazada puede variar dependiendo de la mujer, se puede presentar alguno de los síntomas que se nombrarán a continuación o todos o ninguno, los síntomas que se muestran a periodo temprano del embarazo son: fatiga, náuseas o vómitos, dolores de cabeza, antojo o rechazo a la comida, pezones sensibles o hinchados, leve sangrado, micción frecuente y cambios en el estado de ánimo; se debe tomar en cuenta que algunos de estos síntomas pueden darse debido al resultado de otras afecciones por lo que no siempre significará que esté embarazada (Mularz et al., 2017).

Durante el periodo del embarazo la mujer, el feto o ambos pueden experimentar problemas de salud, incluso mujeres sanas antes del embarazo podrían tener dificultades, esto conlleva a que el embarazo pueda ser de alto riesgo. Se puede disminuir el riesgo si se recibe cuidados prenatales desde el comienzo ya que esto permite detectar para su tratamiento antes de que la enfermedad se vuelva seria. Las complicaciones que se presentan con más frecuencia son infecciones; trabajo de parto prematuro, diabetes gestacional, presión arterial alta, mortinatalidad, pérdida del embarazo o aborto espontáneo, preeclampsia, depresión y ansiedad, etc. (Hurt, 2019).

2.2.1.1. Embarazo de riesgo

Se considera que un embarazo es de riesgo cuando este comienza a presentar complicaciones debido a factores asociados que perjudican directamente la salud del feto y de la madre; en la actualidad se puede cuantificar a los embarazos de alto riesgo que suelen ocurrir en el 10% de los casos aproximadamente. En los embarazos de alto riesgo se incluyen diversos factores los cuales pueden ser: obesidad y sobrepeso, problemas de salud materna, edad temprana o avanzada de la madre, embarazos previos, embarazos múltiples, opciones de estilo de vida, etc., para poder garantizar los mejores resultados

posibles las mujeres que presentan embarazos de alto riesgo deben recibir atención médica y especializada lo más pronto apenas detecte cualquier anomalía desde su concepción (García, 2019).

2.2.1.2. Riesgo obstétrico

Según (Vigil, 2020), el tratamiento y la detección del riesgo obstétrico en las mujeres embarazadas constituye una herramienta básica que posibilita la mejora en la salud perinatal. Bajo este aspecto, desde tiempos hipocráticos se puede diferenciar entre el tratamiento del riesgo obstétrico y la identificación de este realizado por los clínicos, esta metodología se aplica a partir de la década de los setenta (índice de riesgo obstétrico) de los sistemas formalizados de valoración.

Para poder decidir el plan de cuidados adecuado y predecir los problemas presentes y futuros en función de las características de la persona gestante, se aplica un índice de riesgos en forma de instrumento clínico, pero desde sus inicios ha habido múltiples críticas a este método de valoración. Cuando se afirma que un índice es aplicable en la práctica, existe un real peligro de reemplazar un riesgo impreciso con resultados obstétricos malos por otro conocido o de tratamientos dudosos en los cuales no se demuestra la efectividad en las intervenciones.

2.2.1.2.1. Clasificación de riesgo obstétrico

Los riesgos obstétricos se pueden clasificar según la Guía de Práctica Clínica de Evolución y categorización del riesgo obstétrico en el control prenatal del (MSP, 2019) en 3 tipos: (8); estos pueden ser: Riesgo 1 – Bajo riesgo, Riesgo 2 – Alto Riesgo y Riesgo 3 – Riesgo Muy alto; cada uno de estos tipos de riesgos se explican a continuación:

2.2.1.2.2. Riesgo 1 o riesgo bajo

Este tipo de riesgo se califica generalmente a mujeres que se encuentran en condición socioeconómica desfavorable, las cuales pueden ser debido al desempleo, tasa de pobreza extrema o analfabetismo. Este tipo de condición socioeconómica priva a la mujer de llevar un control prenatal o insuficiente de la gestación al considerar menos de 3 visitas prenatales. Otros riesgos que se consideran en esta sección son las edades extremas del primer embarazo de la mujer, la cual se toma en cuenta en mujeres de 19 años o menos y en mujeres desde 35 años o más, también se considera en mujeres adolescentes menores de 15 años sin importar el número de embarazos que hayan tenido.

Otros riesgos bajos pueden ser debido al alcoholismo, drogadicción o tabaquismo, infecciones de vías urinarias, incompatibilidad Rh, período intergenésico por cesárea, gran multiparidad, flujo vaginal recurrente por más de dos ocasiones.

2.2.1.2.3. Riesgo 2 o riesgo alto

En esta sección se toman en cuenta los riesgos que suceden por enfermedades crónicas no transmisibles por ejemplo nefropatías, endocrinopatías; cuando la mujer posee un historial obstétrico desfavorable: cuando tiene parto prematuro y distócicos, aborto espontáneo, antecedente de retardo de crecimiento al interior del útero. Otros factores de riesgo alto se deben a embarazos múltiples, anemia, epilepsia, polihidramnios u oligoamnios, enfermedades neuropsiquiátricas, asma, presentación anómala la cual se observa luego de la semana 36 de gestación, desnutrición, obesidad e infecciones maternas como, por ejemplo: sífilis, estreptococo B, toxoplasmosis, HIV, citomegalovirus, pielonefritis, HPV, rubeola, herpes 2, hepatitis B o C.

2.2.1.2.4. Riesgo 3 o riesgo Muy alto

El tipo de riesgo 3 o riesgo muy alto comprende las siguientes causas: cuando se presenta alteración en la frecuencia cardíaca fetal, esto se genera cuando da menos de 110 latidos por minuto o más de 160 latidos por minuto o por falta de movimiento; también por rotura prematura de membranas mayor a doce horas. El riesgo muy alto también incluye los siguientes factores: cardiopatías, sida clínico, hemorragia vaginal, amenaza de parto pretérmino, trastorno hipertensivo del embarazo, diabetes gestacional descompensada o en tratamiento.

2.2.2. Autocuidado

Para lograr un bienestar integral es necesario que la mujer embarazada comprenda el concepto de salud y tenga una convivencia armónica con ella, por tal motivo, es importante que la mujer participe activamente en la planeación de su embarazo si busca conseguir su bienestar y tomar las mejores decisiones para no afectar su salud, su futuro y su cuerpo (Vega y Camacho, 2019).

El cuidado prenatal incluye muchas cosas más que las consultas médicas, se trata del cuidado del día a día, aprender de la propia experiencia para mantener su salud y vida, la mujer embarazada debe educarse e informarse activamente de cada etapa de su embarazo y los cambios que se van produciendo en cada época, es importante aprender a

escuchar a su cuerpo ya que la misma sabiduría de la mujer podrá percibir cualquier anomalía para tener una maternidad sin riesgos. La finalidad del autocuidado durante el embarazo está orientado al mantenimiento de la salud de la mujer embarazada, se busca que el desenlace del embarazo sea satisfactorio y que nazca un bebé sano, a fin de lograr un parto sin riesgo tanto para la mamá y para el nacimiento del bebé (Cancio et al., 2020).

2.2.2.1. Autocuidado básico

El embarazo es una etapa complicada en la vida de una mujer, pero también es una de las más bonitas, debido a que en este período de tiempo ella experimenta múltiples cambios tanto físicos como mentales lo cual conlleva a condicionar su quehacer del día a día para que tenga un embarazo saludable y un trabajo de parto exitoso. Si para cualquier etapa de la vida el autocuidado personal es importante, para el embarazo es todavía mucho más, al preservar el bienestar en este período de tiempo se está protegiendo el presente y futuro del bebé que se está formando dentro de la madre (Olivera et al., 2022). Para poder hacerlo de mejor manera se deben cambiar varios hábitos saludables los cuales se resumen a continuación.

2.2.2.1.1. Alimentación adecuada

Durante el embarazo es importante mantener un balance en la alimentación puesto que, si la alimentación es deficiente, corre el riesgo de tener un bebé con bajo peso lo que conlleva a que sea más propenso a sufrir enfermedades o incluso morir, mientras que si exagera en la alimentación va a aumentar de peso más de lo recomendado lo que ocasionaría complicaciones en la salud de la mujer e incluso en la del bebé. Algunas dietas que se deben incluir en esta etapa es el consumo de vitamina B como el ácido fólico que sirve para prevenir defectos congénitos, también el consumo de hierro ayuda al desarrollo y crecimiento cerebral del bebé, además el consumo de calcio ayuda a reducir el riesgo de preeclampsia y la vitamina D que permite al calcio formar los dientes y huesitos del bebé (Delgado et al., 2018).

2.2.2.1.2. Control del peso

Durante el embarazo las mujeres pueden llegar a aumentar entre 25 y 35 libras, en el primer trimestre pueden aumentar de 2 a 4 libras mientras que en el resto del embarazo aumentar 1 libra en promedio, depende de la situación de la mujer el peso que va a aumentar, por ejemplo: las mujeres que tienen sobrepeso aumentan menos y las que tienen

bajo peso aumentan más o en otro caso si tiene gemelos o más bebés puede llegar a aumentar mucho más de 37 a 54 libras (Ferrari y Barco, 2018).

El tipo de dieta que tenga la mujer en conjunto con el ejercicio y el consumo de nutrientes son la base para que el embarazo sea saludable y tenga el peso ideal, en general se considera que las mujeres deben tener la siguiente cantidad de calorías: En el primer trimestre 1800 calorías, Segundo trimestre 2200 calorías y en el tercer trimestre 2400 calorías (Apaza et al., 2017).

2.2.2.1.2. Actividad física

El ejercicio y actividad física es beneficiosa en las mujeres embarazadas en el periodo del parto y postparto. La condición física de la mujer va a mejorar, va a obtener un peso más adecuado lo que proporciona un mejor bienestar fetal. Si se puede fortalecer la musculatura puede minimizar el esfuerzo y dolor cuando la mujer esté dando a luz, el ejercicio en zonas de la pelvis permite aumentar la flexibilidad de los ligamentos, esto también ayuda a ganar diámetro de apertura en el útero en el momento del parto (Rodríguez et al., 2017).

Gracias a la práctica de la actividad física se pueden reducir las cesáreas o los partos instrumentados, además de reducir el dolor de parto, ayuda a aumentar la segregación de endorfinas que se da cuando la mujer hace mucho esfuerzo. Al contrario, las mujeres sedentarias no producen dicho neurotransmisor por lo que tienden a sufrir mucho dolor (Cuesta, 2020).

2.2.2.1.3. Sueño/descanso

Desde que comienza el embarazo se producen diversos cambios en la mujer: cambios anatómicos, fisiológicos hormonales o emocionales, estos cambios saben afectar la calidad del sueño de la mujer embarazada n mayor o menor medida dependiendo su estado de ánimo. En el primer trimestre suele requerir mucho descanso y siesta porque tiende a sentirse cansada, esto se debe al aumento de la producción de progesterona. También debido al aumento del ritmo cardíaco o a la producción mayor de sangre al momento de la preparación del cuerpo que ayude al desarrollo del bebé provoca mayor gasto de energía y la necesidad del descanso más a menudo (Aguilar et al., 2020).

Para el segundo y tercer trimestre de embarazo aparecen más molestias en la mujer debido al aumento del feto y la placenta. Esto a su vez interviene como factor de control

de la calidad del sueño, mientras más cambios hay a medida que avance el embarazo hay más afectación del sueño; además también se toma en cuenta los factores emocionales de la mujer que también interfieren en el sueño, por ejemplo, al momento de acercarse la hora del parto la mujer puede presentar muchas dudas de su embarazo o su maternidad lo que conlleva a una fuente de estrés en la mujer que afecta directamente en su sueño.

2.2.2.1.4. Hábitos nocivos

Existen hábitos tóxicos en mujeres embarazadas causadas por el consumo excesivo de sustancias perjudiciales para la salud como pueden ser las drogas, el tabaco o el alcohol, estas sustancias producen efectos que afectan sobre todo el sistema nervioso además de aspectos psicológicos, mentales y sociales aparte de ser adictivas y volver a la mujer dependiente de estas (Gonzalo et al., 2022).

El hábito del cigarrillo en la embarazada provoca en el feto efectos adversos puesto que el tabaco contiene variedad de componentes orgánicos, nocivos, químicos donde el monóxido de carbono y la nicotina son las sustancias que más se conocen. En el caso del consumo de alcohol, existe el riesgo de que el bebé nazca con síndrome de alcoholismo fetal, además existen drogas ilegales como la metanfetamina o la cocaína que provocan que el bebé nazca con defectos congénitos o poco peso.

2.2.2.1.5. Autocuidado de desarrollo personal e interacción social

Es importante que la mujer tenga una actitud de autocuidado para evitar complicaciones en esta etapa, la capacidad humana de una persona consiste en realizar acciones con la finalidad de cuidarse a sí mismo. El autocuidado de la salud de la mujer establece el fortalecimiento y el aprendizaje de la capacidad de decidir sobre su propio ser, en beneficio de su desarrollo y de su bebé (Raile y Marriner, 2018).

A su vez también en la etapa del autocuidado saben intervenir amigos y familiares que ofrecen consejos, sus experiencias propias o comentarios sobre lo que se debe y no se debe hacer o sobre lo que está bien y está mal. De todas maneras, solo la mujer embarazada tomará la mejor decisión sobre cómo va a llevar su cuidado, como manejar sus hábitos alimenticios y decidirá como ser atendida por los profesionales de la salud (Torres et al., 2022).

2.2.2.1.6. Estimulación prenatal

La estimulación prenatal consiste al conjunto de ejercicios y técnicas que ayudan al desarrollo del cerebro del feto ya que se ha comprobado que incrementan las conexiones neuronales. Esto es el principal objetivo de la estimulación prenatal, además también se logra el desarrollo emocional, físico, así como la vinculación efectiva del bebé con las figuras paternas (Alfonso et al., 2022).

Además, se debe trabajar el bienestar de la mujer embarazada para que la estimulación prenatal obtenga los mayores beneficios, se debe incidir en las emociones y los sentidos del bebé, el sentido afectivo influye en el desarrollo del feto, también es importante que el padre se implique en esta labor por lo que la mujer debe hacerlo participar del embarazo y evolución y desarrollo del bebé (Moreno et al., 2018).

Mediante varias investigaciones se ha determinado que la asistencia a la hora del parto se ha convertido en una costumbre universal. Es indispensable que asista al parto alguien de confianza de la persona que va a dar a luz, lo más preferible es que sea su pareja, es necesario satisfacer el sentimiento de apego prenatal y postnatal para que el bebé sobreviva (Rubio et al., 2018).

Las etapas del embarazo se subdividen en tres períodos separados por trimestres desde el inicio de la gestación, en este proceso diferentes eventos tales como el desconocimiento, estrés que están en relación con el parto y el embarazo generan un incremento en la dependencia, la introversión y pasividad lo cual persiste incluso hasta después del parto.

2.2.2.1.7. Expresión de sentimientos y emociones

En la etapa de gestación los cambios hormonales aumentan debido a la labilidad emocional, es frecuente que la mujer recurra a cambios de humor, pasar de la alegría al llanto bruscamente, o del mal humor a la euforia. Si la mujer tiene otras molestias como náuseas, dolor de espalda o vómitos va a ser más notoria la expresión de sentimientos y emociones (Coo et al., 2021).

2.2.2.1.8. Tiempo en familia

El embarazo constituye un momento irrepetible para la mujer y el padre, se convierte en una experiencia personal que se extiende a todo el entorno familiar, desde que la mujer asume la responsabilidad de su gestación, debe planificar con su pareja el

tiempo promedio de descanso del trabajo, de los quehaceres y de sus responsabilidades para tener éxito como madre.

2.2.2.1.9. Actividades recreativas

La práctica de actividades físicas en la etapa de gestación produce bienestar siempre y cuando no se realice con esfuerzo excesivo (Morales y Amezcua, Embarazo y deporte: beneficios y condicionantes, 2017). Esto ayuda a estar mejor preparada para el parto, a continuación, se resume las actividades que se pueden realizar dependiendo de las necesidades: practicar yoga, disfrutar el aire libre, técnicas corporales, la meditación, estiramientos o pilates, la gimnasia suave, etc.

2.2.2.1.10. Relaciones sexuales en el embarazo

La práctica de la actividad sexual en el embarazo no afecta al bebé debido a que está protegido por el líquido amniótico y los músculos fuertes del útero, siempre y cuando no se tenga ninguna complicación como problema en la placenta o parto prematuro, sin embargo, la etapa de embarazo provoca cambio en el deseo sexual y el nivel de comodidad (Delbono, 2018).

De todas maneras, existen conductas sexuales que no se recomienda aplicar en mujeres embarazadas, por ejemplo: si se realiza sexo oral no se debe soplar aire a la vagina ya que esto puede provocar un embolismo, o mantener relaciones sexuales con otras parejas tanto para el hombre como para la mujer debido a que son propensos de contraer una enfermedad de transmisión sexual como la clamidiasis, verruga genital, herpes o VIH lo cual es muy peligroso para la salud del bebé.

2.2.2.1.11. Cuidados de la piel

La variación de los niveles hormonales de la mujer embarazada causa diversos cambios que van desde el oscurecimiento de la piel, el acné y las estrías debido a factores de nivel endocrino, inmunológico, metabólico y vascular. La piel es muy susceptible a estos entornos por este motivo es adecuado protegerla. Con el paso de los meses la mujer va a ir experimentando cambios de origen anatómicos, mecánicos, fisiológicos y hormonales por ejemplo va a ir viendo cómo se oscurecen ciertas zonas de su cuerpo, o mejor conocido como hiperpigmentación de la piel. Las partes del cuerpo que en general son las que más se afectan son la línea alba y la areola mamaria localizadas entre los músculos del abdomen (Hernández et al., 2018).

2.2.2.1.12. Uso de calzados cómodos

El uso del calzado durante el embarazo varía según el tiempo de gestación que lleve la madre, por lo general se aconseja usar calzado cómodo con suela antideslizante para reducir el riesgo de una caída, se debe tomar en cuenta algunas características del calzado, por ejemplo: la horma debe tener suficiente espacio para que no aprete el pie y los dedos, ser zapatos confeccionados con material natural para impedir la transpiración como en los calzados sintéticos, también proveer buena sujeción para evitar caídas o torceduras.

2.2.2.2. Autocuidado específico de salud

Para asegurar la protección de la salud del bebé la clave está en realizar regularmente exámenes prenatales, a menos que exista un problema previo, la primera cita médica debería realizarse luego de haber cumplido las 8 semanas de embarazo. El profesional de salud al que la mujer acuda probablemente lo primero que haga será realizar una prueba de embarazo para poder estimar cuántas semanas lleva de gestación, basándose en información recibida como por ejemplo la fecha de la última menstruación. De todas maneras, cuando el embarazo esté más avanzado le realizarán una ecografía para corroborar o corregir la fecha de las semanas de embarazo (Naranjo Y. , 2019).

2.2.2.2.1. Controles prenatales

Según la OMS se toma en cuenta un control prenatal óptimo cuando se realizan al menos cinco chequeos por personal profesional de salud calificado como puede ser médico u obstetrix en los embarazos de bajo riesgo. Sin embargo, al cumplir este número de controles no significa que se garantice la calidad de la atención, es necesario brindar en cada visita un conjunto de procedimiento y actividades a la mujer embarazada con el fin de poder detectar factores de riesgo o enfermedades que afecten directamente el curso normal del embarazo o la salud del bebé (Hoyos y Muñoz, 2020).

2.2.2.2.2. Administración de vacunas en la gestación

Generalmente se puede administrar algunas vacunas que contienen virus inactivados o muertos durante el embarazo, no se recomienda el uso de vacunas que contienen virus vivos. Las vacunas aplicadas de manera rutinaria que se aplican a las mujeres embarazadas se detallan a continuación: Vacuna contra la influenza: se puede

aplicar en la temporada de gripe debido a que la vacuna está fabricada a partir de un virus inactivo (Arias et al., 2018).

Se debe evitar la vacuna en atomizador nasal ya que este si está elaborado a partir de un virus vivo, la vacuna contra la tos ferina, el tétano o la difteria: se la recomienda en una dosis por cada embarazo sin depender cuando se aplicó la última dosis, además es posible aplicar la vacuna contra el COVID-19 ya que no supone ningún riesgo grave para la persona embarazada ni para el bebé (MSP, 2016).

2.2.2.2.3. Sesiones psicoprofilácticas obstétricas

En la etapa de desarrollo del embarazo es necesario adecuarse a un programa educativo tanto para la familia como para la madre, además se debe proteger y favorecer factores ambientales y personales, mejorar el nivel que satisfaga los servicios de prestación, ampliar la seguridad, y contar con mejor ayuda de especialistas en madres gestantes que tienen alto riesgo. (Rubio *et. al.*, 2018)

Es así como nació un conjunto sistematizado y ordenado de ideas con fundamentos metodológicos y reflexológicos que son resultantes de la supresión del dolor de la contracción uterina en la etapa del parto la cual se la llamó psicoprofilaxis obstétrica (PPO) la cual se deriva la palabra profilaxis que significa prevención o en latín *praevenire* “adelantarse” y del griego *prophylátto*, que significa “yo tomo precauciones”. De esta manera se establece que psicoprofilaxis significa “prevenir o adelantar a la mente lo que va a ocurrir” (Borges et al., 2020).

2.2.2.2.4. Asistencia psicológica

Se recomienda para evitar alteración mental materna menos severa en el embarazo la psicoterapia, lo que ayuda a estabilizar los trastornos de ansiedad y depresión en las madres de leves a moderados. Las mujeres que aquejan malestares psicológicos que interfiere con el funcionamiento social y personal pero que no se consideran diagnósticos como trastornos mentales, es necesario brindarles apoyo social durante la etapa prenatal y postparto (Jorge et al., 2019).

El tipo de tratamiento psicológico que proponen en la práctica clínica a la mujer embarazada es diseñado de acuerdo con el contexto psicosocial, gravedad o tipo de trastorno según (Steen y Amorim, 2019); este se determina si se realiza un enfoque en la

relación madre – bebé, el estado de ánimo de la madre, la conducta de maternidad o si existen otras variables.

2.2.2.2.5. Asistencia odontológica

Se pueden realizar chequeos para la salud dental, estos son seguros e importantes, ya que no solo se puede realizar empastes o limpiezas hasta antes de que nazca el bebé, sino que el dentista puede detectar algún síntoma relacionado con el embarazo que se pudiera tener. Existen diversos organismos como el Congreso Americano de Tocólogos, la Asociación Dental Americana o la Academia Americana de Pediatría las cuales aconsejan a las mujeres a recurrir a la atención médica dental durante la etapa de embarazo argumentando que el período de embarazo es una etapa crucial en la vida de la mujer y que se debe mantener un buen estado de salud oral porque está en relación directamente del buen estado de salud en general (Alfaro et al., 2019).

2.2.2.2.6. Consultas ecográficas

La aplicación de la ecografía permite en el primer trimestre determinar el tiempo que la mujer tiene de embarazo, evaluar la ubicación, el tamaño y la presencia o cantidad de fetos existentes, también se usa la ecografía para la detección de algún tipo de anomalía en el cuello uterino o el útero y para el análisis de detección de genéticos. La evaluación ecográfica estándar que se realiza en el segundo o tercer trimestre ayuda a la evaluación de algunas características del embarazo como puede ser la anatomía del feto. Dicho estudio es realizado generalmente entre las 18 y 20 semanas de embarazo. No obstante, so puede modificar el momento de la ecografía por causas como obesidad lo cual puede ser un limitante para poder visualizar el feto (Díaz y Oyarzun, Ultrasonografía y Diagnóstico Prenatal, 2020).

2.2.2.2.7. Examen de hemoglobina

En general en el embarazo empieza a aparecer una anemia hiperplasia eritroide mientras aumenta la masa eritrocítica. No obstante, si el volumen plasmático aumenta desproporcionadamente se produce hemodilución en el volumen plasmático: el hematocrito puede disminuir desde el 38 al 45% de las mujeres no embarazadas sanas hasta el 34% en un único embarazo y hasta el 30% en un embarazo con múltiples fetos a término (Ayala, F. y Ayala, D., 2019).

Se toma en cuenta el nivel de concentración de hemoglobina (Hb) y Hto que conllevan al diagnóstico de anemia cuando se presentan las siguientes condiciones: En el primer trimestre cuando la hemoglobina es menor a 11 g/dL; Hto es menor al 33%, en el segundo trimestre cuando la hemoglobina es menor al 10,5 g/dL y el Hto es menor al 32% y en el tercer trimestre cuando la hemoglobina es menor al 11 g/dL y el Hto es menor a 32% (Martínez et al., 2018).

2.2.2.2.8. Examen de orina

Los exámenes de orina proveen información sobre las sustancias metabólicas del organismo y el estado de los riñones, por lo tanto, se puede detectar aparición de sustancias nocivas o alteración en dichos niveles de sustancias. Se puede obtener la orina de la mujer embarazada al mismo tiempo en que se le extrae una muestra de sangre durante una mañana temprano de ayuna para evitar que el alimento altere su metabolismo. Los exámenes de orina se los puede realizar en cada trimestre, el más importante se puede decir que es el del segundo trimestre debido a que se realiza un análisis de proteínas para evaluar si posee alguna cantidad elevada de dichas proteínas lo que evita que se produzca un daño en el filtro del riñón o que se deba al incremento de la presión arterial (Díaz y Santoyo, 2019).

2.2.2.2.9. Examen de glucosa

El examen o prueba de tolerancia a la glucosa sirve para medir la respuesta del cuerpo al azúcar. Esta prueba se realiza durante la etapa de embarazo para ayudar a detectar la presencia de diabetes gestacional que puede aparecer en la etapa de desarrollo gestacional, esta práctica también se llama estudio de tolerancia oral a la glucosa de una hora. La prueba se puede realizar en dos partes. En la primera parte la mujer debe beber una solución azucarada, luego después de una hora se procede a medir la glucosa sanguínea indicando como resultado si probablemente la persona tenga diabetes gestacional. Cuando se sobrepasa los valores normales es importante realizarse otras pruebas para optimizar el diagnóstico realizado (Hernández et al., 2020).

2.2.2.2.10. Exámenes VIH y sífilis

Es importante realizarse pruebas de VIH desde el comienzo del embarazo debido a que existen tratamientos muy útiles para cuidar la salud tanto de la madre como del bebé, incluso al comenzar el tratamiento al inicio del embarazo se puede reducir la

probabilidad que la madre le contagie el virus al bebé, de no realizarse esta prueba el riesgo es muy alto de pasar el virus en cualquier etapa del embarazo, parto o mediante la lactancia materna.

Al igual que la prueba de VIH, la prueba de sífilis puede evitar que esta enfermedad de transmisión sexual se pueda transmitir al bebé ya que es más fácil de curar si se encuentra en una etapa temprana de la infección, si no se trata como es debido esta puede causar daños permanentes en la salud de la madre y del bebé (Neira y Donaires, 2019).

2.2.2.2.11. Control de presión arterial

Es necesario llevar un control de la presión arterial debido a que esta es la fuerza que ejerce la sangre contra las paredes de las arterias, cuando se presenta presión arterial alta o mejor conocida como hipertensión ocurre cuando la fuerza que actúa es demasiado alta (Morales et al., 2017). Se han reconocido algunos tipos de presión arterial alta en el embarazo las cuales se van a mencionar a continuación:

La hipertensión gestacional se da luego de las 20 semanas de embarazo, es el tipo de hipertensión más común que no afecta ni a la madre ni a su bebé ni posee otros síntomas; la hipertensión crónica se puede dar antes de quedar embarazada o antes de la semana 20 del embarazo, este tipo de hipertensión suele generar la preeclampsia; la preeclampsia ocurre luego de haberse cumplido 20 semanas de embarazo o en el último trimestre, la sintomatología puede aparecer hasta luego del parto, esto se denomina preeclampsia postparto, esto puede causar daños severos a órganos como el riñón o el hígado.

2.2.3. Teoría del Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem (Naranjo Y. , 2019)

La teoría de Orem proporciona una base teórica en los términos que se están empleando en el desarrollo del estudio del nivel de autocuidado en el riesgo obstétrico, de modo que se tiene un precedente reconocido de la comunidad científica para entender la problemática del déficit de autocuidado de un grupo especialmente vulnerable como son las embarazadas con potenciales complicaciones obstétricas.

Orem siempre buscó mejorar la calidad de los servicios de enfermería en las instituciones de salud, de modo que planteó un cuestionamiento acerca de la necesidad

de cuidados enfermeros de una persona, aquí es donde surgió el término de autocuidado o la capacidad de cuidado hacia sí mismo que tiene un individuo y el rol que tiene el enfermero para proporcionar soporte ante entes dependientes de atención (Cayetano et al., 2020).

Este modelo tiene tres subcategorías que son la teoría del autocuidado que hace referencia a las razones y la forma como los individuos cuidan de ellos mismos; la teoría del déficit del autocuidado que se centra en las razones por las que se puede presentar este déficit y plantean los motivos de intervención del enfermero; así como la teoría de sistemas de enfermería que se refiere al grado en que los profesionales ayudan o atienden al paciente, siendo totalmente, parcialmente y de apoyo (Fernández et al., 2020),

Los metaparadigmas de esta teoría son los que rigen la profesión de enfermería, tomando en consideración el contexto del autocuidado, en este caso, la persona es el centro de atención y el objeto de la medición de su capacidad de autocuidado; la salud es el estado meta que se busca proporcionar a las personas; el entorno es representado por elementos del ambiente influyentes en la salud de la persona; mientras que enfermería es la disciplina que proporciona soporte para lograr el objetivo de la salud (Naranjo et al., 2017).

2.3. Fundamentación legal

Constitución de la República del Ecuador (2008)

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.

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.

Art. 359.- El sistema nacional de salud comprenderá las instituciones, programas, políticas, recursos, acciones y actores en salud; abarcará todas las

dimensiones del derecho a la salud; garantizará la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en todos los niveles; y propiciará la participación ciudadana y el control social.

Capítulo Tercero, Sección Cuarta – Mujeres Embarazadas

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.

Código de la niñez y adolescencia (2002)

Art. 13.- Los planes y programas de salud para los grupos vulnerables señalados en la Constitución Política de la República, incorporarán el desarrollo de la autoestima, promoverán el cumplimiento de sus derechos y se basarán en el reconocimiento de sus necesidades particulares por parte de los integrantes del Sistema Nacional de Salud y la sociedad en general.

Art. 25.- Atención al embarazo y al parto. - El poder público y las instituciones de salud y asistencia a niños, niñas y adolescentes crearán las condiciones adecuadas para la atención durante el embarazo y el parto, a favor de la madre y del niño o niña, especialmente tratándose de madres adolescentes y de niños o niñas con peso inferior a dos mil quinientos gramos.

Ley orgánica de salud (2006)

En el Capítulo I: Del derecho a la salud y su protección

Art. 3.- La salud es el completo estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Es un derecho humano inalienable, indivisible, irrenunciable e intransigible, cuya protección y garantía es responsabilidad primordial del Estado; y, el resultado de un proceso colectivo de

interacción donde Estado, sociedad, familia e individuos convergen para la construcción de ambientes, entornos y estilos de vida saludables.

Art. 11.- Los programas de estudio de establecimientos de educación pública, privada, municipales y fiscomisionales, en todos sus niveles y modalidades, incluirán contenidos que fomenten el conocimiento de los deberes y derechos en salud, hábitos y estilos de vida saludables, promuevan el auto cuidado, la igualdad de género, la corresponsabilidad personal, familiar y comunitaria para proteger la salud y el ambiente, y desestimulen y prevengan conductas nocivas.

En el Capítulo III De la salud sexual y la salud reproductiva

Art. 21.- El Estado reconoce a la mortalidad materna, al embarazo en adolescentes y al aborto en condiciones de riesgo como problemas de salud pública; y, garantiza el acceso a los servicios públicos de salud sin costo para las usuarias de conformidad con lo que dispone la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia. Los problemas de salud pública requieren de una atención integral, que incluya la prevención de las situaciones de riesgo y abarque soluciones de orden educativo, sanitario, social, psicológico, ético y moral, privilegiando el derecho a la vida garantizado por la Constitución.

Art. 26.- Los integrantes del Sistema Nacional de Salud, implementarán acciones de prevención y atención en salud integral, sexual y reproductiva, dirigida a mujeres y hombres, con énfasis en los adolescentes, sin costo para los usuarios en las instituciones públicas.

Plan Nacional de Desarrollo 2021 - 2025

La realidad que vive el país en cuanto a los embarazos en adolescentes es abrumadora, tanto así que el actual gobierno incluyó en las metas para el 2025 del Plan Nacional de Desarrollo 2021 – 2025 en su Objetivo 1:

- Garantizar una vida digna con iguales oportunidades para todas las personas; disminuir del 76,5% al 63,5% la tasa específica de nacidos vivos en mujeres adolescentes entre 15 a 19 años de edad a 2025.
- Reducir la tasa de nacimientos en adolescentes de 10 a 14 años de edad por cada 1000 mujeres a 2025.

Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2020 - 2025

El Ecuador durante el periodo 2011-2014 mantuvo la Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar y Prevención del Embarazo en Adolescentes – ENIPLA, como una política prioritaria e intersectorial, para brindar a los adolescentes la oportunidad de despejar todas sus dudas respecto a la sexualidad, implementó en sus servicios líneas directas con psicólogos, médicos y especialistas en sexualidad; sin embargo para el 12 de Diciembre de 2014 mediante Decreto Ejecutivo N°491, que fue publicado en el Registro Oficial N°395, se transfirió a la Presidencia de la República la rectoría, ejecución, representaciones, competencias, funciones y delegaciones del proyecto antes mencionado ENIPLA.

Para el año 2015 en línea con el decreto ejecutivo, se desarrolló el Proyecto Plan Nacional de Fortalecimiento de la Familia, cuya misión es: disminuir la incidencia del embarazo adolescente en el Ecuador a través de la movilización de la sociedad mediante estrategias, programas y actividades multisectoriales para recuperar el rol protagónico de la familia y contribuir al desarrollo de todas las dimensiones del ser humano en la vida de los y las adolescentes.

Modelo de Atención Integral para la Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS- FCI) (2007)

El modelo integrado a la atención de los habitantes del Ecuador tiene como objetivo principal: Garantizar el derecho a la atención integral en salud sexual y salud reproductiva teniendo como referente los derechos sexuales y reproductivos, de todas las personas; con énfasis en los grupos de atención prioritaria.

3. Formulación de la hipótesis

El nivel de autocuidado se relaciona con el nivel de riesgo obstétrico de embarazadas que asisten al Hospital Básico Manglaralto, Santa Elena - 2022.

3.1. Identificación y Clasificación de variables

3.1.1. Variable independiente

Nivel de autocuidado

3.1.2. Variable dependiente

Riesgo obstétrico

3.2. Operacionalización de variable

Tabla 1.

Matriz de operacionalización de la variable independiente

HIPÓTESIS	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIÓN	INDICADOR	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS
El nivel de autocuidado se relaciona con el nivel de riesgo obstétrico de embarazadas que asisten al Hospital Básico Manglaralto, Santa Elena - 2022.	El autocuidado y/o cuidado de sí mismo hace referencia a la capacidad de estar atentos a lo que nos sucede, a lo que pensamos y a lo que sentimos, a sabernos validar y proteger, en definitiva, a lograr un estado de bienestar físico y psicológico.	Autocuidado básico Autocuidado de desarrollo personal e interacción social Autocuidados específicos de salud	<ul style="list-style-type: none"> • Alimentación en el embarazo • Control del peso • Actividad física en el embarazo • Sueño y descanso en el embarazo • Hábitos nocivos en el embarazo • Estimulación prenatal • Expresión de sentimientos y emociones • Familia y embarazo • Actividades recreativas • Relaciones sexuales en el embarazo • Cuidados de la piel • Controles prenatales • Administración de vacunas en la gestación • Sesiones psicoprofilácticas obstétricas • Asistencia médica • Consultas ecográficas • Examen de laboratorio • Control de presión arterial 	<p>Técnica: Encuesta</p> <p>Instrumento: Cuestionario</p>

Elaborado por: Rodríguez Alejandro Raquel Maryom

Tabla 2.

Matriz de operacionalización de la variable dependiente

		DEFINICIÓN OPERACIONAL			
HIPÓTESIS	VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIÓN	INDICADOR	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS
El nivel de autocuidado se relaciona con el nivel de riesgo obstétrico de embarazadas que asisten al Hospital Básico Manglaralto, Santa Elena - 2022.	Riesgo obstétrico	Embarazo es el término utilizado para describir el período en el cual un feto se desarrolla en el vientre o útero de una mujer.		<ul style="list-style-type: none"> • Antecedentes obstétricos 	Técnica: Encuesta
		El embarazo suele durar aproximadamente 40 semanas, o poco más de 9 meses, lo cual se calcula desde el último período menstrual hasta el parto. El riesgo obstétrico es la medida en que una complicación puede afectar a una embarazada.	Clasificación del riesgo obstétrico	<ul style="list-style-type: none"> • Factores socioeconómicos • Factores nutricionales • Patología pélvica genital • Patología obstétrica actual • Discapacidad 	

Elaborado por: Rodríguez Alejandro Raquel Maryom

CAPÍTULO III

3. Diseño metodológico

3.1. Tipo de investigación

La investigación tuvo un enfoque cuantitativo dado que los datos se procesaron de forma numérica y estadística mediante porcentajes, de diseño no experimental ya que no se manipuló ninguna variable de estudio, sino que se observó el fenómeno del nivel de autocuidado en las embarazadas de riesgo, de corte transversal ya que los datos fueron recogidos y analizados en un corto periodo de tiempo; el alcance fue descriptivo y correlacional ya que se investigó, correlacionó y analizó el fenómeno a profundidad.

3.2. Método de Investigación

El método para utilizar fue deductivo ya que se construyó la premisa general en base a lo reflejado por la realidad de la parroquia Manglaralto y la forma en cómo se presenta dicho fenómeno en los referentes encontrados.

3.3. Población y Muestra

La población de estudio corresponde al número de atenciones de embarazadas en un trimestre, este dato de acuerdo con el departamento de estadística del Hospital Básico Manglaralto es de aproximadamente 350 gestantes; por lo que se procedió a realizar el cálculo de la muestra con una fórmula finita, la cual deja el siguiente resultado:

$$n = \frac{N Z^2 pq}{d^2 (N - 1) + Z^2 pq}$$
$$n = \frac{150(0.5 * 0.5)}{(150 - 1) \cdot (0.05)^2 + 1.96^2}$$
$$n = \frac{150(0.25)}{(149)(0.0025) + 3.8416} + 0.25$$
$$n = \frac{37.5}{0.3725 + 3.8416} + 0.25$$

$$n = \frac{37.5}{0.0969} + 0.25$$

$$n = \frac{37.5}{0.3469}$$

$$n = 108$$

n = tamaño de la muestra

N = tamaño de la población

Z = nivel de confianza.

d = nivel de precisión absoluta.

p = proporción aproximada del fenómeno en estudio en la población de referencia

q = proporción de la población de referencia que no presenta el fenómeno en estudio
(1 - p).

La muestra queda estimada por 108 personas para realizar la encuesta.

3.4. Tipo de muestreo

El tipo de muestreo que se aplicó fue el probabilístico aleatorio simple, dado que todos los participantes tuvieron la misma oportunidad de formar parte de la muestra de estudio; los criterios que se utilizaron fueron:

Inclusión:

- Embarazadas que asisten por cualquier motivo al Hospital Básico Manglaralto.
- Embarazadas mayores de edad, superior a 19 años

Exclusión:

- Mujeres no embarazadas
- Embarazadas menores de edad
- Embarazadas que asisten a otras unidades operativas a sus controles médicos

3.5. Técnicas recolección de datos

La técnica utilizada fue la encuesta, que permitió recoger información cuantitativa, disponible para ser medida, procesada y analizada; constó de tres secciones, la primera donde se recogieron datos sociodemográficos, la segunda que permitió medir

el nivel del riesgo obstétrico de las gestantes y la tercera sección que evaluó el nivel de autocuidado de las embarazadas.

3.6. Instrumentos de recolección de datos

El instrumento fue el cuestionario, la escala utilizada fue la clasificación de riesgo obstétrico, la escala es propuesta por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador, por la Dirección Zonal de Provisión y Calidad de los Servicios de la Salud, donde se clasifican en 3 riesgos: riesgo 1 o bajo riesgo, este lo integran las condiciones socioeconómicas desfavorables, control insuficiente de gestación, edad extrema, adolescentes menores de 15 años, drogadicción, multiparidad, incompatibilidad Rh, IVU, periodo intergenésico de cesárea menor a 12 meses.

El riesgo de nivel 2 o alto riesgo, gestantes con anemia, embarazo múltiple, ECNT, polihidramnios, epilepsia, historia obstétrica desfavorable, enfermedades neuropsiquiátricas, infección materna (VIH, hepatitis, etc.), presentación anómala, desnutrición, asma; riesgo 3 o muy alto, amenaza de parto pretérmino, cardiopatías, diabetes gestacional, hemorragia vaginal, rotura prematura de membranas, SIDA, trastornos hipertensivos en el embarazo y alteraciones en la frecuencia cardíaca fetal.

Además, se utilizó el Cuestionario Prácticas de Autocuidado en Mujeres Embarazadas (PAME), consta de 23 preguntas cerradas y está estructurado en 3 dimensiones: Autocuidado básico, de desarrollo personal e interacción social y conocimientos de autocuidado específicos de salud.

La escala de valoración es tipo Likert para las 2 primeras dimensiones y de respuesta excluyente para la tercera dimensión. La dimensión de autocuidado básico consta de 9 ítems y se consideran indicadores como dieta, hidratación, control de peso, actividad física, sueño/descanso, actividades recreativas y consumos de riesgo (alcohol, tabaco y drogas); la dimensión de autocuidado de desarrollo personal e interacción social solo cuenta con 4 preguntas que involucran asesoramiento, sentimientos y apoyo emocional, apoyo familiar, sexualidad y cuidado personal.

En la última dimensión que es de conocimiento de autocuidado específico de salud se tiene 10 ítems los cuales están compuestos por indicadores como: Asistencia al control prenatal, asistencia a estimulación prenatal, vacunación, asistencia a psicoprofilaxis, asistencia a odontología, asistencia a psicología, asistencia a ecografía ginecológica,

exámenes de laboratorio natal, control de presión arterial, consumo de ácido fólico, hierro y calcio. El nivel de autocuidado global se obtiene según las siguientes categorías: Alto (69-92), Regular (46-68) y Bajo (23-45).

3.7. Aspectos éticos

El tema de investigación fue aprobado por un comité de investigación de la Carrera de Enfermería de la Universidad Estatal Península de Santa Elena, posteriormente el instrumento fue revisado por el tutor de investigación y fue enviado a la Directora de la Carrera para su aprobación y trámite de autorización al Hospital Básico Manglaralto; de igual forma, se utilizó un consentimiento informado para aplicar el instrumento en las participantes que integraron la muestra de estudio.

CAPÍTULO IV

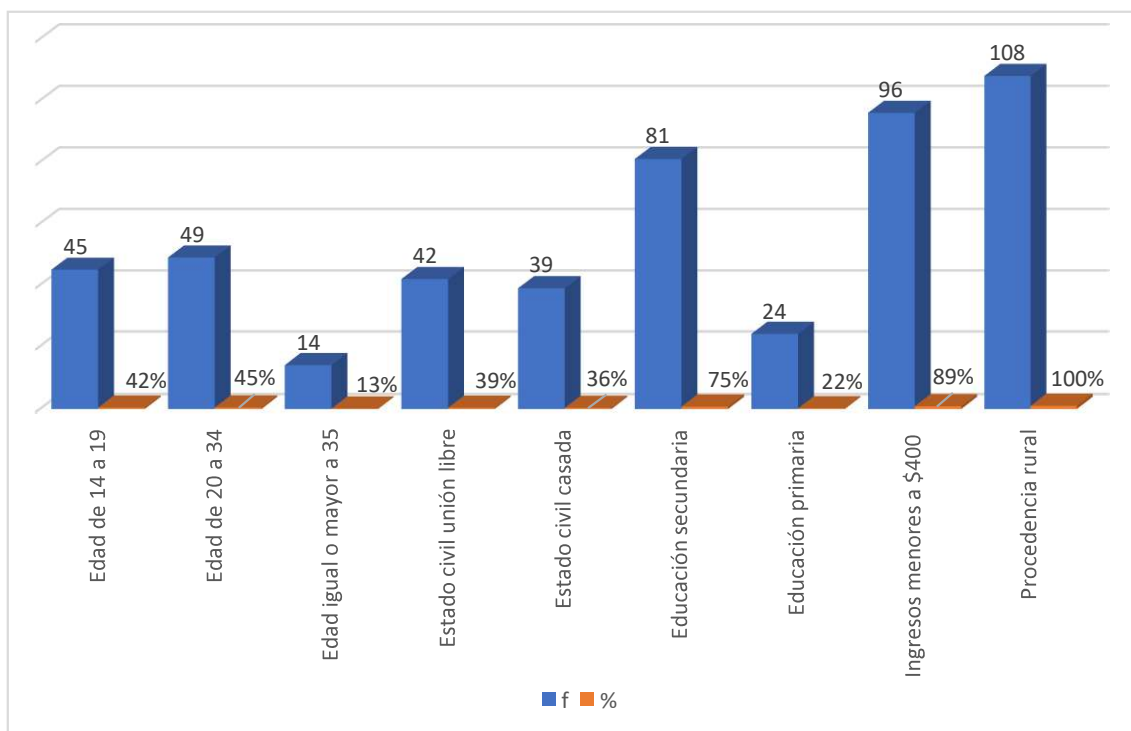
4. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

4.1 Análisis e interpretación de resultados

Se realizó la tabulación mediante el uso del programa informático SPSS, que permitió procesar los datos de forma descriptiva estadística. Para dar respuesta al primer objetivo específico, que consistió en identificar las características sociodemográficas de la población de estudio, se obtuvieron los siguientes resultados:

Gráfico 1.

Características sociodemográficas



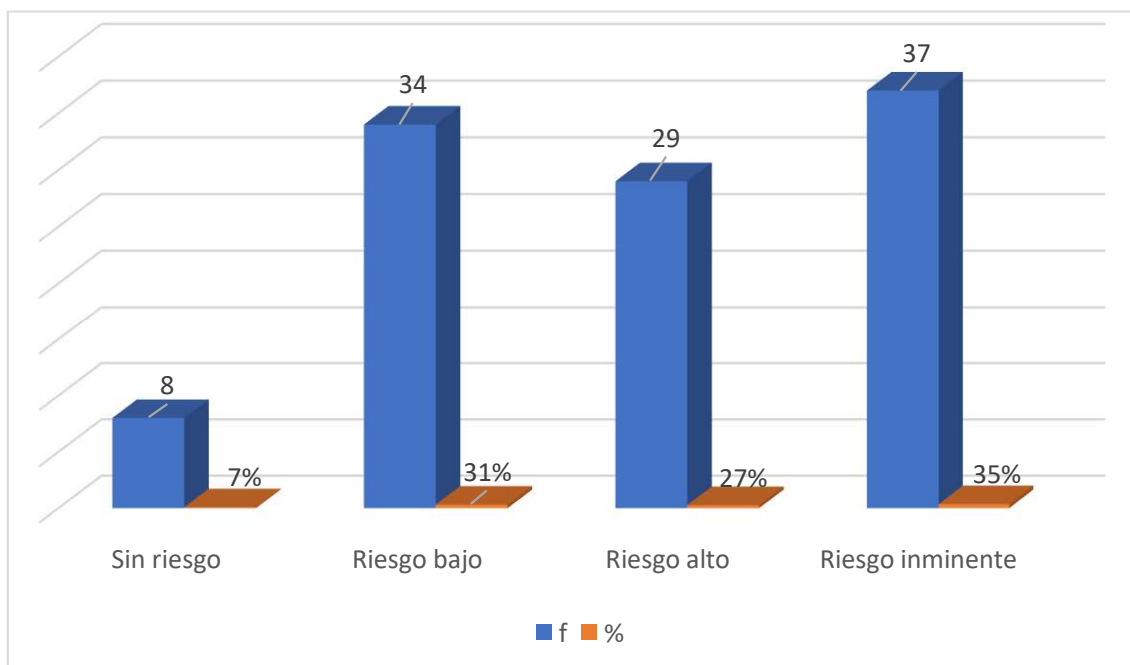
Fuente: Encuesta realizada a embarazadas del Hospital Básico Manglaralto.

El gráfico 1 se evidencia las características sociodemográficas de las gestantes, cuyas edades oscilan entre 20 a 34 años en un 45% y entre 14 a 19 entre un 42%; en cuanto al estado civil el 39% es de unión libre y 36% casadas, en relación con el grado educativo 75% tiene instrucción secundaria y 22% primaria; en relación con los ingresos económicos el 89% perciben un ingreso menor a \$400 y la procedencia fue 100% de áreas rurales. Mediante un estudio, (Cortez, 2020) que se desarrolló en Huancavelica, Perú se evidencio una población de embarazadas, donde 53.8% con educación secundaria, 59.6% eran unidas o con convivientes y 96.2% eran amas de casa.

Con relación al segundo objetivo específico, que consistió en clasificar a las gestantes de acuerdo con el nivel de riesgo obstétrico, se obtuvo el siguiente:

Gráfico 2.

Nivel de riesgo obstétrico



Fuente: Encuesta realizada a embarazadas del Hospital Básico Manglaralto.

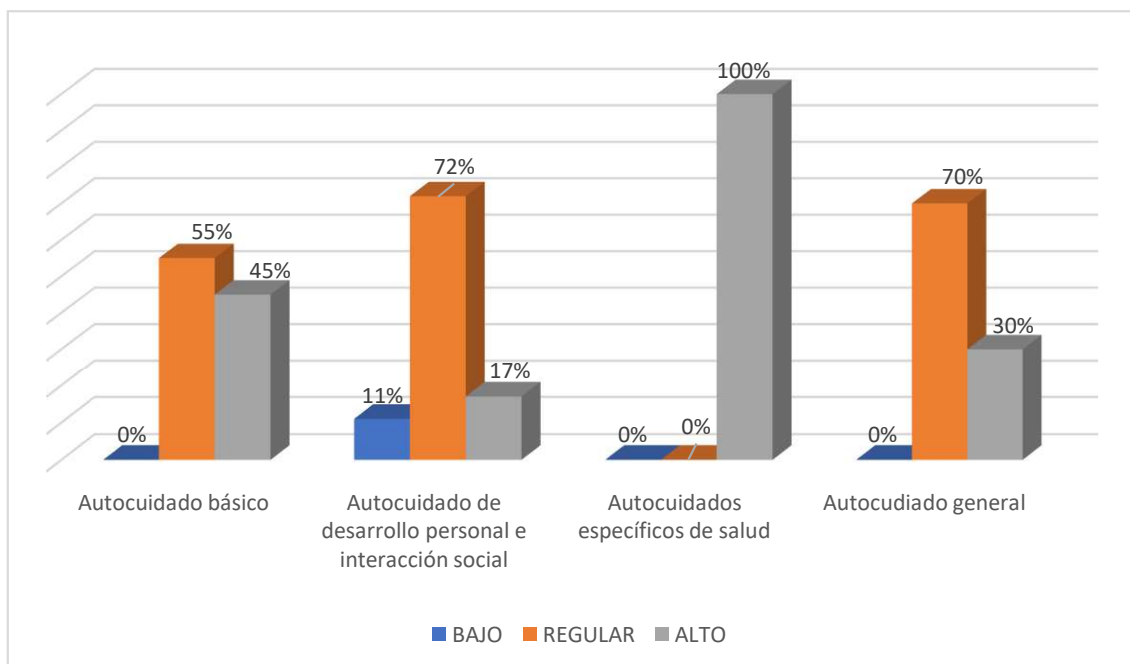
Los resultados de los niveles de riesgo obstétrico en las embarazadas se evidencian de acuerdo con la cantidad y severidad de circunstancias o patologías presentes según lo mostrado en el Anexo 3, de modo que fueron sin riesgo si el puntaje era 0 o ausencia de factores y/o patologías, riesgo bajo si el puntaje era entre 1 a 3, riesgo alto si era de 4 a 6 y riesgo muy alto si la suma de esos factores era mayor o igual a 7.

El que más frecuencia tuvo con el 35% fue el muy alto representando el nivel más grave; luego continuó el riesgo bajo 31%, riesgo alto 27% y una pequeña cantidad de mujeres estuvieron sin riesgo obstétrico 7%. Mientras tanto, (González, 2021), en un estudio efectuado a nivel local en Santa Elena, encontró un 84% de nivel de sepsis urinaria como principal complicación en el embarazo.

Para dar respuesta al tercer objetivo específico que consistió en evaluar el nivel de autocuidado de las embarazadas mediante la escala PAME, se obtuvo lo siguiente:

Gráfico 3.

Nivel de autocuidado



Fuente: Encuesta realizada a embarazadas del Hospital Básico Manglaralto.

El nivel de autocuidado fue calculado en base a la Escala PAME, que mide el nivel de autocuidados en embarazadas; se estimaron las tres dimensiones que componen el cuestionario que fueron autocuidado básico o capacidad de realizar las actividades de la vida diaria, autocuidado de desarrollo personal e interacción social que evaluaban capacidades sociales y autocuidados específicos en salud que evaluaban los requerimientos de salud que se precisan en el embarazo; adicionalmente se evaluó la escala en total y lo que se muestra en este gráfico como autocuidado general.

Desde esta perspectiva, la dimensión mayor afectada donde hubo nivel bajo de autocuidado con 11% y regular con 72% fue el autocuidado de desarrollo personal e interacción social, seguido de la dimensión de autocuidado básico con nivel regular de 55% y alto de 45%; así como autocuidados específicos de salud que tuvo un nivel alto en el 100% de la muestra; el autocuidado general fue regular 70% y alto 30%. Esto coincide con lo hallado por (Cortez, 2020), quien encontró un 71.2% inadecuado autocuidado en estimulación prenatal, 32.7% de nivel inadecuado de autocuidado en ejercicio y descanso, 23.1% autocuidado inadecuado en higiene y 40.4% autocuidado inadecuado en alimentación.

En relación al riesgo obstétrico con el nivel de autocuidado se obtuvo el siguiente resultado:

Tabla 3.

Prueba de correlación Rho de Spearman

			Nivel de riesgo obstétrico	Nivel de autocuidado
Rho de Spearman	Nivel de riesgo obstétrico	Coefficiente de correlación	1,000	-0,743**
		Sig. (bilateral)	,	0,000
		N	108	108
	Nivel de autocuidado	Coefficiente de correlación	-0,743**	1,000
		Sig. (bilateral)	0,000	,
		N	108	108

Nota: **. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral)

La prueba de correlación Rho de Spearman demostró una asociación significativa negativa considerable; los criterios de interpretación según lo sugerido por Contreras (2019), fueron una significancia menor a 0,05 para aceptar que existe correlación y el signo negativo (-) cuando la asociación es contraria; de modo que se demuestra que cuando mayor es el nivel de autocuidado menor es el nivel de riesgo obstétrico.

4.2. Comprobación de Hipótesis

Se comprobó que el nivel de autocuidado se relaciona con el nivel de riesgo obstétrico de embarazadas que asisten al Hospital Básico Manglaralto, Santa Elena – 2022. La tabla 4 del Anexo 4 muestra en qué porcentaje estuvieron relacionados los niveles de riesgo con los niveles de autocuidado; de acuerdo con esto las relaciones más significativas fueron que el 36.8% de las gestantes con nivel regular de autocuidado tenían el nivel de riesgo obstétrico muy alto; además, el 31.6% de las gestantes que tenían nivel regular de autocuidado tenían el nivel de riesgo obstétrico bajo.

5. CONCLUSIONES

Las características sociodemográficas de las gestantes que asisten a Manglaralto fueron una participación mayoritaria de jóvenes entre 20 a 34 años, seguido de adolescentes entre 14 a 19 años, la mayoría tenían el estado civil de unión libre, estaban cursando o habían acabado la secundaria, los ingresos mensuales de casi el total de la muestra fue menor \$400 y todas eran de procedencia rural.

En cuanto al nivel de riesgo obstétrico, prevaleció el nivel de riesgo muy alto con más de un tercio de la población encuestada, seguido de riesgo bajo y riesgo alto, únicamente una cantidad de mujeres no tenían ningún riesgo de acuerdo con la cantidad y gravedad de circunstancias o patologías que elevaron el riesgo, entre las que destacaron las infecciones vaginales a repetición y amenaza de parto prematuro.

Mientras tanto, el nivel de autocuidado de las embarazadas fue en la mayoría regular, además se encontró una asociación significativa entre los niveles de riesgo obstétrico y los niveles de autocuidado, donde destacó una asociación directa entre el nivel de riesgo obstétrico muy alto y el nivel regular de autocuidado de las embarazadas, así como el nivel de riesgo obstétrico bajo y nivel regular de autocuidado.

El nivel de relación que tienen las variables de estudio nivel de autocuidado y riesgo obstétrico es significativo, negativo considerable, de modo que se entiende que la asociación es inversamente proporcional, ya que cuando mayor es el nivel de autocuidado menor es el nivel de riesgo obstétrico, el riesgo obstétrico muy alto estuvo presente en la mayoría de las gestantes que tuvieron nivel regular de autocuidado.

6. RECOMENDACIONES

Se sugiere al personal administrativo del Hospital Básico de Manglaralto que gestione intervenciones a nivel social con las instituciones como Ministerio de Inclusión Económico y Social por medio de Trabajo Social, puesto que se evidenció un elevado número de gestantes de edades entre 14 a 19 años y que tenían ingresos económicos deficientes que no alcanzan para solventar las necesidades de estas.

Se recomienda al personal administrativo del Hospital Básico de Manglaralto que realice constantemente estadísticas descriptivas sobre el nivel de riesgo obstétrico en su población de embarazadas, de modo que puedan identificar principales elementos, circunstancias o enfermedades que afectan en gran medida a esta población y que la vuelve vulnerable.

Por último, se sugiere al personal operativo del Hospital Básico de Manglaralto que capacite constantemente a las gestantes que acuden al hospital, mediante charlas educativas sobre temas específicos de cuidados básicos, cuidado de desarrollo persona e interacción social, así como cuidados específicos de salud, ya que se encontró un mayor número de gestantes que eran regulares en su autocuidado.

Se recomienda al personal de salud con funciones operativas que realicen constantes análisis de los niveles de autocuidado de la población ya que se demostró que esta se relaciona directamente con el riesgo obstétrico y por tanto en las complicaciones presentes en las gestantes.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguilar, Fajardo, Pérez, Rojas, Latorre, y Núñez. (2020). Alteraciones y efectos del sueño durante el embarazo. *Journal of negative & no positive results*, 5(12). <https://doi.org/10.19230/jonnpr.3979>
- Alcántara, Solano, Ramírez, t., Ramírez, M., Latorre, y Ruvalcaba. (2018). Impacto de una intervención educativa en mujeres embarazadas con respecto a su autocuidado. *Journal of Negative and No Positive Results: JONNPR*, 3(11), 875-886. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7016648>
- Alfaro, Castejón, Magán, y Alfaro. (2019). Embarazo y salud oral. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 11(3). https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2018000300144
- Alfonso, Figueroa, Rodríguez, y García. (2022). Intervención educativa sobre estimulación temprana prenatal y hasta el primer año de vida. *Revista Médica Electrónica*, 44(2). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242022000200288
- Apaza, Guerra, y Aparicio. (2017). Percentiles de la ganancia de peso gestacional de acuerdo con el índice de masa corporal pregestacional y peso al nacer en el Hospital Honorio Delgado de Arequipa. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 63(3). http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322017000300003
- Arias, Macías, Quinto, y Castillo. (2018). Vacunación durante el embarazo. *Revista Acta Pediátrica de México*, 39(5), 314-319. <https://www.medigraphic.com/pdfs/actpedmex/apm-2018/apm185g.pdf>
- Artal. (2021). *Manejo del trabajo de parto normal*. Manual MSD. <https://www.msdmanuals.com/es/professional/ginecología-y-obstetricia/trabajo-de-parto-y-parto-normales/manejo-del-trabajo-de-parto-normal>
- Ayala, F., y Ayala, D. (2019). Implicancias clínicas de la anemia durante la gestación. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 65(4). <https://doi.org/10.31403/rpgo.v65i2209>

- Borges, Sánchez, Peñalver, González, y Sixto. (2020). Psicoprofilaxis obstétrica: un camino ineludible para el logro del parto humanizado en Cuba. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 46(3).
<https://revginecobstetricia.sld.cu/index.php/gin/article/view/607/617>
- Cancio, Ruiz, y Estévez. (2020). Autocuidado: una aproximación teórica al concepto. *Revista de la Unviersidad Pontífica Bolivariana Informes Psicológicos*, 20(2).
<https://doi.org/10.18566/infpsic.v20n2a9>
- Carrillo, García, Soto, Rodríguez, Pérez, y Martínez. (2021). Cambios fisiológicos durante el embarazo normal. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, 64(1). <https://doi.org/10.22201/fm.24484865e.2021.64.1.07>
- Casanova, R. (2019). *Obstetricia y ginecología*. Ed. Lippincott Williams & Wilkins.
- Cayetano, Torres, y Ruiz. (2020). *Teoría y práctica de los fundamentos de enfermería (I). Bases teóricas y metodológicas*. Universidad de Almería.
- Contreras, Z. (2019). Comparación de métodos utilizados en la valoración del riesgo biológico. *Revista de la Asociación Española de Especialistas en Medicina del Trabajo*, 28(2).
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-62552019000200002
- Coo, Mira, García, y Zamudio. (2021). Salud mental en madres en el período perinatal. *Revista Andes pediátrica*, 92(5).
<https://doi.org/10.32641/andespediatr.v92i5.3519>
- Cortez, C. (2020). Autocuidado en el embarazo de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Pazos Tayacaja 2020. *Universidad Nacional de Huancavelica*.
<https://repositorio.unh.edu.pe/bitstream/handle/UNH/3288/TESIS-SEG-ESP-OBSTETRICIA-2020-CORTEZ%20SAMANIEGO.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Cortez, C. (2020). *Autocuidado en el embarazo de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Pazos Tayacaja 2020*. Huancavelica: Universidad Nacional de Huancavelica. Facultad de Ciencias Sociales de la Salud. Programa de Segunda Especialidad.
<https://repositorio.unh.edu.pe/bitstream/handle/UNH/3288/TESIS-SEG-ESP-OBSTETRICIA-2020-CORTEZ%20SAMANIEGO.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- Cuesta, A. (2020). Ejercicio físico durante el embarazo, ganancia ponderal y retención de peso posparto. *Revista Nutrición Hospitalaria*, 36(4). <https://doi.org/10.20960/nh.02787>
- Delbono, V. (2018). Abordaje de la sexualidad en el período grávido - puerperal. *Revista AnFaMed*, 5(2), 141-145. <http://www.scielo.edu.uy/pdf/afm/v5n2/2301-1254-afm-5-02-141.pdf>
- Delgado, Fernández, Suy, y Armijo. (2018). *Nutrición y embarazo: programando la salud de la madre y el feto*. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, S.E.G.O.
- Delgado, Fernández, Suy, y Armijo. (2018). *Nutrición y embarazo: programando la salud de la madre y el feto*. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, S.E.G.O.
- Díaz, y Oyarzun. (2020). Ultrasonografía y Diagnóstico Prenatal. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 85(4). <https://doi.org/10.4067/S0717-75262020000400307>
- Díaz, y Santoyo. (2019). El Laboratorio Clínico en la mejoría continua de la calidad. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 23(3). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942019000300357
- Fernández, Torres, y Ruíz. (2020). *Teoría y práctica de los fundamentos de enfermería (II). Cuidados básicos y casos clínicos* (Vol. 65). Editorial Universidad Almería.
- Ferrari, y Barco. (2018). Índice de masa corporal en embarazadas en la unidad de salud de la familia. *Revista Enfermería Global*, 17(52). <https://doi.org/10.6018/eglobal.17.4.299971>
- Gabbe, Niebyl, Leigh, Landon, Galan, Jauniaux, Grobman. (2019). *Obstetricia: Embarazos normales y de riesgo* (Séptima ed.). Editorial Elsevier Health Sciences,.
- García, C. (2019). *Terapéutica en ginecología y obstetricia*. Ed. Mc Graw Hill.
- González, K. (2021). *Cuidados de enfermería y su relación con el autocuidado en gestantes con sepsis urinaria en el Centro de Salud San Judas Tadeo 2021*. Universidad Estatal Península de Santa Elena. <https://repositorio.upse.edu.ec/bitstream/46000/6046/1/UPSE-TEN-2021-0075.pdf>

- Gonzalo, Berdún, Alonso, Cebrián, Blanco, y Almudi. (2022). Hábitos tóxicos durante la gestación. *Revista Sanitaria de Investigación*. <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/habitos-toxicos-durante-la-gestacion/>
- Guarnizo, Olmedillas, y Vicente. (2018). Evidencia del aporte proporcionado desde el cuidado de enfermería a la salud materna. *Revista Cubana de Salud Pública*, 44(2). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662018000200381
- Hernández, Ballesteros, Burutarán, Contreras, Gortázar, Erasun, . . . Escudero. (2018). *Principios de medicina materno fetal* (Vol. 26). Ed. Universidad de Cantabria.
- Hernández, R., Hernández, V., y Sánchez. (2020). Control preconcepcional y diabetes gestacional. Revisión sistemática y estado del arte. *Revista Biociencias*, 15(1), 41-55. <https://doi.org/10.18041/2390-0512/biociencias.1.6357>
- Hoyos, y Muñoz. (2020). Barreras de acceso a controles prenatales en mujeres con morbilidad materna extrema en Antioquia, Colombia. *Revista de Salud Pública*, 21(1). <https://doi.org/10.15446/rsap.v21n1.69642>
- Hurt, J. (2019). *Ginecología Y Obstetricia de Bolsillo*. Lippincott Williams & Wilkins.
- Ibañez, Heredia, Fuentes, Andrade, Alcalde, Bolaños, . . . Jurkiewicz. (2020). Atención Prenatal en Grupo en México: perspectivas y experiencias del personal de salud. *Revista de Saúde Pública*, 54(12). <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054002175>
- INEC. (2020). *Estadísticas Vitales Registro Estadístico de Defunciones Generales 2020*. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion_y_Demografia/Defunciones_Generales_2020/2021-06-10_Principales_resultados_EDG_2020_final.pdf
- Jorge, Silva, D., Bem, Rolim, Silva, y Albuquerque. (2019). Enfermedad mental en mujeres embarazadas. *Enfermería Global*, 18(53). <https://doi.org/10.6018/eglobal.18.1.328331>
- Kay, S. (2020). *Lo esencial en ginecología y obstetricia*. Elsevier España.
- Kay, y Jean. (2020). *Lo esencial en ginecología y obstetricia*. Elsevier Health Sciences.
- Lavayen, G. (2020). Prevalencia de riesgos obstétricos durante el embarazo en gestantes de 15 a 35 años, Hospital Básico Dr. Rafael Serrano López, La

- Libertad 2020. *Universidad Estatal Península de Santa Elena*.
<https://repositorio.upse.edu.ec/bitstream/46000/6009/1/UPSE-TEN-2021-0051.pdf>
- Magie. (2019). *Diario de Embarazo: Agenda Embarazo - para Registrar Los 9 Meses Más Especiales de Tu Vida*. Independently Published.
- Martínez, Jaramillo, Villegas, Álvarez, y Ruíz. (2018). La anemia fisiológica frente a la patológica en el embarazo. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 44(2). <https://revginecobstetricia.sld.cu/index.php/gin/article/view/356/287>
- Morales, Moya, C., Blanco, Moya, N., Moya, A., y R., M. (2017). Trastornos hipertensivos durante el embarazo en gestantes del Policlínico Universitario "Santa Clara" (2015-2016). *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 43(2). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2017000200006
- Morales, y Amezcua, R. (2017). *Embarazo y deporte: beneficios y condicionantes*. Universidad de la Laguna. <https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/5349/EMBARAZO%20Y%20DEPORTE%20BENEFICIOS%20Y%20CONDICIONANTES.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Moreno, Sampayo, y Guerra. (2018). La estimulación de la comunicación en la etapa gestacional. *Revista Humanidades Médicas*, 18(2). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202018000200356
- MSP. (2016). *Guía de Práctica Clínica. Control Prenatal*. Ministerio de Salud Pública del Ecuador.
- MSP. (2017). *Estrategia de Abordaje Médico del Barrio y su Equipo de Atención Integral*. Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Dirección Nacional de Primer Nivel de Atención en Salud. Quito: Primera edición. https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2018/02/Manual_De_Estrategia_de_Abordaje_Medico_del_Barrio_2018.pdf
- MSP. (2019). *Evaluación y categorización del riesgo obstétrico en el control prenatal*. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/AC_00091_2019%20DIC%202016...pdf

- MSP. (2022). *Gaceta epidemiologica de muerte materna semana epidemiológica 1-48*. Subsecretaria Nacional de Vigilancia, Prevención y Control de la Salud. Dirección Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2022/12/GACETA-MM-SE-48.pdf>
- Mularz, Dalati, y Pedigo. (2017). *Obstetricia y Ginecología. Secretos*. Elsevier Health Sciences.
- Naranjo, Alejandro, y Rodríguez. (2017). La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. *Revista Gaceta Médica Espirituana*, 19(3). <http://revgmespirituana.sld.cu/index.php/gme/article/view/1129/html>
- Naranjo, Y. (2019). Modelos metaparadigmáticos de Dorothea Elizabeth Orem. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, 23(6). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552019000600814
- Neira, y Donaires. (2019). Sífilis materna y complicaciones durante el embarazo. *Revista Anales de la Facultad de Medicina*, 80(1). <https://doi.org/10.15381/anales.v80i1.15875>
- Nieto, Quiñonero, y Cascales. (2022). *Obstetricia y Ginecología*. Elsevier Health Sciences.
- Olivera, D., Da Silva, D., Souza, D., Da Silva, D., Lopes, y Chaves. (2022). Conocimiento, actitud y práctica de gestantes antes y después de una intervención grupal. *Revista Enfermería Global*, 21(66). <https://doi.org/10.6018/eglobal.478911>
- OMS. (2019). *Mejorar la supervivencia y el bienestar de los recién nacidos*. Organización Mundial de la Salud: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/newborns-reducing-mortality>
- OMS. (19 de Septiembre de 2019). *Mortalidad materna*. Organización Mundial de la Salud: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
- OMS. (2022). *Autocuidado para personal en primera línea de respuesta en emergencias*. Organización Mundial de la Salud: <https://www.campusvirtualesp.org/es/curso/autocuidado-para-personal-en-primera-linea-de-respuesta-en-situaciones-de-emergencia->

- Vasconcelos, T., Oliveira, D., Vasconcelos, M., Azevedo, y Oliveira. (2017).
Perspectivas de los cuidados de enfermería en el embarazo de alto riesgo:
revisión integradora. *Revista Enfermería Global*, 16(46).
<https://doi.org/10.6018/eglobal.16.2.238861>
- Vega, y Camacho. (2019). *Autocuidado de la salud II*. Editorial El Manual Moderno.
- Vigil, P. (2020). *Embarazo De Alto Riesgo*. Ed. XinXii.

8. ANEXOS

Anexo 1. Autorización



Ministerio de Salud Pública
Coordinación Zonal 5 – Salud
Dirección Distrital 24D01 Santa Elena – Salud

Oficio Nro. MSP-CZS5-SE-24D01-2023-0021-O

Santa Elena, 25 de enero de 2023

Asunto: RESPUESTA A SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA TRABAJO DE INVESTIGACIÓN UPSE - RAQUEL MARYOM RODRIGUEZ ALEJANDRO

Licenciada
Nancy Margarita Dominguez Rodriguez
Directora de la Carrera de Enfermería
UNIVERSIDAD ESTATAL PENINSULA DE SANTA ELENA
En su Despacho

De mi consideración:

En respuesta al Documento No. MSP-CZS5-SE-24D01-VUUAU-2023-0044-E. En respuesta al Documento No. MSP-CZS5-SE-24D01-VUUAU-2023-0045-E, realizado por el consejo académico de la Facultad de Ciencias Sociales y de la Salud, LIC. NANCY DOMÍNGUEZ RODRÍGUEZ, DIRECTORA DE CARRERA DE ENFERMERÍA, solicitando autorización para el desarrollo del trabajo de Investigación, previa la obtención al título de Licenciada en Enfermería, de *RAQUEL MARYOM RODRIGUEZ ALEJANDRO, en el Hospital Básico Manglaralto.*

Con sentimientos de distinguida consideración.

Atentamente,



Mgs. María Giovanna Tapia Zurita
DIRECTORA DISTRITAL 24D01 SANTA ELENA - SALUD

Referencias:
- MSP-CZS5-SE-24D01-VUUAU-2023-0044-E

Anexos:
- msp-czs5-se-24d01-vu:u-2023-0044-e20230125_12125492.pdf



Anexo 2. Consentimiento informado

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como su rol en ella como participante.

La presente investigación es conducida por **RAQUEL MARYOM RODRÍGUEZ ALEJANDRO** estudiante de la Universidad Estatal Península de Santa Elena, Facultad de Ciencias sociales y de la Salud - Carrera de Enfermería la meta de este estudio es **Determinar el nivel de autocuidado y su relación con el riesgo obstétrico de las embarazadas que asisten al Hospital Básico Manglaralto.**

Si usted accede a participar de este estudio se le pedirá contestar una encuesta la cual le tomará aproximadamente 20 minutos de su tiempo. La información que se recolectará ayudará de tal forma que el investigador pueda transcribir la respuesta que usted haya colocado. También se tomará evidencia visual que cuente con su autorización el cual las imágenes serán utilizadas para anexos y parte de la investigación para ser publicado con fines académicos.

La participación de este estudio es estrictamente voluntario y anónima. la información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de la investigación. Sus respuestas al cuestionario serán codificadas usando un número de identificación y, por lo tanto, serán anónimas. Una vez transcritas los resultados de las encuestas esta evidencia se eliminará.

Si tiene alguna duda sobre este estudio, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación. Igualmente, hoy puede retirarse en cualquier momento sin que eso le perjudique en ninguna forma. Si tiene alguna duda sobre las preguntas planteadas puede pedir ayuda de la persona a cargo de la encuesta.

Se agradece su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por Raquel Maryom Rodríguez Alejandro. He sido informada sobre el objetivo de estudio.

Me ha indicado también que debo responder preguntas en una encuesta a profundidad, lo cual tomará aproximadamente **20 minutos.**

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de este estudio sin mi consentimiento. He sido informada de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que pueda retirarme del mismo cuando así lo decida. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a la investigadora al teléfono 0997822383.

Finalizando me entregará una copia de esta ficha de consentimiento y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando hay concluido.

.....
Nombre del Participante

Nº cédula

Firma

Anexo 3. Instrumento



**UNIVERSIDAD ESTATAL PENÍNSULA DE SANTA ELENA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA**



ENCUESTA DIRIGIDA A EMBARAZADAS

TEMA: NIVEL DE AUTOCUIDADO EN EMBARAZADAS Y SU RELACIÓN CON EL RIESGO OBSTÉTRICO. HOSPITAL BÁSICO MANGLARALTO. SANTA ELENA – 2022.

OBJETIVO: DETERMINAR EL NIVEL DE AUTOCUIDADO EN EMBARAZADAS Y SU RELACIÓN CON EL RIESGO OBSTÉTRICO. HOSPITAL BÁSICO MANGLARALTO. SANTA ELENA - 2022.

INSTRUCCIONES:

¡Saludos! A continuación, se plantean ítems que permitirán conocer el nivel de autocuidado en embarazadas y su relación con el riesgo obstétrico en el Hospital Básico Manglaralto. No existen preguntas buenas ni malas. Es importante que responda todas las preguntas sin dejar casilleros en blanco. Los resultados de este cuestionario son estrictamente confidenciales, no será accesible a terceras personas, por lo que se garantiza el anonimato.

- Señalar una única opción de respuesta

CUESTIONARIO PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO EN MUJERES EMBARAZADAS (PAME)

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS:

EDAD: _____

ESTADO CIVIL:

Soltera Casada Separada

NIVEL DE INSTRUCCIÓN:

Primaria Secundaria Universitaria Sin Estudio

INGRESOS MENSUALES:

< 400 400 a 700 > 700

PROCEDENCIA:

Urbana Rural

I. AUTOCUIDADO BÁSICO

N°	Pregunta	Ítems	Puntaje			
			4	3	2	1
1	Con qué frecuencia	Come verduras, frutas, menestras; pescado pollo, res	Todos los días	3-4 días/ semana	Cada 15 días	No consume
2		Consume cerdo	1 vez/mes	1 vez/15 días	1 vez/semana	2-3 veces por semana
3		Consume alimentos ricos en hierro (hígado, lentejas, etc.) y calcio (queso, yogurt, leche)	Todos los días	2-3 veces/semana	1 vez/semana	No consume
4		Consume cereales (trigo, arroz, quinua, maca, etc.)	Todos los días	2-3 veces/semana	1 vez/semana	No consume
5		Toma agua pura al día	8 o más vasos/día	4-6 vasos/día	2-4 vasos/día	1-2 vasos/día
6		Controla su peso	Semanalmente	Mensualmente	Cada 3 meses	1 vez a los 9 meses

7		Realiza actividad física pasiva (camina por lo menos 30 minutos diarios)	Todos los días	3-4 días/semana	1-2 días/semana	No realiza
8		Mantiene un horario de sueño ajustado a sus necesidades	Siempre	Frecuentemente	A veces	Nunca
9		Fuma, consume bebidas alcohólicas o alguna sustancia estimulante durante su embarazo	No consume	Ocasional	Con frecuencia	Todos los días
Subtotal						

II. AUTOCUIDADO RELACIONADO CON EL DESARROLLO PERSONAL E INTERACCIÓN SOCIAL

N°	Pregunta	Ítems	Puntaje			
			4	3	2	1
10	Usted	Expresa sus sentimientos y emociones a alguien de su confianza cuando tiene alguna duda o preocupación	Siempre	Frecuentemente	A veces	Nunca
11		Comparte tiempo con su familia y realiza actividades recreativas	Todos los días	Fines de semana	Ocasionalmente	Nunca
12		Se siente feliz y apoyada en su embarazo	Siempre	Frecuentemente	A veces	Nunca
13		Habla con su pareja de sus relaciones sexuales	Siempre	Frecuentemente	A veces	Nunca
Subtotal						

III. AUTOCUIDADO ESPECÍFICO DE SALUD

N°	Pregunta	Ítems	Puntaje			
			4	3	2	1
14	Usted tendría que	Asistir mensualmente a sus controles prenatales hasta	La semana 32	La semana 27	La semana 22	No asistir a ningún control
15		Acudir a un total de ___ sesiones de estimulación prenatal	6 sesiones	2-4 sesiones	1 sesión	Ninguna
16		Acudir a la administración de sus vacunas programadas en su carnet de gestante (influenza, tétanos y difteria) a partir del	2do trimestre (4to mes – 6to mes)	1er trimestre (1er mes – 3er mes)	3er trimestre (7mo mes – 9no mes)	Nunca
17		Acudir al psicólogo y odontólogo durante todo su embarazo como mínimo	3 veces	2 veces	1 vez	Nunca
18		Asistir a sus ecografías abdominales antes de las	14 semanas de gestación	20 semanas de gestación	30 semanas de gestación	No asistió
19		Realizar examen de hemoglobina, orina, glucosa, de VIH/SIDA y sífilis en su embarazo en su	Primera atención en el centro de salud	Sexto mes de embarazo	Noveno mes de embarazo	No se realiza
20		Controlar su presión arterial	Diariamente	1 vez/semana	1 vez/mes	Nunca

21	Consumir ácido fólico durante su	3 meses antes de su embarazo	Primer trimestre de embarazo (1er mes – 3er mes)	Segundo trimestre de embarazo (4to mes – 6to mes)	Nunca
22	Consumir hierro (sulfato ferroso o tabletas de hierro) a partir de las	14 semanas de gestación hasta el parto	24 semanas de gestación hasta el parto	34 semanas de gestación hasta el parto	No se consume
23	Consumir calcio a partir de las	20 semanas de gestación	30 semanas de gestación	40 semanas de gestación	No se consume
Subtotal					

PUNTAJE TOTAL	
----------------------	--

INTERPRETACIÓN

Autocuidado	Máximo – Mínimo	Puntaje
Autocuidado Básico	Máx.: (9x4) = 36 Min.: (9x1) = 9	Alto (27 - 36)
		Regular (18 - 26)
		Bajo (9 - 17)
Autocuidado de desarrollo personal e interacción social	Máx.: (4x4) = 16 Min.: (4x1) = 4	Alto (12 - 16)
		Regular (8 - 11)
		Bajo (4 - 7)
Autocuidados específicos de salud	Máx.: (10x4) = 40 Min.: (10x1) = 10	Alto (30 - 40)
		Regular (20 - 29)
		Bajo (10 - 19)
Autocuidado total	Máx.: (23x4) = 92 Min.: (23x1) = 23	Alto (69 - 92)
		Regular (46 - 68)
		Bajo (23 - 45)

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Alto: Máxima capacidad de autocuidado en la dimensión analizada (independiente)
Regular: Parcial capacidad de autocuidado en la dimensión analizada (dependiente)
Bajo: Mínima capacidad de autocuidado en la dimensión analizada (muy dependiente)

CLASIFICACIÓN DEL RIESGO OBSTÉTRICO

La investigadora encerrará el puntaje de acuerdo con la alteración que padezca, al final se colocará la categoría del riesgo que resulte.

1. Antecedentes

N°	Ítem	Puntaje
1	Gestante igual o menor de 14 años	3

2	Gestante de 14 a 19 años	1
3	Gestante de 35 a 39 años	1
4	Gestante mayor o igual a 40 años	2
5	Primípara tardía de mayor o igual a 40 años	2
6	Gran múltipara mayor o igual a 4 gestas	1
7	Infertilidad	1
8	Aborto	1
9	Aborto habitual mayor o igual a 2	2
10	Embarazo ectópico	1
11	Mortinato	2
12	Óbito fetal	2
13	Hijo con malformaciones congénitas mayores	2
14	Hijo con bajo peso de nacimiento menor a 2.500 gramos	3
15	Hijo con macrosomía al nacimiento mayor a 4.000 gramos	3
16	Periodo intergenésico menor o igual a 18 meses	2
17	Periodo intergenésico mayor a 5 años	1
18	Embarazo producto de violencia sexual	3
19	Antecedente de preeclampsia / eclampsia	3
20	Madre o hermana con preeclampsia	2
21	Cicatriz uterina previa con embarazo mayor a 32 semanas (miomectomía, rotura uterina, cesárea)	2
22	Cicatriz uterina previa, tres o más cesáreas con embarazo mayor a 28 semanas	3
23	Ningún control prenatal en embarazo mayor a 20 semanas	2
24	Presenta tres o más factores de la lista	3

2. Factores socioeconómicos

N°	Ítem	Puntaje
1	Sin instrucción	1
2	Alcoholismo, tabaco y drogas	3
3	Violencia basada en género, disfunción familiar, movilidad humana	1
4	Gestante callejizada, indigente, vive sola	1
5	Presenta tres o más factores de la lista	3

3. Factores nutricionales

N°	Ítem	Puntaje
1	Desnutrición materna con IMC menor a 18	3

2	Obesidad con IMC mayor a 30	3
3	Sobrepeso con IMC entre 25.1 a 29.9	1
4	Glicemia basal mayor a 92mg/Dl	2
5	Presenta dos o más factores de la lista	3

4. Patología pélvico genital

N°	Ítem	Puntaje
1	Patología cervical (LIEAG/NIC II o III, ca in situ)	3
2	Condilomatosis vulvovaginal	2
3	Malformación urogenital	2
4	Infecciones vaginales a repetición (tres o más episodios) en el embarazo	2
5	Presenta dos o más factores de la lista	3

5. Patología obstétrica actual

N°	Ítem	Puntaje
1	Embarazo prolongado mayor a 41 semanas	3
2	Embarazo + DIU	2
3	Rh negativa no sensibilizada	1
4	Rh negativa sensibilizada (isoinmunizada)	3
5	ITS (sífilis, hepatitis)	2
6	VIH	3
7	TORCH IgM positivo	3
8	Infección de tracto urinario a repetición	2
9	Anemia HB menos a 10 (corregida)	2
10	Anemia HB menor a 7 (corregida)	3
11	Trastorno hipertensivo	3
12	Colestasis intrahepática	3
13	Hemorragia primera mitad del embarazo	2
14	Hemorragia segunda mitad del embarazo	3
15	Amenaza parto prematuro	3
16	Embarazo múltiple	3
17	Presentación anómala en embarazo mayor a 36 semanas	3
18	Polihidramnios / oligohidramnios	2
19	Gestación con malformaciones fetales mayores	3
20	Diabetes	3
21	Cardiopatías	3
22	Enfermedades neuropsiquiátricas	3
23	Insuficiencia renal crónica	3
24	Hipotiroidismo sin tratamiento	2

25	Lupus eritematoso sistémico	3
26	Síndrome antifosfolipídico	3
27	Trombocitopenia menor a 100,000 plaquetas	3
28	Tuberculosis materna activa	2
29	Cáncer	3
30	Otras patologías relevantes	3
31	Presenta dos o más factores de la lista	3

6. Discapacidad

N°	Discapacidad mayor al 30%	Puntaje
1	Física	2
2	Intelectual	3
3	Presenta dos o más factores de la lista	3

SUMATORIA TOTAL: _____

INTERPRETACIÓN

Puntaje	Nivel de riesgo obstétrico
0 - 3	Bajo
4 - 6	Alto
≥ 7	Muy alto

Fuente: MSP. (2019). Evaluación y categorización del riesgo obstétrico en el control prenatal. Dirección Nacional de Normatización. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Quito.

Anexo 4. Tablas y gráficos

Tabla 4.

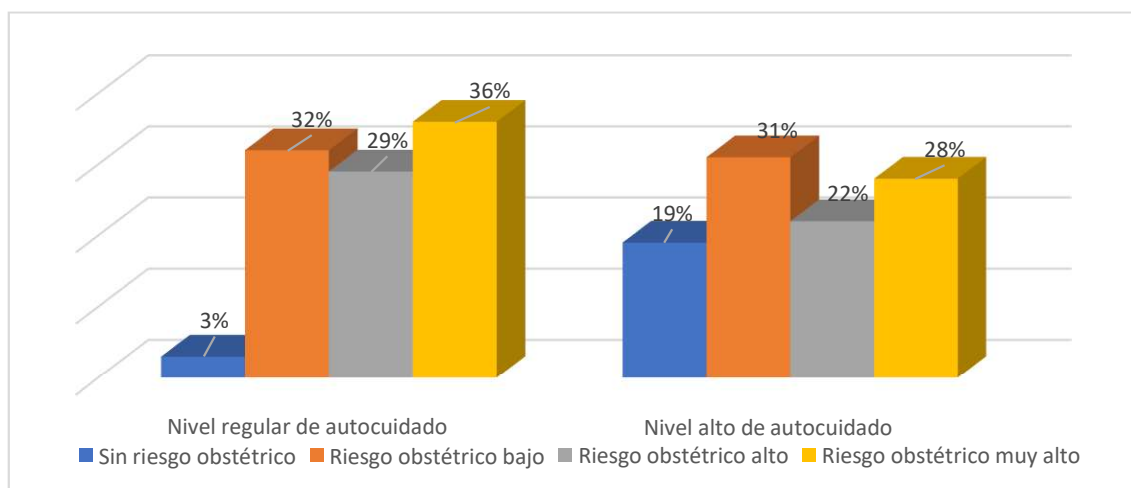
Asociación entre el nivel de riesgo y nivel de autocuidado

			<u>Nivel de autocuidado</u>		Total
			Regular	Alto	
Nivel de riesgo obstétrico	Sin Riesgo	Recuento	2	8	8
		% dentro de Nivel de autocuidado	2.6%	18.8%	7.4%
	Bajo Riesgo	Recuento	24	10	34
		% dentro de Nivel de autocuidado	31.6%	31.3%	31.5%
	Alto Riesgo	Recuento	22	7	29
		% dentro de Nivel de autocuidado	28.9%	21.9%	26.9%
	Muy alto Riesgo	Recuento	28	9	37
		% dentro de Nivel de autocuidado	36.8%	28.1%	34.3%
	Total	Recuento	76	32	108
		% dentro de Nivel de autocuidado	100%	100%	100%

Fuente: Programa SPSS v28

Gráfico 4.

Asociación entre el nivel de riesgo y nivel de autocuidado



Fuente: Encuesta realizada a embarazadas del Hospital Básico Manglaralto.

Las relaciones más significativas fueron que el 36.8% de las gestantes con nivel regular de autocuidado tenían el nivel de riesgo obstétrico muy alto; además, el 31.6%

de las gestantes que tenían nivel regular de autocuidado tenían el nivel de riesgo obstétrico bajo.

Tabla 5.

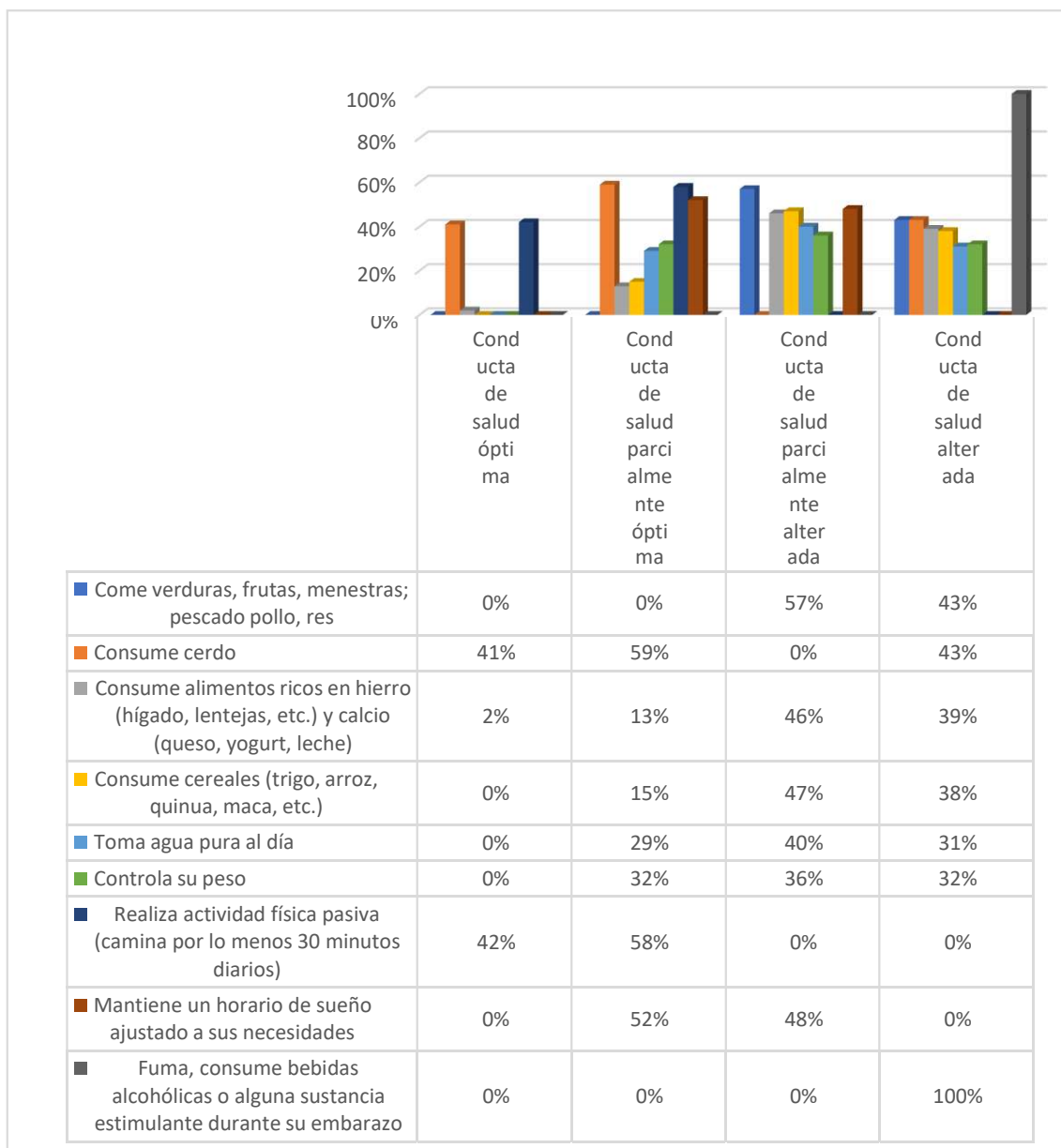
Autocuidado básico

ítem	Conducta de salud óptima	Conducta de salud parcialmente óptima	Conducta de salud parcialmente alterada	Conducta de salud alterada
Come verduras, frutas, menestras; pescado pollo, res	0%	0%	57,4%	42,6%
Consume cerdo	40,7%	59,3%	0%	0%
Consume alimentos ricos en hierro (hígado, lentejas, etc.) y calcio (queso, yogurt, leche)	1,9%	13%	46,3%	38,9%
Consume cereales (trigo, arroz, quinua, maca, etc.)	0%	14,8%	47,1%	38%
Toma agua pura al día	0%	28,7%	39,8%	31,5%
Controla su peso	0%	32,4%	36,1%	31,5%
Realiza actividad física pasiva (camina por lo menos 30 minutos diarios)	41,7%	58,3%	0%	0%
Mantiene un horario de sueño ajustado a sus necesidades	0%	51,9%	48,1%	0%
Fuma, consume bebidas alcohólicas o alguna sustancia estimulante durante su embarazo	0%	0%	0%	100%

Fuente: Encuesta realizada a embarazadas del Hospital Básico Manglaralto.

Gráfico 5.

Autocuidado básico



Fuente: Encuesta realizada a embarazadas del Hospital Básico Manglaralto.

El nivel de autocuidado básico fue generalmente alterado en acciones como el consumo de verduras, cerdo, cereales, consumo de agua y control del peso.

Tabla 6.

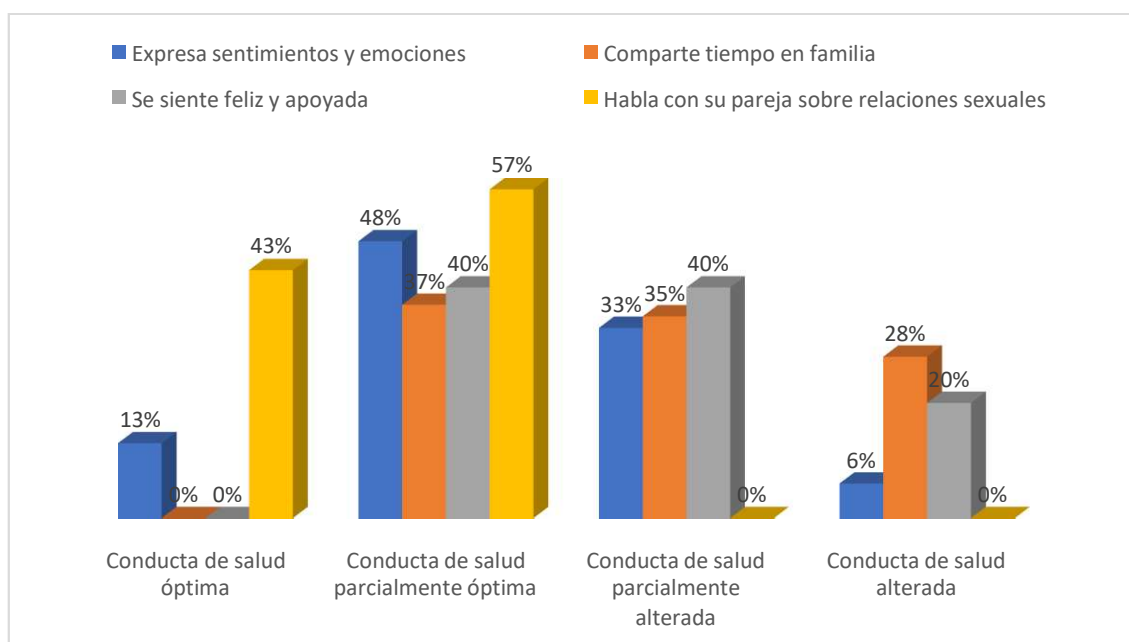
Autocuidado relacionado con el desarrollo personal e interacción social

ítem	Conducta de salud óptima	Conducta de salud parcialmente óptima	Conducta de salud parcialmente alterada	Conducta de salud alterada
Expresa sus sentimientos y emociones a alguien de su confianza cuando tiene alguna duda o preocupación	13%	48,1%	33,3%	5,6%
Comparte tiempo con su familia y realiza actividades recreativas	0%	37%	35,2%	27,8%
Se siente feliz y apoyada en su embarazo	0%	39,8%	39,8%	20,4%
Habla con su pareja de sus relaciones sexuales	42,6%	57,4%	0%	0%

Fuente: Encuesta realizada a embarazadas del Hospital Básico Manglaralto.

Gráfico 6.

Autocuidado relacionado con el desarrollo personal e interacción social



Fuente: Encuesta realizada a embarazadas del Hospital Básico Manglaralto.

El nivel de autocuidado relacionado con el desarrollo personal e interacción social estuvo principalmente alterado en el tiempo compartido en familia y sentimientos de felicidad y apoyo percibido.

Tabla 7.

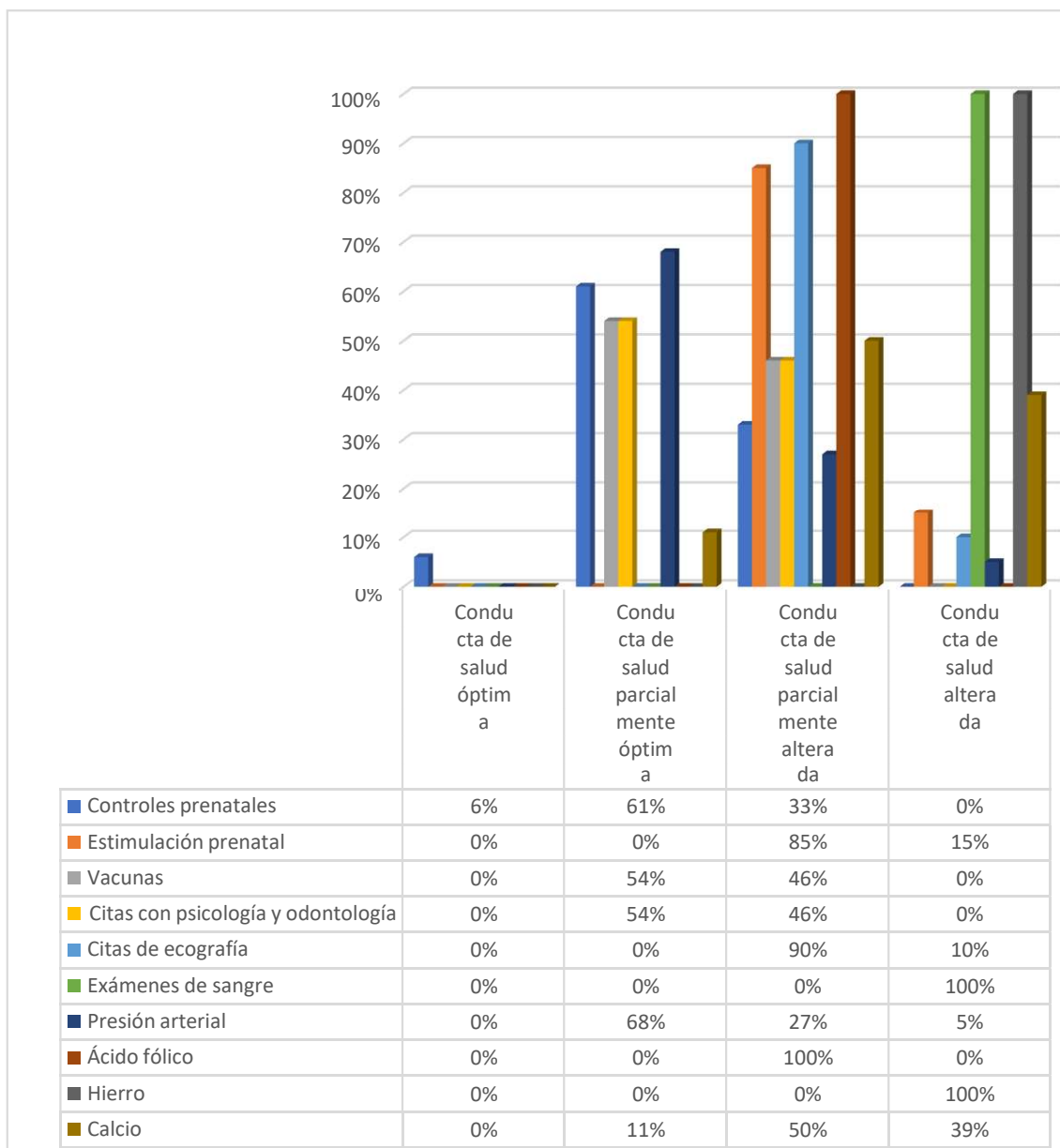
Autocuidado específico de salud

ítem	Conducta de salud óptima	Conducta de salud parcialmente óptima	Conducta de salud parcialmente alterada	Conducta de salud alterada
Asistir mensualmente a sus controles prenatales hasta	5,6%	61,1%	33,3%	0%
Acudir a un total de ___ sesiones de estimulación prenatal	0%	0%	85,2%	14,8%
Acudir a la administración de sus vacunas programadas en su carnet de gestante (influenza, tétanos y difteria) a partir del	0%	53,7%	46,3%	0%
Acudir al psicólogo y odontólogo durante todo su embarazo como mínimo	0%	53,7%	46,3%	0%
Asistir a sus ecografías abdominales antes de las	0%	0%	89,8%	10,2%
Realizar examen de hemoglobina, orina, glucosa, de VIH/SIDA y sífilis en su embarazo	0%	0%	0%	100%
Controlar su presión arterial	0%	67,6%	26,9%	5,6%
Consumir ácido fólico	0%	0%	100%	0%
Consumir hierro (sulfato ferroso o tabletas de hierro)	0%	0%	0%	100%
Consumir calcio	0%	11,1%	50%	38,9%

Fuente: Encuesta realizada a embarazadas del Hospital Básico Manglaralto.

Gráfico 7.

Autocuidado específico de salud



Fuente: Encuesta realizada a embarazadas del Hospital Básico Manglaralto.

El nivel de autocuidado específico de salud de las embarazadas fue generalmente alterado en acciones como la realización de los exámenes de sangre y el consumo de hierro y calcio.

Anexo 5. Evidencias fotográficas



Ilustración 1: participante firmando el consentimiento informado



Ilustración 2: participante firmando el consentimiento informado

 **UNIVERSIDAD ESTATAL PENÍNSULA DE SANTA ELENA**
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA 

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DE INVESTIGACIÓN

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma así como su rol en ella como participante.

La presente investigación es conducida por **RAQUEL MARYOM RODRÍGUEZ ALEJANDRO** estudiante de la Universidad Estatal Península de Santa Elena, Facultad de Ciencias Sociales y de la Salud - Carrera de Enfermería la meta de este estudio es **Conocer el nivel de autocuidado y su relación con el riesgo obstétrico de las embarazadas que asisten al Hospital Básico Manglaralto.**

Si usted accede a participar de este estudio se le pedirá contestar una encuesta la cual le tomará aproximadamente 20 minutos de su tiempo. La información que se recolectará ayudará de tal forma que el investigador pueda transcribir la respuesta que usted haya colocado. También se tomará evidencia visual que cuente con su autorización el cual las imágenes serán utilizadas para anexos y parte de la investigación para ser publicado con fines académicos.

La participación de este estudio es estrictamente voluntario y anónima. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de la investigación. Sus respuestas al cuestionario serán codificadas usando un número de identificación y, por lo tanto, serán anónimas. Una vez transcritos los resultados de las encuestas esta evidencia se eliminará.

Si tiene alguna duda sobre este estudio, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación. Igualmente, hoy puede retirarse en cualquier momento sin que eso le perjudique en ninguna forma. Si tiene alguna duda sobre las preguntas planteadas puede pedir ayuda de la persona a cargo de la encuesta.

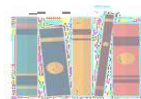
Se agradece su participación.

Aceptó participar voluntariamente en esta investigación, conducida por Raquel Maryom Rodríguez Alejandro. He sido informada sobre el objetivo de estudio.
Me ha indicado también que debo responder preguntas en una encuesta a profundidad, lo cual tomará aproximadamente **20 minutos**.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de este estudio sin mi consentimiento. He sido informada de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que pueda retirarme del mismo cuando así lo decida. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a la investigadora al teléfono 0997822383.

Layelú Reyes Beltrán 2-9552-7-66744 *Layelú Reyes Beltrán*
Nombre del Participante N° cédula Firma

Ilustración 3: Evidencia fotográfica de consentimiento informado firmada por participantes.



La Libertad, 08 de Febrero del
2023

001-TUTOR SSH-2023 CERTIFICADO

ANTIPLAGIO

En calidad de tutor del trabajo de titulación denominado **NIVEL DE AUTOCUIDADO EN EMBARAZADAS Y SU RELACIÓN CON EL RIESGO OBSTÉTRICO. HOSPITAL BÁSICO MANGLARALTO. SANTA ELENA – 2022**, elaborado por

RAQUEL MARYOM RODRIGUEZ ALEJANDRO estudiante de la Carrera de Enfermería. Facultad de Ciencias Sociales y de la Salud perteneciente a la Universidad Estatal Península de Santa Elena, previo a la obtención del título de Licenciado en Enfermería, me permito declarar que una vez analizado en el sistema antiplagio URKUND, luego de haber cumplido los requerimientos exigidos de valoración, el presente trabajo de titulación se encuentra con el 1 % de la valoración permitida, por consiguiente, se procede a emitir el presente informe.



Firmado electrónicamente por:
SONNIA APOLONIA
SANTOS HOLGUIN

Atentamente,

Lic. Sonnia A. Santos Holguín, MSc.
Tutor de trabajo de titulación




Reporte Urkund.

Ouriginal
by Turnitin

Document Information

Analyzed document	TESIS DE RAQUEL MARYOM RODRÍGUEZ ALEJANDRO.docx (D158203683)
Submitted	2/9/2023 2:33:00 AM
Submitted by	
Submitter email	raquel.rodriguezalejandro@upse.edu.ec
Similarity	1%
Analysis address	ssantos.upse@analysis.orkund.com

Sources included in the report

SA	Tesis Bryan Urkund.docx Document Tesis Bryan Urkund.docx (D65047762)		1
SA	TESIS CRISTHIAN RODRIGUEZ PARA URKUND.docx Document TESIS CRISTHIAN RODRIGUEZ PARA URKUND.docx (D45761109)		1
SA	UNIVERSIDAD ESTATAL PENÍNSULA DE SANTA ELENA / PROYECTO DE TITULACIÓN LAURA TIGRERO.docx Document PROYECTO DE TITULACIÓN LAURA TIGRERO.docx (D107116403) Submitted by: laura.tigrero18@outlook.com Receiver: jmonserrate.upse@analysis.orkund.com		1

Adjunto reporte de similitud.

Sources included in the report

SA	Tesis Bryan Urkund.docx Document Tesis Bryan Urkund.docx (D65047762)		1
SA	TESIS CRISTHIAN RODRIGUEZ PARA URKUND.docx Document TESIS CRISTHIAN RODRIGUEZ PARA URKUND.docx (D45761109)		1
SA	UNIVERSIDAD ESTATAL PENÍNSULA DE SANTA ELENA / PROYECTO DE TITULACIÓN LAURA TIGRERO.docx Document PROYECTO DE TITULACIÓN LAURA TIGRERO.docx (D107116403) Submitted by: laura.tigrero18@outlook.com Receiver: jmonserrate.upse@analysis.orkund.com		1