



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN ESTRUCTURADO DE MANERA
INDEPENDIENTE**

INFORME DE INVESTIGACIÓN SOBRE:

**“CONTROLES PRENATALES Y SU INFLUENCIA EN LA
PRESENCIA DE AMENAZAS DE PARTO PREMATURO EN MADRES
ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL CENTRO OBSTÉTRICO DEL
HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE AMBATO EN EL PERÍODO
ENERO – JUNIO 2012”**

Requisito previo para optar por el Título de Licenciada en Enfermería

Autora: López Pérez, Grace Pamela

Tutora: Rojas Cisternas, Patricia Adelaida

Ambato – Ecuador

Agosto, 2013

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de Tutora del Trabajo de Investigación sobre el tema: **“CONTROLES PRENATALES Y SU INFLUENCIA EN LA PRESENCIA DE AMENAZAS DE PARTO PREMATURO EN MADRES ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL CENTRO OBSTÉTRICO DEL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE AMBATO EN EL PERÍODOENERO – JUNIO 2012”**. De Grace Pamela López Pérez, estudiante de la Carrera de Enfermería, considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometidos a la evaluación del jurado examinador designado por el Honorable Consejo Directivo, de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Ambato, Junio 2013

LA TUTORA

.....
Dra. Patricia Rojas Cisternas

AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO

Los criterios emitidos en el Trabajo de Investigación “**CONTROLES PRENATALES Y SU INFLUENCIA EN LA PRESENCIA DE AMENAZAS DE PARTO PREMATURO EN MADRES ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL CENTRO OBSTÉTRICO DEL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE AMBATO EN EL PERÍODO ENERO – JUNIO 2012**”.como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuesta son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autora de este trabajo de grado.

Ambato, Junio del 2013

LA AUTORA

.....
Grace Pamela López Pérez

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que haga de esta tesis o parte de ella un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación.

Cedo los derechos en línea patrimoniales de mi tesis con fines de difusión pública; además apruebo la reproducción de esta tesis, dentro de las regulaciones de la Universidad, siempre y cuando esta reproducción no suponga una ganancia económica y se realice respetando mis derechos de autora.

Ambato, Junio 2013

LA AUTORA

.....
Grace Pamela López Pérez

APROBACIÓN DEL TRIBUNAL EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Informe de investigación, sobre el tema: **“CONTROLES PRENATALES Y SU INFLUENCIA EN LA PRESENCIA DE AMENAZAS DE PARTO PREMATURO EN MADRES ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL CENTRO OBSTÉTRICO DEL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE AMBATO EN EL PERÍODOENERO – JUNIO 2012.** De Grace Pamela López Pérez, estudiante de la Carrera de Enfermería.

Ambato, Agosto 2013

Para constancia firman

.....
PRESIDENTA

.....
1er VOCAL2do VOCAL

.....

DEDICATORIA

El presente trabajo investigativo le dedico a Dios por iluminarme y guiarme en mi camino y por siempre llenarme de bendiciones.

A mi madre Nancy y a mi abuelito Cristóbal quienes con su apoyo moral, económico y ejemplo de vida han inculcado en mí, la responsabilidad, esfuerzo y dedicación de seguir adelante, por llenarme de su amor y confianza apoyándome siempre en cada una mis pasos para lograr culminar esta etapa de mi vida, inculcándome desde pequeña a luchar para alcanzar cada una de mis metas. Este triunfo se los dedico a ustedes.

A mi hermano Alejandro, por el apoyo incondicional que me ha brindado durante mi carrera estudiantil.

Grace Pamela

AGRADECIMIENTO

Mi agradecimiento especial y profundo a Dios por otorgarme su bendición y protección día a día.

A mi madre y a mi abuelito por sus ejemplos tangibles de perseverancia que me demostraron durante toda mi jornada de estudio en la Universidad Técnica de Ambato, alentándome a obtener el título de enfermera, culminando así mis estudios universitarios.

A mi hermano por su apoyo moral e incondicional siendo así un pilar fundamental dentro de mi vida.

Mi reconocimiento y gratitud a la Dra. Patricia Rojas Cisternas por su tiempo dedicado a la revisión y dirección del informe final de investigación.

A todos mis maestros que me impartieron sus conocimientos durante la carrera

A todo el personal que integra el servicio de centro obstétrico del Hospital Provincial General Docente Ambato que me dio las facilidades para realizar la investigación.

Grace Pamela

ÍNDICE GENERAL

Portada.....	i
Aprobación del Tutor.....	ii
Autoría del Trabajo de Grado.....	iii
Aprobación del Tribunal Examinador.....	iv
Dedicatoria.....	v
Agradecimiento.....	vi
Índice general.....	vii
Índice de tablas.....	x
Índice de gráficos.....	xi
Resumen	xiii
Summary.....	xiv
Introducción.....	1

CAPÍTULO I.- EL PROBLEMA

1.1.Tema de Investigación.....	3
1.2. Planteamiento del Problema.....	3
1.2. 1 Contextualización.....	4
1.2.2. Análisis crítico.....	13
1.2.3. Prognosis.....	15
1.2.4. Formulación del problema.....	16
1.2.5. Preguntas directrices.....	16
1.2.6. Delimitación del objeto de investigación.....	17
1.3. Justificación.....	17
1.4. Objetivos.....	18
14.1. Objetivo general.....	18
1.4.2. Objetivos específicos.....	19

CAPÍTULOII.- MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes investigativos.....	20
2.2. Fundamentación filosófica.....	23
2.3. Fundamentación legal.....	24

2.4. Categorías fundamentales.....	31
2.4.1. Controles Prenatales.....	33
2.4.2 Salud Materno Infantil.....	37
2.4.3 Atención Primaria de Salud.....	39
2.4.4 Salud Publica.....	40
2.4.5 Amenaza de Parto Prematuro.....	43
2.4.6 Embarazo.....	46
2.4.7 Adolescencia.....	47
2.4.8 Patologías Obstétricas.....	48
2.5. Hipótesis.....	52
2.6. Señalamiento de variables.....	52
2.6.1. Variable independiente.....	52
2.6.2 Variable dependiente.....	52

CAPÍTULO III.- METODOLOGÍA

3.1.Enfoque Investigativo.....	53
3.2. Modalidad básica de investigación.....	54
3.2. Nivel o tipo de investigación.....	55
3.3. Población y muestra.....	56
3.3.1. Caracterización de la población de investigación.....	56
3.3.2. Criterios Éticos.....	57
3.4. Operacionalización de variables.....	58
3.4.1. Variable independiente.....	59
3.4.2. Variable dependiente.....	60
3.5. Plan de recolección de información.....	62
3.6. Plan de procesamiento y análisis de la información.....	62

CAPÍTULO IV.- ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

4.1. Análisis de los resultados.....	63
4.1.1 Análisis de la guía de observación.....	64
4.1.2 Resultados de la encuestas a las madres adolescentes.....	82

CAPÍTULO V.- CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones.....	92
5.2. Recomendaciones.....	94

CAPÍTULO VI.- PROPUESTA

6.1. Datos informativos.....	97
6.2 Antecedentes de la propuesta.....	99
6.3 Justificación de la propuesta.....	99
6.4 Objetivos.....	101
6.4.1 Objetivo General.....	101
6.4.2 Objetivo Específicos.....	101
6.5 Análisis de factibilidad.....	102
6.6 Fundamentación científica.....	102
6.7 Metodología. Modelo Operativo.....	106
6.7.1 Plan de acción de la propuesta.....	107
6.7.2 Presupuesto.....	109
6.8 Administración.....	110
6.9 Previsión de la evaluación.....	111

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bibliografía.....	112
Anexos.....	118

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla No. 1 Morbilidad materna HGOIA Ecuador, MSP.....	8
Tabla No.2 Amenaza de parto prematuro por grupo de edad.....	64
Tabla No. 3 Nivel de instrucción en pacientes con A.P.P.....	65
Tabla No. 4 Residencia de pacientes con A.P.P.....	67
Tabla No. 5 Ocupación de pacientes con A.P.P.....	68
Tabla No. 6 Enfermedades maternas presentes en pacientes con A.P.P.	70

Tabla No. 7 Paridad en pacientes con A.P.P.....	72
Tabla No. 8 Control prenatal en pacientes con A.P.P.....	74
Tabla No. 9 Terminación del embarazo en pacientes con A.P.P.....	76
Tabla No. 10 Pacientes con A.P.P., según su edad gestacional.....	77
Tabla No. 11 Suplementos nutricionales en pacientes conA.P.P.....	79
Tabla No. 12 Importancia de los Controles Prenatales.....	82
Tabla No.13 Controles prenatales adecuados durante el embarazo...	83
Tabla No. 14 Motivos para no acudir a controles prenatales.....	85
Tabla No. 15 Presentó complicaciones durante su embarazo.....	87
Tabla No. 16 Edad Gestacional del primer chequeo prenatal.....	88
Tabla No. 17 Importancia sobre controles prenatales.....	90
Tabla No. 18 Gastos a operarse en el proceso de investigación.....	106
Tabla No. 19 Plan de monitoreo y evaluación de la propuesta.....	108

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico No. 1 Árbol de Problemas.....	12
Gráfico No. 2 Categorías Fundamentales.....	31
Gráfico No. 3 Constelación de ideas V. Independiente.....	32
Gráfico No. 4 Constelación de ideas V. Dependiente.....	32
Gráfico No. 5 A.P.P por grupo de edad.....	64
Gráfico No. 6 Nivel de instrucción en pacientes con A.P.P.....	66
Gráfico No. 7 Residencia de pacientes con A.P.P.....	67
Gráfico No. 8 Ocupación de pacientes conA.P.P.....	69
Gráfico No. 9 Enfermedades maternas presentes en pacientes con de APP...	71
Gráfico No. 10 Paridad en pacientes con APP.....	73
Gráfico No. 11 Control prenatal en pacientes con APP.....	74
Gráfico No. 12 Terminación del embarazo en pacientes con A.P.P.....	76
Gráfico No. 13 Pacientes con APP según su edad gestacional.....	78
Gráfico No. 14 Suplementos nutricionales en pacientes conAPP.....	80
Gráfico No. 15 Importancia de los Controles Prenatales.....	82
Gráfico No. 16 Controles prenatales adecuados durante el embarazo....	84
Gráfico No. 17 Motivos para no acudir a controles prenatales.....	85
Gráfico No. 18 Presentó complicaciones durante su embarazo.....	87

Gráfico No. 19 Edad gestacional del primer chequeo prenatal.....	89
Gráfico No. 20 Importancia de recibir educación sobre controles prenatales	90
Gráfico No. 21 Localización geográfica del H.P.D.A.....	95
Gráfico No. 22 Organigrama del proceso de mejoramiento.....	107

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA

TEMA: “CONTROLES PRENATALES Y SU INFLUENCIA EN LA PRESENCIA DE AMENAZAS DE PARTO PREMATURO EN MADRES ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL CENTRO OBSTÉTRICO DEL HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE AMBATO EN EL PERIODO ENERO – JUNIO 2012”

Autora: Grace Pamela López Pérez

Tutora: Dra. Patricia Rojas Cisternas

Fecha: Ambato, Junio del 2013

RESUMEN EJECUTIVO

La presente investigación considera a los controles prenatales como el pilar fundamental dentro de la prevención de diversas patologías que puedan afectar el desarrollo normal de un embarazo afectando la salud de la madre adolescente y del neonato; dentro de este ámbito. Se realizó un estudio descriptivo en los pacientes que acuden a centro obstétrico del Hospital Provincial General Docente Ambato, integrados por 50 pacientes, aplicando un enfoque cualitativo y cuantitativo. Se analiza el número de controles prenatales y su influencia en la presencia de amenaza de prematuros en madres adolescentes, mediante la aplicación de una encuesta y una guía de observación directa, obteniendo que el 68% de las investigadas, no se realizaron el número de controles prenatales adecuados durante su etapa de gestación. Se evidencia que la patología de Amenaza de Parto Prematuro es de origen multifactorial en la que interviene la edad materna, antecedentes de enfermedades maternas, el nivel de educación, procedencia, número de gestas, etc., que influyen en la aparición de esta patología. Se demostró que el hecho de que las madres adolescentes no se realicen un control prenatal óptimo si influye en la aparición de Amenaza de Parto Prematuro. Ante estos resultados se propone un departamento de consejería materno – neonatal con una charla educativa y trípticos dirigidos hacia las madres adolescentes con la importancia de los controles prenatales a fin de capacitar, educar e incentivar a que acudan a realizarse los mismos, de manera oportuna para prevenir la aparición de patologías que impidan salvaguardar la vida del binomio madre- hijo en el servicio de centro obstétrico, con la aplicación de esta propuesta se beneficiará directamente al personal, pacientes, institución y comunidad.

PALABRAS CLAVES: CONTROLE_PRENATAL, NEONATO, PATOLOGÍAS, OBSTÉTRICO, MADRES_ADOLESCENTES.

**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA**

TOPIC: ""PRENATAL CHECKUPS AND THEIR INFLUENCE ON THE PRESENCE OF PRETERM LABOR IN ADOLESCENT MOTHERS ATTENDING AT THE OBSTETRIC CENTER OF THE HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE AMBATO IN THE PERIOD JANUARY-JUNE 2012"

Author: Grace Pamela López Pérez

Tutor: Dra. Patricia Rojas Cisternas

Date: Ambato, Junio del 2013

SUMMARY

This research considers prenatal care as the cornerstone in the prevention of various diseases that can affect the normal development of pregnancy affecting the health of the adolescent mother and newborn. A descriptive study was conducted in patients attending in the obstetric center of HPDA composed of 50 patients, using a qualitative and quantitative approach. We analyzed the number of prenatal care and its influence on the presence of threatened premature teenage mothers, by applying a survey and direct observation guide, getting that 68% of those surveyed did not practice prenatal number appropriate for their stage of pregnancy. It is evident that the pathology of Threatened Preterm is multifactorial origin involving maternal age, history of maternal illness, education level, origin, pregnancies number, etc, Which influence the development of this pathology. It showed that teenage mothers are not made optimal prenatal care if it influences the onset of preterm labor. Given these results we propose a guidance department maternal - neonatal with an educational talk and leaflets directed toward teenage mothers on the importance of prenatal care to train, educate and encourage them to attend them done in a timely manner to prevent the occurrence of conditions which preclude safeguard the lives of mother and son in the service delivery ward, with the implementation of this proposal will directly benefit staff, patients, and community institution.

KEYWORDS:PRENATAL_CARE,NEWBORN,
OBSTHETRIC, TEENAGE_MOTHERS

PATHOLOGY,

INTRODUCCIÓN

La investigación se realiza en el Hospital Provincial General Docente Ambato en el servicio de centro obstétrico, donde se investigo a 50 madres adolescentes que presentaron Amenaza de Parto Prematuro, con el propósito de determinar si la falta de controles prenatales influye en la aparición de APP.

En la actualidad los embarazos ocurren a temprana edad, por lo que se debe poner mayor énfasis en atender a este grupo de edad, por que se encuentran expuestas a una serie de cambios emocionales, físicos, psicológicos durante su etapa de gestación por lo que es primordial fomentar en ellas la importancia de cuidar su estado de salud y la de su hijo asistiendo continuamente a realizarse los controles prenatales, ya que constituyen un importante factor esencial en la prevención y detección precoz de enfermedades que desencadenen en Amenaza de Parto Prematuro.

En los tiempos actuales, el proceso de investigación representa uno de los parámetros en la actividad humana que está orientada a la obtención de nuevos conocimientos y, por este sendero, ocasionalmente dar solución a problemas o interrogantes de carácter científico, de esta manera formando parte del amplio aspecto de la globalización.

El objetivo de la investigación no está determinado por las conclusiones obtenidas del estudio, no se basan en impresiones subjetivas, sino en hechos que se han observado y medido, y que en su interpretación se evita cualquier prejuicio que los responsables del estudio pudieran hacer.

Pongo a vuestra consideración la presente tesis con la finalidad de coadyuvar en el proceso investigación-salud-enfermedad y de esta manera aportar de manera tangible por el bien común.

Es por ello que se tratará del problema de investigación así como una clara visión de las contextualizaciones juntamente con el análisis crítico

hasta la formulación del problema y la justificación del porqué se ha decidido realizar mencionada indagación.

El énfasis de dar a conocer las bases científicas también se hace presente cuyo contenido comprende cada una de la fundamentaciones hasta el señalamiento de variables e hipótesis.

Se recalca el desarrollo humano dentro del contexto de la metodología, promocionando la potencialización de las personas, del aumento de sus habilidades que juntamente con los criterios enmarcados en el proceso de investigación, son los derroteros de nuestra tesis.

Así mismo se da a conocer cada una de las tablas y gráficos de los datos obtenidos en el análisis de los resultados, hasta llegar a lo referente a las conclusiones y recomendaciones que denotan cada una de los ordenamientos obtenidos y las enmiendas a tomar en cuenta para una futura sucesión en la puesta en práctica.

Finalmente se hace reseña a la propuesta de nuestra investigación.

De nuestra parte consideramos haber concluido en todos los aspectos relevantes y necesarios, dejando la presente a vuestra disposición.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1 TEMA DE LA INVESTIGACIÓN

“Controles prenatales y su influencia en la presencia de amenazas de parto prematuro en madres adolescentes que acuden al centro obstétrico del Hospital Provincial Docente Ambato en el periodo Enero – Junio 2012”

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En el ámbito de lo que constituye el proceso salud enfermedad, se ponen de manifiesto una serie de interrogantes respecto de la capacidad para menguar las consecuencias de dicho proceso; es por tal razón que en este estudio se realiza una investigación sobre la importancia de los controles prenatales y su influencia en la presencia de amenazas de parto prematuro en madres adolescentes.

De esta manera mediante la aplicación de las técnicas de investigación tanto cualitativa como cuantitativa, se obtendrán datos que permitan validar el planteamiento de la hipótesis, efectuada con las pacientes adolescentes atendidas en el área de Gineco-Obstetricia del Hospital Provincial Docente Ambato durante los meses de Enero a Junio del 2012, con diagnóstico definitivo de Amenaza de Parto Pretérmino (APP).

En las mujeres adolescentes gestantes de las áreas rurales, existe un desconocimiento sobre la importancia de los controles prenatales,

factores influidos claro está por el nivel social, cultural y educacional; en segundo lugar a la escasa cobertura de salud en esas zonas tanto en atención como en infraestructura.

Para muchas mujeres en Tungurahua, las mismas barreras que limitan su asistencia a los controles prenatales son entre otros la distancia de los centros de asistencia en salud, la calidad de la atención recibida, disponibilidad, actitudes del personal de salud que las atiende, falta de información sobre la importancia de los controles prenatales.

El proceso se pone de manifiesto con la falta de comunicación e información con los padres de la madre adolescente, la falta de controles prenatales subsecuentes por desconocimiento acarrea graves factores de riesgo ya que la APP es multifactorial dentro de ellas las patologías mas frecuentes que se presentan en este tipo de pacientes son anemia, diabetes mellitus, IVU, hipertensión gestacional, preeclampsia, eclampsia, RPM, en los que se incluyen periodos intergenésico cortos.

1.2.1 CONTEXTUALIZACIÓN

- **Macro contextualización**

El embarazo adolescente, hoy en día, un problema de salud pública mundial, ha sido consistentemente asociado con mayores riesgos tanto psicológicos, sociales así como anatómicos para la mujer embarazada.

Como resume CLAP (Centro Latinoamericano de Perinatología) en su Boletín de Salud Perinatal emitido en el año 2008; “El bajo peso al nacer es el índice predictivo más importante de la mortalidad infantil y

el factor fundamental asociado con las más de cinco millones de defunciones neonatales que ocurren cada año en el mundo”

En mencionado boletín se pone a consideración también que el bajo peso al nacer obedece a dos causas fundamentales: la primera constituida en que el feto tenga una insuficiencia de peso en relación con la edad gestacional (Retraso de Crecimiento Intrauterino) y la segunda, que ocurra un nacimiento antes de las 37 semanas de gestación lo que se corresponde con un parto pretérmino.

En el Congreso Mundial de Medicina Perinatal, realizado en Uruguay en Abril del 2011, se decidió que el peso al nacimiento debiera relacionarse con la edad gestacional y que los niños antes de las 37 semanas completas de gestación deberían llamarse pretérmino.

Es así que el pronóstico que se establece difiere de acuerdo con la forma clínica aunque el resultado final sea un neonato con grandes dificultades para su supervivencia y sus secuelas las arrastre durante toda su vida, tanto en el período perinatal como en la niñez, la adolescencia y aún en la edad adulta, incluso se perpetúan en las generaciones siguientes.

Así mismo se establece que el parto pretérmino es una de las causas más importantes de morbilidad y mortalidad perinatal. Es considerado esencialmente una enfermedad social, esto explica que países pobres o minorías postergadas presenten cifras superiores al 20% de los partos, como lo enfatiza el congreso de Perinatología.

De similar manera también se pone en evidencia que excluidas las malformaciones congénitas, el 75% de las muertes perinatales y el 50% de las anormalidades neurológicas son atribuibles directamente a la prematuridad, lo que ilustra la magnitud del problema. Y

concomitantemente que de los sobrevivientes, se calcula que entre el 13% y el 24% padecen trastornos neurológicos y entre el 6% y el 13% déficit intelectual, por lo que repercute en la adaptación social y calidad de vida.

Como resume Luis Alberto Villanueva Egan en su artículo Perfil epidemiológico del parto prematuro (2008), el parto prematuro es la principal causa de mortalidad neonatal y morbilidad neurológica a corto y largo plazos. Su frecuencia varía entre 5% y 12% en las regiones desarrolladas del mundo, pero puede ser de hasta 40% en las regiones más pobres. Tiene muchas causas ligadas a patologías obstétricas, sin embargo insiste que se debe también a características maternas, como es el caso del embarazo temprano o adolescente objeto de esta investigación, de lo cual se deduce la importancia que el acceso a un control prenatal temprano y adecuado es particularmente relevante para muchas mujeres con alto riesgo de parto prematuro valga la redundancia las madres jóvenes, pobres y sin apoyo social, sobre todo, se afirma que los partos prematuros representan cerca de 75% de la mortalidad neonatal y cerca de la mitad de la morbilidad neurológica a largo plazo.

Actualmente según la OMS (2012) se pueden esperar tasas mundiales de preeclampsia de 143 667 casos y 431 000 de casos graves además de muertes maternas mundiales de 20 000 pacientes y hasta 86 000 muertes peri natales.

Anualmente 585.000 mujeres mueren por complicaciones de las enfermedades hipertensivas del Embarazo: 99% en países en desarrollo y menos del 1% en países con mejor tecnología.

- **Meso contextualización**

En el Ecuador tomando como referente al Componente Normativo Materno Fetal del Ministerio de Salud Pública (2008), se constata que cada año aproximadamente unas 300.000 mujeres se embarazan, pero no todas ellas recibirán una atención de calidad como les corresponde de acuerdo a sus derechos ciudadanos. Por ejemplo, en el período 2004 – 2008 apenas un 57,5 % de mujeres cumplieron con la norma del MSP de realizarse al menos cinco controles prenatales.

El cuidado al desarrollo del embarazo en forma temprana, periódica e integral, disminuye sustancialmente el riesgo de muerte tanto materna como perinatal y propicia una adecuada atención del parto y por otro lado, asegura condiciones favorables de salud para las madres y sus hijos en los periodos inmediatamente posteriores al nacimiento, así como disminuye la incidencia de discapacidad de causa congénita.

TABLA 1: MORBILIDAD MATERNAHGOIA ECUADOR, MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA, 2008

#	Patología	Número	Porcentaje
1	Abortos	2122	33.6%
2	Preeclampsia	1593	25.3%
3	Hipertensión inducida por el embarazo	603	9.5%
4	Anemia	589	9.3%

5	Vaginosis	231	3.6%
6	Amenazo parto prematuro	153	2.4%
7	Infección de Vías Urinarias	128	2.0%
8	Pielonefritis	120	1.9%
9	Síndrome Hellp	109	1.7%
10	Embarazo ectópico	87	1.4%

Ecuador, Ministerio de Salud Pública, Hospital Gineco-Obstétrico "Isidro Ayora", Departamento de Estadística. Sistema Informático Perinatal (SIP). Estadísticas Básicas. [Programa informático] Quito: HGOIA, Estadística; 2008

Por otra parte el Doctor Patricio Jácome, en un estudio denominado EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA en el 2009 y realizado en el Hospital Gineco – Obstétrico "Isidro Ayora" de la ciudad de Quito, se pone en consideración que fueron atendidos 2.363 partos normales, cesáreas 758, dando un total de 3.128 atenciones durante este año.

Entre los datos más relevantes cabe mencionar que se observó que la mayor incidencia de amenaza de parto pretérmino, se da en la adolescencia tardía (17 a 19 años) con 72.09 % debido a una multicausalidad, siendo las principales el bajo control prenatal con el 50%, repercutiendo en la aparición de otras patologías que en asociación representan vaginosis mas infección de vías urinarias 12.5%, anemia más vaginosis 8.33%, así también de forma independiente se presento infección de vías urinarias, anemia y vaginosis con 12.5 % cada una.

La adolescencia es un grupo mayormente afectado por su indivisible epidemiología y que es necesario un adecuado y eficaz control prenatal para la detección temprana de factores de riesgo y reproductivos.

El Ministerio de Inclusión Económica y Social también pone a consideración en el año 2007, datos en donde se enuncia que en los países andinos viven alrededor de 28 millones de adolescentes entre 10 y 19 años, de los cuales la mitad pertenece al grupo de 10 a 14 y la otra al grupo de 15 a 19 años. Los/as adolescentes representan al 20% del total de la población andina, aunque esta proporción irá decreciendo en los próximos años debido a la dinámica de transición demográfica. De los 7 millones de adolescentes mujeres entre 15 y 19 años, se estima que 1.5 millones ya son madres o están embarazadas, siendo gran parte de estos embarazos no planificados. La probabilidad de ser madre en esta etapa aumenta entre las mujeres pertenecientes a los grupos de mayor pobreza y desprotección.

En el Ecuador aproximadamente el 30% de la población son adolescentes y jóvenes, y de ellos 2.783.108 son adolescentes de 10 a 19 años, y posee la tendencia a la fecundidad más alta en la región subandina, pues dos de cada tres adolescentes de 15 a 19 años, sin educación, son madres o están embarazadas por primera vez. De estas, el 45% no estudia, ni trabaja.

Micro contextualización

En la provincia de Tungurahua según datos del INEC en el año 2008 el 67% de la población era rural y el 90% de escasos recursos, con poco acceso y utilización de servicios obstétricos y neonatales, la razón de mortalidad neonatal fue de 7,8 por 1.000 nacidos vivos en la provincia.

La mortalidad materna en la provincia de Tungurahua es percibida como un problema de alta incidencia, especialmente en las poblaciones rurales, debido a causas relacionadas con el embarazo, aborto, parto y puerperio. Los problemas relacionados con aborto, parto prematuro, pre eclampsia, el parto y el puerperio encabezan la lista de causas de muerte de las mujeres entre los 15 y 49 años de edad. Respecto a la mortalidad materna, no se tienen datos a nivel provincial, sin embargo las tendencias a nivel de país, demuestran un estancamiento durante las dos últimas décadas, con un ligero descenso en los últimos diez años, con cifras que oscilan alrededor de 5% de muertes de mujeres entre 15 y 49 años debidas a causas obstétricas. (INEC, 2008).

Las amenazas de parto prematuro como: (hemorragias, infecciones, toxemias) son en su gran mayoría prevenibles con apropiadas acciones de los servicios de salud, durante los controles prenatales, para prevenir muchas patologías obstétricas y neonatales.

Se pone en evidencia en el año 2002, en el libro del Dr. Octavio Miranda, titulado Preeclampsia y Eclampsia, un estudio realizado de manera pública en el Hospital Regional Docente Ambato, encontrándose que la primera causa de muerte en mujeres es la Preeclampsia y Eclampsia, además se da a conocer que la prevalencia de partos prematuros en mujeres adolescentes sobre mujeres de edad adulta es el doble, y también realizando una prevalencia de partos prematuros en mujeres analfabetas que duplica a la de las mujeres letradas, conjuntamente más de la mitad de las mujeres (54%), no conocen la importancia de los controles prenatales y respecto de las enfermedades que acaecen en el periodo de gestación, no las pueden identificar.

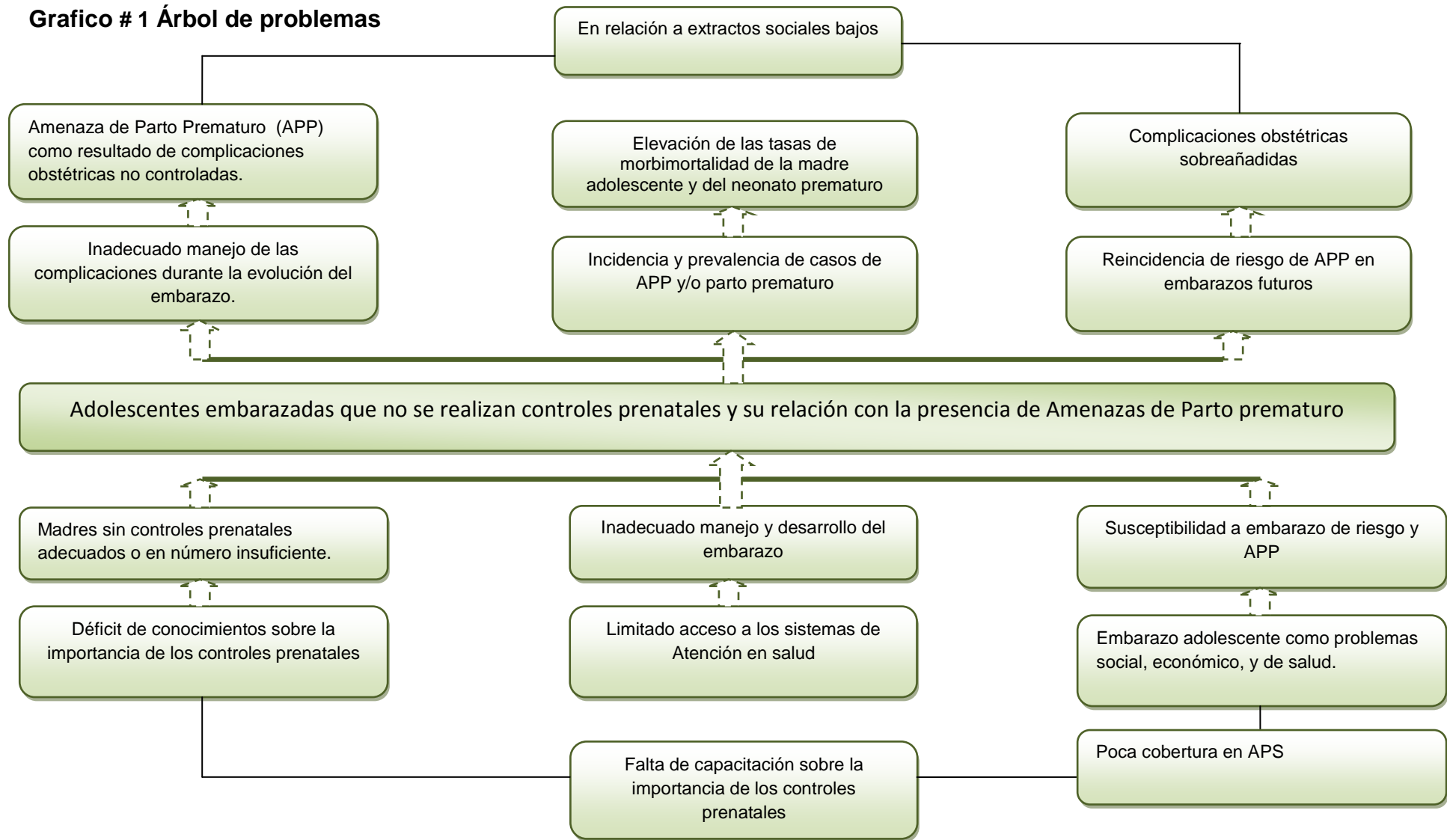
También se puso de manifiesto que la información recibida por parte del personal médico y de otros trabajadores de la salud no fue

completa, un porcentaje (8%) de mujeres consideran que el control prenatal sirve para cumplir un requisito que les permita alumbrar su hijo en el hospital.

El servicio de Gineco-obstetricia de mencionado hospital, viene desempeñando un papel preponderante en el cuidado de pacientes ginecológicas, en donde se pone de manifiesto la necesidad de mejoramiento cotidiano de la atención.

De esta observación se puede concluir que es menester llevar a cabo un análisis exhaustivo de casos de amenazas de parto prematuro en madres adolescentes permitiendo se genere un proceso de mejora continua, de forma que la visión y misión del servicio sean más explícitas, consintiendo así que todo el personal canalice sus actividades hacia la consecución y logro de las mismas.

Grafico # 1 Árbol de problemas



1.2.2 Análisis Crítico

El embarazo como una condición funcional se constituye como el acontecimiento relevante de desarrollo de la mayoría de mujeres, estableciéndose como un suceso de significativos cambios fisiológicos, metabólicos e incluso morfológicos que se producen en la mujer encaminados a proteger, nutrir y permitir el desarrollo del feto así como la interrupción de los ciclos menstruales, o el aumento del tamaño de las mamas para preparar la lactancia, pese a ser una condición anatómica y fisiológica, no está exenta de sufrir alteraciones.

Cuando el embarazo se presenta durante la adolescencia, se eleva la morbilidad y la mortalidad de la madre y del producto, como resultado de las diversas complicaciones que suelen aparecer. Los cuidados brindados a las adolescentes embarazadas se enfocan en acciones y procedimientos, sistemáticos o periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que pueden condicionar la morbilidad y mortalidad materna y perinatal.

El MSP ha logrado avances importantes en las unidades de salud, tales como la implementación del uso regular del partograma, la introducción del manejo activo de la tercera etapa del parto, la mejora de la atención prenatal y del puerperio inmediato, la atención inmediata del recién nacido bajo criterios de calidad, un currículo y experiencias en capacitación clínica a todo el personal de salud.

Los Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales (CONE) son un conjunto de atenciones a las cuales deben tener acceso todas las mujeres embarazadas especialmente las adolescentes, puérperas y los recién nacidos, y que son fundamentales para salvar las vidas de madres y recién nacidos cuya estrategia consiste en asegurar que

todas las madres y recién nacidos tengan acceso, las 24 horas del día, 365 días al año, a los cuidados obstétricos esenciales de calidad.

El programa cubre los gastos por medicinas, insumos, micronutrientes, suministros, exámenes básicos de laboratorio y complementarios del conjunto de prestaciones que establece la ley para la atención de mujeres y niños y niñas menores de cinco años, garantizando la coordinación con las instancias del Ministerio de Salud.

El programa de maternidad gratuita brinda atención integral tanto preventiva como curativa por ciclos de vida de la mujer y niños en todas las esferas, además de los distintos espacios de la salud sexual y reproductiva: regulación de la fecundidad, control prenatal, atención del parto y detección oportuna de cáncer.

Un control prenatal óptimo, según las normas de MSP del Ecuador, comprende un mínimo de cinco chequeos por personal profesional de salud calificado durante el período del embarazo de BAJO RIESGO. El primer control (de diagnóstico) debería ser dentro de las primeras veinte semanas y los otros cuatro subsecuentes (de seguimiento) repartidos periódica y continuamente de la siguiente manera: Uno entre las 22 y 27 semanas; uno entre las 28 y 33 semanas; uno entre las 34 y 37 semanas y uno entre las 38 y 40 semanas.

Entonces, la falta de prevención del embarazo en la adolescencia es lo que conlleva no sólo a la presencia de APP, sino también a la presencia de muchas otras patologías tanto maternas como infantiles a esto se suma la falta de información sobre la importancia de los controles prenatales a la que accede el grupo de estudio, es decir las adolescentes.

1.2.3 Prognosis

De no investigarse la problemática mencionada, y las madres adolescentes tienen un déficit de conocimientos sobre la importancia de los controles que deben realizarse durante su embarazo, puede fomentar la aparición de Amenaza de Parto Prematuro y esto repercutirá en que se tendrán neonatos prematuros, de lo cual surge otra problemática con complicaciones muy serias pues los recién nacidos extremadamente prematuros requieren la atención de personal altamente calificado y el uso de tecnología sofisticada, a menudo durante periodos largos.

Las grandes dificultades para la supervivencia de un niño prematuro y sus secuelas a futuro, tanto en el período perinatal como en la niñez, la adolescencia y aún en la edad adulta, incluso se perpetúan en las generaciones siguientes.

Entre las complicaciones más frecuentes tenemos: la depresión al nacer, el síndrome de dificultad respiratoria (SDR), la hemorragia intracraneana (HIC), la sepsis, trastornos metabólicos, enterocolitis necrotizante (ECN), el ductus arterioso persistente, la displasia broncopulmonar (DBP), apneas y fibroplasia retrolental. Además pueden presentar morbilidad neurológica a largo plazo, tales como anomalías de las funciones cognitivas y parálisis cerebral.

El control prenatal es importante para asegurar la subsistencia de la madre, y el niño; los estudios demuestran que existe una estrecha asociación entre educación materna, mortalidad materna y mortalidad infantil.

El estado a través de la legislación y de su normativa ministerial garantiza el acceso al control prenatal de forma gratuita, oportuna,

eficiente y eficaz, siendo este un derecho para toda mujer en edad reproductiva con el fin de evitar las complicaciones durante la gestación y postnatal, haciendo efectivo el cumplimiento de la ley, a nivel de las unidades operativas de todo el país.

La importancia de llevar el proceso del embarazo de una manera adecuada se remarca sobre todo en la promoción de un embarazo sano, de modo que se reduzca la probabilidad de la aparición de patologías asociadas a la falta de controles prenatales, Esto a criterio de la investigadora debe hacerse mediante el incentivo de los controles prenatales, como se lo hace actualmente con el plan de desnutrición cero, destinado a mejorar el desarrollo del niño durante su periodo de desarrollo intrauterino sino también a garantizar la salud de la madre, garantizando también la prevención de patologías sobreañadidas a la aparición de APP en la madre adolescente, y en el niño ya que estas complicaciones tendrían secuelas a largo plazo.

1.2.4 Formulación del problema

¿Cómo influye la realización de controles prenatales insuficientes en la presencia de amenazas de parto prematuro en las adolescentes que se atienden en el Área de Gineco- Obstetricia del Hospital Provincial Docente Ambato?

1.2.5 Preguntas Directrices

- ✓ ¿Con que frecuencia se presenta una APP en las madres adolescentes que no se han realizado controles prenatales?
- ✓ ¿Existe relación entre los controles prenatales con las APP en las madres adolescentes?

- ✓ ¿Qué estrategias se pueden adoptar para optimizar los controles prenatales que permitan disminuir las APP en las madres adolescentes?
- ✓ ¿Qué consecuencias puede acarrear a la madre y al niño el parto pretérmino?

1.2.6 Delimitación del Problema

- ✓ **CAMPO:** Salud
- ✓ **ÁREA:** Ginecológica
- ✓ **ASPECTO:** Adolescentes embarazadas que presentan APP en relación con los controles prenatales realizados.
- ✓ **Delimitación Espacial:** Esta investigación se llevará a cabo en el área de Centro Obstétrico del Hospital Docente Ambato. (H.P.D.A).
- ✓ **Delimitación Temporal:** La recolección de datos pertinentes se realizará en los meses de Enero a Junio del 2012.

La investigación se continuará en el segundo semestre del 2012

1.3 JUSTIFICACIÓN

La investigación es de interés porque brinda un aporte para el hospital en el que se realizará la investigación, ya que hasta el momento no se ha realizado ningún estudio para tratar de establecer cual es la magnitud y caracterización de la problemática a la que nos estamos enfrentando, y poder incidir en los factores de riesgo para disminuir la morbimortalidad perinatal por prematuridad lo cual justifica la realización de este estudio.

Todo aporte en la prevención de complicaciones en la salud de la población, y más específicamente en la salud materno infantil de las

madres adolescentes, debe ser considerado como pilar fundamental, debido a que se garantiza la preservación de la vida, el evitar posibles complicaciones, significando un gran ahorro para el estado debido a los altos costos que tendría el tratamiento de las enfermedades causadas por un parto prematuro tanto en la madre adolescente como en el neonato prematuro, de igual manera se estará garantizando integrar a la sociedad un niño sano que no tendrá problemas de salud a futuro derivado de un parto prematuro.

Por lo que precisamente se hará énfasis en la promoción de los controles prenatales para fomentar la prevención de trabajos de parto prematuro y otras posibles complicaciones acarreadas por este, ya que los beneficiarios directos son toda la sociedad atendida en una entidad hospitalaria especialmente las madres adolescentes embarazadas

La investigación es factible porque se cuenta con el apoyo del personal de enfermería-multidisciplinario sobre todo para proporcionar información a través de las técnicas de investigación. En cuanto a financiamiento será cubierto por la investigadora.

1.4 OBJETIVOS

1.4.1 Objetivo General

Identificar las causas de morbilidad y mortalidad de Amenaza de Parto Prematuro en madres adolescentes en relación a los Controles Prenatales en el H.P.D.A en el periodo Enero – Junio 2012

1.4.2 Objetivos Específicos

- Establecer con que frecuencia se realizan los controles prenatales las madres adolescentes con APP que acuden al H.P.D.A.
- Determinar las principales causas de APP que presentan las madres adolescentes que acuden al H.P.D.A en el periodo Enero – Junio 2012
- Proponer estándares y estrategias que fomenten la capacitación y la educación sobre la importancia de los controles prenatales en las madres adolescentes del área de Gineco-Obstetricia del H.P.D.A.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

Para el desarrollo del presente trabajo de investigación se tomara como referencia toda fuente de información que permita determinar la importancia de los controles prenatales como factor de prevención respecto de la amenaza de parto prematuro en madres adolescentes.

En el trabajo de tesis realizado por **Díaz Suellen** en Barcelona España en el año 2009 denominado "Control prenatal como antecedente de importancia en la morbilidad Neonatal Hospital Universitario Dr. "Luis Razetti" en el cual se identifica que el control prenatal de la madre, edad gestacional, sexo del neonato, clasificación antropométrica, diagnóstico de ingreso neonatal, evolución y causas de mortalidad son indispensables para disminuir los índices de morbilidad. En el cual se expone que el 11,42% de los nacidos vivos en el periodo de estudio fueron ingresados en el área de neonatología; el 66,04% de las madres no se realizaron el control prenatal o lo hicieron de forma inadecuada y es, en este grupo donde se encontró el mayor número de casos de morbilidad y mortalidad neonatal; de los ingresados el sexo masculino fue el predominante con 54,85%; los nacidos a término y pretérmino representaron el 70,52%

y 28,73% respectivamente; las infecciones representó la primera causa de diagnósticos de ingreso donde el 33,78% estuvo relacionado con antecedentes maternos; la prematuridad fue el principal factor responsable de los trastornos respiratorios encontrados (31,08%); de los trastornos metabólicos la hiperbilirrubinemia no inmunológica se encontró en un 33,33%; de las malformaciones congénitas encontradas las hendiduras labiopalatinas predominaron con 22,22%; el 10,45 % de los neonatos estudiados fallecieron, siendo los trastornos respiratorios la causa predominante de mortalidad con un 78,57%, seguida de la sepsis con 21,43% que particularmente se observó, predominantemente en el grupo de madres que no se controlaron el embarazo.

En el que concluyo el autor, que el cuidado prenatal es un factor de riesgo que puede ser modificado, reduciendo así las situaciones que puedan condicionar una elevada morbimortalidad por que al identificar a tiempo los problemas en la madre gestante causantes de parto pretermino, se podrían resolver de forma oportuna y así disminuir la tendencia que se observe en éste estudio donde los nacidos pretermino tuvo una alta incidencia (28,73%).

Por otra lado en un estudio realizado en la ciudad de Riobamba “Determinantes de riesgo obstétrico y perinatal que aumentan la incidencia de parto pretérmino” durante el 2008, realizado por **Paredes Nájera María Elisa**, se pone de manifiesto que la vaginosis bacteriana, IVU, Anemia y los trastornos hipertensivos constituyen un 50% de las causas que inciden en amenaza de parto pretérmino, y de manera concomitante, el bajo peso materno en un 50% se manifiesta como la causa preponderante en mujeres adolescentes primigestas para amenaza de parto pretérmino.

A sí mismo en mencionado estudio, se indica que los controles prenatales en madres adolescentes, constituyen un 50% de mujeres que se realizan menos de 5 controles durante su embarazo, con un porcentaje de 39,58% se realizan de 5 a 12 controles y solo un porcentaje de 10,42 se realizan más de 12 controles prenatales, concluyéndose que el inadecuado control prenatal, es un factor predisponente en la aparición de amenaza de parto prematuro.

De otra manera, también se evidenció resultados que son de gran relevancia para nuestra investigación en una tesis realizada en la ciudad del Tena en el 2009, por **Carmen del Rocío Avalos García**, titulada “Factores de riesgo materno en pacientes con amenaza de parto pretérmino atendidas en el Hospital José María Velasco Ibarra” en donde se da a conocer que las madres con mayor riesgo de amenaza de parto pretérmino son: primigestasjóvenes en un 48%, provenientes de zonas urbanasen un 49%, instrucción secundaria incompleta 47%, viven en unión libre un 56%, nulípara 48%, sin control prenatal 36%, con intervalo intergenésico acortado 88%, cuya edad gestacional oscila entre 25 - 34 semanas en un 60%.

Las patologías asociadas en orden decreciente fueron infecciones del tracto urinario 53,2%, infecciones del tracto genital 23,3%, anemia 16,4%, hemorragias obstétricas 16,4%, ruptura prematura de membranas 15,5%, preeclampsia 10,3%, placenta previa 9,5%, desprendimiento prematuro de placenta 0,9 %, polihidramnios 0,9%.

La autora concluye que la variedad de factores asociados a amenaza de parto pretérmino tienen una implicación socio- económica y cultural intrínseca.

2.2 FUNDAMENTACIÓN FILOSÓFICA

La ruptura de la dependencia y transformación social requieren alternativas en investigación; una de ellas es el enfoque crítico-propositivo.

Crítico porque cuestiona los esquemas-molde de hacer investigación que están comprendidas con la lógica instrumental del poder; porque impugna las explicaciones reducidas a causalidad lineal.

Propositivo en cuanto la investigación no se detiene en la contemplación pasiva de los fenómenos, sino que además plantea alternativas de solución construidas en un clima de sinergia y pro actividad.

Este enfoque privilegia la interpretación, comprensión y explicación de los fenómenos sociales en perspectiva de totalidad. Busca la esencia de los mismos al analizarlos inmersos en una red de interrelaciones e interacciones, en la dinámica de las contradicciones que generan cambios cualitativos profundos.

La investigación está comprendida con los seres humanos y su crecimiento en comunidad de manera solidaria y equitativa, y por eso propicia la participación de los actores sociales en calidad de protagonistas durante todo el proceso de estudio.

Este paradigma se fundamenta ontológicamente en la concepción objetiva de la realidad independiente de la conciencia, sujeto a leyes y en permanente cambio y movimiento; una realidad socialmente construida e interrelacionada en sistemas, dentro de una visión de relativismo científico, que conceptualiza a la ciencia en devenir, nunca acabada, en espiral ascendente abierta y progresiva, que no refleja,

sino que interpreta la realidad, a través de una pluricausalidad dialéctica.

Epistemológicamente defiende que el conocimiento no es una simple información, sino una interrelación entre sujeto y objeto para lograr transformaciones, y que los conocimientos científicos van más allá de la comprobación experimental y formulación matemática, para llegar a una comprensión crítica de ciencia, como un conjunto de conocimientos destinados a la transformación social y al mejoramiento de la calidad de vida del ser humano.

Axiológicamente, esta investigación se sustenta en el compromiso por el bien común de la humanidad, en la práctica de los valores más trascendentales de la sociedad, como el de la solidaridad, la tolerancia, el respeto a las diferencias y la defensa por la identidad cultural de nuestro pueblo.

La presente investigación se fundamenta en el paradigma crítico propositivo por cuanto busca una alternativa de solución que permita fomentar los controles prenatales en las madres adolescentes con el fin de disminuir la incidencia de amenaza de parto prematuro, y así prevenir complicaciones materno-infantiles a futuro.

2.3 FUNDAMENTACIÓN LEGAL

Esta investigación requiere conocer la fundamentación legal que se encuentra planteada en la Constitución Política del Ecuador del año 2008, considerando a la salud como un derecho fundamental de todos los seres humanos y la protección de la salud y la vida son derechos innegables.

La misma constitución expresa:

Título II
Capítulo II
Sección séptima
De la salud

Art. 42.- El Estado garantizará el derecho a la salud, su promoción y protección, por medio del desarrollo de la seguridad alimentaria, la provisión de agua potable y saneamiento básico, el fomento de ambientes saludables en lo familiar, laboral y comunitario, y la posibilidad de acceso permanente e ininterrumpido a servicios de salud, conforme a los principios de equidad, universalidad, solidaridad, calidad y eficiencia.

Art. 43.- Los programas y acciones de salud pública serán gratuitos para todos. Los servicios públicos de atención médica, lo serán para las personas que los necesiten. Por ningún motivo se negará la atención de emergencia en los establecimientos públicos o privados.

El Estado promoverá la cultura por la salud y la vida, con énfasis en la educación alimentaria y nutricional de madres y niños, y en la salud sexual y reproductiva, mediante la participación de la sociedad y la colaboración de los medios de comunicación social.

Adoptará programas tendientes a eliminar el alcoholismo y otras toxicomanías.

Art. 44.- El Estado formulará la política nacional de salud y vigilará su aplicación; controlará el funcionamiento de las entidades del sector; reconocerá, respetará y promoverá el desarrollo de las medicinas tradicional y alternativa, cuyo ejercicio será regulado por la ley, e impulsará el avance científico-tecnológico en el área de la salud, con sujeción a principios bioéticos.

Art. 45.- El Estado organizará un sistema nacional de salud, que se integrará con las entidades públicas, autónomas, privadas y comunitarias del sector. Funcionará de manera descentralizada, desconcentrada y participativa.

Art. 46.- El financiamiento de las entidades públicas del sistema nacional de salud provendrá de aportes obligatorios, suficientes y oportunos del Presupuesto General del Estado, de personas que ocupen sus servicios y que tengan capacidad de contribución económica y de otras fuentes que señale la ley.

La asignación fiscal para salud pública se incrementará anualmente en el mismo porcentaje en que aumenten los ingresos corrientes totales del presupuesto del gobierno central. No habrá reducciones presupuestarias en esta materia.

Título II

Capítulo III

Sección Quinta

Niñas, niños y adolescentes

Art. 44.- El Estado, la sociedad y la familia promoverán de forma prioritaria el desarrollo integral de las niñas, niños y adolescentes, y asegurarán el ejercicio pleno de sus derechos; se atenderá al principio de su interés superior y sus derechos prevalecerán sobre los de las demás personas. Las niñas, niños y adolescentes tendrán derecho a su desarrollo integral, entendido como proceso de crecimiento, maduración y despliegue de su intelecto y de sus capacidades, potencialidades y aspiraciones, en un entorno familiar, escolar, social y comunitario de afectividad y seguridad. Este entorno permitirá la satisfacción de sus necesidades sociales, afectivo-emocionales y

culturales, con el apoyo de políticas intersectoriales nacionales y locales.

Art. 45.- Las niñas, niños y adolescentes gozarán de los derechos comunes del ser humano, además de los específicos de su edad. El Estado reconocerá y garantizará la vida, incluido el cuidado y protección desde la concepción. Las niñas, niños y adolescentes tienen derecho a la integridad física y psíquica; a su identidad, nombre y ciudadanía; a la salud integral y nutrición; a la educación y cultura, al deporte y recreación; a la seguridad social; a tener una familia y disfrutar de la convivencia familiar y comunitaria; a la participación social; al respeto de su libertad y dignidad; a ser consultados en los asuntos que les afecten; a educarse de manera prioritaria en su idioma y en los contextos culturales propios de sus pueblos y nacionalidades; y a recibir información acerca de sus progenitores o familiares ausentes, salvo que fuera perjudicial para su bienestar. El Estado garantizará su libertad de expresión y asociación, el funcionamiento libre de los consejos estudiantiles y demás formas asociativas.

Art. 46.- El Estado adoptará, entre otras, las siguientes medidas que aseguren a las niñas, niños y adolescentes:

1. Atención a menores de seis años, que garantice su nutrición, salud, educación y cuidado diario en un marco de protección integral de sus derechos.
2. Protección especial contra cualquier tipo de explotación laboral o económica. Se prohíbe el trabajo de menores de quince años, y se implementarán políticas de erradicación progresiva del trabajo infantil. El trabajo de las adolescentes y los adolescentes será excepcional, y no podrá conculcar su derecho a la educación ni realizarse en situaciones nocivas o peligrosas para su salud o su desarrollo personal. Se respetará, reconocerá y respaldará su trabajo y las demás

actividades siempre que no atenten a su formación y a su desarrollo integral.

3. Atención preferente para la plena integración social de quienes tengan discapacidad. El Estado garantizará su incorporación en el sistema de educación regular y en la sociedad.

4. Protección y atención contra todo tipo de violencia, maltrato, explotación sexual o de cualquier otra índole, o contra la negligencia que provoque tales situaciones.

5. Prevención contra el uso de estupefacientes o psicotrópicos y el consumo de bebidas alcohólicas y otras sustancias nocivas para su salud y desarrollo.

6. Atención prioritaria en caso de desastres, conflictos armados y todo tipo de emergencias.

7. Protección frente a la influencia de programas o mensajes, difundidos a través de cualquier medio, que promuevan la violencia, o la discriminación racial o de género. Las políticas públicas de comunicación priorizarán su educación y el respeto a sus derechos de imagen, integridad y los demás específicos de su edad. Se establecerán limitaciones y sanciones para hacer efectivos estos derechos.

8. Protección y asistencia especiales cuando la progenitora o el progenitor, o ambos, se encuentran privados de su libertad.

9. Protección, cuidado y asistencia especial cuando sufran enfermedades crónicas o degenerativas.

Título III

Código de la niñez y la adolescencia

Capítulo II

Los niños, niñas y adolescentes como sujetos de derechos

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

Art. 27.- Derecho a la salud.- Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a disfrutar del más alto nivel de salud física, mental, psicológica y sexual.

El derecho a la salud de los niños, niñas y adolescentes comprende:

1. Acceso gratuito a los programas y acciones de salud públicos, a una nutrición adecuada y a un medio ambiente saludable.
2. Acceso permanente e ininterrumpido a los servicios de salud públicos, para la prevención, tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud. Los servicios de salud públicos son gratuitos para los niños, niñas y adolescentes que los necesiten.
3. Acceso a medicina gratuita para los niños, niñas y adolescentes que las necesiten.
4. Acceso inmediato y eficaz a los servicios médicos de emergencia, públicos y privados.
5. Información sobre su estado de salud, de acuerdo al nivel evolutivo del niño, niña o adolescente.
6. Información y educación sobre los principios básicos de prevención en materia de salud, saneamiento ambiental, primeros auxilios.

7. Atención con procedimientos y recursos de las medicinas alternativas y tradicionales.

8. El vivir y desarrollarse en un ambiente estable y afectivo que les permitan un adecuado desarrollo emocional;

9. El acceso a servicios que fortalezcan el vínculo afectivo entre el niño o niña y su madre y padre.

10. El derecho de las madres a recibir atención sanitaria prenatal y postnatal apropiadas.

Se prohíbe la venta de estupefacientes, sustancias psicotrópicas y otras que puedan producir adicción, bebidas alcohólicas, pegamentos industriales, tabaco, armas de fuego y explosivos de cualquier clase, a niños, niñas y adolescentes.

Título II

Capítulo III

Sección cuarta

Mujeres embarazadas

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

1. No ser discriminadas por su embarazo en los ámbitos educativo, social y laboral.

2. La gratuidad de los servicios de salud materna.

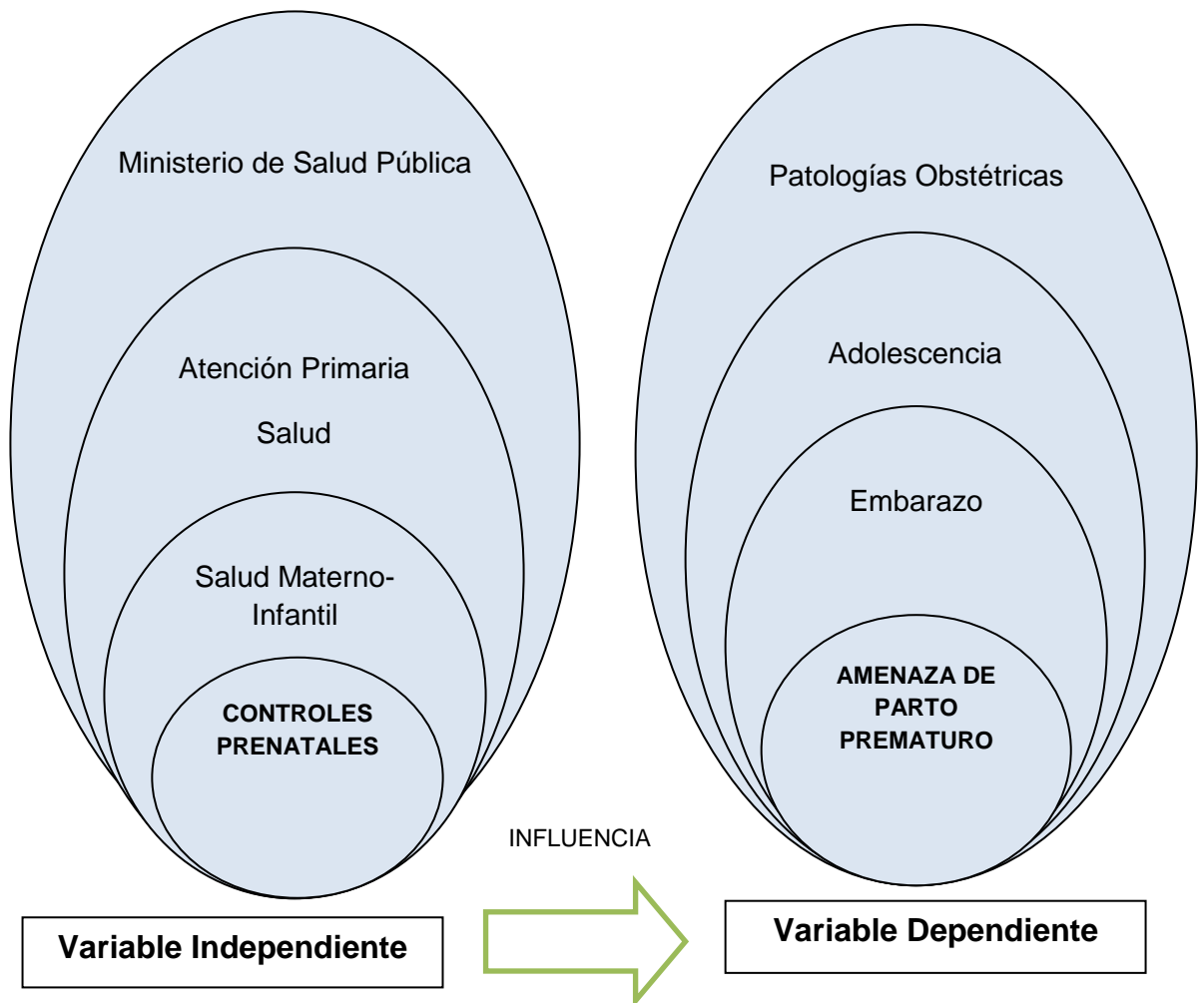
3. La protección prioritaria y cuidado de su salud integral y de su vida durante el embarazo, parto y posparto.

4. Disponer de las facilidades necesarias para su recuperación después del embarazo y durante el periodo de lactancia.

2.4 CATEGORIAS FUNDAMENTALES

SUPRA ORDINACIÓN

Gráfico 2: Red de Inclusiones



FUENTE: ESTUDIO DE CAMPO
ELABORADO POR: GRACE LÓPEZ

INFR ORDINACIÓN Grafico 3: Constelación de Ideas

VARIABLE INDEPENDIENTE:

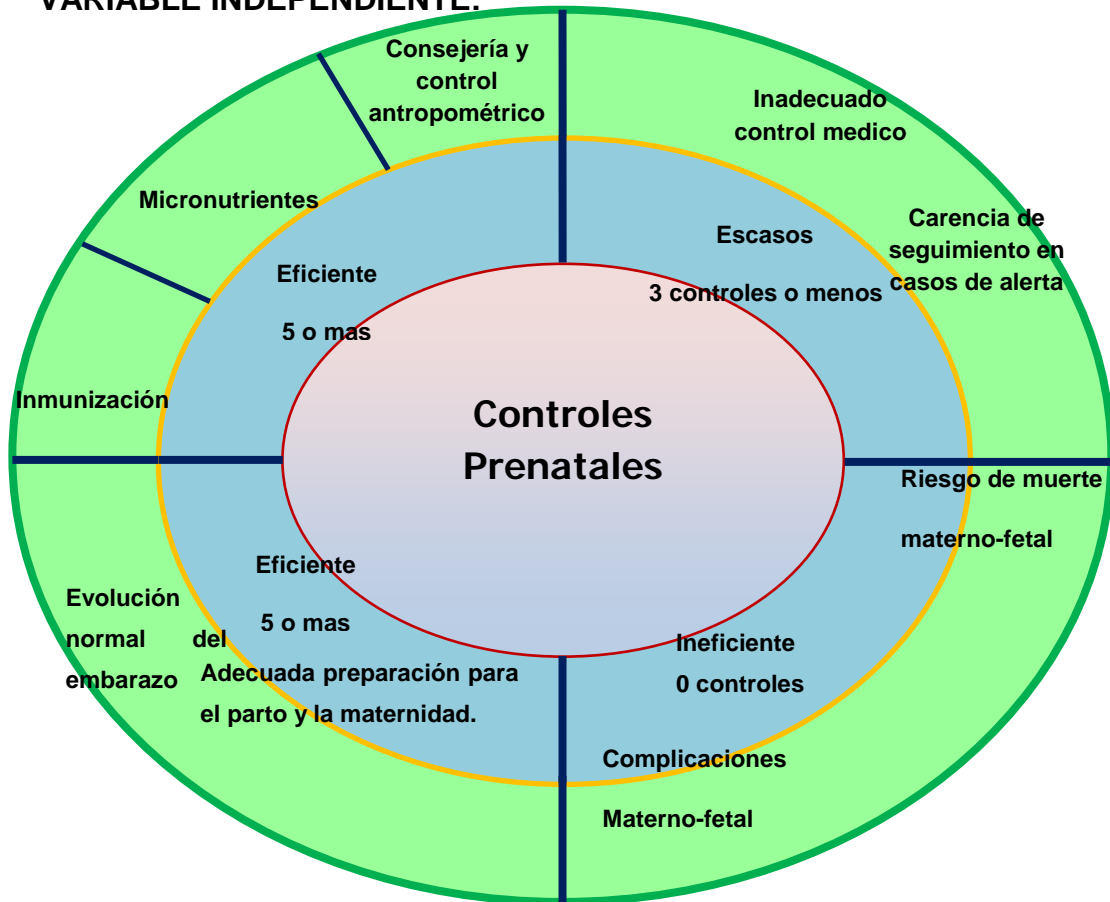
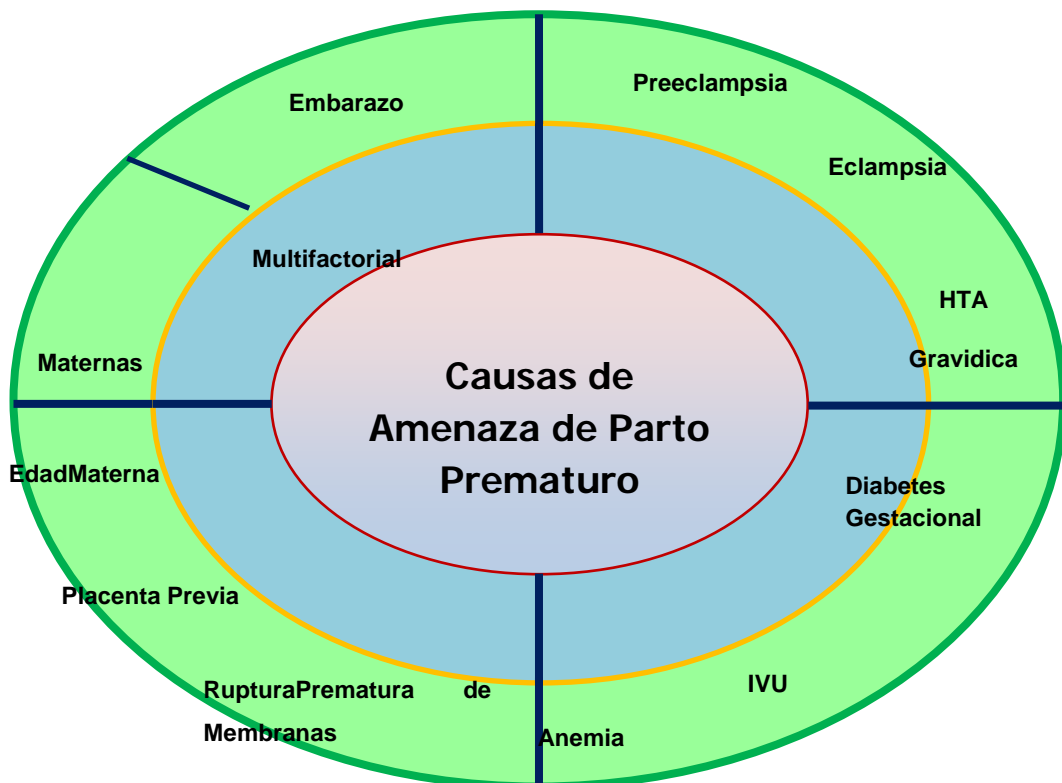


Grafico 4: Constelación de Ideas

VARIABLE DEPENDIENTE:



CATEGORÍAS FUNDAMENTALES VARIABLE DEPENDIENTE

2.4.1 CONTROLES PRENATALES

El MSP en el **Componente Normativo Neonatal, componente obstétrico (2008)** lo define como “Actividades y procedimientos que el equipo de salud, ofrece a la embarazada con la finalidad de identificar factores de riesgo en la gestante y enfermedades que puedan afectar el curso normal del embarazo y la salud del recién nacido/a.”

El objetivo del control prenatal es vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y la maternidad.

Los componentes que abarca son: Promoción, Prevención, Recuperación y Rehabilitación de la salud materna y neonatal con enfoques de interculturalidad, género y generacional.

EMBARAZO DE BAJO RIESGO O NORMAL

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

EMBARAZO DE ALTO RIESGO OBSTETRICO

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

CRITERIOS DE RIESGO

Los signos de alerta de la historia clínica perinatal que permiten canalizar la referencia y contra referencia de las embarazadas según el nivel de complejidad.

En los que se incluyen los siguientes signos y síntomas:

- ❖ Hemorragia vaginal
- ❖ Visión Borrosa
- ❖ Acufenos
- ❖ Fosfenos

- ❖ Edema de cara, manos y pies
- ❖ Contracciones uterinas
- ❖ Disminución de movimientos fetales
- ❖ Ruptura de membranas
- ❖ Cefaleas
- ❖ Fiebre
- ❖ Disuria
- ❖ Hipertensión Arterial
- ❖ Convulsiones
- ❖ Leucorrea

ENFOQUES DEL CONTROL PRENATAL

Según el Componente Normativo Materno del MSP (2008), debe ser:

1. Completo e integral

Atención por personal calificado. Detección precoz del embarazo.

Control periódico e integral de la embarazada.

ATENCIÓN DE:

- ✓ Riesgo nutricional.
- ✓ Detección de discapacidades y enfermedades perinatales.
- ✓ Maltrato sexual, violencia intrafamiliar y drogodependencia.
- ✓ Infecciones de transmisión sexual.
- ✓ Consejería pre/pos prueba de VIH/SIDA, detección y referencia.
- ✓ Enfermedades buco – dentales mas control odontológico
- ✓ Referencia de usuarias con riesgo obstétrico perinatal.

2. PRECOZ

El control prenatal debe iniciarse lo más temprano posible (en el primer trimestre) por la relación entre la edad gestacional del primer control con los resultados del embarazo.

3. ENFOQUE INTERCULTURAL

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

4. PERIODICO

Toda mujer embarazada de BAJO RIESGO deberá completar mínimo 5 controles prenatales (uno de diagnóstico y cuatro de seguimiento) con el cumplimiento de todas las actividades que se registran en la historia clínica perinatal.

NIVEL MINIMO EFICIENTE: 5 CONTROLES.

- ❖ Uno en las primeras 20 semanas.
- ❖ Uno entre las 22 y 27 semanas.
- ❖ Uno entre las 28 y 33 semanas.
- ❖ Uno entre las 34 y 37 semanas.
- ❖ Uno entre las 38 y 40 semanas

El primer control (de diagnóstico) debería ser dentro de las primeras veinte semanas y los otros cuatro subsecuentes (de seguimiento) repartidos periódica y continuamente. No obstante, el solo cumplimiento de esta norma no garantiza la calidad de la atención, pues se requiere que, en cada visita, el servicio de salud provea un conjunto de actividades y procedimientos que el equipo de salud ofrece a la embarazada con la finalidad de identificar factores de riesgo en la gestante y enfermedades que puedan afectar el curso normal del embarazo y la salud del recién nacido.

De acuerdo al **Manual de Estándares de Calidad del MSP 2011**, para que los controles prenatales contribuyan verdaderamente a cumplir estos objetivos, en toda mujer embarazada se aplicará y registrará en su historia clínica las siguientes actividades: antecedentes personales y obstétricos; medición de talla; examen de mamas; semanas de amenorrea; medición

del peso; determinación de la tensión arterial; medición de la altura uterina; auscultación de los latidos cardiacos fetales (FCF); movimientos fetales; edema; sangrado genital; actitud fetal (presentación, posición y situación) aplicable desde las 32 semanas de gestación; evaluación del estado nutricional; registro de vacunación antitetánica; prescripción de hierro; prescripción de ácido fólico (hasta las 12 semanas de gestación); orden médica o registro de los resultados de exámenes prenatales y orden médica para examen odontológico o examen odontológico realizado.

Según las normas del Ministerio de Salud, en el primer trimestre se debe entregar lo relacionado con:

- Higiene.
- Signos y síntomas de complicaciones más frecuentes durante los primeros tres meses, explicando lo que debe hacer.
- La importancia del control del embarazo.
- Orientación para una mejor nutrición con alimentos disponibles.

Durante el segundo y tercer trimestre del embarazo debe hacerse énfasis en:

- Importancia de cumplir con las indicaciones y el tratamiento.
- Preparación para el amamantamiento.
- Ejercicios de flexibilidad.
- Signos de alerta o complicaciones en este período y sobre todo lo que se debe de hacer.
- Preparación para el parto, cómo se inicia, cuándo y dónde acudir, según su riesgo y circunstancias (acceso, distancia, etc.)

5. AFECTIVO

- Toda embarazada debe ser bienvenida y atendida con calidez y calidad.
- Los horarios de atención deben favorecer la concurrencia al control prenatal.

- Cuanto mayor el número de horas de atención, más elevado el número de mujeres que pueden concurrir.
- Cumplir con el horario de turnos y reducir el tiempo de espera de las pacientes.
- Se deben realizar exámenes y pruebas que responden a un propósito inmediato y que se ha demostrado que son beneficiosas.

El cuidado al desarrollo del embarazo en forma temprana, periódica e integral, disminuye sustancialmente el riesgo de muerte tanto materna como perinatal y propicia una adecuada atención del parto y por otro lado, asegura condiciones favorables de salud para las madres y sus hijos en los periodos inmediatamente posteriores al nacimiento, así como disminuye la incidencia de discapacidad de causa congénita.

2.4.2 SALUD MATERNO-INFANTIL

República del Ecuador 2009 “Normas y procedimientos para la atención integral de salud a adolescentes” Es la atención proporcionada por el persona de salud a la futura madre durante el embarazo, trabajo de parto, y período de posparto, además incluye la atención y el cuidado del recién nacido.

Gran parte del fundamento de la salud futura de una persona se encuentra en las 40 semanas de embarazo y en los primeros seis meses de vida.

La Salud Reproductiva como el estado de completo bienestar físico, mental y social, durante el proceso de reproducción y el ejercicio de la sexualidad y la analizan a partir de tres elementos básicos:

- **Capacidad** que depende de poder reproducirse, decidir cuántos hijos tener y cuándo y gozar de su sexualidad.

- **Logro** que depende de la supervivencia y el desarrollo de un niño(a) sano(a),
- **Seguridad** que significa embarazos y partos con bajos riesgos.

La salud Materno Infantil es la parte cuyas actividades están encaminadas a atender a la población diana; madre, recién nacido y familia. Pero no sólo se ocupa del embarazo, parto, puerperio y recién nacido, sino también de los problemas de salud de la mujer (ciclo reproductivo desde pubertad a menopausia, independientemente de que tenga o no hijos, o relaciones sexuales).

OBJETIVO

La finalidad es el nacimiento de un hijo sano en el seno de una familia capaz de criarlo adecuadamente (entorno familiar saludable), es decir, promover un embarazo, parto y puerperio sin problemas (bienestar materno), asegurar el bienestar del recién nacido hasta la adolescencia y adicionalmente el bienestar familiar (concepto integral; madre, niño y familia). Esta será la base de la salud del adulto.

CUIDADOS DE SALUD MATERNAL

RUIZ FRANCISCO en su curso académico (2008- 2009) “Apuntes de Enfermería Materna Infantil “Las funciones de género de las mujeres como proveedoras y cuidadoras de bienestar familiar las convierten en “agentes de salud”; la mujer es dispensadora y consumidora de cuidados; necesita y da cuidados.

Se definen los cuidados de salud maternal como las actividades encaminadas a satisfacer las necesidades normales, alteradas y esenciales de la madre durante el ciclo reproductivo, y del hijo, centrados en la familia. Son actividades de orientación, apoyo, educación para la salud, etc.

Los factores que influyen en la salud materna son ambientales, sociales, económicos y biológicos (edad, paridad).

NIVELES DE ASISTENCIA

La asistencia Materno Infantil se presta a 2 niveles:

-Atención primaria de salud: programas de educación para la salud en la maternidad, control del niño sano, vacunación, etc.

_Asistencia especializada u hospitalaria (niveles secundario y terciario); desde unidades de parto, consultas de ginecología y obstetricia, unidades de alto riesgo obstétrico, etc.

2.4.3 ATENCION PRIMARIA DE SALUD

Modelo de Atención Integral del Sistema Nacional de Salud Familiar Comunitario e Intercultural Ecuador (2012) Es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y las familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país pueden soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autoresponsabilidad y autodeterminación.

La atención primaria de salud:

a) Se orienta hacia los principales problemas de salud de la comunidad y presta los servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación necesarios para resolver estos problemas.

b) Comprende, cuando menos, las siguientes actividades:

- Educación sobre los principales problemas de salud
- Métodos de prevención y de lucha correspondientes

- La promoción del suministro de alimentos y de una nutrición apropiada
- Abastecimiento adecuado de agua potable y saneamiento básico
- Asistencia materno-infantil, con inclusión de la planificación de la familia
- Inmunización contra las enfermedades infecciosas
- Prevención y la lucha contra las enfermedades endémicas locales
- Tratamiento apropiado de las enfermedades y traumatismos comunes
- Suministro de medicamentos esenciales.

c) Exige y fomenta el grado máximo de autorresponsabilidad y la participación de la comunidad y del individuo en la planificación, organización, funcionamiento y de la atención primaria de salud,

2.4.4 SALUD PÚBLICA

OMS Fortalecimiento de los Sistemas de Salud (2010) define que es una ciencia y a la vez un arte que consiste en prevenir las enfermedades, prolongar la vida y promocionar la salud utilizando esfuerzos organizados y decisiones con conocimiento de la sociedad, las organizaciones, públicas y privadas, comunidades e individuos"

El desarrollo de la salud pública depende de los gobiernos, que elaboran distintos programas de salud para cumplir con los mencionados objetivos:

Promoción sanitaria

Son actividades que intentan fomentar la salud de los individuos y colectividades, promoviendo la adopción de estilos de vida saludables, mediante intervenciones de educación sanitaria a través de medios de comunicación de masas, en las escuelas y en atención primaria.

Participación social Niñez y Adolescencia (Derechos a la Supervivencia 2012)

SALUD INFANTIL

Es un conjunto de actividades destinadas a fomentar la adquisición de hábitos de salud e higiene durante el embarazo, la preparación del parto y el puerperio, así como el cuidado del recién nacido y la promoción de la lactancia materna, aportando consejos de educación sanitaria a través de soportes didácticos.

PROGRAMA INTEGRADO DE MICRONUTRIENTES (MSP 2009)

Son sustancias nutritivas (vitaminas y minerales) indispensables para el desarrollo y para el normal funcionamiento del organismo que se necesitan en pequeñas cantidades, pero que su deficiencia afecta a los procesos bioquímicos y metabólicos del organismo del ser humano.

OBJETIVO:

- ✓ Mejorar el estado nutricional de la mujer gestante y de la madre en período de lactancia
- ✓ Contribuir a prevenir la malnutrición en la niñez, promoviendo prácticas adecuadas de lactancia materna y alimentación complementaria

LACTANCIA MATERNA

Según el **MSP Ecuador en la guía de Lactancia materna (2009)**, afirma que es muy importante la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad. La lactancia materna proporciona la mejor nutrición y reduce riesgos de contraer enfermedades, además de que contiene sustancias grasas que son esenciales para el desarrollo neurológico que influye en las capacidades intelectuales futuras. La lactancia materna ayuda en el

crecimiento psicológico brindándole el ambiente interactivo óptimo para el niño o niña.

MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

Antropometría (OPS, 2008)

Es el conjunto de procedimientos utilizados para determinar las dimensiones o medidas de los seres humanos.

La antropometría es el método más utilizado para evaluar el estado nutricional de las personas durante todo el ciclo de vida, desde el nacimiento hasta la vejez.

Las medidas antropométricas permiten estimar la composición corporal, inferir acerca de la ingestión de alimentos, el ejercicio o la presencia de enfermedad.

En los que se agrupan las siguientes:

Índice de Masa Corporal

El IMC relaciona el peso con la talla/longitud y se usa para evaluar el sobrepeso y la obesidad.

$IMC = \text{peso kg/talla y/o longitud en metros al cuadrado.}$
--

Peso

El peso refleja la acumulación o aumento de los diferentes tejidos del organismo; es un parámetro muy importante y de gran utilidad especialmente en lactantes para estimar el estado nutricional y de la salud en general.

Talla

La estatura mide casi exclusivamente el tejido óseo, es un excelente reflejo del crecimiento global del niño.

Perímetro Cefálico

La medición del perímetro cefálico (PC) es un dato clínico fundamental en la exploración pediátrica, ya que puede constituir la base del diagnóstico de un gran número de enfermedades neurológicas

CATEGORÍAS FUNDAMENTALES VARIABLE DEPENDIENTE

2.4.5 AMENAZAS DE PARTO PREMATURO

Guía Clínica Amenaza de Parto Prematuro Hospital de Barcelona 2010. Son contracciones uterinas (por lo menos 4 en 30 minutos), en pacientes con membranas intactas sin cambios cervicales mayores con dilatación menor a 3 cm entre las 22 a la 37 semanas de gestación (259 días desde la FUM), ya sea que lleve o no a un Parto Prematuro.

El parto pretérmino es un problema no sólo obstétrico sino también neonatal, ya que se asocia con un alto índice de problemas para el recién nacido, incluyendo la muerte del mismo.

Es multifactorial, ocurre porque se reúnen una serie de factores desencadenantes.

Enfermedades maternas.-Las enfermedades de origen materno son las más frecuentes y se pueden citar infecciones de las vías urinarias, enfermedades renales, cardíacas, diabetes, anemias severas y alteraciones tiroideas no tratadas.

Enfermedades propias del embarazo.- La preeclampsia o una diabetes asociada al embarazo (diabetes gestacional), pueden llevar a que el parto deba ser provocado en forma prematura, para mejorar el pronóstico de la

mamá y del bebé, que de permanecer dentro del útero, corre riesgos mayores que la misma prematurez.

Factores uterinos.- Las causas propiamente uterinas pueden ser miomas uterinos, cuello uterino incompetente, mala implantación de la placenta, malformaciones del útero y útero bicorne también pueden ser factores importantes.

Factores emocionales.- También la ansiedad y la tensión materna pueden predisponer un parto prematuro.

Edad materna.- La edad materna tiene relación, por debajo de los 16 años o por encima de los 35 años hay una mayor incidencia de partos prematuros.

Factores fetales.- Las causas fetales pueden corresponder a embarazos múltiples, malformaciones cardíacas, cromosómicas, infecciones intrauterinas como la provocada por citomegalovirus o rubéola.

Factores sociales.- También por factores sociales aumenta la aparición del parto prematuro, bajo nivel socio-económico, malnutrición materna, exceso de actividad física son algunos de estos factores.

GUÍA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS- AMENAZA DE PARTO PREMATURO (2011)

SIGNOS Y SÍNTOMAS:

- ✓ Pérdida de fluido por la vagina (fluido acuoso, sanguinolento o mucoso).
- ✓ Contracciones uterinas regulares (10 minutos o con más frecuencia).
- ✓ Calambres abdominales con o sin diarrea.
- ✓ Dolor en la parte baja de la espalda.

- ✓ Presión abdominal en la pelvis.
- ✓ Dolores tipo menstrual por encima del pubis.
- ✓ Hemorragia vaginal.
- ✓ La sensación de que su bebé está empujando hacia abajo. A esto se le llama presión pélvica.
- ✓ Dolor en la zona lumbar, especialmente si no lo has tenido
- ✓ Puntadas o sensación de vacío en la zona vaginal profunda
- ✓ Rotura de membranas

DIAGNOSTICO

Historia clínica, monitoreo fetal o examen físico que evidencie actividad uterina, Examen ginecológico que confirme cambios cervicales, Ecografía obstétrica que confirme edad gestacional y cervicometría con índice <2.5 cm.

PREVENCION

- ❖ Asistir regularmente a la consulta ginecológica
- ❖ Iniciar tempranamente el Control Prenatal al momento de conocer o sospechar que esta embarazada.
- ❖ No omitir información con respecto a tu salud y enfermedades cuando su obstetra le realice la historia médica.
- ❖ Asistir y cumplir las indicaciones de tu médico en cada consulta del Control Prenatal.
- ❖ No realizar esfuerzos excesivos ni agotadores.
- ❖ Alimentarse adecuadamente e ingerir gran cantidad de líquidos durante el día.
- ❖ Evitar las relaciones sexuales si estas producen contracciones uterinas
- ❖ Evitar la estimulación excesiva de los pezones (esto induce contracciones uterinas)
- ❖ Cumplir con el reposo físico si su médico así se lo indicó.

- ❖ Evitar exponerse a los factores de riesgo mencionados: tabaco, alcohol, drogas.
- ❖ Si sufre alguna enfermedad no descuide su tratamiento y control.

CUIDADOS DE ENFERMERIA:

- ❖ Reposo relativo o absoluto.
- ❖ Controlar dinámica uterina y pérdidas.
- ❖ Contención psicológica. Prevenir infecciones (RPM).
- ❖ Administración de la medicación
- ❖ Útero inhibidores, orales o endovenosos
- ❖ Maduración pulmonar (hasta la semana 34).

2.4.6 EMBARAZO

DEPARTAMENTO MATERNO INFANTIL PROVINCIA LA HABANA PAUTAS DE TRATAMIENTO EN LA ATENCION PRIMARIA DE SALUD (MARZO 2011).

Es el período de tiempo comprendido que va, desde la fecundación del óvulo por el espermatozoide, hasta el momento del parto. En este se incluyen los procesos físicos de crecimiento y desarrollo del feto en el útero de la madre y también los importantes cambios que experimenta esta última, que además de físicos son morfológicos y metabólicos, con una duración de 40 semanas.

CAMBIOS DE LA MADRE DURANTE EL EMBARAZO

El embarazo produce cambios que afectan al cuerpo, emociones y al entorno familiar y social.

Peso: Aumentará de forma gradual a lo largo de estos nueve meses de gestación.

Mamas: Se preparan durante el embarazo para la lactancia. Aumentan de tamaño, se vuelven más sensibles y las venas superficiales son más

visibles, además que los pezones y las areolas se ponen más oscuras y a partir del quinto mes puede segregar por el pezón calostro.

Útero: va a crecer para albergar al feto hasta que esté preparado para salir, a veces el útero se contrae, y esto es totalmente normal ya que es un músculo y lo hace como entrenamiento para el parto.

Vagina: Durante el embarazo se adapta para el parto, se vuelve más elástica, la mucosa se oscurece y aumenta el flujo vaginal, se produce un aumento de las ganas de orinar debido a la presión que el útero ejerce sobre la vejiga.

Piel: también cambia, sobre todo la de las mamas y el vientre, y el aumento del tamaño puede hacer que aparezcan estrías, se oscurece en determinadas zonas como: los pezones y areolas, el abdomen (línea alba) y los genitales. También puede aparecer cloasma. Es un cambio transitorio que desaparecerá a los pocos meses del parto.

CAMBIOS SENTIMENTALES

Los cambios van desde sentir necesidad de compañía y atenciones de los demás. A veces la mujer embarazada puede sentirse irritada y sufrir frecuentes cambios de humor.

En el segundo trimestre es normal que se sienta más tranquila y serena. La experiencia de sentir cómo se mueve el bebé ayudará a que sus inquietudes y temores vayan quedando atrás.

Con el tercer trimestre se acerca el momento del parto. Se puede sentir inquieta, deseando que todo acabe, e impaciente por conocer y tocar a su bebé.

2.4.7 ADOLESCENCIA

Es la etapa del desarrollo humano que abarca la transición entre la niñez y la edad adulta (adquisición de nuevas funciones y características que se produce de forma rápida de modo que se transforma de niño a joven y a éste último, si este proceso ha sido adecuado, en un adulto sano.

Por lo tanto, la adolescencia comprende las dimensiones biológica, psicológica y sociocultural.

Según la **Organización Panamericana de la Salud (1996)**, “la adolescencia transcurre entre los 10 y 19 años, se inicia con la pubertad y finaliza al completarse el crecimiento con la integración autónoma a la sociedad”.

Se llama embarazo precoz al embarazo de jóvenes adolescentes con una edad media de 10 a 19 años, así lo definió la Organización Mundial de la Salud. En general este tipo de embarazo se produce cuando la mujer no ha alcanzado un grado de madurez total, sea esta física, psicológica, o de formación educativa o profesional.

2.4.8 PATOLOGÍAS OBSTÉTRICAS

COMPONENTE NORMATIVO NEONATAL (MSP 2008)

Son estados patológicos inducidos por el embarazo.

ANEMIA FERROPENICA DURANTE EL EMBARAZO

Anemia ferropénica durante el embarazo es la deficiencia de hierro que lleva a la disminución de los niveles de hemoglobina por debajo de 11 g/dl en el primer y tercer trimestre y de 10,5 g/dl en el segundo trimestre. Corresponde a 50% de todas las anemias.

ANEMIA LEVE Hb: 10,1- 10,9 g/dl

ANEMIA MODERADA Hb: 7,1 – 10,0 g/dl

ANEMIA SEVERA Hb: < 7,0 g/dl

DIABETES MELLITUS

- ✓ Intolerancia a la glucosa
- ✓ Síntomas de diabetes (poliuria, polidipsia, pérdida de peso)

- ✓ Glucemia en ayuno de 8 horas mayor a 126 mg/dl, y un valor mayor a 200 mg/dl 2 horas después de una prueba de sobrecarga con 100 g de glucosa.

DIABETES GESTACIONAL

Cualquier grado de intolerancia a la glucosa que se inicia o es reconocida por primera vez durante el embarazo.

Puede persistir o no después del embarazo.

GUIAS PRENATALES MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA (2009)

INFECCIONES DE VIAS URINARIAS EN EL EMBARAZO

Es la infección más común en el embarazo. Se caracteriza por la presencia marcada de bacterias en cualquier lugar a lo largo del tracto urinario: uretra, vejiga, uréteres y riñones.

SANCHEZ, Mayra, Factores de riesgo para pre eclampsia-eclampsia (2009)

HIPERTENSIÓN GESTACIONAL O HIPERTENSIÓN INDUCIDA POR EMBARAZO

Se define al incremento de la presión arterial sistólica a 140 mm Hg (milímetros de mercurio) o tensión arterial diastólica a 90 mm Hg (milímetros de mercurio) o presión sistólica mayor a 30 mm Hg y la presión diastólica mayor a 15 mm Hg en embarazo mayor de 20 semanas, en mujeres previamente normotensas.

Proteinuria (cantidad de proteínas en orina) > a 150 mg en 24 horas o tirillareactiva positiva. Generalmente regresa a valores normales hasta las 12 semanas del postparto, es la más frecuente durante el embarazo y puede evolucionar a una pre eclampsia en un 50% de los casos.

HIPERTENSIÓN TRANSITORIA

Es aquella hipertensión que se presenta en el puerperio y regresa a valores normales antes de los 12 primeros días del puerperio.

HIPERTENSIÓN ARTERIAL CRÓNICA

Se define al incremento de la presión arterial ≥ 140 - 90 mm Hg en embarazadas menor de 20 semanas o previa al embarazo y que persiste luego de las 12 semanas postparto.

PREECLAMPSIA

Se define como el incremento de la presión arterial en el embarazo, presión arterial sistólica ≥ 140 mm Hg y presión arterial diastólica ≥ 90 mm Hg a partir de las 20 semanas de gestación en mujeres previamente normotensas. Con proteinuria de ≥ 300 mg en orina de 24 horas, proteinuria con tirilla reactiva $> ++$, positiva.

La triada de la preeclampsia: Se caracteriza por hipertensión arterial, proteinuria y edema, este último tiene una baja especificidad, no se toma en cuenta para realizar el diagnóstico.

PREECLAMPSIA LEVE

Incremento de la presión arterial en el embarazo, presión arterial sistólica ≥ 140 o < 160 mm Hg y presión arterial diastólica ≥ 90 mmHg o $<$ de 110 mm Hg a partir de las 20 semanas de gestación en mujeres previamente normotensas. Con proteinuria en 24 horas, proteinuria con tirilla reactiva $> ++$, positiva. Ausencia de signos, síntomas neurológicos o de otros órganos, y sin compromiso de laboratorio

PREECLAMPSIA SEVERA

Incremento de la presión arterial en el embarazo, presión arterial sistólica ≥ 160 mm Hg y presión arterial diastólica ≥ 90 mm Hg a partir de las 20 semanas de gestación en mujeres previamente normotensas. Proteinuria > 3 gr en orina de 24 horas, proteinuria en tirilla reactiva de dos a tres cruces, positiva. Presencia de uno de los siguientes signos, síntomas y

exámenes de laboratorio: Vasomotores: cefalea, tinnitus, acúfenos, dolor en epigastrio e hipocondrio derecho (signo de Chaussier).

Hemólisis Plaquetas menor de 100000 mm³. Disfunción hepática con aumento de transaminasas. Oliguria < de 500 ml en 24 horas. Edema agudo de pulmón. Insuficiencia renal aguda. Trastornos visuales (escotomas, diplopía, amaurosis). Aumento del ácido úrico.

ECLAMPSIA

Tensión arterial \geq 140/90 mm Hg a partir de las 20 semanas de gestación. Proteinuria en tirilla reactiva positiva +/- ++/ +++, proteinuria en 24 horas > 300 mg.

Presencia de convulsiones tónico clónico o coma. Signos inminentes de eclampsia: Cefalea, signo de Chaussier, hiperreflexia, trastornos visuales, trastornos auditivos.

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA NICARAGUA 2009 NORMAS Y PROTOCOLOS PARA LA ATENCION DE LAS COMPLICACIONES OBSTETRICAS

HEMORRAGIAS DE LA SEGUNDA MITAD DEL EMBARAZO.

PLACENTA PREVIA

Implantación variable de la placenta sobre el orificio cervical interno.

PLACENTA PREVIA OCLUSIVA TOTAL

El orificio cervical interno está totalmente cubierto por la placenta (31%).

PLACENTA PREVIA OCLUSIVA PARCIAL

El orificio cervical está parcialmente cubierto por la placenta (33%).

DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA

Es la separación prematura de la placenta normalmente inserta en el útero.

RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS

Se define como la rotura espontánea de las membranas fetales antes del inicio de la labor parto independientemente de la edad gestacional. Cuando la rotura prematura de membrana ocurre antes de la semana 37 es conocida como ruptura prematura de membranas fetales pretérmino (RPMF).

2.5 HIPÓTESIS

La realización de controles prenatales insuficientes incide en la presencia de Amenaza de Parto Prematuro en las adolescentes que acuden al Centro Obstétrico del H.P.D.A.

2.6 SEÑALAMIENTO DE VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE

Controles prenatales

VARIABLE DEPENDIENTE

Amenaza de Parto Prematuro en madres adolescentes.

CAPÍTULO III METODOLOGÍA

3.1 ENFOQUE INVESTIGATIVO

La modalidad de investigación está basada en el paradigma crítico propositivo, el mismo que hace énfasis más en el enfoque del ser humano, que el de los aspectos materiales. También se puede indicar que el presente trabajo es una investigación de carácter social, por cuanto analiza problemas de conciencia del ser humano dentro de la sociedad, su accionar cotidiano inmerso en lo que significa ser parte integrante de una sociedad capitalista.

De igual manera podemos señalar que se trata de una investigación cualitativa, debido a la interpretación de factores que se interrelacionan para dar una lectura cercana a la realidad social.

La investigación realizada ha sido enfocada desde el aspecto ideográfico. Por lo tanto sin menospreciar a la ciencia estadística, da más importancia a la interpretación de los datos obtenidos.

3.2 MODALIDAD BÁSICA DE LA INVESTIGACIÓN

La investigación que se realizará se basará estrictamente en la revisión de documentos o información acerca de las variables que serán investigadas con la finalidad de ampliar conceptos y criterios relacionados con la investigación, por lo que inminentemente se le considera una **investigación documental o bibliográfica**.

Además debido a que se acudirá al área de Centro Obstétrico del H.P.D.A, en donde se observará el proceso de atención de las madres adolescentes en lo que se refiere a cuidados y educación proporcionados a madres adolescentes que presentaron A.P.P por no realizarse adecuadamente los controles prenatales, por lo que se debe realizar todas las actividades programadas dentro de las instalaciones de las mencionada instituciones, por ello se considerara a la presente investigación, una **investigación de campo**. Debido a que es un estudio enfocado en brindar explicación y propuesta de solución a un fenómeno social considerado negativo se le cataloga también dentro de una modalidad especial como lo es la **investigación social**.

Esta tesis de grado ha empleado algunos tipos de investigación como:

Investigación documental bibliográfica.- El trabajo se apoyó en este tipo de investigación, la cual permitió construir la fundamentación teórica científica del proyecto, así como de la propuesta, utilizando bibliografía general y especializada sobre el tema de Controles Prenatales como factor para la aparición de Amenaza de Parto Prematuro en madres adolescentes, así también páginas de Internet relacionadas al tema, este nos permitió sustentar las bases teóricas necesarias.

Investigación de campo.- Se llevó a cabo en el lugar donde se encuentra el problema de Controles Prenatales como factor para la

aparición de Amenaza de Parto Prematuro en madres adolescentes de la ciudad de Ambato. Lo que permitió realizar un estudio analítico y crítico de contenidos, a través de la evaluación de la información emitiendo juicios valorativos.

Investigación Social.- Una de las principales manifestaciones en la estructura social inequitativa y antagónica es el conflicto social que en forma abierta o encubierta, pacífica o violenta, enfrenta a personas y grupos sociales, razón por la cual entra a formar parte consubstancial de la teoría de la investigación social, incluyendo la educativa. (Enfoques y Métodos de la Investigación Científica, Lucas Achig, 2001, AFEFCE).

La investigación realizada fue enfocada desde el punto de vista de intervención social, por cuanto, el grupo humano que padece de Amenaza de Parto Prematuro vive muchos problemas y entre el más álgido son las complicaciones neonatales, para lo cual el investigador sugiere una propuesta de solución a este problema, la misma que puede ser participada por los involucrados, procesada por el investigador, encontrando la que mejor convenga a los intereses de los paciente.

3.3 NIVEL O TIPO DE INVESTIGACIÓN

Esta tesis abarca tres niveles de investigación:

Investigación Diagnóstica.- Se ha llegado al nivel de diagnóstico respecto a la situación de Controles Prenatales y su Influencia en la presencia de Amenaza de Parto Prematuro en la forma que amerita para resolver los problemas que se derivan de esta situación.

La particularidad del diagnóstico es que tiene una direccionalidad. Esto significa que no se trata de un reflejo más o menos fotográfico de la

realidad sino una expresión de la misma, lograda mediante el desarrollo de la investigación.

El sentido de finalidad no es otro que el socializar a las pacientes para que sean los actores de su realidad, lo cual está en concordancia con el enunciado del tema de investigación donde se habla de los Controles Prenatales como factor para la aparición de Amenaza de Parto Prematuro en madres adolescentes,

Investigación Descriptiva.- A través de esta investigación se pudo detallar en parte la situación real que vive el paciente, en cuanto se refiere al factor de los Controles Prenatales posterior a Amenaza de Parto Prematuro, mediante datos obtenidos nos permitieron describir los hechos donde los Controles Prenatales actúa como factor para la aparición de Amenaza de Parto Prematuro en madres adolescentes

Investigación Correlacional.- Con este nivel de investigación se relacionaron dos variables, para determinar las tendencias, que nos permitió un mejor enfoque en la búsqueda de solución al impacto de los Controles Prenatales como factor para la aparición de Amenaza de Parto Prematuro en madres adolescentes

3.4 POBLACIÓN Y MUESTRA

POBLACIÓN

Madres adolescentes en periodo de gestación que cursan con Amenaza de Parto Prematuro atendidas en el Hospital Provincial General Docente Ambato en el período Enero- Junio 2012.

MUESTRA

El tipo de muestreo utilizado es el no probabilístico, debido a los pocos casos existentes que corresponden a 50 casos, y dentro de este tipo de muestreo se ha elegido el muestreo intencional de modo que el criterio

para la selección de la muestra de la investigación la población la constituyen todas las madres adolescentes que desarrollaron Amenaza de Parto Prematuro entre Enero a Junio 2012, identificados gracias a los datos estadísticos obtenidos en el H.P.D.A

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

En esta investigación estarán incluidas:

- Mujeres adolescentes en período de gestación desde las 22 a las 37 semanas.
- Mujeres adolescentes en período de gestación que desarrollaron Amenaza de Parto Prematuro.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

En esta investigación serán excluidas:

- Mujeres en período de gestación menores a las 22 semanas.
- Mujeres en período de gestación mayores a las 37 semanas
- Mujeres en período de gestación menores de 10 años.
- Mujeres en período de gestación mayores de 19 años.

CRITERIOS ÉTICOS

Toda investigación sobre aspectos clínicos específicos de la salud humana y de las relaciones paciente-investigador-comunidad-ecosistema, debe estar fundamentada filosóficamente sobre principios éticos, los cuales no son reglas rígidas sino guías de referencia humanizantes de todo el proceso investigativo.

Analizamos los siguientes principios: totalidad/integridad; respeto a la persona que incluye los deberes éticos de no maleficencia y autonomía; beneficencia; justicia/equidad.

En las investigaciones en seres humanos suelen presentarse conflictos debido a dilemas éticos de difícil solución, bien sea por una deficiente comprensión de lo que significa la coherencia entre ciencia y conciencia o bien por querer abordar los problemas éticos de las investigaciones sólo desde categorías lógicas abstractas; se hace necesario tener criterios establecidos sobre unos principios éticos fundamentales que sirvan de guía para la preparación concienzuda de protocolos de investigación científica y la ejecución afín con ellos hasta el final. Dichos principios no se constituyen de ninguna manera en reglas rígidas para la solución de problemas concretos relacionados con la investigación. Nos sirven, sin embargo, como marco de referencia para la búsqueda de soluciones coherentes y fundamentales racionalmente para problemas específicos de carácter ético.

3.5 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE: CONTROLES PRENATALES

CONCEPTUALIZACIÓN	CATEGORÍAS	INDICADORES	ITEMS	TÉCNICA	INSTRUMENTO	DIRIGIDA A
<p>Control Prenatal</p> <p>Actividades y procedimientos que el equipo de salud, ofrece a la embarazada con la finalidad de identificar factores de riesgo en la gestante y enfermedades que puedan afectar el curso normal del embarazo y la salud del recién nacido/a.</p>	<p>Eficiente</p> <p>5 o mas</p>	<p>Mínimo 5 controles</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Uno en las primeras 20 s, ✓ Entre las 22 y 27s, ✓ Entre las 28 y 33 s, ✓ Entre las 34 y 37 s, ✓ Entre las 38 y 40 s 	<p>¿Cuántos controles prenatales se realizaron durante su embarazo?</p>	<p>Observación Directa</p> <p>Entrevista Directa</p>	<p>-Fichas de sección estadística del H.P.D.A</p> <p>-Encuesta</p>	<p>Pacientes que acuden al centro obstétrico del H.P.D.A</p>
	<p>Escasos</p> <p>3 o menos controles</p>	<p>Uno en cada trimestre de embarazo</p>	<p>¿Cuáles fueron las circunstancias para que no cumpla con un control prenatal óptimo?</p>	<p>Observación Directa</p> <p>Entrevista Directa</p>	<p>-Fichas de sección estadística del H.P.D.A</p> <p>-Encuesta</p>	<p>Pacientes que acuden al centro obstétrico del H.P.D.A</p>
	<p>Ineficientes</p> <p>0 Controles</p>	<p>Ningún control prenatal</p>	<p>¿Cuál fue el motivo para que no se realice controles prenatales durante el embarazo.</p>	<p>Observación Directa</p> <p>Entrevista Directa</p>	<p>-Fichas de sección estadística del H.P.D.A</p> <p>-Encuesta</p>	<p>Pacientes que acuden al centro obstétrico del H.P.D.A</p>

VARIABLE DEPENDIENTE: AMENAZA DE PARTO PREMATURO EN MADRES ADOLESCENTES

CONCEPTUALIZACIÓN	CATEGORÍAS	INDICADORES	ITEMS	TÉCNICA	INSTRUMENTO	DIRIGIDO A
<p>Amenaza de Parto Prematuro</p> <p>Son contracciones uterinas (por lo menos 4 en 30 minutos), sin cambios cervicales mayores con dilatación menor a 3 cm entre las 22 a las 37 semanas de gestación (259 días desde la FUM).</p>	Edad de la paciente	Se presenta con mayor frecuencia en:	¿Cuál es la edad más frecuente APP?	Observación Directa	Fichas de sección estadística del H.P.D.A	Pacientes que acuden al centro obstétrico del H.P.D.A
		-Menores de 16 años -Mayores de 35 años	¿Cuál es la semana de gestación más frecuente en la que se presenta una Amenaza de Parto Prematuro?	Observación Directa	Fichas de sección estadística del H.P.D.A	Pacientes que acuden al centro obstétrico del H.P.D.A
	Entre las 22 a 37 semanas de gestación.	¿Cuáles de estos factores es el principal para que desencadene una APP?	Observación Directa	Fichas de sección estadística del H.P.D.A	Pacientes que acuden al centro obstétrico del H.P.D.A	
<p>MADRE ADOLESCENTE</p> <p>Se llama madre adolescente a quien ha tenido un embarazo entre los 10 a 19 años de edad</p>	Patologías Obstétricas	Preeclampsia Eclampsia HTA Gravídica Diabetes Gestacional Anemia RPM Placenta Previa				

4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

Para la presente investigación se utilizará las siguientes técnicas e instrumentos para la recolección de información como: encuesta dirigida a los pacientes con preguntas cerradas de manera que se permita alcanzar los objetivos de la investigación, así como una encuesta y una guía de observación a las historias clínicas y carnets prenatales de las madres adolescentes.

Encuesta

Es una técnica que se puede aplicar a sectores más amplios del universo, de manera mucho más económica que las entrevistas, se trata de obtener datos de personas que tienen alguna relación con el problema que es materia de investigación.

Se aplicará la encuesta como instrumento que permitirá recolectar información sobre el embarazo, número de controles prenatales, patologías prenatales, entre otros.

Observación Directa

Es una técnica que permite obtener datos a través de observar casos u objetos.

La observación permitirá identificar el estado de salud general de la madre adolescente, al igual que las condiciones ambientales que rodean al niño y a la madre. Como instrumentos se utilizarán registros específicos como son la historia clínica y el carnet de salud prenatal a fin de obtener información sobre número y frecuencia de controles prenatales y patologías obstétricas que desencadenaron en APP.

5 PLAN DE RECOLECCIÓN DE INVESTIGACIÓN

La recolección de datos es un proceso importante en el desarrollo del proyecto y vital para los esfuerzos para promover un mejor manejo de mujeres gestantes adolescentes.

Se obtendrá información correcta y detallada sobre las mujeres gestantes con Amenaza de Parto Prematuro en el Hospital Provincial General Docente Ambato, centro principal de salud de nuestra provincia por medio de las historias clínicas.

Definición de los sujetos personas que van a ser investigados:

- Los sujetos de investigación son: todas las mujeres gestantes adolescentes
- Se solicitará al Servicio de Estadística del HPDA la prestación de las Historias Clínicas.
- Se hará revisión sistemática de las mismas y compilación de información.

6 PLAN DE PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

Mediante un exhaustivo y coherente proceso de revisión crítica de la información recopilada.

Se tabulará la información en Microsoft Excel.

Se analizarán los datos obtenidos y se expresará en diagramas pastel o gráficos de barras para una mayor asimilación.

Luego de lo cual se realizará el análisis e interpretación de datos, de ese modo lograr inferir las conclusiones que lleven a verificar o a rechazar la hipótesis planteada.

CAPITULO IV

ANALISIS E INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS DE LAS FICHAS DE OBSERVACIÓN (HISTORIAS CLINICAS)

4.1.- CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO

Se han revisado 50 historias clínicas de pacientes atendidas en el Hospital Provincial Docente Ambato (HPDA) que han cumplido con criterios de inclusión, siendo indispensable en la realización de la investigación, conocer que la deficiencia de controles prenatales influyen en la amenaza de parto prematuro en madres adolescentes, en que grupo etario se presenta con mayor frecuencia, edad gestacional, número de controles prenatales, pacientes con antecedentes gineco-obstétricos, enfermedades materno fetales, el nivel de instrucción, la ocupación y la procedencia de las pacientes, entre otras; esta información servirá como base estadística para consulta, como referencia e inclusive como antecedente para futuras investigaciones, los datos analizados en el lugar de estudio se presentan a continuación:

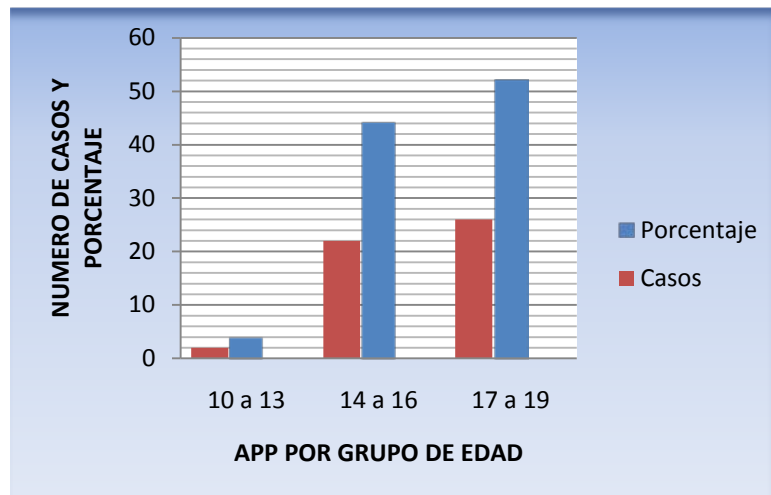
TABLA # 2. AMENAZA DE PARTO PREMATURO POR GRUPO DE EDAD, HPDA ENERO – JUNIO 2012.

Edad	Casos	
	Número	(%)
10-13	2	4%
14-16	22	44%
17-19	26	52%
Total	50	100%

Fuente: Historias Clínicas H.P.D.A.

Elaborado por: Grace P. López P.

GRÁFICO# 5: AMENAZA DE PARTO PREMATURO POR GRUPO DE EDAD, HPDA ENERO – JUNIO 2012.



Fuente: Historias Clínicas H.P.D.A.

Elaborado por: Grace P. López P.

De las 50 pacientes sometidas al estudio, se puede observar una clara diferencia en el grupo etario predominante que concierne a la edad de 17 a 19 años(adolescencia tardía), en donde se incluyen 26 pacientes correspondientes al 52%, seguido en frecuencia por el grupo etario de 14 a

16 años(adolescencia intermedia), cuyos valores se establecen en un 44% con un número estimado de 22 pacientes, el grupo que oscila entre los 10 a 13 (adolescencia precoz), que alcanzan el 4% con 2 pacientes.

De esta manera se comprende el hecho de que entre los 14 y 19 años son las edades predominantes para que esta patología se presente, debido en gran mayoría a una deficiente asistencia a los controles prenatales, ya que esta es una intervención simple ayuda a reducir la morbilidad materna y morbilidad neonatal asociada a la prematurez por Amenaza de Parto Prematuro

Todas ellas mujeres en edad reproductiva, lo que confirma que la edad es uno de los factores de riesgo para la adquisición de APP.

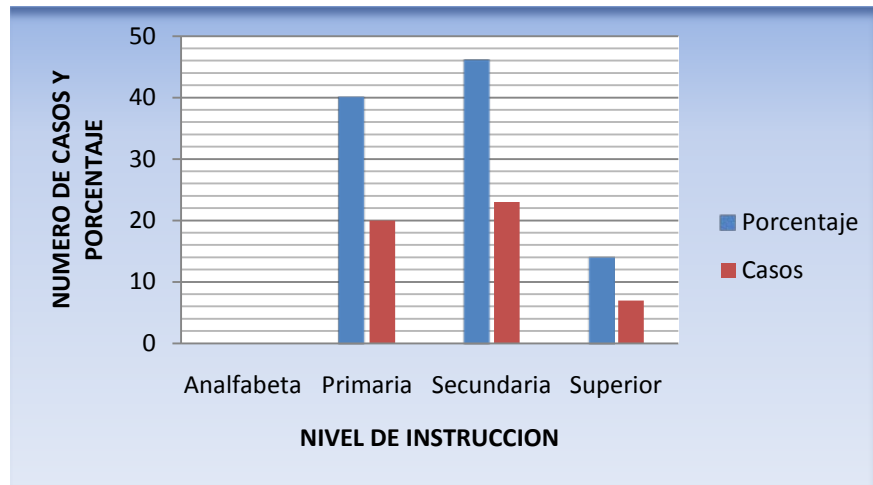
TABLA # 3: NIVEL DE INSTRUCCIÓN EN PACIENTES CON AMENAZA DE PARTO PREMATURO, HPDA ENERO – JUNIO 2012

Nivel de Instrucción	N	%
Analfabeta	0	0
Primaria	20	40
Secundaria	23	46
Superior	7	14
Total	50	100

Fuente: Historias Clínicas H.P.D.A.

Elaborado por: Grace P. López P.

GRÁFICO # 6: NIVEL DE INSTRUCCIÓN EN PACIENTES CON AMENAZA DE PARTO PREMATURO, HPDA ENERO – JUNIO 2012



Fuente: Historias Clínicas H.P.D.A.

Elaborado por: Grace P. López P.

El gráfico muestra una proporción mayor entre las pacientes con APP con instrucción secundaria en un número de 23 pacientes que implica el 46%, seguida por la primaria con una proporción de 20 casos que corresponde al 40%, el 14% que se le adjudica a los 7 casos de nivel superior y analfabetas con un 0%.

El nivel de estudio es un factor importante considerando que por medio de este hay una adquisición, asimilación y comprensión de lo que instituye el medio para conocer o comprender algo, en razón de que las embarazadas con un mejor nivel educacional optan por cuidados médicos óptimos para el control del embarazo, por lo que esta variable está íntimamente relacionada con el nivel de escolaridad, así como las actitudes y prácticas de la mujer con respecto al cuidado de la salud y la percepción de riesgo al no realizarse un adecuado control prenatal durante su etapa de embarazo.

Lo que implica que existe relación entre el nivel de estudio de las madres adolescentes y Amenaza de Parto Prematuro.

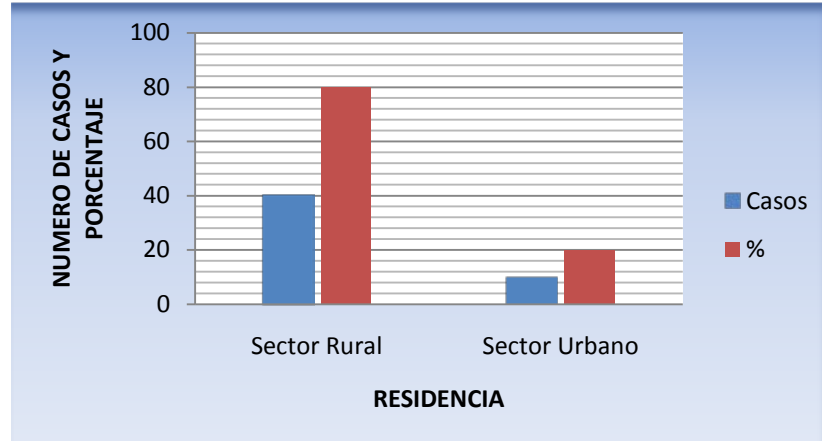
TABLA # 4: RESIDENCIA DE PACIENTES CON AMENAZA DE PARTO PREMATURO, HPDA ENERO – JUNIO 2012.

Residencia	N	%
Sector Rural	40	80
Sector Urbano	10	20
Total	50	100

Fuente: Historias Clínicas H.P.D.A.

Elaborado por: Grace P. López P.

GRÁFICO # 7: RESIDENCIA DE PACIENTES CON AMENAZA DE PARTO PREMATURO, HPDA ENERO – JUNIO 2012.



Fuente: Historias Clínicas H.P.D.A.

Elaborado por: Grace P. López P.

En base a la distribución de la APP según la procedencia, se determinó el mayor porcentaje de las pacientes provenientes del sector rural con el 80% correspondiente a 40 casos, seguido por el sector urbano con el 20% correspondiente a 10 casos.

Se evidencia en gran magnitud el sector rural, evidentemente por estar más alejados de los centros y subcentros de salud, y en otros casos por el difícil acceso concomitado por el trabajo exhaustivo de las madres en mencionado sector, lo que hace que no acudan normalmente a realizarse los controles prenatales durante su etapa de gestación evitando que se lleve un registro de atención integral y completa de la madre gestante con detección precoz de problemas a presentarse durante su embarazo, con lo que se evitaría tener complicaciones a futuro con la salud de la madre adolescente y el neonato.

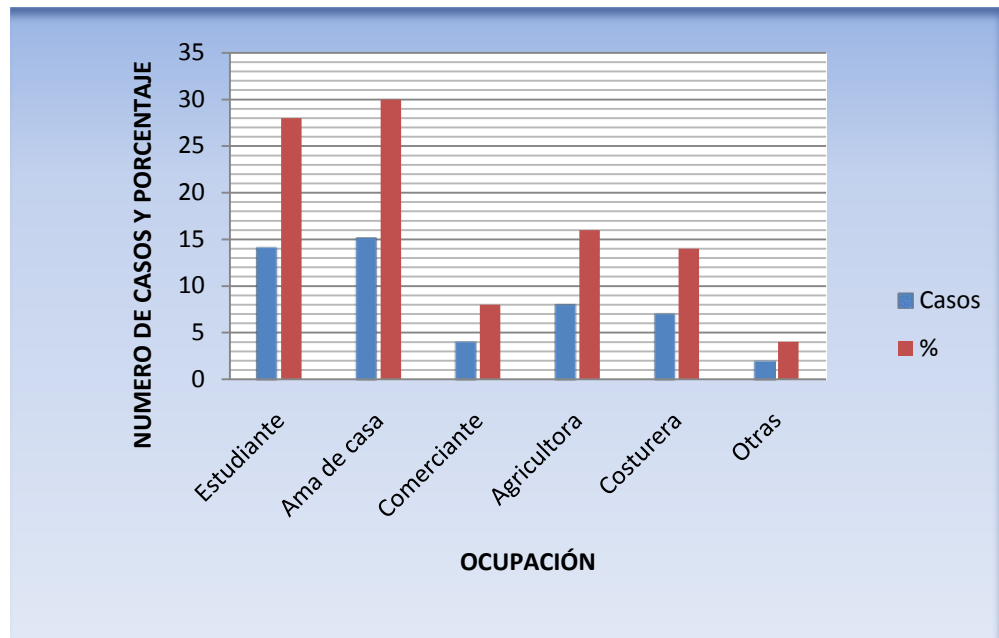
TABLA # 5: OCUPACIÓN DE PACIENTES CON AMENAZA DE PARTO PREMATURO, HPDA ENERO – JUNIO 2012.

OCUPACIÓN	N	%
Estudiante	14	28
Amasde casa	15	30
Comerciante	4	8
Agricultora	8	16
Costurera	7	14
Otras	2	4
Total	50	100

Fuente: Historias Clínicas H.P.D.A.

Elaborado por: Grace P. López P.

GRÁFICO# 8: OCUPACIÓN DE PACIENTES CON AMENAZA DE PARTO PREMATURO, HPDA ENERO – JUNIO 2012.



Fuente: Historias Clínicas H.P.D.A.

Elaborado por: Grace P. López P.

La ocupación desempeña un importante factor, la incidencia de amenaza de parto prematuro en las amas de casa que con un número de 15 casos y un porcentaje de 30% corresponde al primer lugar en nuestro estudio, se pudo deducir que la mayor parte de las pacientes procedían del sector rural y presentaban un bajo nivel socioeconómico, presentando de esta manera la dificultad para que dichas pacientes puedan tener acceso a los centros de salud, procedido de las estudiantes con 14 casos (28%), agricultoras con 8 casos (16%), seguido de las adolescentes que tienen ocupación de costureras con 7 casos(14%), comerciantes con 4 casos (8%), y otras con 2 casos que representan el 4%.

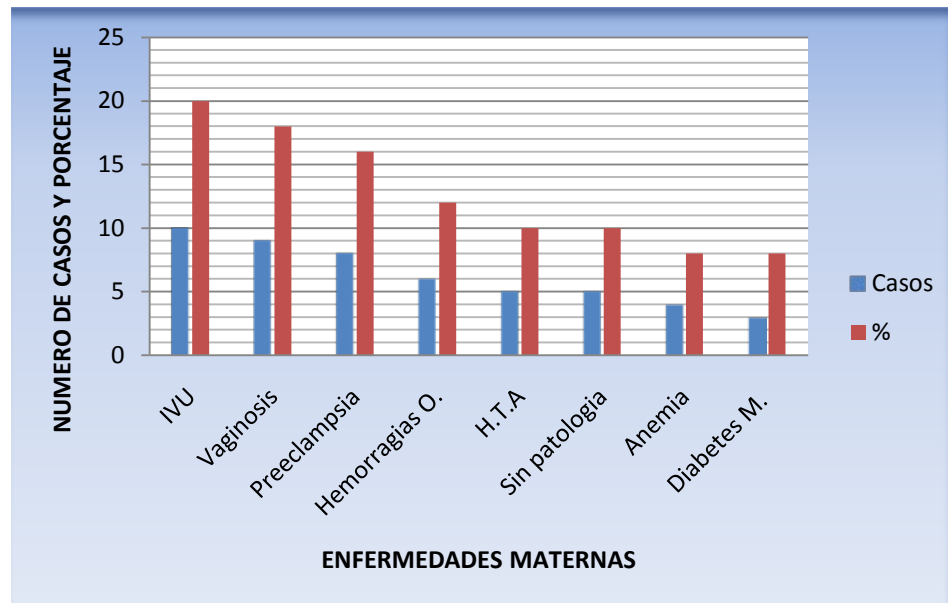
En la mayoría de los casos, las mujeres desarrollan actividades fuera del hogar, con disminución en el tiempo para preocuparse de su estado de salud durante el desarrollo de su embarazo lo que implica que no acudan a realizar los controles prenatales.

TABLA # 6: ENFERMEDADES MATERNAS PRESENTES EN PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE AMENAZA DE PARTO PREMATURO, HPDA ENERO- JUNIO 2012

Enfermedades Maternas	N	%
IVU	10	20
Vaginosis	9	18
Preeclampsia	8	16
Hemorragias Obstétricas	6	12
Hipertensión arterial	5	10
Sin patología	5	10
Anemia	4	8
Diabetes Mellitus	3	6
Total	50	100

Fuente: Historias Clínicas H.P.D.A
Elaborado por: Grace P. López P.

GRÁFICO # 9: ENFERMEDADES MATERNAS PRESENTES EN PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE AMENAZA DE PARTO PREMATURO, HPDA ENERO- JUNIO 2012



Fuente: Historias Clínicas H.P.D.A
Elaborado por: Grace P. López P.

En la distribución de enfermedades maternas presentes en pacientes con amenaza de parto prematuro encontramos una mayor incidencia de IVU con un 20% de los casos, que implican un número de 10 pacientes, sucesivamente encontramos 9 pacientes con un 18 % de incidencia en mujeres con vaginosis, consecuentemente encontramos un 16 % de pacientes con preeclampsia (8 casos), concomitantemente con un 12 % que desarrollaron Hipertensión Arterial (5 casos) correlacionando de esta manera lo expuesto en la literatura, que profiere que tanto las infección de vías urinarias como los antecedentes preeclampsia e hipertensión arterial son condiciones definidas como factores de riesgo para desencadenar en APP, presentando una susceptibilidad mayor, seguido de pacientes que no tuvieron patologías maternas con un numero de 5 pacientes que representan un 10 %.

La anemia y la diabetes mellitus con valores si bien no tan elevados, no dejan de ser importantes debido a su potencialidad para degenerar en una APP.

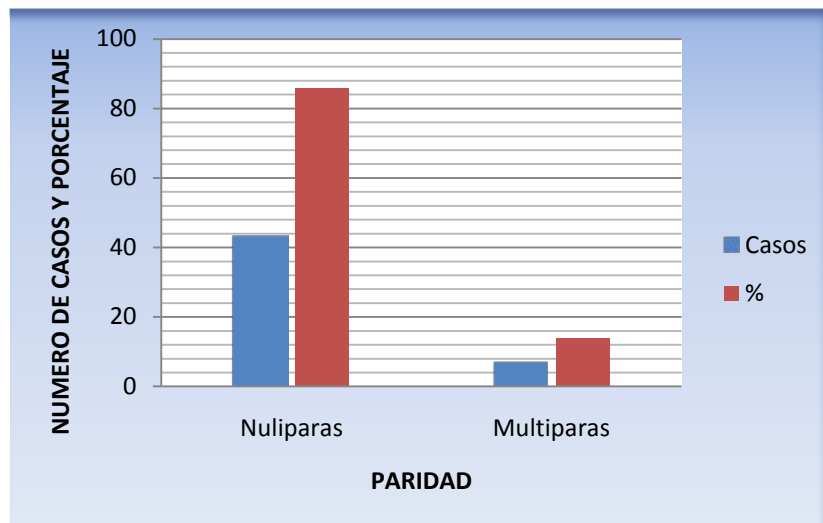
Esto indica que si las pacientes presentaron enfermedades maternas durante su etapa de gestación con mayor razón debieron asistir a un control prenatal óptimo, ya que a través del mismo se hubiese podido detectar a tiempo las patologías presentadas y así evitar que el problema agudice y desencadene en un A.P.P.

TABLA # 7: PARIDAD EN PACIENTES CON AMENAZA DE PARTO PREMATUROHPDA, ENERO –JUNIO 2012

PARIDAD	N	%
Nuliparas	43	86
Multiparas	7	14
Total	50	100

Fuente: Historias Clínicas H.P.D.A
Elaborado por: Grace P. López P.

GRÁFICO# 10: PARIDAD EN PACIENTES CON AMENAZA DE PARTO PREMATURO, HPDA ENERO –JUNIO 2012



Fuente: Historias Clínicas H.P.D.A

Elaborado por: Grace P. López P.

En el caso de las gestas, es relevante el valor de las primigestas con un 86 % (47 casos) que al igual que las nulíparas constituyen un importante factor de riesgo para el desarrollo de amenaza de parto prematuro, consecuentemente las múltiparas con 7 casos (14 %), esto se debe a que esta patología es “multifactorial” ya que tiene varios factores desencadenantes.

Entre ellos la edad materna, enfermedades maternas, enfermedades propias del embarazo, factores emocionales y sociales, a lo que se añade la falta de un control prenatal óptimo como lo establece Ministerio de Salud Publica que debe efectuarse mínimo 5 controles durante el embarazo.

La paridad es un factor que mide el riesgo obstétrico, ya que el primer embarazo tiene una alta correlación con la Amenaza de Parto Prematuro y

que esta interactúa en el embarazo adolescente, por lo que concuerda con los resultados obtenidos dentro de esta investigación.

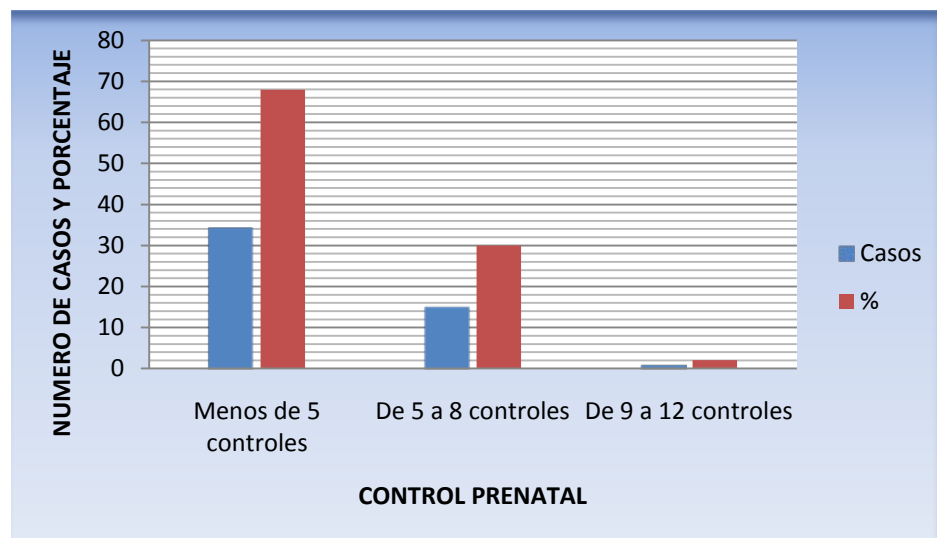
TABLA # 8: CONTROL PRENATAL EN PACIENTES CONAMENAZA DE PARTO PREMATURO, HPDA ENERO –JUNIO 2012

Control Prenatal	N	%
Menor a 5 controles	34	68
De 5 a 8 controles	15	30
De 9 a 12 controles	1	2
Total	50	100

Fuente: Historias Clínicas H.P.D.A

Elaborado por: Grace P. López P.

GRÁFICO# 11: CONTROL PRENATAL EN PACIENTES CONAMENAZA DE PARTO PREMATURO, HPDA ENERO –JUNIO 2012



Fuente: Historias Clínicas H.P.D.A.

Elaborado por: Grace P. López P.

En referencia al control prenatal en este estudio se da a conocer que el 68% que equivale a 34 casos se controla menos de cinco veces, el 30% (15 casos) se controlan de 5 a 8 veces, y el 2% (1 caso) se realizó controles prenatales de 9 a 12 veces; constituyendo así que el inadecuado control prenatal de las madres adolescentes constituye un factor de causalidad importante para el apareamiento de APP, sin tomar en consideración si determinados controles fueron adecuados o inadecuado.

Como determinante en nuestra investigación se presentó otro factor de causalidad importante en el apareamiento de APP, como es la falta de controles prenatales que la mayoría de madres adolescentes no se los realizan, debido a que muchas de las pacientes presentan dificultades para acceder a los servicios de salud, dentro de los cuales tenemos, los factores socioculturales deficientes, bajo nivel de escolaridad, transporte y las esperas para recibir atención médica, debiéndose señalar que en nuestras pacientes el diagnóstico de APP, fue un diagnóstico tardío, debido en parte al control prenatal inadecuado, por ubicación geográfica del domicilio, por el trabajo de las mujeres y por muchos casos por descuido.

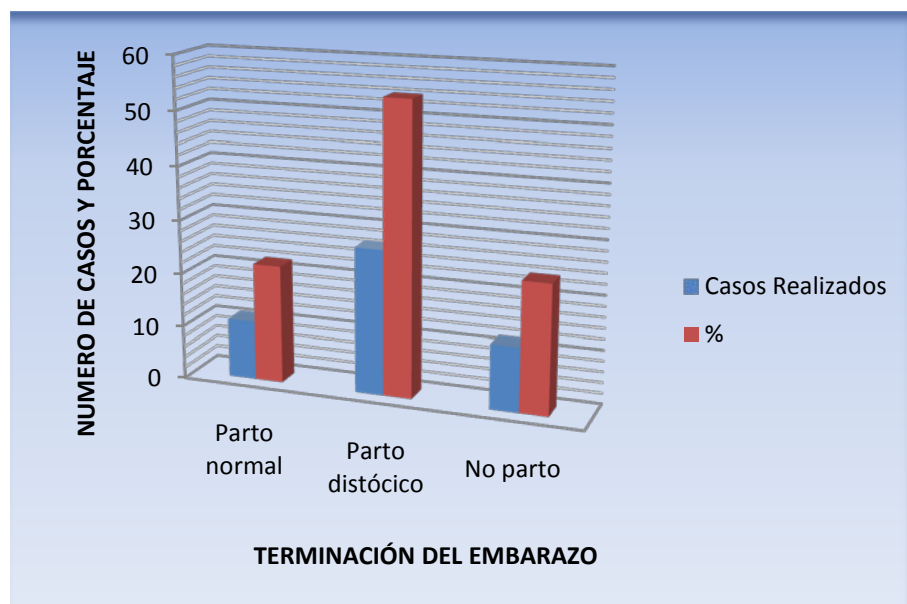
TABLA #9: TERMINACIÓN DEL EMBARAZO EN PACIENTES CON AMENAZA DE PARTO PREMATURO, HPDA ENERO – JUNIO 2012

Tipo de parto	N	%
Parto Normal	11	22%
Parto Distócico	27	54%
No se dio el parto, estables, se dio el alta	12	24%
TOTAL	50	100%

Fuente: Historias Clínicas H.P.D.A

Elaborado por: Grace P. López P.

GRÁFICO# 12: TERMINACIÓN DEL EMBARAZO EN PACIENTES CON AMENAZA DE PARTO PREMATURO EN EL HPDA, ENERO – JUNIO 2012



Fuente: Historias Clínicas H.P.D.A

Elaborado por: Grace P. López P.

El gráfico denota que la terminación del embarazo tuvo en un número incrementado las cesáreas (27 casos) con un 54% en relación de los partos normales con apenas el 22 % (11 casos), y con un 24% (12 casos), en relación a las pacientes en cuyo caso no se dio el parto, o las pacientes se mantuvieron estables o sencillamente se dio el alta del área de centro obstétrico.

Todo esto desemboca en que las madres adolescentes gestantes no se realizaron un control prenatal óptimo, con la finalidad de identificar factores de riesgo en la adolescente y enfermedades que puedan afectar el curso normal del embarazo y la salud del recién nacido/a.

El control prenatal se enfoca a la Promoción, Prevención, Recuperación y Rehabilitación de la salud materna y neonatal con enfoques de interculturalidad y género.

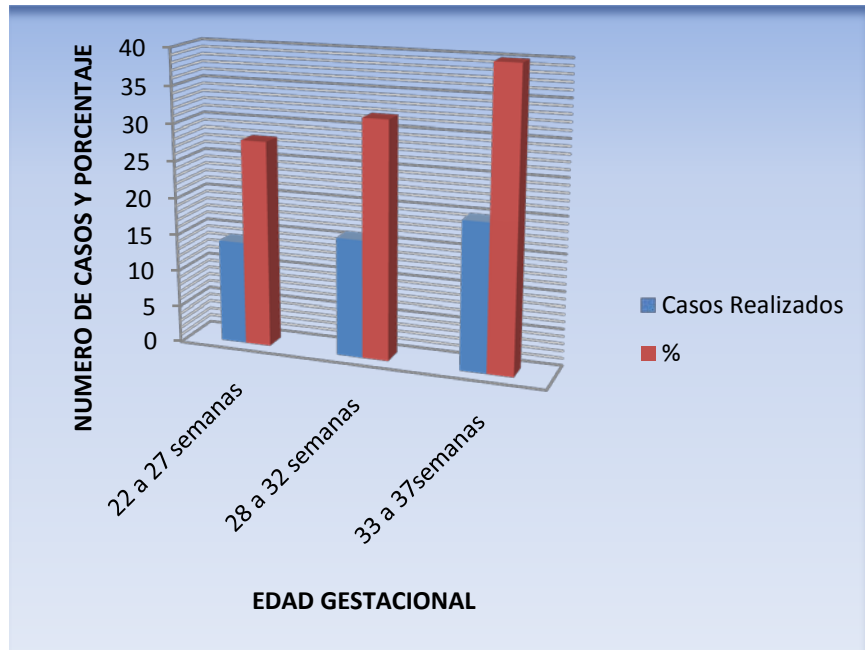
TABLA #10: CLASIFICACIÓN DE LAS PACIENTES CON AMENAZA DE PARTO PREMATURO, SEGÚN SU EDAD GESTACIONAL, HPDA ENERO –JUNIO 2012

EdadGestacional	N	%
22 a 27 semanas	14	28
28 a 32 semanas	16	32
33 a 37 semanas	20	40
TOTAL	50	100

Fuente: Historias Clínicas H.P.D.A

Elaborado por: Grace P. López P.

GRÁFICO # 13: CLASIFICACIÓN DE LAS PACIENTES CON AMENAZA DE PARTO PREMATURO, SEGÚN SU EDAD GESTACIONAL, HPDA ENERO –JUNIO 2012



Fuente: Historias Clínicas H.P.D.A
Elaborado por: Grace P. López P.

En relación a la edad gestacional de las pacientes se puede observar que entre las 33 a 37 semanas de gestación (prematuros moderados) existe un 40% (20 casos), entre las semanas 28 a 32 (muy prematuro) un 32% (16 casos), y un 28% (14 casos) entre las semanas 20 a 27 de gestación (prematuro extremo).

Lo que denota que el mayor porcentaje de amenaza de parto prematuro se establece en la edad de prematuros moderados, es decir en las últimas semanas de gestación aparece la APP, lo que se hubiese podido evitar con una intervención simple como son los controles prenatales y los servicios de educación oportunos que se brindan durante las consultas prenatales, con el

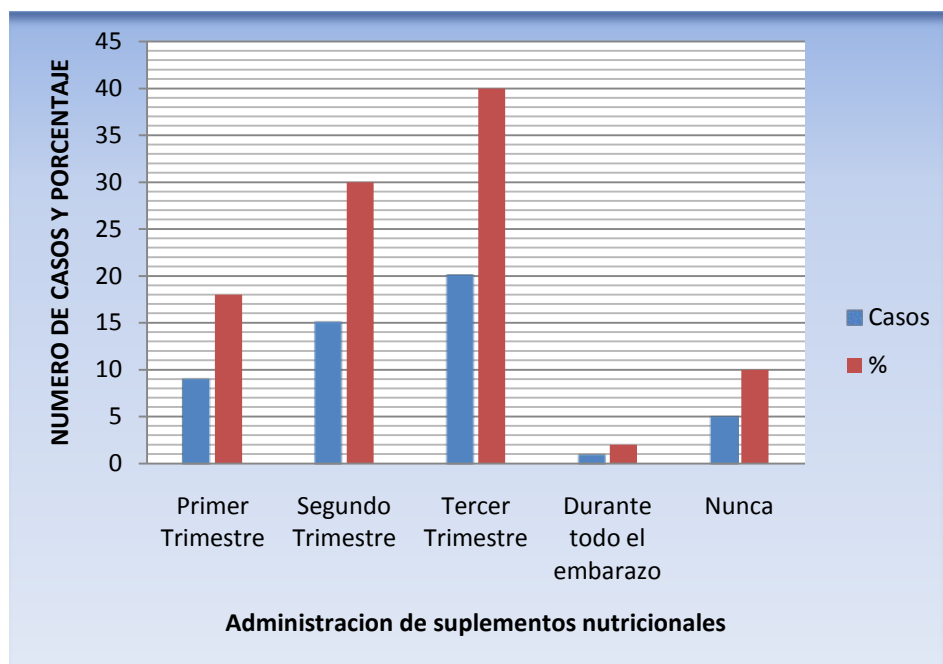
fin de concientizar la importancia que tiene la realización de los mismos, reduciendo de esta manera la morbilidad materna – neonatal.

TABLA #11: ADMINISTRACION DE SUPLEMENTOS NUTRICIONALES EN PACIENTES CON AMENAZA DE PARTO PREMATURO, HPDA ENERO - JUNIO 2012.

SUPLEMENTOS NUTRICIONALES	N	%
Primer Trimestre	9	18
Segundo Trimestre	15	30
TreecerTrimestre	20	40
Durante todo el Embarazo	1	2
Nunca	5	10
TOTAL	50	100

Fuente: Historias Clínicas H.P.D.A
Elaborado por: Grace P. López P.

GRÁFICO # 14: ADMINISTRACION DE SUPLEMENTOS NUTRICIONALES EN PACIENTES CON AMENAZA DE PARTO PREMATURO, HPDA ENERO - JUNIO 2012.



Fuente: Historias Clínicas H.P.D.A

Elaborado por: Grace P. López P.

El presente estudio dio a conocer que las pacientes que presentaron amenaza de parto prematuro, recibieron suplementos nutricionales durante el primer trimestre de gestación con un 18% (9 casos), seguido por 15 pacientes que representan un 30% que acudieron a consultas prenatales durante el segundo periodo de gestación, y en el tercer trimestre de gestación las pacientes que recibieron los suplementos antes mencionados corresponden a un 40% que concierne a 20 casos

Apenas con un 2% (1 caso) la paciente indico que acudió a realizarse todos los meses los controles prenatales y de esta manera recibió de forma adecuada los suplementos nutricionales todos meses, y con 5 pacientes que

representan un 10% de todos los casos expresaron que nunca recibieron suplementos nutricionales por que acudieron a consulta medica cuando ya presentaron contracciones uterinas.

Lo que denota que la mayoría de pacientes que recibieron suplementos nutricionales fue durante el tercer trimestre de gestación donde las madres adolescentes recién empiezan a efectuar el seguimiento de su embarazo ya sea por desconocimiento o por falta de comunicación con sus padres respecto a la importancia de realizarse los controles prenatales, ya que los suplementos nutricionales se distribuyen gratuitamente una vez al mes, a nivel de Ministerio de Salud Publica al asistir a las consultas prenatales.

Los suplementos nutricionales tienen como objetivo mejorar el estado nutricional de la mujer gestante y de la madre en período de lactancia, así como contribuir a prevenir la malnutrición en la niñez, promoviendo prácticas adecuadas de lactancia materna y alimentación complementaria.

4.2 ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS DE LAS ENCUESTAS REALIZADAS A LAS MADRES ADOLESCENTES

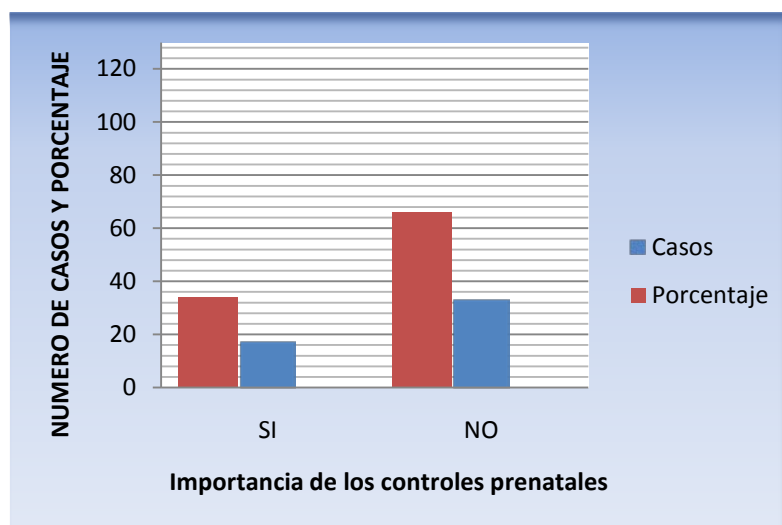
El objetivo de las encuestas es determinar si la falta de controles prenatales influye en la presencia de amenaza de parto prematuro en madres adolescentes que acudieron al Hospital Provincial Docente Ambato en el área de centro obstétrico en el periodo Enero - Junio 2012

TablaNo. 12 Conoce la importancia de los Controles Prenatales

Alternativas	Casos	Porcentaje
SI	17	34 %
NO	33	66%
Total	50	100%

Fuente: Encuesta
Elaborado por: Grace López

Gráfico No. 15 Conoce la importancia de los Controles Prenatales



Fuente: Encuesta
Elaborado por: Grace López

En lo concerniente al conocimiento sobre la importancia de los controles prenatales, se evidencia que apenas 34 % con 17 casos si posee una noción acerca de los mismos, mientras que un 66 % correspondiente a 33 casos no tienen conocimiento sobre el tema antes abordado.

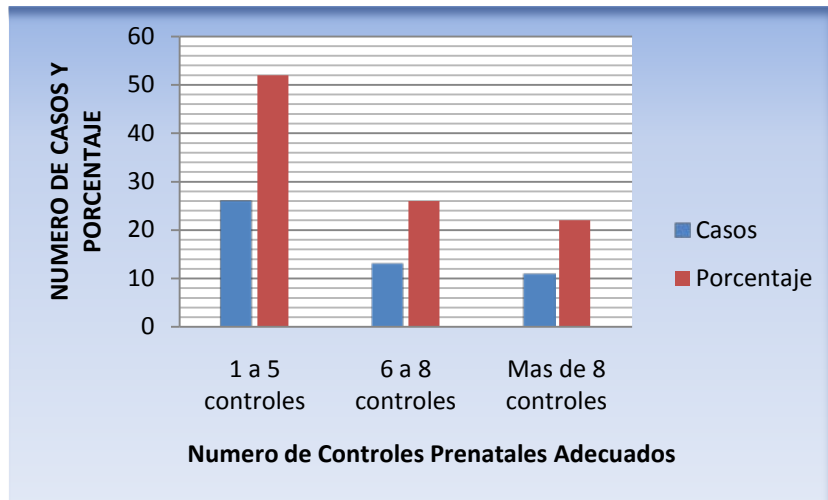
Es decir que el mayor porcentaje se encuentra en mujeres adolescentes que no se realizan un adecuado control prenatal por tener desconocimiento acerca de los mismos y las consecuencias de no llevar un registro de un control prenatal optimo, con el objetivo de prevenir posibles patologías a presentarse durante el desarrollo de su embarazo, lo que influyo como factor predisponente para que desencadene en una Amenaza de Parto Prematuro.

Tabla No. 13 Conoce cuantos controles prenatales son adecuados realizarse durante el embarazo

Alternativas	Casos	Porcentaje
1 a 5 controles	26	52 %
6 a 8 controles	13	26%
Mas de 8 controles	11	22%
Total	50	100%

Fuente: Encuesta
Elaborado por: Grace López

Gráfico No. 16 Conoce cuantos controles prenatales son adecuados realizarse durante el embarazo



Fuente: Encuesta
Elaborado por: Grace López

En lo que respecta al número adecuado de controles prenatales durante el embarazo, se obtuvo que el mayor porcentaje se localizó entre uno a cinco controles, con un 52% (26 casos), en segundo lugar las adolescentes que tenían conocimiento de que debían realizarse de 6 a 8 controles con un 26% (13 casos), y apenas en un 22% (11 casos) en mujeres adolescentes que referían que debían realizarse más de 8 controles durante su etapa de gestación.

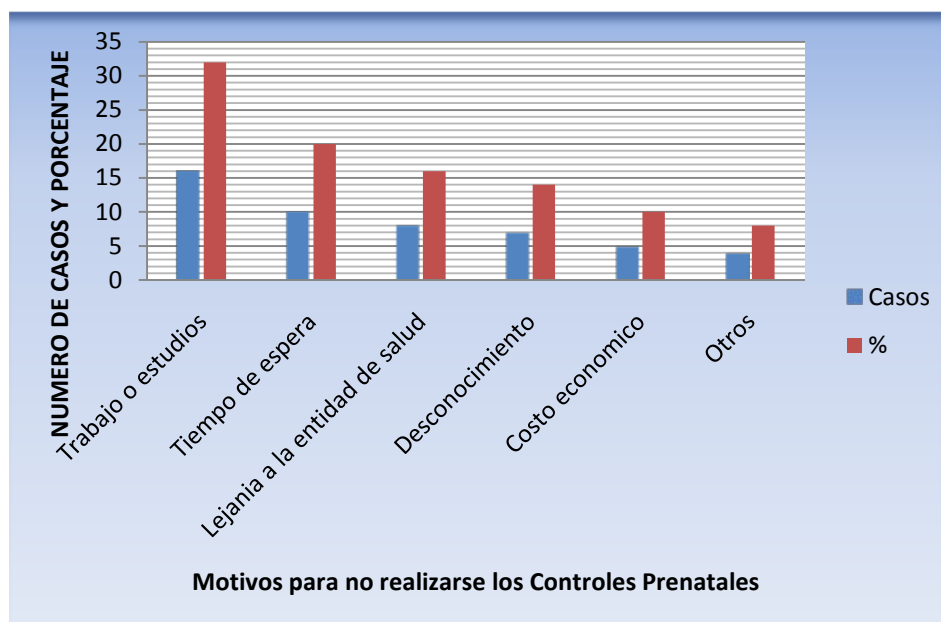
A pesar de tener conocimientos de cuál es el número de controles prenatales óptimos muchas de ellas no se los realizaban de una manera óptima y consecutiva debido a las distintas actividades que están realizando dentro su vida cotidiana, o simplemente como se sentían bien durante su embarazo preferían hacer caso omiso a esta importante intervención de prevención que es fomentada a través del Ministerio de Salud Pública.

Tabla No. 14 Cuales fueron los motivos para que no acudan a realizarse los controles prenatales

Alternativas	Casos	Porcentaje
Trabajo o estudios	16	32 %
Tiempo de espera	10	20 %
Lejanía a la entidad de salud	8	16 %
Desconocimiento	7	14 %
Costo económico de movilidad	5	10 %
Otros	4	8 %
Total	50	100%

Fuente: Encuesta
Elaborado por: Grace López

Gráfico No. 17 Cuales fueron los motivos para que no acudan a realizarse los controles prenatales



Fuente: Encuesta
Elaborado por: Grace López

De las personas investigadas, un 32% correspondiente a 16 casos comentaron que la razón por la que no acuden a realizarse los controles prenatales son por sus estudios o trabajo por lo que no tenían tiempo suficiente para acudir a los mismos, seguidos por un 20% (10 casos) en las que exponían que el tiempo de espera era uno de los motivos, mientras que otras hacían énfasis a la lejanía de las entidades de salud con un 16% que pertenece a 8 pacientes.

Concomitante con un 14% (7 casos) que referían desconocimiento acerca de los controles prenatales que se realizaban dentro de las entidades de salud del M.S.P, en menor proporción con un 10% (5 casos) manifestaron que no acudían a realizarse el chequeo prenatal por el costo económico que representaba movilizarse desde sus hogares hasta cada una de las entidades de salud mas cercanas a sus hogares, mientras que un ínfimo porcentaje con un 8% que corresponden a 4 pacientes que referían otros motivos por los que no acudían a los controles prenatales como el descuido propia hacia su salud y la del neonato.

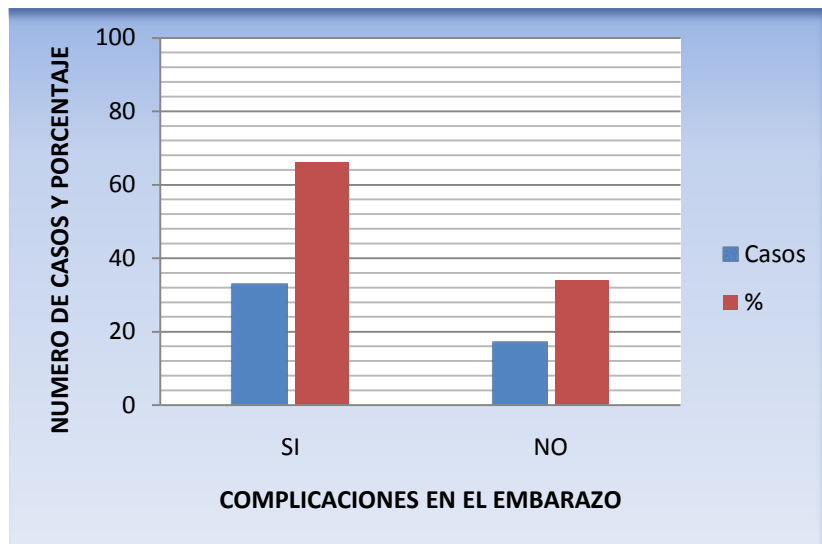
Esta condición de riesgo marca una diferencia demostrada en el curso del embarazo normal y mayormente en grupos vulnerables como son las adolescentes embarazadas, siendo este grupo el que se ve afectado dado la gran multifactorialidad inmersa entro de la etiología de la amenaza de parto prematuro.

Tabla No. 15 Presentó complicaciones durante su embarazo

Alternativas	Casos	Porcentaje
SI	33	66 %
NO	17	34 %
Total	50	100%

Fuente: Encuesta
Elaborado por: Grace López

Gráfico No. 18 Presentó complicaciones durante su embarazo



Fuente: Encuesta
Elaborado por: Grace López

Se da a conocer en el gráfico anterior la predominancia de complicaciones en madres adolescentes con un 66% que corresponden a 33 casos, respecto de los 17 casos (34%) de las pacientes que refirieron que no presentaron complicaciones.

En el embarazo se producen una serie de cambios, las necesidades fetales y el parto constituyen una de las principales causas de morbilidad materna neonatal, por lo que es primordial fomentar la asistencia de las madres adolescentes hacia las entidades de salud con el fin de que se realicen los

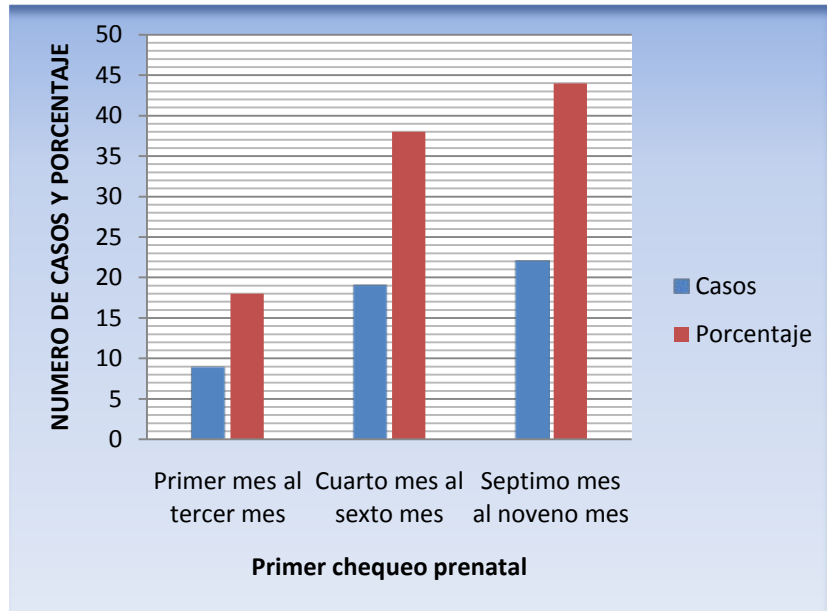
controles prenatales para el logro de un embarazo saludable que promueva estilos de vida sanos para la consecución de un embarazo, que minimice los riesgos obstétricos donde lo principal es salvaguardar la vida del binomio madre – hijo.

Tabla No. 16A los cuantos meses de embarazo se realizo su primer chequeo prenatal

Alternativas	Casos	Porcentaje
Primer mes al tercer mes	9	18 %
Cuarto mes al sexto mes	19	38 %
Séptimo mes al noveno mes	22	44 %
Total	50	100%

Fuente: Encuesta
Elaborado por: Grace López

Gráfico No. 19A los cuantos meses de embarazo se realizo su primer chequeo prenatal



Fuente: Encuesta

Elaborado por: Grace López

En lo que acontece a los cuantos meses de embarazo se realizo su primer chequeo prenatal, se aprecio claramente una cifra considerable con 22 casos (44%)de que entre el séptimo y noveno mes se realizaron su primer chequeo, subsecuentemente con un 38% (19 casos) que se realizaron su chequeo entre el cuarto y sexto mes, mientras que algunas madres adolescentes manifestaron haberse realizado su primer control entre el primero y el tercer mes, proporción que corresponde a un 18% con apenas 9 casos.

Lo que evidencia el descuido de las madres adolescentes hacia su salud, debido a muchos factores entre ellos podría incidir que en muchos de los casos las madres adolescentes referían llevar oculto el embarazo durante los primeros meses por temor a la reacción de sus padres, por ende el

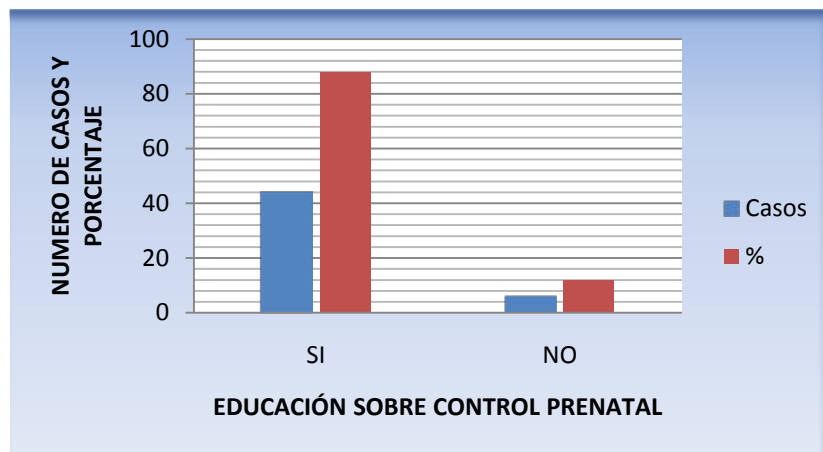
primer control se lo realizaban entre el segundo y tercer trimestre de embarazo.

Tabla No. 17 Cree que es importante recibir educación acerca de los controles prenatales por parte del personal de salud.

Alternativas	Casos	Porcentaje
SI	44	88 %
NO	6	12 %
Total	50	100%

Fuente: Encuesta
Elaborado por: Grace López

Gráfico No. 20 Cree que es importante recibir educación acerca de los controles prenatales por parte del personal de salud.



Fuente: Encuesta
Elaborado por: Grace López

En el grafico anterior se obtuvo como resultado la consigna de que a la mayoría de madres adolescentes si les gustaría recibir educación sobre la

importancia de realizarse periódicamente los controles prenatales en un 88% que corresponden a 44 casos, y apenas un 12% que concierne a 6 casos concluyeron que no les gustaría recibir educación acerca del tema antes mencionado.

Claramente no existe una conciencia crítica respecto a los controles prenatales como punto céntrico y determinante de amenazas de parto prematuro, ya que la vigilancia perinatal adecuada tiene un gran impacto en los resultados maternos prenatales adversos, ya que si acudiera la paciente a la consulta prenatal se podría identificar factores de riesgo para desarrollar preeclampsia, diabetes, APP u otra patología.

Por ende es fundamental fomentar e incentivar en las madres adolescentes la importancia de realizarse periódicamente los controles prenatales para de esta manera llevar un registro óptimo de su estado de salud, para la detección temprana de factores de riesgo general y reproductivo para evitar complicaciones futuras que puedan comprometer la vida de la paciente y el neonato.

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

Una vez concluido el estudio que de tipo descriptivo y retrospectivo realizado en el Hospital Provincial Docente Ambato de la ciudad de Ambato fueron determinados 50 historias clínicas con diagnóstico de Amenaza de Parto Prematuro en madres adolescentes.

- Se encontraron edades predominantes entre los 17 a 19 años (adolescencia tardía), con 26 casos que corresponden que corresponden al 52% considerándose el mayor grupo de riesgo. Se establece que el inadecuado control prenatal que ocurre en estas pacientes repercute significativamente en la aparición de enfermedades que desencadena en amenaza de parto prematuro, además de una predominancia del sector rural con 40 casos (80%), la educación constituyó un pilar fundamental, en donde fue visible

prestar atención a los 23 casos de escolaridad secundaria que corresponden a un 46 %, lo que repercute en forma significativa con el alto grado de asociación mórbida de enfermedades potencialmente prevenibles y que desencadenan en riesgo para que de desarrolle una Amenaza de Parto Prematuro.

- En lo que concierne a la ocupación de las madres adolescentes, se determinó la mayor incidencia fue en las amas de casa con 15 casos y un 30 % se realizaron menos de 5 controles cuando el MSP establece como mínimo 5 controles prenatales, como factores predisponentes se estipulo a la nuliparidad con 18 casos correspondiendo a un 36%, seguidos de los antecedentes de infección de vías urinarias con un 20 %, vaginosis con un equivalente a 18%, concomitantemente fue evaluado el número de gesta llegando a la consigna de predominio de primigestas con 43 casos (86%), estas condiciones de riesgo marcan una diferencia demostrable en el transcurso del embarazo de la mujer adolescente ya que este es un grupo vulnerable, siendo este grupo de edad el que se ve mayormente afectado por la diversa multifactorialidad que abarca la etiología de APP
- Un dato que consideramos relevante; los 34 casos con escasos controles prenatales que corresponden a 68%, se establece que el

inadecuado control prenatal que se establece en estas pacientes repercute forma significativa con el alto grado de asociación mórbida de enfermedades potencialmente prevenibles y que desencadenan en riesgo para que de desarrolle una Amenaza de Parto Prematuro

- En la mayoría de embarazos se vio una evolución directa hacia el parto revelando a la cesárea como la vía de terminación, como dato relevante se obtuvo que la edad gestacional de los neonatos son de 33 a 37 semanas con 20 casos que representan el 40%

5.2 RECOMENDACIONES

- En la actualidad los embarazos ocurren a temprana edad, por lo que se debe poner mayor énfasis en atender a este grupo de edad, los insuficientes controles prenatales constituyen un importante factor de riesgo para el desarrollo de amenaza de parto prematuro en madres adolescentes. Si bien su etiología no está del todo definida es importante que el manejo de esta patología esté basado en su fisiopatología y en esquemas terapéuticos protocolizados.
- Una vez detectada en el embarazo, se debería realizar un adecuado seguimiento a fin de garantizar la salud materna y fetal. Al reconocer

la población en riesgo, es necesario realizar medidas eficaces de identificación y de prevención al desarrollo de esta patología promoviendo la asistencia temprana y periódica al control prenatal e implementando en este grupo de riesgo, métodos eficaces de planificación familiar para el espaciamiento de los embarazos, con el propósito de disminuir los costos familiares, sociales y de los servicios de salud que desencadenan en este caso la Amenaza de Parto Prematuro y sus consecuencias tanto a corto como a largo plazo.

- Se debe realizar el seguimiento de este tipo de pacientes a través de la hoja de transferencia al Subcentro de salud más cercano a su domicilio, para que se realicen los controles prenatales periódicamente, para salvaguardar el binomio madre-hijo.
- Se debe capacitar continuamente y eficientemente al personal de salud que asiste a las madres adolescentes, el uso adecuado de normas y guías de asistencia para el control prenatal para que este sea adecuado y de calidad para de esta manera poder detectar de forma precoz cualquier complicación que se desarrolle durante el embarazo en la madre adolescente con el fin de establecer un diagnóstico adecuado y por lo tanto el tratamiento que la paciente amerite, con el propósito de brindar una mejor calidad en la atención de salud, de esta manera se logrará disminuir la incidencia de amenaza de parto prematuro.

- Impartir al personal de salud, el contenido del departamento de consejería materno neonatal con el propósito de que se imparta esta información de manera correcta y continua a través de las charlas educativas y trípticos, sobre la importancia de los controles prenatales, con el fin de evitar y detectar de manera precoz cualquier problema a presentarse durante el desarrollo del embarazo en este grupo de mayor vulnerabilidad como son las madres adolescentes.

CAPÍTULO VI

LA PROPUESTA

6.1 DATOS INFORMATIVOS

- **Tema de la propuesta.**

Departamento de consejería materno neonatal, que permita la identificación de factores de riesgo en el proceso de cumplimiento del control prenatal.

- **Tutora:** Dra. Patricia Rojas Cisternas
- **Autora:** Grace López
- **Unidad responsable:** Facultad de Ciencias de la Salud/ UTA
- **Institución ejecutora:** Carrera de Enfermería
- **Modalidad:** Presencial

Ubicación: El Hospital Provincial Docente Ambato, está ubicado en la provincia de Tungurahua. Cantón Ambato. Parroquia La Merced está

limitado al Norte por la Ciudadela Cashapamba, al Sur por la Av. Unidad Nacional, al Este por la Av. Pasteur, y al Oeste por la Av. Julián Coronel.

Gráfico N° 21: Localización geográfica del HPDA.



Fotografía tomada de Google Earth 2013

- **Servicio:** Centro Obstétrico
- **Beneficiarios:**HPDA, Personal de salud- pacientes embarazadas adolescentes
- **Alcance Temporal:** La propuesta tendrá una duración de seis mesesde Mayo - Octubre/2013

- **Costos:** El costo total de la propuesta es de \$ 535 y será financiada por el aporte de la autora de esta investigación.

6.2 ANTECEDENTES DE LA PROPUESTA

Una vez realizada la investigación, se ha confirmado que la opción más adecuada para lograr una disminución de problemas relacionados con el embarazo, es la constante y adecuada ejecución de consejería en promoción y prevención como base fundamental en la formación, seguimiento y manejo de las pacientes gestantes, de esta manera permitirá precautelar el bienestar tanto de la madre como del neonato.

Considerando que desde remotos tiempos se ha buscado la forma para coadyuvar en el manejo de pacientes gestantes con resultados tanto favorables como adversos, nuestra propuesta enfatiza el despliegue de consejería materno-neonatal como alternativa segura y confiable para el sector salud, como es la población femenina adolescente en periodo de gestación, con la que contamos.

En los actuales momentos el incremento de embarazos en etapas tempranas de la vida, como lo es la adolescencia, constituye un factor preponderante y representativo de riesgo para la manifestación de alteraciones del embarazo, asociado al desconocimiento, negligencia y en muchos casos al poco o nulo control durante este proceso.

6.3 JUSTIFICACIÓN

La presente investigación estuvo encaminada a prepararnos en la dirección de proyectos que interesan al aspecto de salud. Por tal razón, hemos indagado en los controles prenatales y su influencia en la amenaza de parto

prematureo en madres adolescentes que acuden al Centro Obstétrico del Hospital Provincial Docente Ambato de la ciudad de Ambato, y debemos elaborar la propuesta alternativa, de acuerdo a las posibilidades y expectativas de las pacientes.

Por la investigación efectuada, se pueden establecer, para la propuesta, los siguientes ítems justificativos.

- La conveniencia de establecer un departamento de consejería materno-neonatal, que permita la identificación de factores de riesgo y falencias en el proceso de cumplimiento del control prenatal.
- La necesidad de integración entre personal de salud, fomentando el sentimiento de apoyo mutuo a través de la capacitación sobre las distintas medidas a tomarse frente a una paciente adolescente embarazada.
- El requerimiento de precautelarse sobremanera la integridad física y secundariamente la material como derecho inalienable y vital de la sociedad a base del trabajo mancomunado y en equipo de los distintos entes del servicio de gineco obstetricia.

La creación de un departamento de consejería materno neonatal, que permita la identificación de factores de riesgo en el proceso de cumplimiento del control prenatal, para el Hospital Provincial Docente Ambato, es un modelo totalmente factible por cuanto reúne los siguientes argumentos.

La organización del desempeño del personal de salud, creando un ambiente de cumplimiento propicio para la integración y el éxito laboral, se dispone de información, conocimiento y tecnología necesaria para su elaboración.

Además, el Hospital Provincial Docente Ambato cuenta con el personal calificado y comprometido con la entidad por cuanto la aplicación de la propuesta solo requeriría de la debida instrucción por parte de sus directivos.

6.4 OBJETIVOS

6.4.1 OBJETIVO GENERAL

- Implementar un departamento de consejería materno neonatal, que permita la identificación de factores de riesgo en el proceso de cumplimiento del control prenatal en el área de centro obstétrico del HPDA.

6.4.2 OBJETIVO ESPECÍFICOS

- Ejecutar un cronograma de capacitación continuo sobre consejería materno neonatal que incluye un tríptico y charlas educativas sobre la importancia de los controles prenatales, a las madres adolescentes
- Estructurar charlas educativas y un tríptico práctico que contenga normas de Consejería materno neonatal.
- Profundizar los conocimientos científicos sobre el manejo materno neonatal en el personal de salud
- Sociabilizar el contenido de la propuesta al personal de salud, en el servicio de centro obstétrico del Hospital Provincial Docente Ambato.

6.5 ANÁLISIS DE FACTIBILIDAD

La elaboración de charlas educativas y un folleto sobre Consejería Materno – Neonatal es factible porque existe la información necesaria, apertura y disposición de la líder del servicio para hacer uso del mismo, gracias a la colaboración del personal de Salud que labora en el servicio de centro Obstétrico del Hospital Provincial Docente Ambato.

6.6 FUNDAMENTACIÓN CIENTIFICA

6.6.1 CREACIÓN DE UN DEPARTAMENTO DE CONSEJERIA MATERNO NEONATAL.

Para comprender mejor los alcances de la propuesta conviene aclarar algunas concepciones teóricas necesarias.

En el ámbito de la legalidad y el desempeño, se establece al Departamento como una estructura de control interno y que a su vez goza de un conjunto de planes, métodos, procedimientos y otras medidas para ofrecer seguridad a que se logren los objetivos del mencionado control interno; es necesario considerar que dentro de la organización del departamento una constante debe ser la integración del personal, la formación de los valores éticos y la asignación de autoridad y responsabilidad.

El concepto de consejería total o integral, aplicado a la atención de la Salud se construye desde cada puesto de trabajo, de cada uno de los trabajadores de la salud.

La calidad de la información que se sirva dar en la consejería depende del grado de compromiso de cada uno de los trabajadores, es decir, voluntariamente cada uno debemos comprometernos con la tarea de brindar conocimiento. De esta manera habrá una mejor coordinación y

fortalecimiento en el trabajo colectivo tomando en cuenta las falencias y de la misma manera constatar quien necesita ayuda individual y o especializada, tratando de que no exista una atmósfera de temor y realizando cursos de capacitación continua.

FUNCIONES

Una vez establecida la necesidad de crear el departamento de consejería materno neonatal determinando a su vez las normas, procedimientos, ejecución y organización, se procede como primer paso a la definición de sus funciones generales, las que pueden resumirse como sigue:

- Elaborar y proponer los procedimientos asociados a los procesos y relaciones entre las entidades pertenecientes a la casa de salud.
- Adecuar y divulgar, las disposiciones que dicten los órganos competentes del país o adopten las organizaciones nacionales e internacionales, así como de la casa matriz en materia de consejería, registro, procesamiento y análisis de la información y las medidas de control interno asociadas.
- Participar de conjunto con las áreas involucradas, en la determinación de los procesos y relaciones que se establecen entre las diferentes gerencias y departamentos.
- Participar y asesorar en la creación y modificación de las estructuras organizativas y en la designación de las funciones a ellas asignadas.
- Participar y asesorar en materia de definición y contenido de los puestos de trabajo y de cargos.
- Análisis de los sistemas automatizados utilizados para el tratamiento de la información contable, financiera y económica emitiendo a partir de las normas y procedimientos aprobados para este fin, los criterios necesarios para su explotación.

- Participar en la evaluación de nuevos sistemas automatizados para el tratamiento de la información contable, financiera y económica, con vistas a su futura implantación si se considera conveniente.

ESTRUCTURA ADOPTADA

El segundo paso en el camino de la creación de cualquier entidad o departamento, es definir la estructura que garantice dar cumplimiento a las funciones inherentes y donde el contenido asignado a cada especialista puede resumirse como sigue:

- Jefe del departamento: coordina el trabajo del departamento, revisa los procedimientos desarrollados, elabora procedimientos contables, participa en los trabajos de diagnóstico estratégico, análisis de áreas de la entidad así como de la actividad contable financiera y es responsable de la elaboración del manual de normas y procedimientos.
- Especialista de Organización e informática: realiza el análisis de estructura y funcionamiento y elabora procedimientos así como evalúa y desarrolla algoritmos automatizados para la solución de problemas y normatización de actividades.
- Especialista en Contabilidad y Finanzas: realiza el análisis del funcionamiento del área de economía y elabora procedimientos sobre el tema.
- Especialista en computación: desarrolla programas para la solución de problemas locales que permitan evaluar métodos y procedimientos de solución para su automatización posterior.

MANUAL

A partir del conocimiento de la misión y modo de operar de la entidad, se procede a la concepción de la estructura del manual de normas y procedimientos.

Esto debe contener los siguientes aspectos:

- Título: describe de manera concisa el tema sobre el cual trata el procedimiento.
- Objetivos: recoge los objetivos que se propone alcanzar el procedimiento.
- Alcance: Define claramente quienes son las personas naturales y jurídicas que deben regirse por lo establecido en el procedimiento.
- Contenido: en este apartado se recogen las regulaciones, secuencias de operaciones, entre otras, que deben cumplirse para ejecutar la actividad regulada. Es conveniente que la primera sección de este apartado sean las definiciones de los términos utilizados, si se requieren de los términos.

CONSIDERACIONES FINALES

Antes de pasar a relacionar las conclusiones del presente trabajo, es conveniente realizar el siguiente conjunto de consideraciones sobre el desarrollo actual del trabajo y su proyección futura.

Se recopilaron todas las disposiciones vigentes en la entidad, procediendo a la conversión a formato digital de las no disponibles en el mismo, posterior a lo cual se colocaron en un servidor para su consulta por parte de todo el personal radicado en el territorio nacional.

El empleo de soluciones informáticas locales es una alternativa que brinda seguridad a las soluciones metodológicas propuestas.

6.7 MODELO OPERATIVO

Se utilizará un folleto con el tema “Consejería Materno- Neonatal” para el servicio de Centro Obstétrico. El personal de salud pondrá en práctica durante la jornada de trabajo con la aplicación de charlas educativas y un folleto sobre consejería materna neonatal para madres adolescentes con el fin de identificar factores de riesgo en el cumplimiento del control prenatal.

Para que esto produzca el efecto deseado, se deberá motivar al personal de salud a la lectura y observación del folleto con un interés único, para reforzar sus conocimientos y concientizar su aplicación de la mejor manera en sus actividades laborales.

6.7.1 Plan de acción de la propuesta

FASE S	META	ACTIVIDAD	RECURSOS	TIEMPO	RESPONSABLE	RESULTADOS
Elaboración y diseño de la propuesta (charlas educativas y tríptico)	Formar la propuesta considerando opiniones de personal experto.	Dar a conocer la propuesta (Elaboración De Charlas Educativas Y Tríptico)	-Investigadora -Tutora de la investigación -Líder del servicio de centro Obstétrico -Personal de Salud	Cuarta semana de Mayo	Grace López	Revisión del tutor Elaboración de charlas educativas y tríptico
Ejecución de la propuesta	Desarrollar la propuesta (charlas educativas y tríptico)	Exponer la propuesta (charlas educativas y tríptico)	-Investigadora -Tutora de la investigación -Personal experto en el tema	Tercera semana de Junio	Grace López	Sugieren hacer cambios en las charlas educativas y tríptico
Fase A	Concientizar al personal de salud sobre el tema Consejería Materno- Neonatal	Distribución de las charlas educativas y tríptico	Investigadora Tutora de la investigación	Segunda semana de Julio	Grace López	El personal de salud capta el objetivo de la propuesta

Fase B	Informar la metodología que se utilizará en el tema de Consejería Materno- Neonatal	Entrevista con el personal de Salud	-Investigadora -Tutora de la investigación	Cuarta semana de Julio	Grace López	El personal de Salud acepta la metodología que se sugiere.
Evaluación de la propuesta	Verificar si el personal de Salud está realizando adecuadamente la promoción acerca del departamento de Consejería Materno Neonatal	-Evaluación del personal mediante guía de observación -Evaluación sobre el tema a las pacientes que acuden al servicio de centro Obstétrico	Personal de Salud	Mes de Agosto y Septiembre	Grace López	-El personal de Salud mejora la capacitación sobre Consejería Materno Neonatal a madres adolescentes -Satisfacción de las pacientes adolescentes
Evaluación del informe final	-Normatizar el folleto y las charlas educativas en el servicio de centro obstétrico -Fomentar la consejería permanente a las madres adolescentes embarazadas que presentan A.P.P	Realizar guías de observación	Líder del servicio de centro obstétrico Personal de Salud	Segunda semana de Octubre	Grace López	Se introduce el folleto y las charlas educativas en el manejo diario de pacientes adolescentes con Amenaza de parto prematuro

6.7.2 RECURSOS ECONÓMICOS

De acuerdo al esquema de creación de un departamento de ejecución de charlas informativas y la creación de un folleto sobre Consejería Materno - Neonatal, que permitan la identificación de factores de riesgo en el proceso de cumplimiento del control prenatal en el centro obstétrico del HPDA, en cuanto se refiere a los egresos a realizarse, hemos considerado que los mismos, serán costeados por el grupo de investigación, en este caso por mi persona.

Tabla 18: Gastos a operarse en el proceso de investigación.

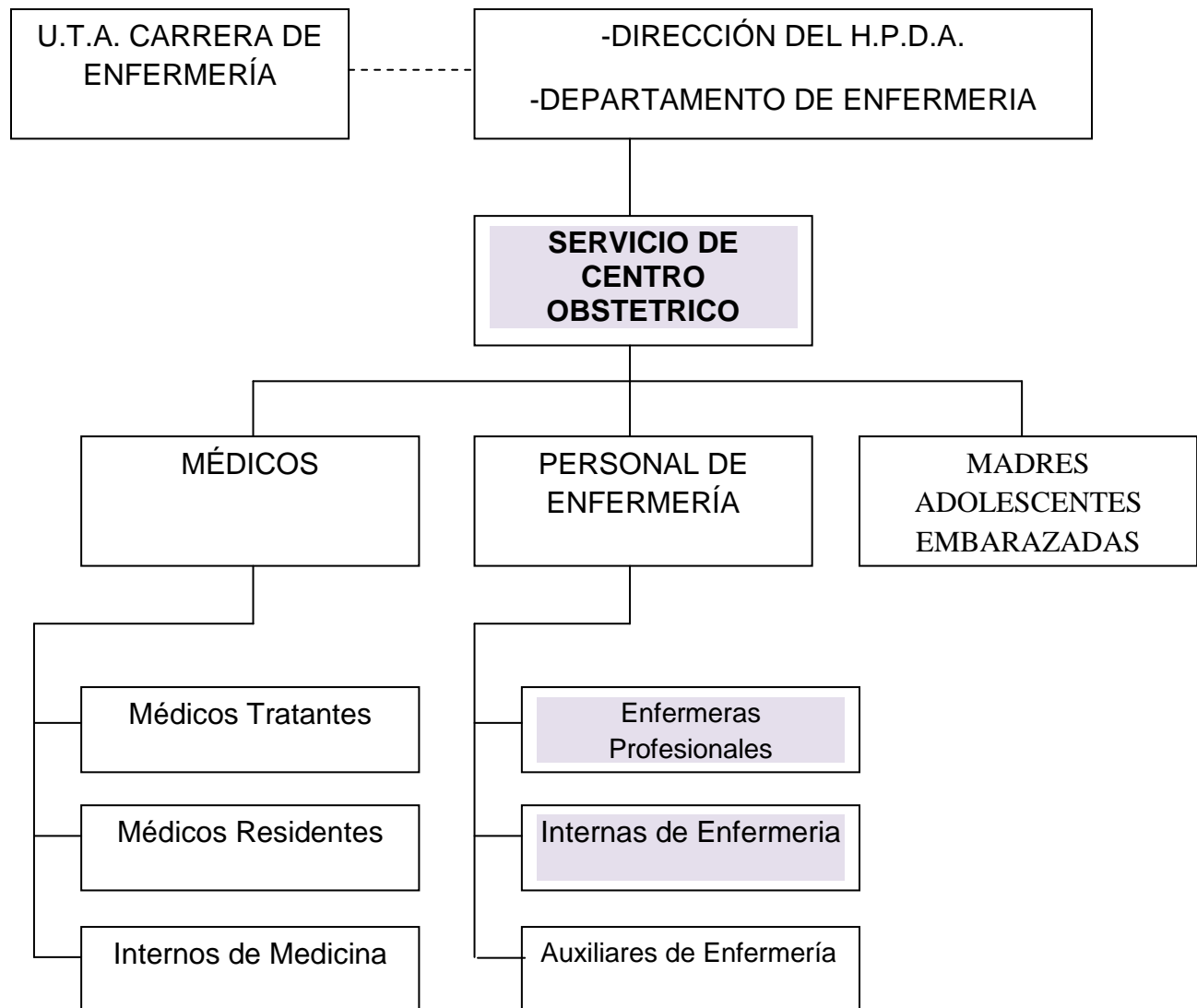
CUADRO DE GASTOS A OPERARSE EN EL PROCESO DE INVESTIGACIÓN Y EN LA PROPUESTA A PRESENTARSE		
ACTIVIDADES	COSTOS	RESPONSABLES
DIAGNOSTICO	\$ 10,00	
Entrevistas a pacientes	\$ 10,00	Grupoinvestigador
COMPILACION DE INFORMACION DE HISTORIAS CLINICAS	\$ 90,00	
Recolección de datos.	\$ 10,00	Grupoinvestigador
Charlas con personal capacitado HPDA	\$ 30,00	Grupoinvestigador
Consejería especializada con personal HPDA	\$ 50,00	Grupoinvestigador
PLANIFICACION	\$ 435,00	
Análisis de la situación diagnóstica	\$ 15,00	Grupoinvestigador
Diseño del Organigrama Estructural y Funcional	\$ 30,00	Grupoinvestigador
Lineamientos Básicos del Departamento de Ejecución	\$ 30,00	Grupoinvestigador
Reunión de difusión de las charlas	\$ 20,00	Grupoinvestigador
Entregar el Plan operativo	\$ 200,00	Grupoinvestigador
Difusión de Modelo de excelencia	\$ 40,00	Grupoinvestigador
CostoGrupolInvestigador	\$ 100,00	
Costo Total	\$ 535,00	

6.8 Administración

La presente propuesta será administrada por las máximas autoridades del Hospital Provincial Docente Ambato quienes ejecutarán, a través del Director y este a su vez será responsable con el líder del servicio y la líder del personal de enfermería sobre el manejo adecuado y administración de la misma.

Gráfico No. 22

Organigrama del proceso de mejoramiento



6.9 Previsión de la evaluación

Tabla No. 19

Plan de monitoreo y evaluación de la propuesta

PREGUNTAS BÁSICAS	RESPUESTAS
¿Quiénes solicitan evaluar?	El personal de salud
¿Para qué evaluar?	Para mejorar el manejo de pacientes adolescentes que presentan A.P.P y de esta manera promover que acudan a los controles prenatales
¿Porqué evaluar?	Porque de esta manera se puede identificar factores de riesgo en el proceso de cumplimiento del control prenatal
¿Qué evaluar?	Departamento de consejería materno – neonatal
¿Quién evalúa?	La investigadora
¿Cuándo evaluar?	Cuando el personal de salud aplique las charlas sobre consejería materno – neonatal
¿Cómo evaluar?	Por medio de la observación
¿Con qué evaluar?	Por medio de una guía de observación.

Elaborado por la investigadora

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

BIBLIOGRAFÍA

1. BEREK, Jonathan S. Ginecología de Novak, México, McGraw-Hill Interamericana. 2005. 169-176 p.
2. FARRERAS. ROZMAN. Medicina interna. 13ª ed. Madrid, Médica Panamericana, 2008. 667 p.
3. GONZALEZ Merlo, J. Ginecología, Barcelona, Masson Salvat Medicina, 1993. 130 p.
4. GUYTON, A. HALL, J. Tratado de fisiología médica.10 ed. Madrid, McGraw-Hill, 2001. 1280 p.
5. GUERRA, F. AGURRON, A. Hipertensión en la gestación y su influencia sobre la morbilidad fetal. Madrid, Médica Panamericana, 1999. 796 p.
6. HARRISON. Principios de medicina interna.16a ed. Madrid, McGraw-Hill, 2006, 2872 p.
7. KOULLAPIS, E.N. NICOLAIDES, K.H. Tratado de ginecología y obstetricia. Madrid McGraw-Hill, 1999. 984 p.
8. LÓPEZ, M. y otros. Preeclampsia-Eclampsia: Un problema médico diferido. Madrid. Médica Panamericana, 1999. 942 p.
9. MISHELL, Daniel, Tratado de ginecología. Madrid, España HarcourtBrace, 1999. 1099 p.
- 10.USANDIZAGA, J. DE LA FUENTE, P. Tratado de obstetricia y ginecología. 2 ed. Madrid, McGraw-Hill, 2004. 856 p.
- 11.WILLIAMS. Obstetricia de Williams. Madrid, Médica Panamericana, 2001. 1628 p.

LINKOGRAFÍA

1. ASCORB, F. Riesgo de insuficiencia renal aguda en pacientes preeclámpticas. (en línea) En este estudio se demuestra que el riesgo absoluto de insuficiencia renal terminal en mujeres que han experimentado preeclampsia. 2010 (consulta: 27-noviembre-2011) Disponible en: <http://www.medcenter.com/.../content.aspx?...1034>.
2. AMARÁN, J. E. Principales características de la preeclampsia grave en gestantes ingresadas en un hospital de Zimbabwe. [en línea] En Zimbabwe. Medisan 2009 [consulta: 15-marzo-2012]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol13_3_09/san01309.htm
3. BÁRCENAS, M. Preeclampsia riesgo de insuficiencia renal aguda. (en línea). Nicaragua: Tesis final sobre el tratamiento apropiado de pacientes preeclámpticas. Insuficiencia renal aguda se presenta como complicación en el 3–5 % de los casos. 2007 (consulta: 07-noviembre-2011). Disponible en <http://www.minsa.gob.ni/bns/monografias/Full.../Preeclámpsia>.
4. BARRETO, Susana. Preeclampsia severa, eclampsia y síndrome HELLP: características maternas y resultado neonatal. Unidad de Cuidados Intensivos Maternos. (en línea). Perú: Instituto Materno Perinatal 2000. (consulta: 30-diciembre-2011) Disponible en: <http://www.sarda.org.ar/Revista%20Sardá/2002/17-23.pdf>.
5. CERDÁ, Jorge. Fisiopatología de la preeclampsia. (en línea). Uruguay: Revista Médica. 1987. DR. (consulta: 14-diciembre-2012) Disponible en <http://www.rmu.org.uy/revista/1987v3/art6.pdf>

6. CLAP; (2008); Embarazo adolescente en América Latina. Disponible en: www.paho.org/spanish/clap/Noved15.htm

7. DÍAZ, Suellen; (2009); "Control prenatal como antecedente de importancia en la morbilidad neonatal hospital universitario Dr. "luisrazetti" Barcelona España. Disponible en: <http://ri.biblioteca.udo.edu.ve/bitstream/123456789/1134/1/Tesis.CONTR OL%20PRENATAL.pdf>

8. DE LA TORRE, Gracia, Insuficiencia renal aguda (IRA) durante el embarazo (en línea) en Uruguay: Clínica Materno Neonatal, 2011 (consulta: 20-11-2011). Disponible en: http://www.clinica-unr.org/.../SemCentral_182_Pag2.htm.

9. FONSSINI, R. Mujeres con más de un embarazo preeclámptico. (en línea). Uruguay: La preeclampsia y el riesgo de una insuficiencia renal, donde figuran los datos de todos los pacientes diagnosticados con una ERF. 2005 (consulta: 25-enero-2012). Disponible en: <http://www.sguruguay.org/documentos/pescando/Pescando350.pdf>.

10. GOPLANI, K. R. Pregnancy-related acute renal failure: A single-center experience [en línea] En India: Indian Journal of Nephrology, Vol. 18 Issue 1, p17-21, 2008 (consulta: 15-marzo-2012). Disponible en: <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?sid=7cbff802-a9d6-40fe-afa2-358ba17be2a4%40sessionmgr12&vid=1&hid=125&bdata=Jmxhbm9ZXMmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=a9h&AN=32780767>

11. GRISALES, Edmundo (2011) Congreso Mundial de Medicina Perinatal 2011. Uruguay. Disponible en:
http://www.portalferias.com/congreso-mundial-de-medicina-perinatal-2011-punta-del-este-uruguay_4345.htm
12. HOSPITAL DE BARCELONA (2010), Guía Clínica Amenaza de Parto Prematuro Disponible en:
http://www.medicinafetalbarcelona.org/clinica/images/protocolos/patologia_materna_y_obstetrica/Amenaza_parto_pretermino.pdf
13. LATERRA Cristina- ANDINA Elsa, (2011) *Guía de prácticas clínicas- amenaza de parto prematuro* Disponible en:
<http://www.fm.unt.edu.ar/ds/Dependencias/Obstetricia/GuiasAmenazaPartoPrematuro.pdf>
14. MALDONADO, B. Preeclampsia y el riesgo de insuficiencia renal aguda. (en línea) p 2008. en este artículo los autores analizan la asociación entre preeclampsia en uno o más embarazos y el riesgo posterior de insuficiencia renal. 2008 (consulta: 25-marzo-2012) Disponible en:
<http://www.intramed.net/ira.asp?contenidoID=55362>.
15. MALVINO, S, SANTEMA J, AARNOUDSE, J. Insuficiencia renal aguda en el Síndrome HELLP. (en línea) en Argentina: Revista Argentina de Nefrología, 2011 (consulta: 25-marzo-2012) Disponible en:
<http://www.renal.org.ar/revista/vol26/26-2/04.doc>.

16. MSP, (2008), Componente Normativo Neonatal, componente obstétrico. Disponible en:
<http://www.prenatal.tv/lecturas/ecuador/6.%20Lecciones%20Aprendidas.pdf>
17. MSP, (2011) Coordinación nacional de nutrición normas, protocolos y consejería para programas de atención nutricional durante el embarazo y parto. Disponible en:
<http://www.iess.gob.ec/documents/10162/51880/A67.PDF>
18. MSP, (Junio del 2008), Proyecto de mejoramiento de la atención en salud - componente normativo materno neonatal mejoramiento continuo de la calidad (mcc) de la atención, materno – neonatal Disponible en:
http://www.maternoinfantil.org/archivos/smi_D211.pdf
19. NISA, Qamar-Ur, The pattern of urinary tract symptoms during pregnancy (en línea) En Pakistan: Journal of Medical Sciences, Vol. 27 Issue 4, p827-831, 2011 (consulta: 15-marzo-2012). Disponible en:
<http://web.ebscohost.com/ehost/detail?sid=54e216de-bdde-439b-b386-0635af118b73%40sessionmgr114&vid=1&hid=125&bdata=Jmxhbmc9ZX Mmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=a9h&AN=69617730>
20. OBANDO, U. Manejo que reciben las pacientes preeclámpticas, falla renal aguda y la diálisis consecuente. (en línea). Nicaragua: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua. 2005. (Consulta 30-noviembre-2012). Disponible en:
<http://www.minsa.gob.ni/.../Manejo%20%20farmacologico%20en%20las%20pacientes%20pre>.

21. RUIZ Francisco (2008- 2009), Apuntes de Enfermería Materno Infantil
CURSO ACADEMICO. Disponible en:
http://www.who.int/topics/primary_health_care/es/
22. SCHWARCZ, R. FESCINA, R. DUVERGES, C. Obstetricia. 6a ed.
Argentina El Ateneo. Buenos Aires, 2005. 728 p.
23. SANCHEZ, Mayra, Factores de riesgo para pre eclampsia-eclampsia (en
línea) en Ecuador: Escuela Superior Politécnica del Chimborazo, 2009
(consulta: 15-marzo-2012). Disponible en:
<http://dspace.esPOCH.edu.ec/bitstream/123456789/192/1/94T00062.pdf>
24. SARDA, O. Preeclampsia severa, eclampsia y síndrome HELLP:
características clínicas. (en línea) en Argentina: Revista Sarda, 2002
(consulta: 26-marzo-2012) Disponible en:
<http://www.sarda.org.ar/revista%20sardá/2002/17-23.pdf>
25. UNFPA ECUADOR (2011), *Salud sexual y reproductiva embarazo
adolescente* .Disponible en:
http://www.unfpa.org.ec/sitio/index.php?option=com_rokdownloads&view=folder&Itemid=75&id=32:embarazo-adolescente

CITAS BIBLIOGRÁFICAS

1. SCIELO.-SANCHEZ, SALAVARDO (2007),Análisis de los datos maternos y perinatales en pacientes con hipospadias en un periodo de 25 años. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0210-48062007000700013&lng=es&nrm=iso&tlng=es
2. SCIELO.-SAVAL, L. Preeclampsia y riesgo de insuficiencia renal [aguda. (en línea). México: Laboratorios Pasteur. 2007
Disponible en:
http://scielo.laboratoriopasteur.mex.tl/19831_Preeclampsia-y-Eclampsia.html16666602147&/=es&lng=es&nrm=iso&tlng=es.
3. PROQUEST.-PRAKAS, Jai, Acute kidney in late pregnancy in developing countries (en línea) en India: Renal Failure; Vol. 32 Issue 3, p 309-313, 2010 (consulta: 15-marzo-2012). Disponible en:
<http://web.ebscohost.com/ehost/detail?sid=93d0d5cc-be19-40d8-9390f409e91beec%40sessionmgr14&vid=1&hid=125&bdata=Jmxhbm c9ZXMmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=a9h&AN=48980702>
4. SCIELO.- OLIVARI MEDINA, CECILIA y URRRA MEDINA, EUGENIA.Autoeficacia y Conductas De Salud.*Cienc. enferm.*[online]. 2007, vol.13, n.1, pp. 9-15. ISSN 0717-9553.
<http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532007000100002>.
Disponible en:
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0717-95532007000100002&lng=es&nrm=iso&tlng=es

5. SCIELO.- NASS KUNSTMANN, LILIAN y MERINO E, JOSÉ MANUEL. El Experimento Natural Como Un Nuevo Diseño Cuasi-Experimental En Investigación Social Y De Salud. Cienc. enferm. [online]. 2008, vol.14, n.2, pp. 9-12. ISSN 0717-9553. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532008000200002>.

Disponible en:

http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0717-95532008000200002&lng=es&nrm=iso&tlng=es

ANEXO Nº 1

**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA**

**ENCUESTA DIRIGIDA A LAS MADRES ADOLESCENTES QUE SON
ATENDIDAS EN EL AREA DE CENTRO OBSTETRICO**

Objetivo: Determinar la frecuencia de Controles Prenatales y su influencia en la presencia de Amenaza de Parto Prematuro en madres adolescentes que acudieron al centro obstétrico del H.P.D.A en el periodo de Enero a Junio del 2012

Fecha:.....

INSTRUCTIVO: Lea detenidamente y marque con una X una sola respuesta

CUESTIONARIO:

1.- ¿Conoce usted la importancia de los Controles Prenatales?

Si ()

No ()

2.- ¿Conoce cuantos controles prenatales son adecuados realizarse durante el embarazo?

a. De 1 a 5 controles()

b. De 6 a 8 controles()

c. Más de 8 controles()

3.- ¿Cuáles fueron los motivos para que no acudan a realizarse los controles prenatales?

- a. Trabajo o estudios ()
- b. Tiempo de espera ()
- c. Costo económico de movilidad()
- d. Lejanía a la entidad de salud ()
- e. Desconocimiento ()
- f. Otros ()

4.- ¿Presento complicaciones en su embarazo?

Si () No ()

5.- ¿A los cuantos meses de embarazo se realizo su primer chequeo prenatal?

- a. Primer mes al tercer mes ()
- b. Cuarto mes al sexto mes ()
- c. Séptimo mes al noveno mes ()

6.- ¿Cree que es importante recibir educación acerca de los controles prenatales por parte del personal de salud?

Si () No ()

Gracias por su colaboración
Encuestadora Grace López

ANEXO No. 2
UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA.

Guía de observación aplicada a las fichas de sección estadística de las madres adolescentes del Área de Centro Obstétrico Hospital Provincial General Docente Ambato.

Objetivo: Determinar la frecuencia de controles prenatales y su influencia en la presencia de Amenaza de Partos Prematuros en madres adolescentes que acudieron al centro obstétrico del H.P.D.A en el periodo de Enero a Junio del 2012

Fecha:

Observador:.....

Observado: Historia Clínica

Número Historia Clínica	Edad madre adolescente	Nivel de Instrucción de la madre adolescente	Residencia de la madre adolescente	Ocupación de la madre adolescente	Enfermedades Maternas
Paridad de la madre adolescente	Numero de Controles Prenatales de la madre adolescente	Vía de terminación del Embarazo	Edad Gestacional	Administración de suplementos nutricionales durante el embarazo	

ANEXO No. 3
UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA.

PLAN DE CHARLA EDUCATIVA

Tema:

- Importancia de los controles prenatales en madres adolescentes.

Grupo:

- Madres adolescentes con APP hospitalizadas.

Lugar:

- Centro Obstétrico del HPDA.

Fecha:

- 28 de junio del 2013

Hora de inicio:

- 10 am (luego del pase de visita médica).

Duración:

- 15 minutos.

Objetivo general:

- Educar a las madres adolescentes sobre la importancia de acudir al realizarse los chequeos prenatales.

Objetivo específico:

- Analizar las ventajas que ofrece el control prenatal.

Técnica de enseñanza:

- Exposición.

Auxiliares de la enseñanza:

- Carteles gráficos y trípticos.

Responsable:

- Grace López.

Actividades:

- Motivación
- Presentación
- Enunciado del tema
- Desarrollo del tema
- Evaluación
- Retroalimentación

Contenido:

- Concepto de embarazo.
- Embarazo adolescente.
- Cuidados de las adolescentes embarazadas.
- Importancia del control prenatal.

Evaluación previa:

- ¿Qué entendió del tema?
- ¿Indique que es un control prenatal?
- ¿A que contribuye el control prenatal?
- ¿Qué conoce sobre los cuidados de las adolescentes embarazadas?

Elaborado por: Grace López.

ANEXO No. 4



ADOLESCENTE



Si tienes alguna duda o inquietud sobre el embarazo! Acude a tu SCS más cercano.

TOMAR EN CUENTA

Si se controla el embarazo **mes a mes** evitamos complicaciones en el parto.

¡ES MI VIDA!...



Está en tus manos

Los embarazos antes de los 18 y después de los 35 años ponen en peligro la salud y aun la vida de la madre y el niño.

No olvidar



Elaborado por: Grace López

UNIVERSIDAD TECNICA DE AMBATO

FACULTAD CIENCIAS DE
LA SALUD

Control prenatal en el embarazo adolescente



CARRERA DE ENFERMERIA

Sabías los riesgos del embarazo en la adolescencia?

- Sabes porqué?:**
- Por falta de atención médica.
 - Por malos hábitos alimenticios.
 - Incompleto desarrollo físico de las madres.



Se pueden reducir estos riesgos?

CLARO!!!
Los riesgos pueden disminuir con una buena atención médica y una dieta adecuada.



TU PUEDES EVITARLO

ES IMPORTANTE QUE VISITES A TU MEDICO Y QUE TE REALICES MINIMO 5 CONTROLES DURANTE EL EMBARAZO.

Qué ganas?

MUCHISIMO!!!
Al llevar una atención adecuada durante el embarazo disminuye el riesgo de tener varias complicaciones.

- ⇒ ANEMIA
- ⇒ PREECLAMPSIA
- ⇒ EMBARAZO PRETERMINO

Y problemas en tu hijo:

- ⇒ SUFRIMIENTO FETAL
- ⇒ RETRASO MENTAL
- ⇒ DISTONIA

