



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

TEMA:

Diseño de una estrategia educativa para prevención del bajopeso al nacer en cuatro consultorios de medicina familiar y comunitaria. Centro Salud Pascuales.
Año 2021.

AUTOR:

Richard Rolando Sánchez Suarez

Trabajo de investigación previo a la obtención del título de:
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

DIRECTORA:

Ana María Viteri Jaramillo

GUAYAQUIL – ECUADOR

2021



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Certificamos que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por el Dr. Richard Rolando Sánchez Suarez, como requerimiento parcial para la obtención del Título de Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.

Guayaquil, a los 20 días del mes de noviembre del año 2021

DIRECTORA DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN:

Dra. Ana María Viteri Jaramillo

DIRECTOR DEL PROGRAMA:

Dr. Xavier Francisco Landívar Varas



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD:

Yo, Richard Rolando Sánchez

SuarezDECLARO QUE:

El Trabajo de investigación: Diseño de una estrategia educativa para prevención del bajo peso al nacer en cuatro consultorios de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro salud Pascuales. Año 2021, previo a la obtención del Título de Especialista, ha sido desarrollado en base a una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros, conforme a las citas que constan en el texto del trabajo, y cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance científico del Trabajo de Tesis mencionado.

Guayaquil, a los 20 días del mes de noviembre del año 2021

EL AUTOR:

Dr. Richard Rolando Sánchez Suarez



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

AUTORIZACIÓN:

Yo, Richard Rolando Sánchez Suarez.

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la publicación en la biblioteca de la institución del trabajo de investigación de Especialización titulado: *Diseño de una estrategia educativa para prevención del bajo peso al nacer en cuatro consultorios de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro salud Pascuales.*

Año 2021, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 20 días del mes de noviembre del año 2021

EL AUTOR:

Dr. Richard Rolando Sánchez Suarez

URKUND

Document Information

Analyzed document Sanchez Suarez Richard Rolando.pdf (D130593710)
Submitted 2022-03-16T19:30:00.0000000
Submitted by
Submitter email richard.sanchez02@cu.ucsg.edu.ec
Similarity 2%
Analysis address xavier.landivar.ucsg@analysis.orkund.com

Sources included in the report

Universidad Católica de Santiago de Guayaquil / Ortega Pino Erika Noelia.pdf
Document Ortega Pino Erika Noelia.pdf (D130623232)
Submitted by: erika.ortega@cu.ucsg.edu.ec
Receiver: xavier.landivar.ucsg@analysis.orkund.com

SA

Agradecimiento

En primer lugar agradezco a Dios por permitirme alcanzar un objetivo más en la vida y ser el guía en mi proyecto de vida, el que ha permitido que las metas alcanzadas se conviertan en conquistas, que me edifican como ser humano en servicio de los demás. A mis maestros por el conocimiento impartido a diario, por enseñarnos el significado de la medicina en servicio del prójimo, a tener una visión integral. A mi enamorada por siempre ser mi apoyo en todo momento.

Dedicatoria

A Dios por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado salud para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor. A mis Padres y hermanos quienes han sido los mentores en mi vida y en el largo camino que he emprendido en la educación y preparación para enfrentarme al mundo cambiante actual. Y los cuales en los momentos más difíciles fueron el fundamento para poder pasar las adversidades. Me enseñaron el significado de una familia.



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

LANDÍVAR VARAS, XAVIER FRANCISCO
DIRECTOR DEL POSGRADO

ARANDA CANOSA, SANNY
COORDINADORA DOCENTE

BATISTA PEREDA, YUBEL
OPONENTE



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

III COHORTE

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

TEMA: Diseño de una estrategia educativa para prevención del bajo peso al nacer en cuatro consultorios de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro salud Pascuales. Año 2021.

POSGRADISTA: Richard Rolando Sánchez Suárez.

FECHA: 20 Noviembre del 2021.

| No. | MIEMBROS DEL TRIBUNAL | FUNCIÓN | CALIFICACIÓN TRABAJO ESCRITO /60 | CALIFICACIÓN SUSTENTACIÓN /40 | CALIFICACIÓN TOTAL /100 | FIRMA |
|-----|---------------------------|---------------------------|----------------------------------|-------------------------------|-------------------------|-------|
| 1 | DR. XAVIER LANDÍVAR VARAS | DIRECTOR DEL POSGRADO MFC | | | | |

| | | | | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------|--|--|--|--|
| 2 | DRA. SANNY ARANDA CANOSA | COORDINADORA DOCENTE | | | | |
| 3 | DR.YUBEL BATISTA PEREDA | OPONENTE | | | | |
| NOTA FINAL PROMEDIADA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN | | | | | | |

Observaciones: _____

Lo certifico

DR. XAVIER LANDÍVAR VARAS

DIRECTOR DEL POSGRADO

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

DR.YUBEL BATISTA PEREDA

OPONENTE

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

DRA. SANNY ARANDA CANOSA

COORDINADORA DOCENTE

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

ÍNDICE GENERAL

| | |
|---|-------|
| RESUMEN..... | XVII |
| ABSTRACT | XVIII |
| 1 INTRODUCCIÓN | 2 |
| 2 EL PROBLEMA..... | 2 |
| 2.1 IDENTIFICACIÓN, VALORACIÓN Y PLANTEAMIENTO..... | 3 |
| 2.2 FORMULACIÓN | 3 |
| 3 OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS..... | 4 |
| 3.1 GENERAL..... | 4 |
| 3.2 ESPECÍFICOS..... | 4 |
| 4 MARCO TEÓRICO | 5 |
| 4.1 Marco conceptual. | |
| 4.1.1 Atención médica durante el embarazo y atención primaria en salud..... | 5 |
| 4.1.2 Determinantes socio económicos de la salud | 9 |
| 4.1.3 La medicina familiar | 10 |
| 4.1.4 La función del médico familiar en la atención de la embarazada | 11 |
| 4.1.5 Momento de captación de la embarazo | 12 |
| 4.1.6 Control de embarazo..... | 13 |
| 4.1.7 Nutrición en el embarazo | 14 |
| 4.1.8 Hábitos tóxicos durante el embarazo | 16 |
| 4.1.9 Alcohol en el embarazo..... | 16 |
| 4.1.10 Tabaco en el embarazo | 17 |
| 4.1.11 Drogas ilícitas..... | 17 |
| 4.1.12 Enfermedades que promueven el bajo peso al nacer | 18 |
| 4.1.13 Infección de vías urinaria en el embarazo..... | 18 |

| | |
|---|----|
| 4.1.14 La rotura prematura de membranas..... | 18 |
| 4.1.15 La preeclampsia y eclampsia | 18 |
| 4.1.19 Anemia en el embarazo | 19 |
| 4.1.20 Diabetes en el embarazo | 20 |
| 4.2 Antecedentes Investigativos... .. | 21 |
| 4.2.1 Marco Legal | 23 |
| 4.2.2 Constitución de la república del Ecuador | 23 |
| 4.1.3 Ley Orgánica de Salud..... | 24 |
| 5 MÉTODOS... .. | 25 |
| 5.1 Nivel de la investigación | 25 |
| 5.2 Tipo de investigación..... | 25 |
| 5.3 Diseño de investigación..... | 26 |
| 5.4 Justificación de la elección del método | 26 |
| 5.5 Población de estudio | |
| 5.5.1 Criterios y procedimientos de selección de la muestra o participantes del estudio | 26 |
| 5.5.2 Criterios de inclusión..... | 26 |
| 6.5.3 Criterios de exclusión..... | 26 |
| 5.6 Procedimiento de recolección de la información | 26 |
| 5.7 Técnicas de recolección de información | 26 |
| 5.8 Técnicas de análisis estadístico | 27 |
| 5.9 Variables... .. | 30 |
| 5.9.1 Operacionalización de variables | 30 |
| 6 PRESENTACIÓN DE RESULTADOS Y DISCUSIÓN..... | 36 |
| 7 CONCLUSIONES... .. | 52 |
| 8. VALORACIÓN CRÍTICA DE LA INVESTIGACIÓN..... | 52 |
| REFERENCIAS | 54 |
| ANEXOS... .. | 61 |

ÍNDICE DE TABLAS

| | |
|--|----|
| TABLA 1: Distribución de los recién nacidos en relación bajo peso y el sexo al nacer de 4 consultorios del Centro de Salud Pascuales año 2021 | 36 |
| TABLA 2: Distribución de la madre del recién nacido según edad. Consultorio. De 4 consultorios del Centro de salud Pascuales. Año 2021 | 37 |
| TABLA 3: Distribución de Tabla 3. Distribución de madre del recién nacido según ocupación. De 4 Consultorios. Centro de salud Pascuales. Año 2021 | 38 |
| TABLA 4: Distribución de madre del recién nacido según escolaridad. De 4 Consultorios del Centro de salud Pascuales. Año 2021. | 39 |
| TABLA 5: Distribución de las madres del recién nacido según estado civil. De 4 Consultorios del Centro de salud Pascuales. Año 2021. | 40 |
| TABLA 6: Distribución de Tabla 6. Distribución de las familias según ingreso económico. De 4 Consultorios del Centro de salud Pascuales. Año 2021. | 41 |
| TABLA 7: Distribución de la población según hábitos alimentarios. De 4 Consultorio. Centro de salud Pascuales. Año 2021 | 42 |
| TABLA 8: Distribución de la captación de la embarazada según el momento de la captación en el embarazo. De 4 Consultorio del Centro de salud Pascuales. Año 2021 | 43 |
| TABLA 9: Distribución de la embarazada según el número de controles | |

| | |
|---|----|
| Mayores de 5 en el embarazo. De 4 Consultorio del Centro de salud Pascuales. Año 2021 | 44 |
| TABLA 10: Distribución de la embarazada según el estado nutricional por índice masa corporal. De 4 Consultorio del Centro de salud Pascuales. Año 2021 | 45 |
| TABLA 11. Distribución de la embarazada según el consumo de sustancias tóxicas. De 4 Consultorio del Centro de salud Pascuales. Año 2021. | 46 |
| TABLA 12: Distribución de la embarazada según los antecedentes patológicos personales. De 4 Consultorio del Centro de salud Pascuales. Año 2021 | 47 |
| TABLA 13: Distribución de la embarazada antecedentes Gineco- obstetricos. De 4 Consultorio del Centro de salud Pascuales. Año 2021. | 48 |
| TABLA 14: Distribución del lugar para el desarrollo de la actividad educativa de la información sobre el bajo al nacer. De 4 Consultorio del Centro de salud Pascuales. Año 2021..... | 49 |
| TABLA 15: Distribución del número de personas por capacitación de la información sobre el bajo al nacer. De 4 Consultorio del Centro de salud Pascuales. Año 2021 | 50 |
| TABLA 16: Distribución de horario de capacitación de la información sobre el bajo al nacer. De 4 Consultorio del Centro de salud Pascuales. Año 2021 | 50 |
| TABLA 17: Distribución del componente tipo de actividad para capacitación de la información sobre el bajo al nacer. De 4 Consultorio del Centro de salud Pascuales. Año 2021 | 51 |

TABLA 18: Distribución de la duración de actividad para capacitación de la información sobre el bajo al nacer. De 4 Consultorio del Centro de salud Pascuales. Año 202152

ÍNDICE DE ANEXOS

| | |
|--|----|
| ANEXO 1: Consentimiento informado..... | 68 |
| ANEXO 2: Consentimiento informado..... | 69 |
| ANEXO 3: Encuesta..... | 71 |

RESUMEN

Antecedentes: El bajo peso al nacimiento (BPN) es un problema de salud pública mundial, que impacta sobre la mortalidad neonatal e infantil. Entre los múltiples factores asociados al BPN se han señalado las características antropométricas, nutricionales, socioculturales y demográficas de la madre; los antecedentes obstétricos y condiciones patológicas que afectan la funcionalidad y suficiencia placentaria, así como las alteraciones propiamente fetales. **Métodos:** Se realizó una investigación de tipo observacional prospectivo descriptivo y de corte transversal de los cuatro consultorios que atiende el posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria. **Resultados:** La edad que predominó masculino con 59,3%, seguido de la edad madre de 20-24 años el 32,3%, ama de casa 38,5%, con un nivel de escolaridad secundaria 32,3%, estado civil unión libre 56,9%, nivel socio económico bajo 52,3%, consumo de sustancias tóxicas 90,8%. La hipertensión arterial 42,6% como antecedentes patológicos personales, infección de vías urinarias 36,9% antecedentes obstétricos, no tuvo conocimientos de bajo peso al nacer.

Conclusiones: Existe desconocimiento sobre los factores de riesgo bajo peso al nacer. Por cuanto la intervención educativa en este campo permitirá modificar factores de riesgo y adquirir conductas y hábitos saludables. Predominaron los nacimientos de peso normal seguido muy cerca de bajo peso al nacer. El grupo de edad que predominó en el estudio fue el de 20 a 24 años, siendo la ocupación ama de casa la predominante, el nivel de escolaridad secundaria sin terminar y estado civil unión libre. El nivel socioeconómico bajo. Los factores de riesgo en antecedentes patológicos personales destacaron hipertensión arterial y obstétrica la infección de vías urinarias.

Palabras Clave: Bajo peso al nacer, factores de riesgos, Estrategia, Educación, atención primaria de salud, Medicina Familiar y Comunitaria.

ABSTRACT

Background: Low birth weight (LBW) is a global public health problem that impacts neonatal and infant mortality. Among the multiple factors associated with LBW, the anthropometric, nutritional, sociocultural, and demographic characteristics of the mother have been pointed out; obstetric antecedents and pathological conditions that affect placental function and sufficiency, as well as properly fetal disorders. **Methods:** A descriptive prospective observational and cross-sectional investigation was carried out in the four clinics that serve the Family and Community Medicine graduate program.

Results: The age predominated male with 59.3%, followed by the mother age of 20-24 years 32.3%, housewife 38.5%, with a level of secondary education 32.3%, civil status free union 56.9%, low socio-economic level 52.3%, adequate eating habits 66.2%, moment of capture adequate 90.8%, consumption of toxic substances 90.8%. Arterial hypertension 42.6% as personal pathological history, urinary tract infection 36.9% obstetric history, had no knowledge of low birth weight. **Conclusions:** There is a lack of knowledge about risk factors for low birth weight, since educational intervention in this field will allow modifying risk factors and acquiring healthy behaviors and habits. Births of normal weight prevailed, followed closely by low birth weight. The age group that predominated in the study was between 20 and 24 years old, with the predominant occupation being housewife, the level of secondary schooling without finishing, and the marital status of a free union. The low socioeconomic level was the most found. Within the search for protective factors for low birth weight, high blood pressure and urinary tract infection stood out as risk factors in personal pathological history.

Keywords: Low birth weight, risk factors, Strategy, Education, primary health care, Family and Community Medicine.

1. INTRODUCCIÓN

El bajo peso al nacer (BPN) es un problema médico general que afecta a la mortalidad neonatal y del bebé. Entre las numerosas variables relacionadas con el bajo peso al nacer se encuentran las cualidades antropométricas, alimentarias, socioculturales y de segmento de la madre; los antecedentes obstétricos y las circunstancias obsesivas que influyen en la utilidad y adecuación de la placenta, así como los ajustes fetales. La Organización Mundial de la Salud (OMS) lo caracteriza como el peso al nacer inferior a 2.500 g (5,5 libras).

Se calcula que entre el 15% y el 20% de todos los nacimientos son de bajo peso, lo que supone más de 20 millones de nacimientos al año. Uno de los objetivos fijados por la OMS es lograr una disminución del 30% en la cantidad de niños concebidos con un peso inferior a 2.500 g para 2025. Esto se traduciría en una disminución general del 3% cada año en algún punto entre 2012 y 2025 y una disminución de aproximadamente 20 millones de los cerca de 14 millones de niños con bajo peso al nacer.(1)

En Ecuador para el año 2018, existe un nivel de 8,7% de nacidos vivos con bajo peso al nacer. La evitación del bajo peso al nacer (BPN) es unanecesidad de bienestar general en todo el mundo y establece un activo útil para la disminución de la mortalidad infantil, por lo que el Sistema Nacional deSalud del Ecuador tiene como importancia fundamental la consideración de las damas de alto riesgo para esta problemática en la etapa de asunción y pre-parto (2). Estos problemas médicos prevalecen en naciones con condiciones financieras negativas (3). Los niños considerados de bajo peso alnacer son aquellos concebidos con un peso inferior a 2500 gramos, mientrasque los concebidos con un peso entre 2500 y 2999 gramos son delegados enpeligro. (4)

Como un componente de los acuerdos públicos para lograr una población con una posibilidad superior de ser sólida, y dentro de la estructura de la responsabilidad mundial aceptada correspondiente a los Objetivos de Desarrollo del Milenio de las Naciones Unidas, el Gobierno Nacional de la

República del Ecuador, a través del Ministerio de Salud Pública, unes esfuerzos y a través de impulsos como el Plan Nacional para el Buen Vivir, el Modelo de Atención Integral de Salud con enfoque familiar, local e intercultural, y el Plan Nacional para la Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y Neonatal, se propone desarrollar aún más el acceso, la idealidad, la progresión y la naturaleza de los servicios médicos, el Modelo de Atención Integral de Salud con enfoque familiar, local e intercultural, y el Plan Nacional para la Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y Neonatal, significa desarrollar aún más el acceso, la practicidad, la congruencia y la naturaleza de la atención a las señoras en edad fértil y a los infantes en las organizaciones comunes de consideración obstétrica y neonatal fundamentales.(4)

2. EL PROBLEMA

2.1 Identificación, Valoración y Planteamiento

Se estima que entre el 15% y el 20% de los niños recién concebidos en el mundo tienen bajo peso al nacer, lo que representa más de 20 millones de jóvenes cada año.(4) Se ha contabilizado que alrededor del 72,7% de los fallecimientos neonatales en las naciones latinoamericanas están relacionados con el bajo peso al nacer. De los bebés con bajo peso al nacer que salen adelante, se evalúa que entre el 13 y el 24% experimentan problemas neurológicos y entre el 6 y el 13% tienen carencias escolares, que repercuten en la transformación amistosa y la satisfacción personal. El bajo peso al nacer es el principal indicador de la mortalidad infantil de los recién nacidos y la principal variable relacionada con los más de 5 millones de fallecimientos neonatales que se producen cada año en el mundo.

En América Latina, la proporción de niños con bajo peso al nacer oscila entre el 5,7% y el 12%(5). En Ecuador, el fallecimiento de la madre es un problema, ya que se ha registrado que 160 mujeres mueren por cada 100.000 nacidos vivos, en el año 2018, hay un nivel de 8,7% de nacidos vivos con bajo peso.(4)

2.2 Formulación

¿Qué elementos se deben considerar para el diseño de una estrategia educativa para la prevención de bajo peso al nacer en el centro de salud Pascuales?

3. OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS

3.1 General

Diseño de una estrategia educativa para prevención del bajo peso al nacer en cuatro consultorios de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro salud Pascuales. Año 2021.

3.2 Específicos

- Determinar la prevalencia de bajo peso al nacer.
- Caracterizar la población de estudio según variables sociodemográficas.
- Identificar los factores de riesgo de bajo peso al nacer en la población y el nivel de conocimiento sobre factores de riesgo de bajo peso al nacer.
- Definir los componentes de la estrategia educativa.
- Elaborar la estrategia educativa para la prevención de bajo peso al nacer en el centro de salud Pascuales.

4. MARCO TEÓRICO

4.1 Marco conceptual.

Se trata de un elemento complicado, que incorpora a los niños prematuros (traídos al mundo antes de las 37 semanas de crecimiento), a los recién nacidos a término que son pequeños para su edad gestacional, y a los recién nacido en los que se consolidan las dos condiciones, y en los que se producirán con mayor frecuencia los resultados más antagónicos. Estas tres agrupaciones tienen sus propios subgrupos, con componentes relacionados con diversos elementos causales e impactos a largo plazo, y cuyas circulaciones en la población dependen de los factores de las variables causales básicas. Bajo peso al nacer va de 2.500 a 1.501; muy bajo peso al nacer igual o menor 1.500 y bajo peso extremo peso inferior a 1.000 (7)

La OPS agrupa los factores de riesgo relacionados con el BPN como sociodemográficos, preconceptionales, gestacionales, ecológicos, de conducta y estilos de vida saludables. Los estudios sobre el BPN abordan regularmente varios factores de riesgo relacionados de un modo u otro; en cualquier caso, la mayoría de los trabajos no están normalizados en cuanto al tipo de BPN que se considera o a la edad de los elementos que retratan, y pueden comprobarse los contrastes. En cualquier caso, hay factores que han sido una y otra vez asociados al de riesgo, como los de inicio característico. Los bebés con bajo peso al nacer presentan como enfermedad neonatal: asfixia , bronco aspiración meconio, hipotermia, hipoglucemia, hipocalcemia y policitemia, sin perjuicio de las infecciones relacionadas con la inmadurez neonatal y los impactos de las factores etiológicas que entregaron el bajo peso al nacer. Estos recién nacidos más indefensos y terminan en la hospitalización y con enfermedades infecciosas graves. Aquellos con bajo peso al nacer relacionados con la malnutrición de la madre dependen en última instancia de tres veces riesgo de fallecer a pasar que los bebés eutróficos, en infecciones intestinales que lo llevan a la deshidratación, enfermedad respiratoria intensa o el sarampión en la remota posibilidad de que no están vacunados. Tienen mayor probabilidad de fallecer de las enfermedades se mantiene incluso en adultos jóvenes que tuvieron BPN, con

un riesgo hasta múltiples veces mayor que los bebés eutróficos.(22)

Variables sociales influyen en el bajo peso al nacer, ya que no existen proyectos que garanticen una correcta atención prenatal que pueda ofrecer a las mujeres gestación y después del embarazo una guía de atención correcta nutricional. Las cuestiones sociales están firmemente conectadas con las cuestiones legislativas, la economía y los marcos sociales de cada nación, en los que destacan el clima, la innovación y los individuos, de los que depende la cantidad y la naturaleza del impulso de los activos humanos, financieros y jerárquicos, y que a nivel familiar haya un régimen nutricional satisfactorio, que la atención materna y de los niños sea suficiente, que las administraciones de agua y consultas médicas, lo que aseguraría una rutina alimenticia razonable y prevendría el comienzo de las enfermedades, disminuyendo en consecuencia la falta de sustento saludable del feto intrauterino y el bajo peso al nacer.(22)

4.1.1 Atenciones médicas durante el embarazo y Atención primaria en salud.

Atención primaria en salud (APS) es la Atención Sanitaria a la luz de las técnicas y los avances básicos, basados en la deducción y socialmente adecuados, dentro del ámbito de las personas, las familias y el área local; a un costo satisfactorio para el área local y la nación para que pueda cubrir cada fase progresiva. La atención prenatal es un conjunto de actividades de atención médica que se presentan como visitas reservadas o reuniones con el grupo de servicios médicos y la mujer embarazada para examinar el desarrollo del embarazo y garantizar una preparación satisfactoria para el parto y la crianza del bebé, (34)

Los cuatro atributos que debe cumplir la Atención Primaria Salud.

Accesibilidad: Disponibilidad y primer contacto, donde debe haber un simple ingreso en el marco del bienestar.

Longitudinalidad, en la que se debe establecer una conexión individual e ininterrumpida entre el médico y el paciente.

Integralidad, que da respuesta a las necesidades de bienestar más continuas de la zona.

Coordinación, que implica un trabajo conjunto entre los médicos de Atención Primaria y los diferentes expertos en la materia. (34)

La Atención Primaria es prestada por expertos preparados prevalentemente en lugares de Atención Primaria, centros de salud centrándose en el bienestar general de las personas y en redes totalmente intencionadas para dar servicios médicos fundamentales convincentes, teniendo en cuenta el clima en el que se presenta, donde vive el paciente.(34)

Los cuatro atributos que debe cumplir la Atención Primaria.

Accesibilidad y primer contacto, donde debe existir un fácil acceso al sistema sanitario.

Longitudinalidad, donde se debe establecer una relación personal y continua entre el médico y paciente.

Integralidad, que da solución a las necesidades de salud más frecuentes de la comunidad.

Coordinación, que significa un trabajo en conjunto entre los médicos de Atención Primaria y otros especialistas. (34)

Empezamos a discutir los determinantes significativos de la salud de las personas y los pueblos, empezando por la revisión presentada por Marc Lalonde en 1974. Lalonde era un asesor jurídico y legislador que ocupó el cargo de Ministro de Salud Pública de Canadá y nombró una comisión a cargo de una reunión de expertos en transmisión de enfermedades para estudiar, en una prueba delegada, los motivos significativos de muerte e infección entre los canadienses.

Determinantes salud son el conjunto de variables individuales, sociales, financieras y ecológicas que deciden el estado de bienestar de las personas o poblaciones. (41)

4.1.2 Determinantes socio económicos de la salud

Empezamos a debatir los determinantes significativos del bienestar de las personas y los pueblos, empezando por la revisión presentada por Marc Lalonde en 1974. Lalonde era un abogado y legislador que ocupó el cargo de Ministro de Salud Pública de Canadá y encargó una revisión a una reunión de expertos en transmisión de enfermedades para estudiar, en un examen delegado, las razones significativas de la muerte y la enfermedad entre los canadienses.

Los determinantes del bienestar son el conjunto de factores individuales, sociales, financieros y naturales que deciden el estado de salud de las personas y las poblaciones. (41)

- Clima: relacionado con los elementos ecológicos físicos y orgánicos, la contaminación barométrica, la contaminación de los compuestos, la contaminación del suelo, del agua y del aire, y los factores socio-sociales y psicosociales relacionados con la vida de la misma manera,
- Estilos de vida: relacionadas con los patrones dietéticos individuales y de reunión, el trabajo actual, las adicciones, las formas de comportamiento arriesgadas o locas, el movimiento sexual, el uso de administraciones de bienestar, etc.
- - La ciencia humana, relacionada con las perspectivas hereditarias y la edad de los individuos.
- - Atención médica: que tiene que ver con la calidad, la apertura y la financiación de las administraciones de bienestar servicios de salud que atienden a las personas y a la población.(41)

Los diferentes elementos encontrados fueron la ausencia de protección, el bajo nivel económico, el bajo grado de escolaridad, el estado conyugal distinto al de casada, el hogar en zonas, la falta de trabajo, la ausencia de información sobre la importancia de los exámenes prenatales, el deficiente clima de la oficina y las distancias significativas a la comunidad de bienestar.(42)

El embarazo juvenil sigue siendo un problema social y de bienestar, adaptado por variables de segmento, financieras, mentales e instructivas, entre las que

destacan: el inicio temprano de las relaciones sexuales, el nivel de tutoría, la región en la que viven los jóvenes, el hecho de tener un lugar con una familia desestructurada y los malos hábitos de comportamiento.(45)

A pesar de los avances en la búsqueda y tratamiento de las enfermedades, la evitación es el método más dinámico para lograr una vida sana y noble.(41)

4.1.3 La medicina familiar

La Medicina de Familia es la especialidad clínica de la Atención Primaria, que presta una atención de gran alcance al individuo y a la familia con respecto al ámbito local. Su conjunto de experiencias depende de la costumbre del médico de familia y tiene un pasado lleno de más de 40 años de presencia en el planeta. El acto de la Medicina de Familia requiere un cambio de la cosmovisión biomédica a la cosmovisión biopsicosocial y depende de puntos de apoyo como la integralidad, la congruencia, la coordinación de los cuidados y la dirección familiar. Hoy en día esta fuerza, así como la Atención Primaria de Salud, son más importantes que en cualquier otro momento en la memoria reciente. (35)

El Médico de Familia es un experto con un perfil expansivo de ejercicios para responder a las dificultades que debe mirar un experto a nivel de servicios médicos esenciales.(35)

- Atender clínicamente a niños, jóvenes, adultos, ancianos y mujeres embarazadas, de forma amplia y coordinada, incluyendo a su familia y área local.
- Abordar más del 80% del asesoramiento en AP, incluyendo: el mantenimiento del bienestar, las patologías crónicas en su fase subyacente, el control de las patologías en curso, así como las cuestiones de conducta psicológicas, en vista de la Medicina Basada en la Evidencia.
- Dar consideración y asesoramiento a las familias en peligro o que merecen esta mediación.
- Crisis de emergencias en Atención Primaria.
- Ejecutar actividades de gestión según la asociación de bienestar

general de la salud pública.

- Participar eficazmente en la transmisión de datos esenciales a la población y en la educación para fortalecer al individuo, la familia y el entorno local mediante la promoción en salud y la lucha contra las infecciones.
- Aplicar la estrategia lógica para la búsqueda y la forma de tratar las condiciones médicas del individuo, la familia y el área local.(35)

4.1.4 La función del médico familiar en la atención de la embarazada.

Era típico que los médicos de cabecera acudieran a los partos y atendían a los recién nacidos. Sin embargo, el desarrollo de las especialidades médicas y la degradación del médico general en nuestro país a lo largo de la práctica. Hoy en día, la recuperación de las capacidades del médico de familia, el encuentro pre-natal y el control del embarazo (CE). El riesgo obstétrico no es inseparable de la referencia. Una mujer embarazada que fuma y que además tiene una enfermedad respiratoria o urinaria o problemas potencialmente psicosociales podría ser mejor tratada por el médico de familia que por otros expertos en la materia.

La mayoría de los gestantes son bajo riesgo son generalmente seguros y en estos embarazos la mayoría de las visitas pre-parto deben ser realizadas por el médico de familia, a pesar de que puede ser útil que el obstetra realice algunas comprobaciones. Los embarazos de alto riesgo (EAR) deben ser atendidos de forma individualizada, compartida y extremadamente organizada, entre el obstetra y el médico de familia. En el EAR, la embarazada y su familia pueden beneficiarse mucho más del enfoque biopsicosocial del médico de familia. Esta es una receta decente que se ha mantenido en muchos focos. En Ecuador, el CNP se amplió al 52% entre 1999 y 2004 con la ejecución de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia, sancionada en 1994, y al 71,5% entre 2007 y 2012, cuando la nueva Constitución de la República de 2008 estableció la gratuidad de los servicios de salud para todos los grupos de población. En 2009, la inclusión de no menos de uno y algo así como 4 controles prenatales durante el embarazo llegó al 84 y 57%, individualmente.(40)

Satisfacción de las mujeres cuando el médico de familia hace control de embarazo. Hay pruebas de que hay más satisfacción con el médico de familia que con el obstetra. En los Estados Unidos hubo un enfrentamiento extremo entre los médicos de familia y los obstetras. Es importante realizar la control de embarazo simultáneamente entre ellos. Un modelo común parece ser sorprendente. De 10 visitas previas al parto, 2-3 por el obstetra y 7 por el médico.

Entre las razones de la muerte materna organizadas por el retraso, el retraso en la decisión de buscar ayuda (aplazamiento 1), el aplazamiento relacionado con el retraso en llegar a una Hospital (aplazamiento 2), y el aplazamiento en conseguir un tratamiento adecuado (aplazamiento 3) podrían evitarse mediante el alistamiento temprano de la mujer embarazada y una atención suficiente antes del parto. (40)

4.1.5 Momento de captación de la embaraza.

La hora de la captación se conoce como la reunión principal que el médico realiza a la paciente embarazada. Se sugiere que el examen principal se realice lo antes posible (primer trimestre de embarazo) y que se centre en distinguir y descartar patologías excepcionales.

La Búsqueda Activa Comunitaria (BAC) se caracteriza por ser una actividad proactiva para el descubrimiento de casos que, de manera imprevista, no fueron informados o colocados en el marco. Es un manantial adicional de datos y un aparato de control de calidad para el reconocimiento rutinario, ya que permite distinguir los casos que se escapan del sistema de salud (40)

El BAC es una técnica ampliamente involucrada en el reconocimiento epidemiológico, particularmente para ejercicios de vacunación. En 2014 fue adoptada y ajustada por el Ministerio de Salud Pública de Ecuador (MSP) para captar a las embarazadas y puérperas que no habían sido reconocidas recientemente y para realizar un desarrollo ostensible de las personas que dieran indicios de riesgo en su embarazo o post embarazo, asegurando posteriormente su consideración satisfactoria y conveniente.(40)

4.1.6 Control de embarazada.

La atención prenatal es una metodología centrada en la localización temprana de los riesgos del embarazo, la contrarrestación de las complejidades y la preparación de la embarazada para el parto y la crianza. Cada mujer embarazada normal tendrá alrededor de 10 revisiones prenatales por parte del médico de familia y 4 de ellas en interconsultas con el experto en Ginecología y Obstetricia del Grupo Básico de Trabajo. El efecto de los cambios en la atención previa al parto según lo indicado por las agrupaciones clínicas, financieras, de segmentos y de apuestas sociales. El estado de bienestar previo, así como la edad, la formación, la indigencia y las circunstancias naturales, parecen alterar los impactos de la atención prenatal.(39)

El escrito accesible propone que la naturaleza de la atención prenatal depende de diferentes elementos sociodemográficos y sociales, como la edad materna, la identidad, el salario, la igualdad, el nivel de instrucción, la situación financiera, la asociación del marco de bienestar y el estado conyugal.(39)

La atención prenatal es un conjunto de ejercicios y técnicas que el grupo de bienestar ofrece a las mujeres embarazadas para distinguir los factores de riesgo en la mujer embarazada y las enfermedades que podrían influir en el curso normal del embarazo y la salud del bebé. La cobertura de la atención prenatal se caracteriza por el número de gestantes que acudieron a la atención prenatal antes del parto. (39)

Últimamente se ha discutido la caracterización del número ideal de controles prenatales (CPN) y la recurrencia (3,4). En 2007 la OMS dedujo que las embarazadas de bajo riesgo obstétrico podían tener cuatro CPN. El Ministerio de Salud Pública considera que una embarazada debe ser atendida en caso de que tenga algo así como seis CPN, dispersas de la siguiente manera: Dos anteriores a las 22 semanas, el tercero en algún lugar del rango de 22 y 24 semanas, el cuarto en algún lugar del rango de 27 y 29 semanas, el quinto en algún lugar del rango de 33 y 35 semanas y el sexto entre 37 y el último tramo de siete días de desarrollo. (42)

De ahí que se confíe en la atención prenatal para identificar y tratar cuanto antes los problemas obstétricos y perinatales. La principal alude a las ocasiones que se producen en las mujeres embarazadas y que pueden repercutir negativamente en el bienestar y la prosperidad de la madre y el niño. Las ocasiones de desolación más habituales son: el alta, las enfermedades, la toxemia y los problemas de hipertensión del embarazo. Por otra parte, el enfermedades perinatal incorpora neonatos prematuros, por ejemplo, alergias, asfixia, distorsiones innatas, bajo peso al nacer y condición de distres respiratorio.(43)

4.1.7 Nutrición en el embarazo.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) plantea que la alimentación es la base que afecta y caracteriza la fuerza de toda la población; es el método para desarrollarse, crear y trabajar, jugar, oponerse a las contaminaciones y llegar a nuestra máxima capacidad como personas y como público en general.(37)

Durante la gestación, el cuerpo de la mujer se adapta a los cambios hormonales, físicos y de salud, por lo que es fundamental que la mujer tenga una rutina de alimentación que garantice la fortaleza de la madre y del bebé. Avanzar en un régimen alimenticio sólido que se mantenga alejado de la falta de sustento saludable o de la admisión de suplementos en abundancia es un elemento fundamental durante los cuidados previos al parto. (38)

La OMS sugiere un aporte extra de 285 kcal/día para las mujeres embarazadas en caso de que sean realmente dinámicas, y de 200 kcal/día en cualquier caso. El nivel de energía procedente de las grasas debe ser superior al 20% de la energía total consumida, para favorecer la ingesta de grasas insaturadas fundamentales y la asimilación de los disolventes de las grasas (nutrientes A, D, E, K). Un aumento de peso de entre 200 y 500 g/semana permite a la madre acumular de 2 a 4 kg de grasa para la lactancia. (37)

En el embarazo, es esencial evaluar la naturaleza de la rutina alimenticia de la mujer y seguir las propuestas de consumo de escala completa y de micronutrientes. La utilización de fuentes de alimentación poco suplementadas y excepcionalmente espesas se suma a la alta admisión de

energía, azúcares y grasas. Algunas propuestas dietéticas durante el embarazo son incorporar elementos de las tres clases de nutrición, como los cereales, los productos de la tierra y las verduras y variedades de alimentos de principio de criatura, aumentar la admisión de granos enteros, productos de la tierra, y mantenerse alejado de la alta admisión de carbohidratos refinados, variedades de alimentos dulces y fuentes de alimentos con alto contenido de grasas sumergidas y mantenerse alejado del licor y el tabaco, y romper la admisión de cafeína a 200 miligramos cada día por la disminución de la utilización de bebidas como el café expreso, té verde, cola, predominantemente.(38)

La desnutrición materna e infantil es generalizada en los países de bajos y medianos ingresos, lo que provoca un aumento significativo de la mortalidad y las infecciones. El impedimento, el despilfarro grave y la limitación del desarrollo intrauterino han sido responsables, en conjunto, de 2,2 millones de fallecimientos y del 21% de la incapacidad adaptada a los tramos de vida de los niños menores de 5 años. La falta de hierro es un factor de riesgo para la mortalidad materna. Cada una de estas altas mortalidades e infecciones que se producen por factores relacionados con la alimentación, hacen que sea necesario realizar intervenciones para disminuir su incidencia o sus resultados. Algunas investigaciones han relacionado este peso inadecuado al nacer con la insalubridad, los elementos financieros y la pre adolescencia. (37)

Teniendo todo en cuenta, el peso materno pre gestacional, la lista de peso, el ejemplo de aumento de peso durante el crecimiento y el aumento de peso gestacional completo son factores que deciden el peso del bebé, el peso a largo plazo y la adiposidad, factores que afectan en mayor medida a la mortalidad y el desvanecimiento neonatal, influyen en el peso de los primeros años de vida y, de este modo, en la solidez prolongada de la persona. Actualmente se sabe lo que un peso bajo o alto al nacer puede significar para el riesgo futuro de un niño de padecer diabetes, hipertensión y enfermedades cardiovasculares. (37)

4.1.8 Hábitos tóxicos durante el embarazo.

Droga se caracteriza por ser cualquier sustancia que produce dependencia que se utiliza intencionadamente para incitar sensaciones específicas o expresiones psíquicas que no se recetado con fines médicos. La dependencia de las sustancias es un problema constante de reincidencia, con una premisa natural y hereditaria, y no se espera que sea exclusivamente una reticencia o un rechazo a dejar de consumir. La OMS reconoce algunos tipos de sustancias según el tipo de actividad, el límite de formación de hábito, la dispersión y la comparabilidad. El consumo crónico de drogas es el estado claro y real provocado por la colaboración entre un ser vivo y una medicación que altera la conducta y un deseo imparable de tomar la medicación constantemente para encontrar sus impactos psíquicos y aquí y allá para mantenerse alejado de la angustia creada por la privación. La confianza puede ir acompañada de la resistencia. (33)

De este modo, hay varios elementos que hacen que el embarazo de las mujeres drogodependientes sea un embarazo de alto riesgo: por un lado, la polivalencia, la relación continua de adicción al alcohol, al tabaco y a las sustancias nocivas ilegales; por otro lado, una población de bajo nivel económico y social, con entornos cotidianos excepcionalmente problemáticos; desde un punto de vista, un control prenatal prácticamente nulo y, por último, un riesgo materno con mayor mortalidad y unos resultados perinatales más terribles. (33)

4.1.9 Alcohol en el embarazo.

Los hábitos tóxicos son la utilización incesante de una sustancia que es perjudicial para el bienestar y que a veces supone un reto para la supervivencia, sin tener en cuenta el riesgo que provoca su utilización. El licor y el tabaco son sustancias lícitas y no clínicas, a pesar de que son legítimas. Cuando se consumen, producen algún resultado en el sistema sensorial del embarazada y además deciden la resistencia y la dependencia, así como diversas actividades perjudiciales que pueden influir en el bienestar en sus ángulos psíquico, mental, social y del bebé. (29)

La utilización nociva del alcohol en los primeros tramos del embarazo podría estar relacionada con casos de interrupción temprana sin restricciones, y su

utilización entre el tercer y el octavo tramo de siete días de embarazo podría causar un riesgo más grave de distorsiones reales en la cría. El impacto del alcohol en el bebé se manifiesta a través del Síndrome Alcohólico Fetal (SAF), descrito por: modificaciones en la coordinación motriz, inconsistencias articulares, distorsiones cardíacas, disminución de la capacidad mental, entre otros, que influye en el 33% de los jóvenes traídos al mundo por madres que consumieron más de 150 g de etanol cada día. Además, la descendencia de las damas que bebieron cócteles decentemente puede presentar inquietud, falta de succión durante la lactancia, susceptibilidad, transpiración y diseños de descanso extraños, describiendo un trastorno de abstinencia. (31)

4.1.10 Tabaco en el embarazo.

El consumo de tabaco durante el embarazo tiene repercusiones antes del nacimiento (por ejemplo, interrupción prematura sin restricciones, nacimiento de un bebé muerto) y es un factor de riesgo para el desvanecimiento y la mortalidad del bebé. Destaca su labor en el inicio de la erupción, el bajo peso al nacer, los enredos respiratorios y la condición de fallecimiento abrupto del bebé. Dejar de fumar tan pronto como sea posible durante el embarazo puede disminuir los riesgos mencionados anteriormente (30)

Desde el punto de vista mental, el tabaquismo en el embarazo se ha relacionado esencialmente con la presencia de desánimo. No obstante, los estudios que evalúan otros factores mentales, por ejemplo, el estrés o el malestar, son escasos y no concluyentes (32).

4.1.11 Drogas ilícitas.

La utilización y la dependencia de sustancias ilegales, por ejemplo, la marihuana, la cocaína, las anfetaminas, la heroína, el LSD y el éxtasis es un problema social con una alta mortalidad materno-fetal. La expansión de la oferta y el buen ambiente, permitieron la propagación de la utilización de sustancias venenosas ilegales, provocando una tasa de desarrollo en las mujeres embarazadas que consumen sustancias y una expansión en los bebés impactados por los actos nocivos de sus madres. (33)

El embarazo conlleva una mayor debilidad para numerosos productos químicos sintéticos debido a un estado metabólico único. Mientras que la Encuesta Nacional sobre el Uso de Drogas y la Salud en los Estados Unidos de 2007 descubrió que el 5,2% de las mujeres embarazadas revelaron la utilización de un medicamento ilegal algo recientemente, inferior a la información anunciada en las mujeres no embarazadas del 9,7%. No obstante, observaron en las edades de 15 a 17 años una expansión del uso evaluado del 13,3% al 22,6%, mientras que se mantuvo estable en las otras distribuciones de edad. (33)

Estas circunstancias pueden provocar resultados antagónicos en el embarazo y las mujeres que se inyectan drogas también corren el riesgo de contraer contaminaciones como la hepatitis C y el VIH, con la posibilidad de transmisión vertical al bebé. (33)

4.1.12 Enfermedades que promueven el bajo peso al nacer.

4.1.13 Infección de vías urinaria en el embarazo.

La contaminación de la vía urinaria está provocada por microorganismos que influyen en el sistema urinario (riñón, uréteres, vejiga o uretra), superando así el límite de protección del individuo. Aunque la tasa de contaminación del sistema urinaria en las mujeres embarazadas es algo mayor que en la población no embarazada, sus repercusiones materno-fetales suelen ser graves. El riesgo de pasar a una pielonefritis es un 40% más alto, e incluso puede ser mayor para la toxemia, el parto prematuro y el bajo peso al nacer. (25)

4.1.14 La rotura prematura de membranas.

La rotura prematura de membranas (RPM) se produce en el 8 al 10% de las gestantes, y de éstas, el 20% son embarazos prematuros. El riesgo más grave para la cría después de una RPM prematura es las complicaciones producto prematuro. Por debajo de las 34 semanas, se inclinan por la administración de esperanza y la utilización de agentes antiinfecciosos y corticosteroides. En cualquier caso, entre las 34 y las 37 semanas, los ensayos difieren y no hay un acuerdo inequívoco sobre la metodología ideal. (24)

4.1.15 La preeclampsia y eclampsia.

La toxemia o preeclampsia es una enfermedad del embarazo, que se manifiesta por la hipertensión y la disfunción de numerosos órganos, y sigue siendo la principal fuente de mortalidad materna y perinatal en muchas regiones del planeta. (25)

No es sólo una infección hipertensiva, sino una confusión incitada por factores que dependen de la presencia de la placenta. El objetivo principal de la placenta es el endotelio vascular. En consecuencia, los enredos están relacionados con el marco vascular, por ejemplo la coagulación intravascular, el sangrado y la hipoperfusión. Es de 6 a varias veces más incesante en las primíparas que en las multíparas. Algunos investigadores lo niegan en la última opción, excepto si el embarazo es con otra pareja o cuando hay otros factores de riesgo no presentes en embarazos anteriores, por ejemplo, hipertensión vascular persistente, diabetes mellitus, edad superior a 35 años y desarrollo numeroso, entre otros.(25)

La eclampsia es el inconveniente más conocido y temido de la toxemia, que se describe por convulsiones tónico-clónicas sumadas, como las de la epilepsia pero sin desprendimiento de esfínteres, con niveles fluctuantes de cognición. Una parte de los elementos relacionados con el motivo incorporan el vasoespasmo o drenaje cerebral, la isquemia o edema cerebral y la encefalopatía hipertensiva. (25)

Ambas circunstancias ocurren en su mayor parte alrededor del final de la incubación, a pesar de que a veces pueden ocurrir después del transporte. La patogénesis específica del problema es oscura, pero la evacuación urgente de la unidad fetoplacentaria (normalmente por cesárea) resuelve el problema. (25)

4.1.19 Anemia en el embarazo.

Como indican las mediciones reales de la OMS, la debilidad se considera una de las condiciones médicas generales más genuinas del planeta. Se calcula que 1.620 millones de personas experimentan los efectos negativos de la falta

de hierro, de las cuales las poblaciones más débiles son las mujeres embarazadas y los niños de entre 6 y 59 meses. Como indica la OMS, la insuficiencia de hierro es la principal causa de enfermedad, especialmente en países con un nivel monetario medio y bajo.(26)

El crecimiento es una condición de necesidad ampliada de hierro debido a la necesidad de hierro para la placenta y el bebé. Se considera que, debido a esta necesidad ampliada, debe cubrirse un gramo más de hierro. Sea como fuere, fisiológicamente durante el embarazo hay bastante reducción en la concentración de la hemoglobina (Hb), que se hace evidente a partir del segundo trimestre de crecimiento. Esto ocurre debido a la ampliación de la extensión vascular en comparación con la ampliación de la eritropoyesis importante para aumentar la accesibilidad del hierro. La OMS sugiere disminuir el punto final para caracterizar la enfermedad en el embarazo a una Hb de 11 g/dL cuando en la mujer no embarazada es de 12 g/dL 27)

4.1.20 Diabetes en el embarazo.

La expansión de los patrones dietéticos desafortunados y la falta de actividad física hoy en día en todo el mundo, explícitamente en la población en edad reproductiva, ha ampliado la frecuencia de la gula y los problemas de digestión del almidón; sin duda, en las mujeres embarazadas estas ocasiones están conectadas con el predominio ampliado de la diabetes mellitus gestacional.(28)

Se ha sugerido que la resistencia de la insulina se produce a la luz de las hormonas de la placenta. La placenta está comprometida con la fisiopatología de la diabetes mellitus gestacional a través de productos químicos como el lactógeno humano de la placenta, la progesterona, el cortisol, el producto químico del desarrollo y la prolactina; el trabajo de estos productos químicos durante el embarazo típico es aumentar el tamaño de la placenta, sin embargo, en la diabetes mellitus gestacional se han relacionado con el deterioro del estado metabólico del paciente durante todo el embarazo y con el motivo de que la disminución rápida de la diabetes mellitus gestacional se ha observado después de la transmisión de la placenta.(28)

El progreso en el tratamiento de las embarazadas con diabetes depende del control de las pacientes diabéticas pre gestacionales, según la perspectiva metabólica, desde antes de su origen y continuando con él durante el avance del embarazo; y en cuanto a las pacientes diabéticas gestacionales, de la determinación temprana y de no juzgar mal esta enfermedad.(28)

Entre los factores de riesgo relacionados con el avance de la diabetes mellitus gestacional se encuentran el sobrepeso, la multiparidad, los antecedentes de transmisión, el elemento con anomalías hereditarias, los antecedentes de intolerancia a la glucosa, el aumento de peso materno superior a 20 kg en el embarazo actual, antecedentes de circunstancias obstétricas graves, corpulencia, identidad o raza, edad materna, antecedentes de diabetes mellitus (línea directa), glucosuria, glucemia azar >120 mg/dL, macrosomía pasada, polihidramnios pasado, diabetes gestacional y partos anteriores sin éxito.(28)

La determinación debe certificarse en pacientes con: efectos secundarios ejemplares (3 "P") poliuria, polidipsia, polifagia, más los factores de riesgo existentes, glucemia, etc.

Existen tres criterios para establecer la conclusión de la diabetes durante el embarazo: aumento inequívoco de la glucosa plasmática de 200 mg/dL o efectos secundarios más prominentes y ejemplares de la diabetes; glucosa plasmática en ayunas más notable que 126 mg/dL en al menos dos eventos; y utilización de la curva de resistencia a la glucosa (prueba de 100 gramos). (28)

4.2 Antecedentes investigativos.

El retraso en la tasa de desarrollo parece continuar incluso después del nacimiento, en particular en los niños con RCIU I o consonante, en los que las variables de hambre en el útero se producen debido a la disminución del potencial de desarrollo, en lugar de aquellos con RCIU II o desarmónico, opcional a la salud fetal enferma, que mantienen una tasa de desarrollo rápida, en condiciones similares de alimentación después del embarazo. Los bebés con BPN tienen una mayor probabilidad de desnutrición post embarazo y

afecta a su estatura.(8)

Edad materna: la edad materna ha sido considerada como un factor de riesgo, principalmente cuando la madre es extremadamente joven o tiene una edad primigesta. El riesgo de parto prematuro con bajo peso al nacer se amplió en los embarazos de menores de 15 años. Los ritmos más elevados de recién nacidos prematuros y con bajo peso al nacer se dieron en madres de más de 15 años. El riesgo de BPN también aumentaba si la madre era mayor de 18 años, era múltipara y carecía de control prenatal, así como en aquellas madres que, por motivos educativos y laborales, decidían retrasar la maternidad hasta que tuvieran más de 35 años.(8)

Elementos financieros, la clase social de la madre aborda un factor de apuesta libre de la edad materna, la igualdad, la historia obstétrica antagónica y el estado financiero del padre; los factores que incrementan la apuesta de BPN son: la raza distinta de la blanca, abortos anteriores, el corto entre el tramo gestacional, el nacimiento con la presencia de un solo padre, la ausencia de cuidados prenatales, y la edad menor de 18 años o al norte de 35 años. La joven embarazada soltera suele depender monetariamente de los tutores y tiene un nivel de instrucción más bajo, lo que la pone en una situación difícil. El mayor grado de instrucción de los dos tutores tiene en cuenta, sin duda, lo que ocurre, la seguridad conyugal y una mejor atención previa al parto. Aumentar el nivel económico y de instrucción de la población podría ser esencial para el arreglo.

La historia obstétrica, la presencia de pases perinatales pasados es un sólido elemento de presciencia para la precipitación y el consiguiente BPN, el trasfondo histórico de un embarazo pasado con un elemento BPN, examinando el avance de la primera y segunda gestaciones. Se considera que una atención prenatal suficiente debe comprender no menos de cinco visitas durante la incubación, ya que hay factores de riesgo que no pueden ser limitados por esta acción.

Los embarazos gemelos suelen ser más frecuentes en la actualidad debido a los tratamientos para la infertilidad. Cerca de la mitad de los embarazos gemelares tienen bajo peso al nacer y cuanto mayor sea la cantidad de

artículos, menor será la carga singular; la observación concentrada antes del nacimiento en estos casos podría disminuir la tasa de mortalidad neonatal. La expansión de los embarazos variados en algunos países ha provocado un aumento de la frecuencia del bajo peso al nacer. (9)

Entre los elementos relacionados con el bajo peso al nacer se encuentran: la presencia de un parto prematuro anterior, un control prenatal deficiente, el hecho de ser primípara o de que la madre tenga menos de 20 años, y la presencia de un retardo en el desarrollo intrauterino. Estos componentes son más incesantes que las enfermedades durante el periodo de incubación y hacen que el bebé venga al mundo con un peso inferior al normal.(10)

4.2.1 Marco Legal.

4.2.2 Constitución de la república del Ecuador.(46)

Art. 13. “Las personas y las comunidades tienen derecho a un acceso seguro y permanente a alimentos saludables, suficientes y nutritivos, preferiblemente de origen local y de acuerdo con su identidad y tradición.” La salud debe mantener un equilibrio para que todo ser humano pueda gozar de los beneficios, ya que se considera un derecho avalado por la carta magna.

Art. 32. La salud es un derecho garantizado por el Estado, cuya realización está vinculada al ejercicio de otros derechos, como el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, un medio ambiente sano y otros derechos. Llevar una buena vida.

El estado garantizará este derecho a través de políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales. Y el acceso continuado, oportuno y no exclusivo a programas, actividades y servicios de promoción y atención integral de la salud, salud sexual y reproductiva. La prestación de servicios de salud se basa en los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interacción intercultural, calidad, eficacia, eficiencia, prevención y bioética, teniendo en cuenta un enfoque de género e intergeneracional.

Art.66. El derecho a una vida digna, salud, alimentación y nutrición, agua potable, vivienda, salud ambiental, educación, trabajo, empleo, recreación y

esparcimiento, educación física, vestimenta, seguridad social y otros servicios sociales necesarios. La mejora de la calidad de vida de la población requiere la universalización de los derechos garantizando los servicios médicos. Porque es importante combinar medidas de prevención y la creación de un entorno saludable. Todo ser humano tiene derecho a gozar de una vida óptima, buena alimentación, con acceso a agua potable, educación, empleo y otros. Garantizando un estado de salud buena, tanto física, emocional y psicológica.

Art. 360. El sistema, a través de sus instituciones y miembros, garantizará la promoción, prevención y atención integral a la familia y la comunidad con base en la atención primaria de salud, articular diferentes niveles de atención; y facilitará la complementariedad con las medicinas tradicionales y alternativas. El ente gubernamental es el encargado de garantizar la promoción, prevención y la atención a la comunidad, con diferentes niveles de atención y provisión de todas las medicinas que se requieran, ya sea alternativas y tradicionales.

Art. 361. El estado regulará el sistema a través de la autoridad sanitaria nacional, será responsable de la formulación de la política sanitaria nacional y regulará y supervisará todas las actividades sectoriales y relacionadas con la salud. Será el encargado de coordinar los estándares y así mismo la supervisión de todas las actividades competentes a la salud.

Art. 362. La atención de la salud como servicio público es brindada por organismos estatales, privados, públicos autónomos, así como por organizaciones que utilizan medicinas alternativas y complementarias de los antepasados. Los servicios médicos son seguros, de alta calidad y garantizan el consentimiento informado, el acceso a la información y la confidencialidad de la información del paciente.

El sistema de atención a la salud pública es un servicio que será brindado de manera universal y de forma gratuita, con estándares de alta calidad, garantizando el consentimiento informado, información y la confiabilidad del paciente. (46)

4.1.3 Ley Orgánica de Salud (47)

Art. 69. La atención y control integral de las enfermedades y problemas no transmisibles, crónicamente degenerativos, congénitos y hereditarios que han sido identificados como prioritarios de salud pública se realiza mediante la acción coordinada de todos los integrantes del sistema nacional de salud y la participación de la población en general.

Incluirá el estudio de las causas, alcance y efectos en la salud, vigilancia epidemiológica, promoción de hábitos y estilos de vida saludables, prevención, recuperación, rehabilitación, reintegración social de los afectados y cuidados paliativos.

Los miembros del Sistema de Salud velarán por la disponibilidad y acceso a los programas y medicamentos para estas enfermedades, con énfasis en los genéricos y priorizando a los grupos vulnerables.

Artículo 96 – El agua para consumo humano es declarada prioridad nacional y socialmente beneficiosa. El estado está obligado a abastecer de agua potable a la población a través de los municipios calidad apta para el consumo humano.

Toda persona física o jurídica está obligada a proteger acuíferos, manantiales y cuencas estructuras hidrográficas para el suministro de agua a las personas. Está prohibido realizar cualquier tipo de actividad donde las fuentes de captación de agua estén en riesgo de contaminación. La autoridad sanitaria nacional lo adoptará en coordinación con otras autoridades competentes medidas para prevenir, controlar, reducir, eliminar y sancionar la fuente de contaminación agua para consumo humano.

Esto con el fin de garantizar la calidad y seguridad de todas las fuentes de agua para consumo humano, está supervisado por la autoridad sanitaria nacional responsable de la instalación, responsables de las normas y reglamentos para la protección de la salud humana.

5. MÉTODOS

5.1 Nivel de la investigación.

Descriptivo

5.2 Tipo de investigación.

- a. Según la intervención del investigador: Observacional
- b. Según la planificación de la toma de los datos: Prospectivo
- c. Según el número de ocasiones que se mide la variable de estudio: Transversal
- d. Según el número de variables analíticas: Descriptivo

5.3 Diseño de investigación.

Estudio de prevalencia o de corte transversal

5.4 Justificación de la elección del método

Disminuir la alta incidencia de bajo peso al nacer en neonatos de las mujeres embarazadas de la comunidad de Pascuales. Investigar cuales son los factores de riesgo que causan el bajo peso al nacer en países en vía de desarrollo como Ecuador ya que no hay un estudio reciente para implementar estrategias que disminuyan los riesgos en mujeres embarazada evitando el bajo peso al nacer.

5.5 Población de estudio.

La población estuvo constituida por 65 gestantes de 15 a 49 años pertenecientes a los cuatro consultorios 10B - 11B- 12A -12B atendidos por el posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria del centro de salud Pascuales.

5.6 Criterios y procedimientos de selección de la muestra o participantes del estudio.

En la investigación se incluyeron todas las gestantes comprendidas en las edades de 15 a 49 años perteneciente a cuatro consultorios del centro de salud Pascuales en el periodo de enero – marzo del año 2021.

5.7 Criterios de inclusión.

1. Gestantes de 15 a 17 años incluidas en la población cuyo representante legal acepte que la adolescente participe en la investigación y firmen el consentimiento informado.
2. Gestantes de 18 a 49 años que muestren su aceptación de participar en la investigación y firmen el consentimiento informado.

5.8 Criterios de exclusión

1. Gestantes de 15 a 49 años con discapacidad mental que le impida aportar la información requerida para la investigación.
2. Gestantes incluidas en la población de estudio que no es posible contactar en dos ocasiones que se citan al consultorio o se visitan en su hogar.

5.9 Procedimiento de recolección de la información

La investigación contó con la aprobación del Comité de Bioética de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. Durante su realización se cumplieron las normas establecidas en el Reglamento de Ética para las investigaciones del Ecuador y en la Declaración de Helsinki sobre investigaciones con seres humanos.

En un primer momento se procedió a informar a las autoridades del distrito y centro de salud Pascuales sobre la importancia de la investigación y características del estudio para recibir su autorización, así se solicitó el consentimiento informado a la población objeto de estudio posterior a una

detallada explicación acerca del propósito de la investigación junto con los posibles riesgos y beneficios del estudio, aclarándoles que su intervención sería totalmente voluntaria y que podían elegir participar o no de ella y si decidían retirarse en cualquier momento eso no repercutiría en la atención que se les brindaría en los servicios de salud.

Previo a la explicación y aclaración de las inquietudes que se presentaron sobre el instrumento de investigación se solicitó la firma del consentimiento informado por parte de los participantes de la investigación y en caso de ser necesario representante legal.

Se aplicó una encuesta elaborada por el autor de la investigación y validada por tres expertos, dos especialistas de Medicina Familiar y Comunitaria, y una especialista en Bioestadísticas siguiendo los criterios de Moriyama donde se da respuesta a cada uno de los objetivos específicos.

La primera sección de la encuesta, fue para dar respuesta al objetivo 1, destinada a la prevalencia de la variable bajo peso al nacer.

Para dar respuesta al objetivo 2, se recogieron los datos correspondientes a variables sociodemográficas como, edad, ocupación, estado civil, ingreso económico.

Para dar respuesta al objetivo 3, el conocimiento sobre los factores de riesgo de bajo peso al nacer. Para esto se consideró como que conoce si el 75% de las respuestas o más a las preguntas fueron correctas, en caso contrario no conoce.

Para dar respuesta al objetivo 4, se investigó los factores de riesgo tales como hábitos alimentarios, momento de captación de la gestación, controles en el embarazo, estado nutricional, consumo de sustancias tóxicas, antecedentes patológicos personales, antecedentes obstétricos.

Para dar respuesta al objetivo 5, se definieron los componentes de la estrategia que aportó la encuesta como tipo de actividad, lugar, número de personas, horario, y duración de las actividades educativas.

5.10 Técnicas de recolección de información

Las Técnicas empleadas para recolectar la información fueron

| Variable | Tipo de técnica |
|---|-----------------|
| Objetivo 1 | |
| Bajo peso al nacer. | Encuesta |
| Objetivo 2 | |
| Edad | Encuesta |
| Ocupación | Encuesta |
| Escolaridad | Encuesta |
| Estado civil | Encuesta |
| Ingreso económico | Encuesta |
| Objetivo 3 | |
| Hábitos alimentarios | Encuesta |
| Momento de captación de la gestación | Encuesta |
| Controles en el embarazo | Encuesta |
| Estado Nutricional (Índice de masa corporal) | Encuesta |
| Consumo de sustancias tóxicas | Encuesta |
| Antecedentes patológicos personales | Encuesta |
| Antecedentes obstétricos | Encuesta |
| Objetivo 4 | |
| Conocimiento sobre los factores de riesgo de bajo peso al nacer | Encuesta |
| Objetivo 5 | |
| Componente tipo de actividad | Encuesta |
| Componente lugar | Encuesta |
| Componente número de participantes | Encuesta |
| Componente frecuencia | Encuesta |
| Componente tiempo de duración | Encuesta |

5.11 Técnicas de análisis estadístico

Los resultados obtenidos con la aplicación de la encuesta se introdujeron en una hoja de cálculo de Microsoft Excel 2018, utilizando las columnas para las variables y las filas para cada una de las unidades de estudio.

El procesamiento de los datos se realizó a través del programa estadístico IBM SPSS Statistics 26.0 (2019).

Se utilizarán números absolutos y proporciones (porcentajes) para el resumen de las variables cualitativas.

La información se presentó en forma de tablas para su mejor comprensión.

Variables

5.12 Operacionalización de variables

| Variable | Indicador | Unidades, categorías o valor final | Tipo/Escala |
|---------------------|---------------------------|--|----------------------|
| Bajo peso al nacer. | Menor de 2500gr | Si No | Cualitativa Nominal. |
| Edad | Edad (grupo quinquenales) | 15-19 años 20-24 años 25-29 años 30-34 años 35-39 años 40-44 años 45-49 años | Cuantitativa ordinal |
| Ocupación | Ocupación laboral | Empleados públicos Empleados privados Cuenta propia Ama de casa Trabajadora remunerada no Jubilados Desempleados Otra | Cualitativa nominal |
| Escolaridad | Escolaridad | Ninguna (analfabetismo) Primaria sin terminar Primaria terminada | Cualitativa nominal |

| | | | |
|--------------------------------------|--|---|-----------------------|
| | | Secundaria sin terminada Bachillerato terminado Universitaria terminada Posgrado terminado | |
| Estado civil | Condición social relacionada con la pareja | Casada Soltera Unión libre Viuda | Cualitativa nominal |
| Ingreso económico | Ingreso económico | Alto Medio Bajo | Cualitativa ordinal |
| Hábitos alimentarios | Consumo de frutas. Consumo de vegetales. Consumo de carnes rojas. Consumo de comidas rápidas Consumo de bebidas azucaradas | Adecuados(3 veces por semanas) Inadecuados(< de 2 veces por semana) | Cualitativa nominal |
| Momento de captación de la gestación | Momento de captación de la gestación | Precoz (1er trimestre) Intermedia (2do trimestre) Tardía (3er trimestre) | Cualitativa ordinal |
| Controles en el embarazo | Mayor o igual a 5 controles. Menor de 5 | Adecuado | Cuantitativa discreta |

| | | | |
|--|--|---------------------|---------------------|
| | controles. | Inadecuado | |
| Consumo de sustancias tóxicas | Tabaco Alcohol Drogas. | Sí No | Cualitativa nominal |
| Antecedentes patológicos personales | Hipertensión Arterial. Diabetes Mellitus. Dislipidemia. Cardiopatía isquémica. Cáncer. Epilepsia. Asma bronquial. Otras. | Sí No | Cualitativa nominal |
| Antecedentes obstétricos | Ruptura prematura de membranas Infección de vías urinarias Preeclampsia o eclampsia Diabetes gestacional Anemia gestacional Hipertensión arterial | Sí No | Cualitativa nominal |
| Conocimiento sobre los factores de riesgo de bajo peso al nacer. | Conocimiento sobre los factores de riesgo de bajo peso al nacer. | Conoce No conoce | Cualitativa nominal |
| Componente tipo de | Tipo de actividad | Charlas | Cualitativa |

| | | | |
|------------------------------------|---|--|-----------------------|
| actividad | educativa con la que prefiere recibir la capacitación. | Videoconferencias Debates Otras | nominal |
| Componente lugar. | Lugar en el que prefiere recibir la información sobre bajo peso al nacer. | Centro de salud Escuela Barrio Domicilio Otros | Cualitativa nominal |
| Componente número de participantes | Número de personas con las que prefiere compartir en las capacitaciones. | De 5 a 9 personas De 10 a 14 personas De 15 a 19 personas Otras | Cualitativa nominal |
| Componente frecuencia | Frecuencia con la que prefiere recibir las capacitaciones | Una vez por semana Dos veces por semana Tres veces por semana Otras | Cuantitativa discreta |
| Componente tiempo de duración | Tiempo de duración que prefiere tenga cada actividad educativa | 15 minutos 30 minutos 60 minutos Otras | Cuantitativa discreta |

6 PRESENTACIÓN DE RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Tabla 1: Distribución de la población de estudio según sexo y bajo peso al nacer de cuatro consultorios. Centro de Salud Pascuales. Año 2021.

| Bajo peso al nacer. | Sexo | | | | Total | % |
|---------------------|-----------|------|----------|------|-------|------|
| | Masculino | | Femenino | | | |
| | N° | % | N° | % | | |
| si | 11 | 40.7 | 17 | 44.7 | 28 | 43.1 |
| No | 16 | 59.3 | 21 | 55.3 | 37 | 56.9 |
| Total | 27 | 100 | 38 | 100 | 65 | 100 |

Fuente: Encuesta

En la siguiente tabla nos muestra que predominó el sexo masculino a término con el 59.3% seguido de femenino con el 55.3% con un total del 56.9% de ambos sexos a término.

Resultados similares se obtuvieron en el estudio de Suarez F. Factores de riesgo de neonatos con bajo peso al nacer en el Hospital Universitario de Guayaquil en el año lectivo 2015 repositorio de Universidad de Guayaquil. Tesis, donde 53.65% de los recién nacidos con bajo peso al nacer fueron de sexo femenino podemos determinar que la mujer tiene mayor incidencia con relación al sexo masculino.¹¹

Resultado similares se obtuvieron con López V. Bajo peso al nacer y su relación con los factores sociodemográficos de las madres atendidas en el Hospital Isidro Ayora de Loja, en el año 2015 repositorio de la Universidad Nacional Loja. Donde el bajo peso al nacimiento fue minoritariamente superior en el género femenino con un 52,3% con respecto al masculino.¹²

Allpas-Gómez Henry Lowell, Raraz-Vidal Jarvis, Raraz-Vidal Omar. Factores asociados al bajo peso al nacer en un hospital de Huánuco(. 2014)

Tabla 2. Distribución de la población de estudio según edad de cuatro consultorios. Centro de salud Pascuales. Año 2021.

| Edad | N° | % |
|---------|----|------|
| 15 - 19 | 15 | 23.1 |
| 20 - 24 | 21 | 32.3 |
| 25 - 29 | 18 | 27.7 |
| 30 - 34 | 7 | 10.8 |
| 35 - 39 | 4 | 6.2 |
| Total | 65 | 100 |

Fuente: Encuesta

En la tabla nos muestra que predominó la edad de 20 – 24 años con el 32.3% seguido de 27.7 % en las edades de 25- 29 años.

Benalcázar C. Relación entre las alteraciones del peso al nacer y reanimación neonatal en el servicio de neonatología del Hospital Pablo Arturo Suárez 2016.Repositorio de la Pontificia universidad católica del Ecuador, Tesis. predominio 67.77% con la edad entre 21-39 años siendo similar la edad media.

Heredia K. Factores de riesgo materno asociados al bajo peso al nacer. Instituto Nacional Materno Perinatal, 2010 – 2011.Lima-Perú 2018.estudio de 249 embarazadas predominio las edades entre 18 y 25 años con el 95%.

Saavedra C. Nivel de información y prácticas de las madres adolescentes en el cuidado del recién nacido a término. Hospital II-2 Trapoto julio-diciembre 2020. Universidad Nacional de San Martín-Tarapoto Perú. Repositorio Tesis año 2020, con predominio de con el 90.8% de edad de las madres entre el 17-19 años.15

Paredes M. Prevalencia de bajo peso al nacer y posibles factores asociados en recién nacidos del Hospital de la Mujer de la ciudad de la Paz. Universidad

Mayor de San Andrés La Paz –Bolivia. La edad que prevalece es menor 18 años con el 30.0%.

El modelo logístico resumen identificó al embarazo en niñas y adolescentes (10-19 años) como factor de riesgo para el BPN ($OR=7,79$, $IC90\%=2,61-23,23$), lo cual coincide con estudios previos, uno de ellos realizados en Etiopía que demostró que las mujeres con edades menores a 20 años presentaban 3 veces más riesgo de BPN (49)

Tabla 3. Distribución de la población de estudio según ocupación de cuatro consultorios. Centro de salud Pascuales. Año 2021.

| Ocupación | N° | % |
|--------------------|----|------|
| Ama de casa | 25 | 38.5 |
| Cuenta propia | 18 | 27.7 |
| Empleados Privados | 11 | 16.9 |
| Empleados Públicos | 6 | 9.2 |
| Desempleados | 5 | 7.7 |
| Total | 65 | 100 |

Fuente: Encuesta

En la siguiente tabla nos muestra que predominó la ocupación ama de casa con el 38.5% seguido de cuenta propia con el 27.7%.

Alvear D. Factores sociodemográficos y gestacionales asociados a bajo peso al nacer, Hospital “Vicente Corral Moscoso”. Cuenca, 2018.Tesis.67% son amas de casa de una estudio de 277 embarazadas.

Saavedra C. Universidad Nacional de San Martín-Tarapoto Perú. Repositorio Tesis año 2020.de un total 76 embarazadas el 61.8% son amas de casa.

Tabla 4. Distribución de la población de estudio según escolaridad de cuatro consultorios. Centro de salud Pascuales. Año 2021.

| Escolaridad | N° | % |
|-------------------------|----|------|
| Primaria sin terminada | 13 | 20.0 |
| Primaria terminada | 14 | 21.5 |
| Secundaria sin terminar | 21 | 32.3 |
| Bachillerato terminado | 16 | 24.6 |
| Universidad terminada | 1 | 1.5 |
| Total | 65 | 100 |

Fuente: Encuesta.

En la siguiente tabla nos muestra que predominó secundaria sin terminar con el 32.3 % seguido de bachillerato terminado con el 24.6%.

Rojas Saunero análisis y aspectos familiares socio económicos ginecológicos como factores de riesgo para el embarazo en la adolescencia relación al nivel socioeconómico .En nivel educativo, el total de los controles eran estudiantes de secundaria a diferencia de los casos, de los cuales 5 (22.73%) eran estudiantes y 9 (40.91%) ($p < 0.001$) tenían un nivel de educación de primaria completa o menor, al momento 16%.

Paredes M. Prevalencia de bajo peso al nacer y posibles factores asociados en recién nacidos del Hospital de la Mujer de la ciudad de la Paz. Universidad Mayor de San Andrés La Paz –Bolivia. Escolaridad prevalece la secundaria 18.9%.

Saavedra C. Universidad Nacional de San Martín-Tarapoto Perú. Repositorio Tesis año 2020.de un total 76 embarazadas 38.2% primaria terminada.

Alvear D. Factores sociodemográficos y gestacionales asociados a bajo peso al nacer, Hospital “Vicente Corral Moscoso”. Cuenca, 2018.de un estudio 277

embarazadas nivel de escolaridad secundaria completa 32.49%.

Tabla 5. Distribución de la población de estudio según estado civil de cuatro consultorios. Centro de salud Pascuales. Año 2021.

| Estado civil | N° | % |
|--------------|----|------|
| Unión libre | 37 | 56.9 |
| Soltera | 25 | 38.5 |
| Casada | 3 | 4.6 |
| Total | 65 | 100 |

Fuente: Encuesta

En la siguiente tabla nos muestra que predominó la unión libre con el 56.9% seguido de soltera con el 38.5%.

Saavedra C. Universidad Nacional de San Martín-Tarapoto Perú. Repositorio Tesis año 2020.un estudio de 76 embarazadas,51.3% son solteras.

Alvear D. Factores sociodemográficos y gestacionales asociados a bajo peso al nacer, Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca, 2018. De un estudio 277 embarazadas 40.8% son unión libre.

Heredia K. Factores de riesgo materno asociados al bajo peso al nacer. Instituto Nacional Materno Perinatal, 2010 – 2011.Lima-Perú 2018.estado civil solteras 95%.(17)

Zerquera Rodriguez Juan, Cabada Martínez Yusimi, Zerquera Rodríguez Delia, María Delgado Acosta Hilda. Factores de riesgo relacionados con bajo peso al nacer en el municipio Cienfuegos.(2015).Estudio 77 embarazadas 80.5% estado civil unión libre(57)

Leal-Mateos Manrique, Salazar-Solís Ricardo. Prevalencia de bajo peso en recién nacidos atendidos en el Hospital San Rafael de Alajuela. Rev. costarricenses. cienc. Med . Enero de 2004

Paredes M. Prevalencia de bajo peso al nacer y posibles factores asociados en recién nacidos del Hospital de la Mujer de la ciudad de la Paz. Universidad Mayor de San Andrés La Paz –Bolivia .Prevalece el estado civil casada con 17.6%.

Tabla 6. Distribución de la población según ingreso económico de los cuatro consultorios del Centro de salud Pascuales. Año 2021.

| Ingreso económico | Nº | % |
|-------------------|----|------|
| Alto | 1 | 1.5 |
| Medio | 30 | 46.2 |
| Bajo (pobreza) | 34 | 52.3 |
| Total | 65 | 100 |

Fuente: Encuesta

En la siguiente tabla nos muestra que predominó el ingreso económico bajo con el 52.3%.

Rojas Saunero análisis y aspectos familiares socio económicos ginecológicos como factores de riesgo para el embarazo en la adolescencia relación al nivel socioeconómico, clasificando los estratos I, II y III como nivel socioeconómico alto, y los estratos IV y V como nivel socioeconómico bajo, mostró que el total de casos pertenecen al nivel socioeconómico bajo y 21 (95.45%) (44)

Alvear D. Factores sociodemográficos y gestacionales asociados a bajo peso al nacer, Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca, 2018. Tesis de un estudio 277 embarazadas 50.18% ingreso económico medio.

Cruz H. Factores de riesgo maternos asociados a recién nacidos de bajo peso al nacer en el servicio de neonatología del Hospital es Salud Salcedo. Año 2017. Puno-Perú. Universidad Nacional de Altiplano. Tesis con el 63.8% ingreso económico bajo.

Tabla 7. Distribución de la población de estudio según hábitos alimentarios de cuatro consultorios. Centro de salud Pascuales. Año 2021.

| Hábitos alimentarios | N° | % |
|----------------------|----|------|
| Adecuados | 43 | 66.2 |
| Inadecuados | 22 | 33.8 |
| Total | 65 | 100 |

Fuente: Encuesta

En la siguiente tabla nos muestra que prevaleció el 66.2% con hábitos alimentarios adecuados.

Pacheco D. Prevalencia de niños de bajo peso al nacer y restricción de crecimiento intrauterino y factores maternos asociados, en los recién nacidos de la Clínica Humanitaria, Cuenca- Ecuador, 2015.Repositorio tesis de la Universidad Cuenca. El 57.3% hábitos alimenticios adecuados.

Alvear D. Factores sociodemográficos y gestacionales asociados a bajo peso al nacer, Hospital “Vicente Corral Moscoso”. Cuenca, 2018.el 82.3% alimentación adecuada

Paredes M. Prevalencia de bajo peso al nacer y posibles factores asociados en recién nacidos del Hospital de la Mujer de la ciudad de la Paz. Universidad Mayor de San Andrés La Paz –Bolivia. Hábito alimenticio adecuado 69.0%

Hernández Pérez Raúl, Lemus Lima Eryls, Perera Milián Leidis Sandra, Rodríguez Borges Freddy, Vázquez Aguilar Jorge Luis. Efectividad de intervención educativa en conocimientos de embarazadas sobre factores de riesgo maternos de bajo peso al nacer. Rev Cubana Enfermer (2016)conocimientos sobre los suplementos vitamínicos que deben ingerirse durante el embarazo, se encontró que presenta conocimientos era insuficiente en el 62,50 % alimentación adecuada en gestantes (56)

Tabla 8. Distribución de la población de estudio en el momento de la captación en el embarazo de cuatro consultorios. Centro de salud Pascuales. Año 2021.

| Momento de captación en el embarazo | N° | % |
|-------------------------------------|----|------|
| Precoz (1er trimestre) | 37 | 56.9 |
| Intermedia (2do trimestre) | 22 | 33.8 |
| Tardía (3er trimestre) | 6 | 9.2 |
| Total | 65 | 100 |

Fuente: Encuesta

En la tabla nos indicó que prevaleció al momento de la captación se realiza dentro del primer trimestre con el 56.9 % seguido del 33.8% en el segundo trimestre.

Alvear D. Factores sociodemográficos y gestacionales asociados a bajo peso al nacer, Hospital "Vicente Corral Moscoso". Cuenca, 2018. El porcentaje madres 35.74% en el tercer trimestre

Martín Freire Carrera Bajo peso al nacer: Factores asociados a la madre Revista Científica y Tecnológica (2020) en el estudio predominó la captación en el primer trimestre 40.0 %. en comparación los controles prenatales se encontró que aquellas madres que iniciaron los controles desde el segundo trimestre de embarazo tuvieron un 13.3% de neonatos con bajo peso al nacer en comparación con aquellas que iniciaron los controles antes del segundo trimestre en donde sólo el 10.7% tuvieron hijos con bajo peso al nacer considerando que el tamaño de muestra en éstas últimas es cinco veces mayor.(49)

Tabla 9. Distribución de la población según los controles de embarazo en cuatro consultorios. Centro de salud Pascuales. Año 2021.

| Controles de embarazo | N° | % |
|-----------------------|----|------|
| Adecuado | 59 | 90.8 |
| Inadecuado | 6 | 9.2 |
| Total | 65 | 100 |

Fuente: Encuesta

En la tabla nos muestra que predominó con el 90.8% de controles del embarazo como adecuado.

Bello Luján Luis M., Características sociodemográficas y sanitarias asociadas con bajo peso al nacer en Canarias. Nutr. Hosp. ; (2015) de 11374 embarazadas. El 47,1% de las gestantes han tenido controles insuficientes (< de tres controles) a diferencia 90.8% adecuado.(50)

Estrada-Restrepo, Alejandro et al. Factores maternos relacionados con el peso al nacer de recién nacidos a término, Colombia, 2002-2011. (2016).En Colombia, en el año 2002 a 2011, se registraron 5.946.781 nacimientos a término, Respecto a los controles prenatales, llama la atención que 3,5% de las gestantes no asistió a ningún control prenatal, asistió entre uno y tres controles el 12,7%, entre cuatro y seis 39,9%, entre siete y ocho 30% y nueve y más controles 13,9%(52)

Allpas-Gómez Henry Lowell, Raraz-Vidal Jarvis, Raraz-Vidal Omar. Factores asociados al bajo peso al nacer en un hospital de Huánuco. (2014)Un estudio 801 embarazadas con un número de controles prenatales (menor de cuatro) AL 5% y controles adecuados 95%.(53)

Alvear D. Factores sociodemográficos y gestacionales asociados a bajo peso al nacer, Hospital “Vicente Corral Moscoso”. Cuenca, 2018.de un estudio 277

Embarazadas con controles 6-10 con 71.48%

Tabla 10. Distribución de la población según consumo de sustancias de cuatro consultorios. Centro de salud Pascuales. Año 2021.

| Consumo de sustancias tóxicas | N° | % |
|-------------------------------|----|------|
| No | 59 | 90.8 |
| Si | 6 | 9.2 |
| Total | 65 | 100 |

Fuente: Encuesta

En la siguiente tabla nos indica que prevaleció con el 90.8 % que no consume sustancias tóxicas.

Pacheco D Prevalencia de niños de bajo peso al nacer y restricción de crecimiento intrauterino y factores maternos asociados, en los recién nacidos de la Clínica Humanitaria, Cuenca- Ecuador. El 96.8% no consume sustancias tóxicas.

Cruz H. Factores de riesgo maternos asociados a recién nacidos de bajo peso al nacer en el servicio de neonatología del hospital es salud Salcedo 2017 Puno-Perú. Universidad Nacional de Altiplano.97.9% no consume sustancias toxicas.

Bello Luján Luis M., Características sociodemográficas y sanitarias asociadas con bajo peso al nacer en Canarias. Nutr. Hosp. ; (2015) Tabaquismo durante la gestación parece ser el factor mediador más importante para la restricción del crecimiento 189 corresponde 17% de 11374 embarazadas y 83.0% no consume. (50)

Tabla 11. Distribución de población según los antecedentes patológicos personales de cuatro consultorios. Centro de salud Pascuales. Año 2021.

| Antecedentes patológicos personales | N° | % |
|-------------------------------------|----|-----|
| Hipertensión Arterial | 3 | 4.6 |
| Diabetes Mellitus | 2 | 3.0 |
| Dislipidemia | 2 | 3.0 |
| Cardiopatía isquémica | 1 | 1.5 |
| Asma bronquial | 1 | 1.5 |
| Epilepsia | 1 | 1.5 |

Fuente: Encuesta

En la siguiente tabla nos indica que prevaleció que con el 86,7% no presentan antecedentes patológicos personales.

Chamy P Verónica, Cardemil M Felipe, Betancour M Pablo, Ríos S Matías, Leighton V Luis. Riesgo obstétrico y perinatal en embarazadas mayores de 35 años. Se apreció una significativa mayor frecuencia de HTA, preeclampsia, diabetes, hospitalización durante el embarazo,(48)

Pacheco D Prevalencia de niños de bajo peso al nacer y restricción de crecimiento intrauterino y factores maternos asociados, en los recién nacidos de la Clínica Humanitaria, Cuenca- Ecuador, 2015.El 41.4% en hipertensión arterial

Faneite A Pedro, Rivera Clara, Amato Rosanna, Faneite Josmery, Paradas María. ¿Importa el bajo peso al nacer? Rev. Obstet Ginecol Venez [Internet]. Septiembre de 2011 .En antecedentes familiares destacó la hipertensión arterial 54,09 % y diabetes 25,91 %, en antecedentes personales de un estudio 548 madres. (53)

Tabla 12. Distribución de población según los antecedentes gineco-obstétrico de cuatro consultorios. Centro de salud Pascuales. Año 2021

| Antecedentes obstétricos | N° | % |
|--------------------------------|----|------|
| Infección de vías urinarias | 24 | 36.9 |
| Ruptura prematura de membranas | 18 | 27.7 |
| Preeclampsia o eclampsia | 11 | 16.9 |
| Anemia gestacional | 5 | 7.7 |
| Hipertensión arterial | 4 | 6.2 |
| Diabetes gestacional | 3 | 4.6 |

Fuente: Encuesta

En la siguiente tabla nos indicó que prevaleció la infección de vías urinarias con el 36,9 %, seguido de ruptura prematura de membranas con el 27.7%.

Faneite A Pedro, Rivera Clara, Amato Rosanna, Faneite Josmery, Paradas María. ¿Importa el bajo peso al nacer? Rev. Obstet Ginecol Venez [Internet]. Septiembre de 2011 En la patología actual la rotura prematura de membrana (20,99 %) en un estudio de 548 madres. (53)

Quintero-Paredes Pedro Pablo. Factores de riesgo de Bajo peso al nacer. AMC (2020) se encontró 28.2% en hipertensión arterial muestra 1640 embarazada.(58)

Bendezú Guido, Espinoza Daisy, Bendezú-Quispe Guido, Torres-Román Junior Smith, Huamán-Gutiérrez Roberto M. Características y riesgos de gestantes adolescentes. (2016) Estudio de 177 embarazadas. Las complicaciones del embarazo anemia (18,2%) e infecciones urinarias (14,1%) (59)

Alvear D. Factores sociodemográficos y gestacionales asociados a bajo peso al nacer, Hospital “Vicente Corral Moscoso”. Cuenca, 2018. de un estudio de 277 embarazadas, con 58.48% presento infección de vías urinarias.

Tabla 13. Distribución de la población de estudio según conocimiento sobre factores de riesgo de bajo peso al nacer de cuatro consultorios. Centro de salud Pascuales. Año 2021.

| Conocimiento sobre factores de riesgo de bajo peso al nacer | N° | % |
|---|----|------|
| Conoce | 27 | 41.5 |
| No conoce | 38 | 58.5 |
| Total | 65 | 100 |

Fuente: Encuesta

En la siguiente tabla prevaleció el 58.5 % como no conoce sobre los factores de riesgo de bajo peso al nacer.

Hernandez P. Rev Cubana Enfermer 2016. Efectividad de intervención educativa en conocimientos de embarazadas sobre factores de riesgo maternos de bajo peso al nacer. Se observa que el nivel de conocimientos sobre las enfermedades que se asocian al bajo peso al nacer antes de la intervención resultó insuficiente en el 59,37 %.(21).

Suárez F. Factores de riesgo de neonatos con bajo peso al nacer en el Hospital Universitario de Guayaquil en el año lectivo 2015.Repositorio tesis de la Universidad de Guayaquil en este estudio prevaleció que el 32.81% no conoce los factores de riesgo y el 67.19% si conoce.

Arzuaga-Ramírez E, Iser-González O, Rivera-Zamora Y, Tarancón-Serrano I. Intervención Educativa sobre Bajo Peso al nacer en embarazadas de riesgo. A través de una encuesta se evidencio falta de información inicial sobre esta temática sobre el bajo peso al nacer en el 80% de las gestantes, de un universo de 10 gestantes.

Tabla 14 Distribución de la población de estudio según componente tipo de actividad educativa.

| Componente de tipo de actividad | N° | % |
|---------------------------------|----|-----|
| Charlas | 65 | 100 |
| Videoconferencias | 0 | 0 |
| Debates | 0 | 0 |
| Otras | 0 | 0 |
| Total | 65 | 100 |

Fuente: Encuesta

En componente de tipo de actividad el 100% de la población estudiada prevaleció que será mediante charlas.

Villegas S. Diseño de una estrategia educativa para la prevención de las infecciones de transmisión sexual en las mujeres de 20 a 49 años. Ciudadela Assad Bucaram. Pascuales. Año 2018. Repositorio Universidad Católica de Santiago de Guayaquil el 65% con charlas educativas .

Jiménez G. Diseño de estrategia educativa para modificar factores de riesgo de anemia en niños de 6 meses a 59 meses de edad en dos consultorios del centro de salud Guasmo norte año 2018. Repositorio Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. Para el componente de estrategia tipo de actividad indicaron que el 74,5% prefieren charlas y el 9,8 % prefieren materiales impresos.

Gonzales H. Diseño de una estrategia educativa para el control del riesgo preconcepcional. Consultorio k, centro de salud pascuales. Año 2018. Repositorio Universidad Católica de Santiago de Guayaquil charla 87% con 127 participantes.

Tabla 15. Distribución de la población de estudio según componente lugar.

| Componente lugar | N° | % |
|------------------|----|-----|
| Centro salud | 65 | 100 |
| Escuela | 0 | 0 |
| Barrio | 0 | 0 |
| Domicilio | 0 | 0 |
| Otros | 0 | 0 |
| Total | 65 | 100 |

Fuente: Encuesta

En componente de tipo lugar el 100% de la población estudiada prevaleció que será en Centro de Salud.

Gonzales H. Diseño de una estrategia educativa para el control del riesgo preconcepcional. Consultorio k, centro de salud pascuales. Año 2018. Repositorio Universidad Católica de Santiago de Guayaquil centro de salud 59.8%

Villegas S. Diseño de una estrategia educativa para la prevención de las infecciones de transmisión sexual en las mujeres de 20 a 49 años. Ciudadela Assad Bucaram. Pascuales. Año 2018. Repositorio Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. Casa comunal 89%

Jiménez G. Diseño de estrategia educativa para modificar factores de riesgo de anemia en niños de 6 meses a 59 meses de edad en dos consultorios del centro de salud Guasmo norte año 2018. Repositorio Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. Para el componente de estrategia lugar el resultado indico que el 54,9 % prefiere el centro de salud.

Tabla 16. Distribución de la población de estudio según componente número de participantes de cuatro consultorios. Centro de salud Pascuales. Año 2021.

| Componente número de participantes | N° | % |
|------------------------------------|----|------|
| De 5 a 9 personas | 47 | 72.3 |
| De 10 a 14 personas | 18 | 27.7 |
| Total | 65 | 100 |

Fuente: Encuesta

En la tabla nos indica que prevaleció el número de personas de 5 a 9 con el 72.3%.

Gonzales H. Diseño de una estrategia educativa para el control del riesgo preconcepcional. Consultorio k, centro de salud pascuales. Año 2018. Repositorio Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. Grupos de 11 a15 con 77.2% con 127 participantes.

Jiménez G. Diseño de estrategia educativa para modificar factores de riesgo de anemia en niños de 6 meses a 59 meses de edad en dos consultorios del centro de salud Guasmo norte año 2018. Repositorio Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. Grupos de 3-14 person.59%

Tabla 17. Distribución de la población de estudio según componente frecuencia de cuatro consultorios. Centro de salud Pascuales. Año 2021.

| Componente frecuencia | N° | % |
|-----------------------|----|------|
| Una vez por semana | 42 | 64.6 |
| Dos veces por semana | 23 | 35.4 |
| Total | 65 | 100 |

Fuente: Encuesta

En la siguiente tabla nos indica que prevaleció el componente frecuente de una vez por semana con el 64.6%.

Gonzales H. Diseño de una estrategia educativa para el control del riesgo preconcepcional. Consultorio k, centro de salud pascuales. Año 2018. Repositorio Universidad Católica de Santiago de Guayaquil una vez por semana 39.4.

Villegas S. Diseño de una estrategia educativa para la prevención de las infecciones de transmisión sexual en las mujeres de 20 a 49 años. Ciudadela Assad Bucaram. Pascuales. Año 2018. Repositorio Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

Jiménez G. Diseño de estrategia educativa para modificar factores de riesgo de anemia en niños de 6 meses a 59 meses de edad en dos consultorios del centro de salud Guasmo norte año 2018. Repositorio Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. Una vez al mes 52%

Tabla 18. Distribución de la población de estudio según componente tiempo de duración de cuatros consultorios. Centro de salud Pascuales. Año 2021.

| Duración de las actividades educativas | Nº | % |
|--|----|------|
| 30 minutos | 35 | 53.8 |
| 60 minutos | 30 | 46.2 |
| Total | 65 | 100 |

Fuente: Encuesta

En la siguiente tabla nos indica que prevaleció el 53.8% con la duración de las actividades educativas 30 minutos.

Villegas S. Diseño de una estrategia educativa para la prevención de las infecciones de transmisión sexual en las mujeres de 20 a 49 años. Ciudadela Assad Bucaram. Pascuales. Año 2018. Repositorio Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. Duración de la actividad educativa en una hora 80%.

Gonzales H. Diseño de una estrategia educativa para el control del riesgo preconcepcional. Consultorio k, centro de salud pascuales. Año 2018. Repositorio Universidad Católica de Santiago de Guayaquil con 45 minutos de duración con 127 participantes.

Jiménez G. Diseño de estrategia educativa para modificar factores de riesgo de anemia en niños de 6 meses a 59 meses de edad en dos consultorios del centro de salud Guasmo norte año 2018. Repositorio Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. Para el componente de estrategia duración los resultados fueron 66,7% quienes prefieren que la charla dure 30 minutos.

7 CONCLUSIONES

La prevalencia de recién nacido es masculino a término.

- El grupo de edad que predominó en el estudio fue el de 20 a 24 años, siendo la ocupación ama de casa la predominante, el nivel de escolaridad secundariasin terminar y estado civil unión libre. El nivel socioeconómico bajo fue el mayormente encontrado.
- Dentro de los factores de riesgo para bajo peso al nacer que estuvieron presentes en mayor porcentaje se encontraron los hábitos alimenticios, momento de la captación primer trimestre del embarazo, controles de embarazos adecuados, como antecedentes patológicos personales destacó hipertensión arterial y obstétricos la infección de vías urinarias, y no predominaron el consumo de sustancias tóxicas.
- Según los conocimientos sobre bajo peso al nacer, la mayor parte de la población de estudio demostró no conocer sobre estos.
- Los componentes de la estrategia educativa que se propone está planificadoque se desarrollen a través de charlas fundamentalmente, con una frecuenciade una vez por semana, una duración de 30 minutos y con un grupo de 5 a 9personas.

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. Metas mundiales de nutrición 2025. Resumen de política de bajo peso al nacer. [Internet] 2012. (citado 2020-jul 2).14.5:1-8. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/149020/WHO_NMH_NHD_14.5_eng.pdf?ua=1
2. Villafuerte Reinante Yanet. Factores de riesgo asociados con el bajo peso al nacer. Municipio Cienfuegos. 2010-2014. Medisur [Internet]. 2016 feb [citado 2020 ene 22]; 14(1): 34-41. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2016000100008&lng=es.
3. Quintero Paredes Pedro Pablo, Pérez Mendoza Lander, Quintero Roba Alejandro Javier. Comportamiento del bajo peso al nacer en pacientes atendidos en el Policlínico Universitario "Pedro Borrás Astorga", Pinar del Río, Cuba. Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2017 mar [citado 2020 ene 22]; 43(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2017000100007&lng=es
4. Ministerio de salud Pública del Ecuador. Modelo de Atención Integral de Salud con enfoque familiar, comunitario e intercultural 2018 [citado 2020 ene] Disponible en: http://instituciones.msp.gob.ec/somosalud/images/documentos/guia/Manual_MAIS-MSP12.12.12.pdf
5. Gates/Frederic Coubert. Metas mundiales de nutrición 2025 Documento normativo sobre bajo peso al nacer. Organización Mundial de la Salud 2017 [internet] 2017 ene [citado 2020 ene 20] WHO/NMH/NHD/14.5. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255733/WHO_NMH_NHD_14.5_spa.pdf?ua=1
6. Estrada-Restrepo, Alejandro et al. Factores maternos relacionados con el peso al nacer de recién nacidos a término, Colombia, 2002-2011. Cadernos de Saúde Pública [internet]. 2016, v. 32, n. 11 [citado 22 enero 2020], e00133215. Disponible en: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00133215>>. actualizado 08 dic 2016. ISSN 1678-4464. <https://www.scielosp.org/article/csp/2016.v32n11/e00133215/#ModaIArticles>
7. Organización Mundial de la Salud. Documento normativo sobre bajo peso al nacer. [Internet]. 2017 Ginebra (citado 2020 20 jul) Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255733/WHO_NMH_NHD_14.5_spa.pdf?ua=1
8. Dr. Luis Gustavo García Baños, Factores de riesgo asociados al bajo peso al nacer. Rev. Cubana de Salud Pública. [Internet] 2012 abr (citado 2020 jul 23) Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662012000200006#:~:text=El-parto-pretermino-fue-el,de-fumar-e-infecciones-vaginales.
9. Dra. Nora Velázquez Quintana, Dr José Masud, Dr Ricardo Ávila. Recién nacidos con bajo peso; causas problemas y perspectivas a futuro. Médico del Hospital Infantil de México. [Internet] 2004 feb (citado 2020 jul 17). Disponible en:

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462004000100010

- 10 Freiré Carrera M. Álvarez-Ochoa R. Factores materno asociados a bajo peso al nacer en un hospital de cuenca Ecuador. Revista cubana de Obstetricia y Ginecología Vol. 46,No.3(2020)(citado 2020 julio 20) Disponible en <http://www.revGINECOBstetricia.sld.cu/index.php/gin/article/view/527/612>
- 11 Suarez F. Factores de riesgo de neonatos con bajo peso al nacer en el Hospital Universitario de Guayaquil en el año lectivo 2015 repositorio de Universidad de Guayaquil. Tesis.(citado en 2021 julio 12)disponible en : http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/19028/1/CD-982_-Suarez-Suarez-Franklin-Miguel.Pdf
- 12 López V. Bajo peso al nacer y su relación con los factores sociodemográficos de las madres atendidas en el Hospital Isidro Ayora de Loja, en el año 2015 repositorio de la Universidad Nacional Loja.(citado el 2021 julio 15).Disponible en: <https://dspace.unl.edu.ec/jspui/handle/123456789/17919>
- 13 Pacheco D. Prevalencia de niños de bajo peso al nacer y restricción de crecimiento intrauterino y factores maternos asociados, en los recién nacidos de la clínica Humanitaria, Cuenca- Ecuador, 2015. Repositorio Universidad Cuenca tesis.(citado 2021 julio 15).Disponible en: <https://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/23070/1/TESSIS.pdf>
- 14 Benalcázar C. Relación entre las alteraciones del peso al nacer y reanimación neonatal en el servicio de neonatología del Hospital Pablo Arturo Suárez 2016.Repositorio de la Pontificia universidad católica del Ecuador, Tesis.(citado el 2021 julio15).Disponible en: <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/12259/Tesis.pdf?sequence=1>
- 15 Saavedra C. Nivel de información y prácticas de las madres adolescentes en el cuidado del recién nacido a término.Hospital II-2 Trapoto julio-diciembre 2020.Universidad Nacional de San Martín-Tarapoto Perú. Repositorio Tesis año 2020.(Citado 2021 Julio 15) Disponible en: <http://repositorio.unsm.edu.pe/bitstream/handle/11458/3901/Enfermeria-Jose-Fernando-Saavedra-Cardenas-Rocio-del-Pilar-Coral-Sanchez.pdf?Sequence=1&isAllowed=y>
- 16 Alvear D. Factores sociodemográficos y gestacionales asociados a bajo peso al nacer, Hospital “Vicente Corral Moscoso”. Cuenca, 2018.Tesis.(Citado 2021 julio 15)Disponible en : <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/32196>
- 17 Heredia K. Factores de riesgo materno asociados al bajo peso al nacer. Instituto Nacional Materno Perinatal, 2010 – 2011.Lima-Perú 2018.Tesis.(Citado 2021 julio 16)Disponible en: <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/9996?show=full>
- 18 Paredes M. Prevalencia de bajo peso al nacer y posibles factores asociados en recién nacidos del Hospital de la Mujer de la ciudad de la Paz. Universidad Mayor de San Andrés La Paz –Bolivia. (Citado 2021 julio 17)Disponible en : <https://repositorio.umsa.bo/xmlui/handle/123456789/10395>
- 19 Gonzales H. Diseño de una estrategia educativa para el control del riesgo preconcepcional. consultorio k, centro de salud es pascuales. año 2018. Repositorio Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. (Citado 2021 julio 17)Disponible en :<http://repositorio.ucsg.edu.ec/handle/3317/12190>

- 20 Jiménez G. Diseño de estrategia educativa para modificar factores de riesgo de anemia en niños de 6 meses a 59 meses de edad en dos consultorios del centro de salud Guasmo norte año 2018. Repositorio Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. (Citado 2021 julio 17) Disponible en : <http://repositorio.ucsg.edu.ec/handle/3317/12220?locale=fr>
- 21 Hernández Pérez, Raúl et al. Rev. Cubana Enfermer [online]. 2016, vol.32, n.3. ISSN 0864. Efectividad de intervención educativa en conocimientos de embarazadas sobre factores de riesgo maternos de bajo peso al nacer. [Citado 19 junio 2021] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192016000300008
22. Rey Vilchez A, Ávila Piña D, Rodríguez Fuentes A, Cabrera Iznaga A. Factores nutricionales maternos y el bajo peso al nacer en un área de salud. Rev Finlay. 2013 [citado 25 mayo 2021]; 3(1): [aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/172>
23. Ministerio de Salud Pública de Cuba. Programa para la Reducción del Bajo Peso al Nacer actualizado. 2018 [citado 13 octubre 2021]. Disponible en: https://siteal.iiep.unesco.org/sites/default/files/sit_accion_files/cu_3170.pdf
24. Chuang Ya-Chuen, González Conny, Figueroa Horacio, Oyarzún Enrique. En mujeres embarazadas con rotura prematura de membranas y edad gestacional entre 34 y 37 semanas: ¿Es la interrupción del embarazo (manejo activo) mejor que el manejo expectante para reducir la sepsis neonatal? Rev. chil. obstet. ginecol. [Internet]. 2017 Dic [citado 2021 nov 14; 82(6): 681- 691. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262017000600681&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262017000600681>
25. Quirós-Del Castillo Ana Lucía, Apolaya-Segura Moisés. Prevalencia de infección de la vía urinaria y perfil microbiológico en mujeres que finalizaron el embarazo en una clínica privada de Lima, Perú. Ginecol. obstet. Méx. [revista en la Internet]. 2018 [citado 2021 nov 14]; 86(10): 634-639. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0300-90412018001000634&lng=es.
26. Hernández Pérez Raúl, Lemus Lima Eryls, Perera Milián Leidis Sandra, Rodríguez Borges Freddy, Vázquez Aguilar Jorge Luis. Efectividad de intervención educativa en conocimientos de embarazadas sobre factores de riesgo maternos de bajo peso al nacer. Rev Cubana Enfermer [Internet]. 2016 Sep [citado 2021 nov 14]; 32(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192016000300008&lng=es
27. Gonzales Gustavo F, Olave-Goya Paola. Fisiopatología de la anemia durante el embarazo: ¿anemia o hemodilución? Rev. peru. ginecol. obstet. [Internet]. 2019 Oct [citado 2021 nov 14]; 65(4): 489-502. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322019000400013&lng=es <http://dx.doi.org/10.31403/rpgo.v65i2210>.
28. Medina-Pérez EA, Sánchez-Reyes A, Hernández-Peredo AR, Martínez- López MA, Jiménez-Flores CN, Serrano-Ortiz I et al. Diabetes gestacional. Diagnóstico y tratamiento en el primer nivel de atención. Med. interna Méx. [revista en la Internet]. 2017 feb [citado 2021 nov 14] ; 33(1): 91-

98. Disponible en:
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0186-48662017000100091&lng=es.
29. Cedeño Donet Marisel, Rodríguez Betancourt Marco, Peraza Morelles Dayamí, Peraza Morelles Reina. Hábitos tóxicos y embarazo: Resultados perinatales. AMC [Internet]. 2006 Oct [citado 2021 nov 14]; 10(5): 14-
23. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552006000500003&lng=es.
30. Cerda L. Jaime. Cesación de tabaquismo en embarazo. Rev. chil. enferm.respir. [Internet]. 2017 Sep [citado 2021 nov 14]; 33(3): 239-241. Disponible en:
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-73482017000300239&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/s0717-73482017000300239>.
31. Lorena Uchôa Portela Veloso Claude. Prevalencia y factores asociados al uso de alcohol en adolescentes embarazadas. Rev. Latino-Am. Enfermagem 21 (1) [Internet].2013 [citado 2021 nov 14]: Disponible en [:https://doi.org/10.1590/S0104-11692013000100020](https://doi.org/10.1590/S0104-11692013000100020)
32. Míguez Varela M. Carmen, Pereira Beatriz. Prevalencia y factores de riesgo del consumo de tabaco en el embarazo temprano. Rev. Esp. Salud Pública [Internet]. 2018 [citado 2021 nov 14]; 92: e201805029. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272018000100406&lng=es-Epub-30-mayo-2018.
33. Ruoti Cosp, Ontano M, Calabrese E. Uso y abuso de drogas durante el embarazo. Mem. Inst. Investig. Cienc. Salud, Vol. 7(2) Diciembre 2009: 32-44[Citado 2021 nov 14].Disponible en :
<http://scielo.iics.una.py/pdf/iics/v7n2/v7n2a06.pdf>
34. Rosas Prieto Alex Moisés, Narciso Zarate Victor, Cuba Fuentes María Sofía. Atributos de la Atención Primaria de Salud (A.P.S): Una visión desde la Medicina Familiar. Acta méd. peruana [Internet]. 2013 Ene [citado 2021 nov 14] ; 30(1): 42-47. Disponible en:
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172013000100008&lng=es.
35. Abril-Collado Ramiro Orlando, Cuba-Fuentes María Sofía. Introducción ala-Medicina-Familiar.Acta méd. peruana [Internet]. 2013 Ene [citado-2021 nov 15]; 30(1): 31-36. Disponible en:
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172013000100006&lng=es.
36. L. Arribas Mir^a, E. Bailón Muñoz^b.El médico de familia y el control del embarazo en las distintas comunidades autónomas.rev.Elsevier Vol. 29. Núm.4.páginas 233-236 (Marzo 2002).Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-el-medico-familia-el-control-13027624>
37. Pacheco-Romero José. Nutrición en el embarazo y lactancia. Rev. peru. ginecol. obstet. [Internet]. 2014 abr [citado 2021 Nov 17] ; 60(2): 141-146. Disponible en:
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322014000200007&lng=es.
38. Tijerina Sáenz Alexandra, Ramírez López Erik, Meneses Valderrama Víctor Manuel, Martínez Garza Nancy Edith. Ingesta energética y de macronutrientes

- en mujeres embarazadas en el noreste de México. ALAN [Internet]. 2014 Sep [citado 2021 nov 17]; 64(3): 174-181. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06222014000300004&lng=es.
39. Tatal Muñoz Luis Miguel, Rodríguez Castillo Victoria Alejandra, Buitrón Zúñiga Edna Lizeth, Ortega Vallejo Darío Fernando, Zúñiga Collazos Leidy Katherine, Gonzáles Hoyos Erwin Giovanni et al. Condiciones de acceso al programa de control prenatal en un centro de primer nivel de atención de la Ciudad de Pasto, Colombia. Rev. peru. ginecol. obstet. [Internet]. 2019 abr [citado 2021 nov 17] ; 65(2): 157-162. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322019000200004&lng=es. <http://dx.doi.org/10.31403/rpgo.v65i2165>.
 40. Jakeline Calle R. Método de búsqueda activa comunitaria para la captación de gestantes y puérperas en Ecuador. Rev Panam Salud Publica 41[Internet].08 Jun 2017 [citado 2021 nov 17] Disponible en :<https://www.scielosp.org/article/rpsp/2017.v41/e53/#>
 41. Villar Aguirre Manuel. Factores determinantes de la salud: Importancia dela prevención. Acta méd. peruana [Internet]. 2011 Oct [citado 2021 nov 17] ; 28(4): 237-241. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172011000400011&lng=es.
 42. Arispe Claudia, Salgado Mary, Tang Giuliana, González Carmen, RojasJosé Luis. Frecuencia de control prenatal inadecuado y de factores asociados a su ocurrencia: Frecuencia de atención prenatal inadecuada y factores asociados. Rev Med Hered [Internet]. 2011 Oct [citado 2021 nov 17]; 22 (4):159-160. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2011000400004&lng=es.
 43. Cáceres-Manrique Flor de María. El control prenatal: una reflexión urgente. Rev Colomb Obstet Ginecol [Internet]. Junio de 2009 [consultado el 17 de noviembre de 2021]; 60 (2): 165-170. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74342009000200007&lng=en.
 44. Rojas Saunero Liliana Paloma, Claros Beltrán Nataniel. Análisis de aspectos familiares, socioeconómicos y ginecológicos como factores de riesgo para el embarazo en la adolescencia. Rev. Méd. La Paz [Internet]. 2014 [citado 2021 nov 18]; 20(1): 18-27. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582014000100004&lng=es
 45. Molina Gómez Ana María, Pena Olivera Roine Alberto, Díaz Amores Claudia Esther, Antón Soto Maridé. Condicionantes y consecuencias sociales del embarazo en la adolescencia. Rev Cubana Obstet Ginecol. [Internet].2019-jun [citado 2021 nov 17]; 45(2): e218. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2019000200017&lng=es. Asamblea Constituyente. Constitución de la República del Ecuador Quito;2008.
 46. Asamblea Constituyente. Ley Orgánica de salud Quito; 2006.
 47. Chamy P Verónica, Cardemil M Felipe, Betancour M Pablo, Ríos S Matías, Leighton V Luis. Riesgo obstétrico y perinatal en embarazadas mayores de

- 35 años. Rev. chil. obstet. ginecol. [Internet]. 2009 [citado 2021 nov 19]; 74(6): 331-338. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262009000600003&lng=es<http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262009000600003>.
48. Martín Freire Carrera Bajo peso al nacer: Factores asociados a la madre Revista Científica y Tecnológica UPSE Vol. 7, Nº 2 diciembre 2020, 1-8 (enero-junio 2021). [Internet]. 2009 [citado 2021 nov 19] Disponible en: <https://incyt.upse.edu.ec/ciencia/revistas/index.php/rctu/article/view/527/47>
49. Bello Luján Luis M., Saavedra Santana Pedro, Gutiérrez García Luisa Esther, García Hernández José Ángel, Serra Majem Lluís. Características sociodemográficas y sanitarias asociadas con bajo peso al nacer en Canarias. Nutr. Hosp. [Internet]. 2015 oct [citado 2021 Jul 14]; 32(4): 1541-1547. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112015001000017&lng=es<https://dx.doi.org/10.3305/nh.2015.32.4.9456>.
50. Leal-Mateos Manrique, Salazar-Solís Ricardo. Prevalencia de bajo peso en recién nacidos atendidos en el Hospital San Rafael de Alajuela. Rev. costarricenses. cienc. Med [Internet]. enero de 2004 [consultado el 5 de agosto de 2021]; 25 (1-2): 67-73. Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0253-29482004000100008&lng=en
51. Estrada-Restrepo, Alejandro et al. Factores maternos relacionados con el peso al nacer de recién nacidos a término, Colombia, 2002-2011. Cadernos de Saúde Pública [internet]. 2016, v. 32, n. 11 [Citado 14 junio 2021], e00133215. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00133215>. Epub 08 Dic 2016. ISSN1678-4464. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00133215>.
- 53-Faneite A Pedro, Rivera Clara, Amato Rosanna, Faneite Josmery, Paradas María. ¿Importa el bajo peso al nacer? Rev. Obstet Ginecol Venez [Internet]. septiembre de 2011 [citado el 14 de jul de 2021]; 71 (3): 151-157. Disponible-en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S048-77322011000300002&lng=en.
54. Allpas-Gómez Henry Lowell, Raraz-Vidal Jarvis, Raraz-Vidal Omar. Factores asociados al bajo peso al nacer en un hospital de Huánuco. Acta méd. peruana [Internet]. 2014 Abr [citado 2021 jun 14]; 31(2): 79-83. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172014000200003&lng=es.
55. Arzuaga-Ramírez E, Iser-González O, Rivera-Zamora Y, Tarancón- Serrano I. Intervención Educativa sobre Bajo Peso al nacer en embarazadas de riesgo. Multimed [revista en Internet]. 2017 [citado 15 jul 2021]; 16 (2) Disponible en: <http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/583>
56. Hernández Pérez Raúl, Lemus Lima Erlys, Perera Milián Leidis Sandra, Rodríguez Borges Freddy, Vázquez Aguilar Jorge Luis. Efectividad de intervención educativa en conocimientos de embarazadas sobre factores de riesgo maternos de bajo peso al nacer. Rev Cubana Enfermer [Internet]. 2016 Sep [citado 2021 jul 16] ; 32(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192016000300008&lng=es.
57. Zerquera Rodríguez Juan, Cabada Martínez Yusimi, Zerquera Rodríguez Delia, María Delgado Acosta Hilda. Factores de riesgo relacionados con bajopeso al nacer en el municipio Cienfuegos. Medisur [Internet]. 2015 Jun [citado 2021

- oct 5]; 13(3): 366-374. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2015000300006&lng=es.
58. Quintero-Paredes Pedro Pablo. Factores de riesgo de Bajo peso al nacer. AMC [Internet]. 2020 Oct [citado 2021ju 10]; 24(5): e7642. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552020000500007
59. Bendezú Guido, Espinoza Daisy, Bendezú-Quispe Guido, Torres-Román Junior Smith, Huamán-Gutiérrez Roberto M. Características y riesgos de gestantes adolescentes. Rev. peru. ginecol. obstet. [Internet]. 2016 Ene [citado 2021 jul 15] ; 62(1): 13-18. Disponible en:
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322016000100002&lng=es.

ANEXOS 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA MUJERES DE 18 A 49 AÑOS

Yo....., con cédula de identidad número....., pertenezco a la población asignada al consultorio 10B del Centro de salud Pascuales y he recibido por parte del Med. Richard Sánchez Suárez, posgradista de Medicina Familiar y Comunitaria de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, con cédula de identidad 091916009-3 y número de teléfono: 0984886418 información sobre la investigación que se encuentra desarrollando como parte de estudios de posgrado.

Declaro que se me han comunicado todos los detalles sobre la investigación que incluye:

- ❖ Conozco que el Comité de Bioética de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil ha aprobado esta investigación.
- ❖ La misma no tiene ningún interés económico ni de lucro, sino la finalidad de favorecer medidas educativas para prevenir problemas relacionados con la salud durante mi gestación para un nacimiento adecuado de mi hijo.
- ❖ La investigación consistirá en la aplicación de una serie de preguntas tipo test, con el objetivo de conocer los factores de riesgo que pueden estar presentes y que afectan el proceso del embarazo.
- ❖ Conozco que los datos que brinde se deben ajustar estrictamente a la realidad para no falsear los resultados del estudio.
- ❖ Se me ha explicado que puedo dejar en cualquier momento de contestar el cuestionario que me será entregado para la investigación, sin que deba dar explicación acerca de mi decisión, lo cual no afectará mi relación con el personal del centro de salud u otra institución pública.
- ❖ El consentimiento lo otorgo de manera voluntaria y sé que soy libre de negarme a participar o de retirarme del estudio en cualquier momento del mismo, por cualquier razón y sin que tenga ningún efecto sobre mi

atención médica futura.

- ❖ Después de finalizada la investigación se me informará de los resultados de la misma en general, si así lo deseo.

Para constancia de lo mencionado, firmo este CONSENTIMIENTO INFORMADO de forma voluntaria que muestra mi aceptación plena, luego de haber tenido la oportunidad de formular inquietudes y comprendiendo todas las respuestas recibidas a las mismas.

Paciente: Firma _____

Cédula de identidad No. _____

Fecha:.....

ANEXO 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TUTORES O REPRESENTANTES LEGALES DE MUJERES DE 15 A 17 AÑOS

Yo....., con cédula de identidad número, represento legalmente a la adolescente....., con cédula de identidad número la cual pertenece a la población asignada al consultorio 10B del Centro de salud Pascuales.

He recibido por parte del Med. Richard Sánchez Suárez, posgradista de Medicina Familiar y Comunitaria de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, con cédula de identidad 091916009-3 y número de teléfono: 0984886418 información sobre la investigación que se encuentra desarrollando como parte de estudios de posgrado.

Declaro que se me han comunicado todos los detalles sobre la investigación que incluye:

- ❖ Conozco que el Comité de Bioética de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil ha aprobado esta investigación.
- ❖ La misma no tiene ningún interés económico ni de lucro, sino la finalidad de favorecer medidas educativas para prevenir problemas relacionados con la salud de mi representada o su hijo.
- ❖ La investigación consistirá en la aplicación de una serie de preguntas tipo test, con el objetivo de conocer los factores de riesgo que pueden estar presentes y que afectan el proceso del embarazo.
- ❖ Conozco que los datos que mi representada brinde se deben ajustar estrictamente a la realidad para no falsear los resultados del estudio.
- ❖ Conozco que se mantendrá la confidencialidad de los datos aportados.
- ❖ El consentimiento lo otorgará mi representada de manera voluntaria siendo libre de negarse a participar o de retirarse del estudio en cualquier momento del mismo, por cualquier razón y sin que tenga ningún efecto sobre su atención médica futura.
- ❖ Después de finalizada la investigación se me informará de los

resultados de la misma en general, si así lo deseo.

Para constancia de lo mencionado, firmo este CONSENTIMIENTO INFORMADO de forma voluntaria que muestra mi aceptación plena a que mi representada participe en el estudio, luego de haber tenido la oportunidad de formular inquietudes y comprendiendo todas las respuestas recibidas a las mismas.

Nombre del representante legal:

Firma:_____

Cédula de identidad No. _____

Fecha:.....

ANEXOS 3

Encuesta

Estimada.

La salud de la madre influye considerablemente durante su gestación para de esa manera obtener un recién nacido con peso adecuado. Es muy importante la adecuada atención médica que facilita reconocer los factores de riesgos para eliminarlos o disminuirlos y de esta manera evitar complicaciones para la gestante y el recién nacido.

El presente trabajo servirá como fuente de información para diseñar una estrategia educativa para prevención del bajo peso al nacer, permitiendo a las mujeres conocer los riesgos y enfermedades que se presentan durante el embarazo.

1. ¿Cuánto peso su hijo al nacer? _____ y cuál fue el sexo_____.

2. Edad: _____

3. Ocupación:

a) Empleados públicos

b) Empleados privados

c) Cuenta propia

d) Ama de casa

e) Trabajadora no remunerada

f) Jubilados

g) Desempleados

h) Otra

4. Escolaridad

a) Ninguna ___

b) Primaria terminada ___

c) Secundaria terminada ___

d) Bachillerato terminado ___

e) Universitaria terminada

f) Posgrado terminada ___

5. Estado civil:

a) Casada ___

b) Soltera ___

c) Unión libre ___

d) Divorciada ___

e) Viuda ___

6. ¿Cuál es su ingreso económico?

a) Alto

b) Medio

c) Bajo

7. ¿Cuántas veces a la semana usted consume frutas, verduras, carnes rojas?

Adecuado 3 veces a la semana_____

Inadecuado menor de 2 veces a la semana_____

8. ¿Cuántas veces a la semana usted consume comidas rápidas y bebidas azucaradas?

Adecuado 3 veces a la semana_____

Inadecuado menor de 2 veces a la semana_____

9. ¿Cuántas semanas de gestación tuvo en su primera consulta?

a) 0 a 12 semanas de gestación_____

b) 13 semanas a 26 semanas de gestación_____

c) 27 semanas a final de embarazo_____

10. ¿Cuántos controles cree usted que debe de tener durante su embarazo?

a) Menos 5 controles _____

b) 5 controles _____

c) Mayor de 5 controles _____

11. ¿Cual es su peso y talla?

12. Consume alguna sustancias tóxicas durante el embarazo:

Sí _____ No _____

13. Padece usted de alguna de las enfermedades siguientes:

a) Hipertensión Arterial.

b) Diabetes Mellitus.

c) Dislipidemia.

d) Cardiopatía isquémica.

e) Cáncer.

f) Epilepsia.

g) Asma bronquial.

h) Otras.

14. ¿Se ha realizado usted el examen de Papanicolaou en los dos últimos

años?

Sí _____ No _____

15. ¿Qué edad tenía en su primer embarazo? _____

16. De los partos que ha tenido, diga cuántos han sido:

Normales _____ cesárea _____ aborto _____

17. ¿Ha tenido presión alta en alguno de sus embarazos?

Sí _____ No _____

18. ¿Ha tenido diabetes en alguno de sus embarazos?

Sí _____ No _____

19. ¿Ha nacido antes de tiempo alguno de sus hijos?

No _____ Sí _____ Cuántos _____

20. ¿Ha nacido muerto o ha fallecido durante el primer mes alguno de sus hijos?

No _____ Sí _____ Cuántos _____

21. ¿Ha tenido algún hijo con bajo peso?

No _____ Sí _____ Cuántos _____

22. De las enfermedades siguientes, cuáles considera usted que son enfermedades de transmisión sexual:

a) VIH _____

b) Sífilis _____

c) Virus del papiloma _____

d) Clamidia _____

e) Herpes genital _____

f) Gonorrea _____

g) Todas _____

23. Relacione algunos factores que Usted considera pueden ser riesgo en las mujeres para ellas y el bebé en caso de quedar embarazadas:

24. En qué lugar le gustaría que se impartan las actividades informativas sobre el riesgo de bajo peso al nacer:

- a) Centro de salud ____
- b) Escuela ____
- c) Barrio ____
- d) Domicilio ____
- e) Otros ____

25. Con cuántas personas desearía recibir la capacitación sobre riesgo de bajo peso al nacer?

- a) En un grupo de 5 a 10 mujeres_____
- b) En un grupo de 11 a 15 mujeres _____
- c) En un grupo de 16 a 20 mujeres _____

26. En que horario usted tiene disponibilidad para recibir la capacitación sobre

el riesgo de bajo peso al nacer:

- a) Mañana
- b) Tarde
- c) Noche

27. ¿A través de qué medio le gustaría se le informara sobre riesgo de bajo peso al nacer?

- a) Charlas _____
- b) Videos _____
- c) Discusión grupal _____
- d) Otros _____ Cuáles? _____

28. ¿Cuánto tiempo le gustaría recibir la capacitación sobre el riesgo de bajo peso al nacer?

- a) 30 minutos
- b) 60 minutos
- c) 120 minutos
- d) Otras

Anexo 3.

Diseño de estrategia educativa

Título de la estrategia educativa: “Trabajando con las madres para un niño saludable”

El diseño de la estrategia educativa está estructurado en cuatro temas, cada uno de ellos tiene dos subtemas por cada tema. Cada actividad desarrolla un subtema con distintas técnicas educativas.

Duración de cada actividad: 30 minutos.

Lugar: Centro de salud Pascuales.

Horario: 10:00 am.

Número de participantes: De 5 a 9.

Responsable: Md. Richard Sánchez Suárez.

Recursos materiales: Infocus.

Frecuencias: semanal cada grupo. (4 grupos) Tiempo estimado: (1 mes)

Justificación

Las estrategias educativas permiten mejorar estilos de vida, con el fin de inducir conductas positivas y mejorar la salud personal, familiar y colectiva.

El objetivo general que se pretende alcanzar con esta estrategia educativa es elevar el nivel de conocimientos sobre factores de riesgo de bajo peso al nacer en la población de mujeres gestantes.

La duración total de la aplicación a través de la estrategia es de 4 semanas.

Durante el estudio realizado se evidenció el desconocimiento por parte de la población sobre bajo peso al nacer, las complicaciones de los factores de

riesgo e incluso sobre programas que mejoran la salud. Se necesita de la aplicación de estrategia educativa sobre bajo peso al nacer.

Para lograr disminuir las cifras de este indicador de salud en el centro de salud Pascuales se propone realizar una estrategia educativa dirigida a mujeres gestantes. Esta estrategia está basada en hacer conocer a todas las mujeres sobre los factores de riesgo de bajo peso al nacer.

Objetivos.

Objetivo General:

Elevar el nivel de conocimiento sobre factores de riesgo de bajo peso al nacer de cuatro consultorios. Centro de Salud Pascuales.

Objetivos específicos:

- Proveer del conocimiento sobre bajo peso al nacer a las mujeres gestantes atendidas en los cuatro consultorios del centro de salud Pascuales.
- Orientar las principales medidas para la prevención y modificación de bajo peso al nacer.
- Brindar información sobre factores de riesgo bajo peso al nacer.

Metodología

La estrategia educativa sobre factores de riesgo bajo peso al nacer fue elaborada a partir de una encuesta realizada a la población de mujeres en edad fértil de 15 a 49 años de edad donde se incluyeron diferentes temas relacionados con la identificación de los factores de riesgo para esta afección.

La estrategia será implementada en un tiempo de 1 mes.

Los horarios serán durante la tarde de 10 a 12 pm. Las sesiones tendrán tiempo de duración aproximado de 30 minutos, de forma semanal, el tipo de actividad serán a través de charlas, videos y taller. Además se determinará el local a utilizar para desarrollar dichas actividades.

Para realizar las actividades de la estrategia de intervención, las 65 participantes serán distribuidas de la siguiente manera: 4 grupos de 16 personas, 4 grupo de 17.

Desarrollo.

Tema 1: Introducción al programa educativo de bajo peso al nacer.

1.1: Bienvenida al programa educativo de bajo peso al nacer.

- Actividad 1: Video conferencia sobre bajo peso al nacer.
- Duración. 30 minutos.
- Lugar: Infocentro
- Horario: 15:00 am.
- Número de participantes: 10
- Responsable: Dr. Richard Sánchez Suárez.
- Recursos materiales: Infocus

2: Charla educativa sobre los factores de riesgo bajo peso al nacer.

- Actividad 2: Charla educativa sobre factores de riesgo bajo peso al nacer.
- Duración. 20 minutos.
- Lugar: Centro de salud Pascuales
- Horario: 15:00 am.
- Número de participantes: 10
- Responsable: Dr. Richard Sánchez.
- Recursos materiales: Papelógrafo.

3: Charla educativa sobre alimentación adecuada en durante el embarazo.

- Actividad 3: Charla educativa sobre alimentación adecuada en durante el embarazo.

- Duración. 30 minutos.

- Horario: 14:00.

- Número de participantes: 5

- Responsable: Dr. Richard Sánchez.

- Recursos materiales: videos conferencia.

4: La importancia de los controles prenatales durante el embarazo.

4.1: La importancia de los controles prenatales durante el embarazo.

- Actividad 1: Grupo focal sobre factor de riesgo para el bajo peso al nacer.

- Duración. 30 minutos.

- Lugar: Centro de salud Pascuales

- Horario: 14:00 am.

- Número de participantes: 5

- Responsable: Dr. Richard Sánchez.

- Recursos materiales: Sillas para todos, papel, bolígrafo.



DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo **Sánchez Suárez Richard Rolando**, con C.C: # **0919160093** autor del trabajo de titulación: Diseño de una estrategia educativa para prevención del bajo peso al nacer en cuatro consultorios de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro salud Pascuales. Año 2021, previo a la obtención del título de **Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

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

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

Guayaquil, **20 de noviembre** del **2021**

Nombre: Sánchez Suárez Richard Rolando.
C.C: 0919160093



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA
FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

| | | | |
|--|--|--|----|
| TEMA Y SUBTEMA: | Diseño de una estrategia educativa para prevención del bajo peso al nacer en cuatro consultorios de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro salud Pascuales. Año 2021. | | |
| AUTOR(ES) | Sánchez Suárez Richard Rolando. | | |
| REVISOR(ES)/TUTOR(ES) | Viteri Jaramillo Ana María. | | |
| INSTITUCIÓN: | Universidad Católica de Santiago de Guayaquil | | |
| FACULTAD: | Escuela de Graduados en Ciencias de la Salud | | |
| CARRERA: | Especialización en Medicina Familiar y Comunitaria | | |
| TÍTULO OBTENIDO: | Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria | | |
| FECHA DE PUBLICACIÓN: | 20 de noviembre del 2021 | No. DE PÁGINAS: | 75 |
| ÁREAS TEMÁTICAS: | Medicina Familiar y Comunitaria, Ginecología, Salud Pública | | |
| PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS: | Bajo peso al nacer, factores de riesgos, Estrategia, Educación, atención primaria de salud, Medicina Familiar y Comunitaria. | | |
| RESUMEN/ABSTRACT: | <p>Antecedentes: El bajo peso al nacimiento (BPN) es un problema de salud pública mundial, que impacta sobre la mortalidad neonatal e infantil. Entre los múltiples factores asociados al BPN se han señalado las características antropométricas, nutricionales, socioculturales y demográficas de la madre; los antecedentes obstétricos y condiciones patológicas que afectan la funcionalidad y suficiencia placentaria, así como las alteraciones propiamente fetales. Métodos: Se realizó una investigación de tipo observacional prospectivo descriptivo y de corte transversal de los cuatro consultorios que atiende el posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria. Resultados: La edad que predominó masculino con 59,3%, seguido de la edad madre de 20-24 años el 32,3%, ama de casa 38,5%, con un nivel de escolaridad secundaria 32,3%, estado civil unión libre 56,9%, nivel socio económico bajo 52,3%, consumo de sustancias tóxicas 90,8%. La hipertensión arterial 42,6% como antecedentes patológicos personales, infección de vías urinarias 36,9% antecedentes obstétricos, no tuvo conocimientos de bajo peso al nacer. Conclusiones: Existe desconocimiento sobre los factores de riesgo bajo peso al nacer Por cuanto la intervención educativa en este campo permitirá modificar factores de riesgo y adquirir conductas y hábitos saludables..</p> | | |
| ADJUNTO PDF: | <input checked="" type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | |
| CONTACTO CON AUTOR/ES: | Teléfono: +593-4-0984886418 | E-mail: richard.sanchez02@cu.ucsg.edu.ec drsanchezrichard.sanchez@gmail.com | |
| CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE):: | Nombre: Dr. Xavier Landívar Varas | | |
| | Teléfono: +593-4-3804600 ext: 1830- 1811. | | |
| | E-mail: posgrados.medicina@cu.ucsg.edu.ec. | | |
| SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA | | | |
| Nº. DE REGISTRO (en base a datos): | | | |
| Nº. DE CLASIFICACIÓN: | | | |
| DIRECCIÓN URL (tesis en la web): | | | |