



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

INFORME DE INVESTIGACIÓN SOBRE:

“MORBIMORTALIDAD NEONATAL Y SU RELACIÓN CON LOS FACTORES DESENCADENANTES DE PARTOS PREMATUROS EN EL SERVICIO DE SALA DE PARTOS DEL HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE AMBATO, PROVINCIA DE TUNGURAHUA.”

Requisito previo para optar por el Título de Licenciada en Enfermería

Autora: López Urbina, Glenda Yomaira

Tutora: Lic. Mg. Bautista Rueda, Irlanda Alicia

Ambato – Ecuador

Marzo, 2015

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de Tutora del Trabajo de Investigación sobre el tema:

“MORBIMORTALIDAD NEONATAL Y SU RELACIÓN CON LOS FACTORES DESENCADENANTES DE PARTOS PREMATUROS EN EL SERVICIO DE SALA DE PARTOS DEL HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE AMBATO, PROVINCIA DE TUNGURAHUA.” de Glenda Yomaira López Urbina, estudiante de la Carrera de Enfermería, considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la evaluación del jurado examinador designado por el H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias Salud.

Ambato, Febrero del 2015

LA TUTORA

.....
Lic. Mg. Bautista Rueda, Irlanda Alicia

AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO

Los criterios emitidos en el Trabajo de Investigación “**MORBIMORTALIDAD NEONATAL Y SU RELACIÓN CON LOS FACTORES DESENCADENANTES DE PARTOS PREMATUROS EN EL SERVICIO DE SALA DE PARTOS DEL HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE AMBATO, PROVINCIA DE TUNGURAHUA.**” como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuesta son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autora de este trabajo de grado.

Ambato, Febrero del 2015

LA AUTORA

.....
López Urbina Glenda Yomaira

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, Febrero del 2015

LA AUTORA

.....

López Urbina Glenda Yomaira

APROBACIÓN DEL TRIBUNAL EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Informe de Investigación, sobre el tema: **“MORBIMORTALIDAD NEONATAL Y SU RELACIÓN CON LOS FACTORES DESENCADENANTES DE PARTOS PREMATUROS EN EL SERVICIO DE SALA DE PARTOS DEL HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE AMBATO, PROVINCIA DE TUNGURAHUA.”** de Glenda Yomaira, López Urbina estudiante de la Carrera de Enfermería

Ambato, Marzo del 2015

Para constancia firman

.....

PRESIDENTA

.....

1er VOCAL

.....

2do VOCAL

DEDICATORIA

Este trabajo de investigación realizado lo dedico en primer lugar a mi dios quien supo guiarme por el camino del bien, por brindarme voluntad y fuerzas para seguir adelante por enseñarme que en la vida hay siempre cosas buenas y malas y que de las dos hay que saber aprender, a no desmayar frente a los problemas que se presentaron por tan largo camino.

A mi mamita Rosario que fue madre y padre para mi que es el pilar fundamental en mi vida gracias al esfuerzo y valentía que ella tiene supo sacarme adelante, gracias por brindarme apoyo, amor, comprensión, por estar conmigo en las buenas y malas por ser mi amiga incondicional y la mejor madre, nunca terminare de pagarle todo lo que me a dado, los valores, principios, perseverancia para poder lograr todo lo que me proponga cumplir con mis metas planteadas.

A mi hermano quien siempre ha sido incondicional mi mejor amigo, compañero, mi cómplice gracias por siempre estar hay apoyándome por no dejarme desmayar,

Mi Padre Carlitos que me enseñó que no es necesario llevar la sangre para poder querer y respetar como padre gracias por formar parte de mi familia por siempre estar junto a mí.

López Urbina Glenda Yomaira

AGRADECIMIENTO

Como siempre ser agradecida con mi Dios por bendecirme siempre durante todo mi camino y darme fuerzas para poder superar los obstáculos y adversidades que se han presentado en mi vida, gracias por ayudarme a culminar una etapa en mi vida, por darme más días de vida y disfrutar de mi profesión y poder servir a todas las personas que necesitan.

De la misma manera estoy agradecida por haberme dado a la mejor madre del mundo. Te quiero agradecer mamita Rosario Urbina sin tu amor y apoyo no estaría aquí gracias a tus consejos y valores estoy cumpliendo unos de tus anhelos que es convertirme en profesional gracias por todo tu esfuerzo y trabajo.

De la misma manera a mi Hermano Lenin López gracias por tu amor y apoyo incondicional, a mi familia que siempre esta hay brindándome palabras de aliento gracias por su cariño. A mis amigos que son mi familia que yo escogí gracias por estar ay siempre en las buenas y malas por apoyarme en todo.

A la Universidad Técnica De Ambato por permitirme formarme como profesional y crecer como persona, y en especial a mi tutora de tesis quien supo confiar en mi persona, me brindó su apoyo, orientación necesaria para que este proyecto concluya de la mejor manera

Gracias a todas esas personas que me brindaron su apoyo para que este proyecto llegue a culminar.

López Urbina Glenda Yomaira

ÍNDICE GENERAL	
PORTADA	I
APROBACIÓN DEL TUTOR	II
AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO	III
DERECHOS DE AUTOR	IV
APROBACIÓN DEL TRIBUNAL EXAMINADOR	V
DEDICATORIA	VI
AGRADECIMIENTO	VII
ÍNDICE DE TABLAS	XII
ÍNDICE DE GRÁFICOS	XIV
RESUMEN	XV
SUMMARY	XVI
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I	2
EL PROBLEMA	2
1.1 TEMA DE INVESTIGACION	2
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	2
1.2.1 CONTEXTUALIZACIÓN	2
1.2.1.1 MACRO	2
1.2.1.2 MESO	3
1.2.1.3 MICRO	3
1.2.3 PROGNOSIS.	4
1.2.4 FORMULACIÓN DE PROBLEMA.	5
1.2.5 PREGUNTAS DIRECTRICES	5
1.2.6 DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA	5
1.2.6.1. DELIMITACIÓN ESPACIAL:	6
1.2.6.2. DELIMITACIÓN:	6
1.2.6.3. UNIDADES DE OBSERVACIÓN:	6
1.3 JUSTIFICACIÓN.	6

1.4. OBJETIVOS.	7
1.4.1 OBJETIVO GENERAL	7
1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	7
CAPÍTULO II	8
MARCO TEÓRICO	8
2.1. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS.	8
2.2. FUNDAMENTACIÓN FILOSÓFICA	9
2.3. FUNDAMENTACIÓN LEGAL	9
2.4. CATEGORIAS FUNDAMENTALES	12
2.5. HIPÓTESIS	40
2.6. SEÑALAMIENTO DE VARIABLES DE HIPÓTESIS	40
CAPÍTULO III	41
METODOLOGÍA	41
3.1. ENFOQUE	41
3.2. MODALIDAD BÁSICA DE LA INVESTIGACIÓN.	41
3.2.1 INVESTIGACIÓN DE CAMPO	41
3.2.2 INVESTIGACIÓN BIBLIOGRÁFICA.	42
3.3. TIPO DE INVESTIGACIÓN.	42
3.3.1 INVESTIGACIÓN DESCRIPTIVA.	42
3.3.1 INVESTIGACIÓN ANALÍTICA.	43
3.4. POBLACIÓN Y MUESTRA	43
3.4.1 POBLACIÓN	43
3.4.2 MUESTRA	43
3.5. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	45
3.5.1 VARIABLE INDEPENDIENTE: MORBIMORTALIDAD NEONATAL	45
3.5.2 VARIABLE DEPENDIENTE: PARTOS PREMATUROS	46
3.6. TÉCNICAS E INSTRUMENTO	47
3.7 PLAN DE RECOLECCION Y PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN	47

3.8. PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	48
CAPÍTULO IV	49
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	49
4.1. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.	49
4.2 VERIFICACIÓN DE HIPÓTESIS	63
CAPÍTULO V	68
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	68
5.1 CONCLUSIONES	68
5.2 RECOMENDACIONES	69
CAPÍTULO VI	70
PROPUESTA	70
6.1 DATOS INFORMATIVOS	70
6.1.1.- TEMA:	70
6.1.2.- INSTITUCIÓN	70
6.1.3.- BENEFICIARIOS	70
6.1.4.- UBICACIÓN SECTORIAL	70
6.1.5.- TIEMPO ESTIMADO PARA LA EJECUCIÓN	70
6.1.6.- EQUIPO TÉCNICO RESPONSABLE	70
6.2 ANTECEDENTES DE LA PROPUESTA	71
6.3. JUSTIFICACIÓN	71
6.4. OBJETIVOS	72
6.4.1 OBJETIVO GENERAL	72
6.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	72
6.5. ANÁLISIS DE FACTIBILIDAD	73
6.6. FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA	74
6.7. MODELO OPERATIVO	81

6.8. ADMINISTRACIÓN DE LA PROPUESTA	96
6.9. EVALUACIÓN	97
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.	98
BIBLIOGRAFÍA	98
LINKOGRAFÍA	99
CITA BIBLIOGRÁFICA BASE DE DATOS -UTA	101
ANEXOS	104
ANEXO 1	104
ANEXO 2	105
ANEXO 3	107
ANEXO 4	109
ANEXO 5	111
ANEXO 6	112

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N° 1: Ecuador: causas de muerte neonatal.....	15
Tabla N° 2: Marcadores clínicos del parto pre-término.....	21
Tabla N° 3: Condiciones y factores predisponentes para parto prematuro.....	30
Tabla N° 4: Factores predisponentes.....	31
Tabla N° 5: Morbimortalidad neonatal.....	45
Tabla N° 6: V.D: Partos prematuros.....	46
Tabla N° 7: Recolección y procesamiento de información.....	47
Tabla N° 8: Edad.....	50
Tabla N° 9: Estado civil.....	51
Tabla N° 10: Grupo Étnico.....	52
Tabla N° 11: Nivel Económico.....	53
Tabla N° 12: Nivel de Educación.....	54
Tabla N° 13: Número de Hijos.....	55
Tabla N° 14: Nacimiento.....	56
Tabla N° 15: Controles Prenatales.....	57
Tabla N° 16: Frecuencia de Controles Prenatales.....	58
Tabla N° 17: Complicaciones durante el embarazo.....	59
Tabla N° 18: Complicaciones durante el embarazo.....	60
Tabla N° 19: Calificación del servicio.....	61
Tabla N° 20: Factores de ingreso a neonatología.....	62
Tabla N° 21: Distribución Chi Cuadrado.....	64
Tabla N° 22: Frecuencias Observadas.....	65
Tabla N° 23: Frecuencias esperadas.....	65
Tabla N° 24: Cálculo Matemático Chi Cuadrado.....	66
Tabla N° 25: Frecuencia de las visitas prenatales.....	74
Tabla N° 26: Actividades.....	75
Tabla N° 27: Cronología de las actividades de las consultas prenatales peso de la mujer durante el embarazo.....	76
Tabla N° 28: Crecimiento uterino en relación con las semanas de gestación.....	78
Tabla N° 29: Modelo Operativo.....	81
Tabla N° 30: FODA.....	84

Tabla N° 31: Estrategia 1	86
Tabla N° 32: Estrategia 2	86
Tabla N° 33: Charlas	86
Tabla N° 34: Talleres	87
Tabla N° 35: Estrategia 3	90
Tabla N° 36: Asesoramiento sobre cambios funcionales durante el embarazo	91
Tabla N° 37: Asesoramiento sobre los hábitos de vida saludable	91
Tabla N° 38: Recursos	95
Tabla N° 39: Evaluación	96
Tabla N° 40: Administración de la Propuesta	96
Tabla N° 41: Evaluación	97

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico N° 1; Categorías fundamentales.....	12
Gráfico N° 2: Procesos y mediadores posibles del nacimiento prematuro	39
Gráfico N° 3: Edad	50
Gráfico N° 4: Estado civil	51
Gráfico N° 5: Grupo étnico	52
Gráfico N° 6: Nivel Económico	53
Gráfico N° 7: Nivel de Educación	54
Gráfico N° 8: Número de Hijos	55
Gráfico N° 9: Nacimientos	56
Gráfico N° 10: Controles prenatales	57
Gráfico N° 11: Frecuencia Controles Prenatales	58
Gráfico N° 12: Complicaciones durante el embarazo	59
Gráfico N° 13: Complicaciones	60
Gráfico N° 14: Calificación del servicio	61
Gráfico N° 15: Factores de ingreso a Neonatología.....	62
Gráfico N° 16: Campana de Gaus	67
Gráfico N° 17: Modelo gráfico de la propuesta	83
Gráfico N° 18: Cambios durante el embarazo	89
Gráfico N° 19: Captación precoz y valoración de la mujer embarazada	92
Gráfico N° 20: Seguimiento de la mujer embarazada.....	93
Gráfico N° 21: Preparación para el parto:.....	94

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

“MORBIMORTALIDAD NEONATAL Y SU RELACIÓN CON LOS FACTORES DESENCADENANTES DE PARTOS PREMATUROS EN EL SERVICIO DE SALA DE PARTOS DEL HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE AMBATO, PROVINCIA DE TUNGURAHUA.”

Autora: López Urbina, Glenda Yomaira

Tutora: Lic. Mg. Bautista Rueda, Irlanda Alicia

Fecha: Febrero del 2015

RESUMEN

La Morbimortalidad neonatal contribuye la respuesta a la relación que existe con factores desencadenantes de partos prematuros, que se presentan en mujeres gestantes que no cumplen con los cuidados necesarios para llevar un embarazo saludable libre de complicaciones y mejorar la calidad de vida de las madres que acuden al hospital Provincial Docente Ambato.

En su mayoría se presentan por diversos factores tanto maternos como fetales, ocasionando así graves daños e importantes repercusiones es su estado general de salud en el binomio madre e hijo, entre los principales factores desencadenantes de partos prematuros, tenemos externos e internos, que si no son identificados y tratados a tiempo provocan trastornos graves e inclusive llevar a la muerte.

En base a los resultados obtenidos se establece como propuesta Plan de educación dirigida a mujeres gestantes para la prevención de partos prematuros,

DESCRIPTORES: ATENCIÓN, CALIDAD, COMPLICACIONES, CONTROLES, DESINFORMACIÓN, EMBARAZO, MORBIMORTALIDAD, NEONATAL, PARTOS, PREMATUROS, PRENATALES, PREVENCIÓN.

TECHNICAL UNIVERSITY AMBATO
FACULTY OF HEALTH SCIENCES
NURSING CAREER

"NEONATAL MORBIDITY AND ITS RELATIONSHIP WITH DRIVERS OF PREMATRE BIRTHS IN THE DELIVERY ROOM SERVICE OF TEACHING HOSPITAL PROVINCIAL AMBATO, PROVINCE OF TUNGURAHUA."

Author: López Urbina, Glenda Yomaira

Tutor: Lic. Mg. Bautista Rueda, Irlanda Alicia

Date: February, 2014

SUMMARY

Neonatal Morbidity and Mortality response contributes to the relationship with triggers premature births that occur in pregnant women who do not meet the necessary care for a healthy pregnancy without complications and improve the quality of life of mothers who come Provincial Teaching hospital Ambato.

Mostly presented by various factors both maternal and fetal well causing severe damage and significant impact is your overall health in the mother-child pairs, Among the main triggers of premature births, have external and internal, which if not identified and treated early cause serious disorders and even lead to death

Based on the results is established as proposed Plan of education aimed at pregnant women to prevent preterm birth,

KEYWORDS: CARE, QUALITY, COMPLICATIONS, CONTROLS, MISINFORMATION, PREGNANCY, MORBIDITY AND MORTALITY, NEONATAL, BIRTH, PREMATURE, WEIGHT, PRENATAL, PREVENTIO

INTRODUCCIÓN

La tasa de mortalidad neonatal o tasa de mortalidad de recién nacidos es el número de nacidos que mueren antes de alcanzar los 28 días de edad, por cada 1.000 nacidos vivos en un año determinado, estas tasas se incrementa en un 50% en el caso de embarazos adolescentes

El parto prematuro es definido como el parto ocurrido antes de 37 semanas de gestación, en oposición a la mayoría de los embarazos que duran más de 37 semanas, contadas desde el primer día de la última menstruación. El nacimiento prematuro ocurre entre 6-12% de los nacimientos en la mayoría de los países. Mientras más corto es el período del embarazo, más alto es el riesgo de las complicaciones. Los bebés que nacen en forma prematura tienen un alto riesgo de muerte en sus primeros años de vida. Existe también un alto riesgo de desarrollar serios problemas de salud como: parálisis cerebral, enfermedades crónicas a los pulmones, problemas gastrointestinales, retraso mental, pérdida de la visión y el oído.

A pesar que existen varios factores conocidos que llevan al nacimiento prematuro, en casi la mitad de todos los nacimientos de este tipo se desconoce su causa.

Clasificación: Prematuro: nacimiento que se produce entre las 23 y las 37 semanas de gestación, Prematuro tardío: nacimiento que se produce entre las semanas 34 y 36 de gestación, prematuro moderado: nacimiento que se produce entre las semanas 32 y 34 de gestación, prematuro extremo: nacimiento que se produce antes de las 32 semanas de gestación, prematuro muy extremo: nacimiento que se produce antes de las 28 semanas de gestación.

Los nacimientos prematuros pueden ser espontáneos o iatrogénicos (inducidos por la intervención médica). Aproximadamente el 20% de todos los nacimientos prematuros son iatrogénicos. En estos casos, es el facultativo el que decide que el bebé debe nacer pretérmino debido a complicaciones maternas o fetales graves, como preeclampsia (PE) grave o retraso del crecimiento intrauterino (RCI). Entonces, el parto se induce médicamente o se practica una cesárea.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1 TEMA DE INVESTIGACION

Morbimortalidad neonatal y su relación con los factores desencadenantes de partos prematuros en el servicio de sala de partos del Hospital Provincial Docente Ambato, Provincia de Tungurahua.

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.2.1 Contextualización

1.2.1.1 Macro

En el Ecuador existe un alto índice de muerte infantil, pero gracias a los esfuerzos realizados por parte del Ministerio de Salud Pública (MSP), estas tasas han ido disminuyendo paulatinamente, la tasa más alta fue en el año 2004 con un porcentaje del 15,5%, en el 2005 llegó a 14,71%, luego de tres años estas tasas han ido disminuyendo para el 2009 alcanzó un porcentaje de 10,99% que en comparación con el año 2012 disminuyó un 5,4% ya que se han ido intensificando acciones para reducir la mortalidad neonatal, con lo que se ha fortalecido los centros de capacitación hospitalaria elevando las competencias clínicas del personal de salud de los hospitales para la mejor atención de los partos en sus áreas de influencia.

También un factor muy importante para la disminución de mortalidad neonatal es el incremento del Presupuesto General del Estado asignado al sector salud, con el cual se contrataron más profesionales, se mejora la infraestructura de las unidades hospitalarias y se adquirió medicamentos y productos farmacéuticos.

INEC, 2013, (pág. 37), menciona que, para el año 2013 la razón de mortalidad infantil es de 8,64% defunciones infantiles por cada 1000 nacidos vivos, siendo la principal causa trastornos relacionados con la duración corta de gestación y con bajo peso al nacer con un porcentaje de 12,48%, la segunda causa es la dificultad respiratoria el 9,63% registrando 282 defunciones, las Neumonías no especificado un 5,43%, la sepsis bacteriana del RN 3,58%, asfixia del nacimiento 2,36%, síndrome de aspiración neonatal 1,74%, enterocolitis necrotizante 1,16% y por último tenemos la anencefalia y malformaciones congénitas similares como la causa de menor ocurrencia con un total de 17 defunciones.

1.2.1.2 Meso

En la provincia del Tungurahua existe un 8,92 % de mortalidad infantil debido a que la mayor parte de mujeres embarazadas son adolescentes menores de 18 años de edad y viven en zonas marginales y que no cuentan con la asistencia médica necesaria dentro de su entorno, además una causa más para que la mortalidad infantil se de es que no se realizan los chequeos indispensables para que el bebé se forme de manera correcta, también existe violencia familiar provocando alteraciones físicas e intelectuales lo que conlleva a la muerte. Tungurahua está ubicado en el puesto número diez en los registros de defunciones de los nacidos vivos 8,010 se registran defunciones menores de un año 94.

1.2.1.3 Micro

En el Hospital Provincial Docente Ambato, existe una gran demanda de mujeres embarazadas que acuden al servicio de sala de partos para el año 2013 fueron registrados 1048 partos, de estos 398 son partos prematuros que han requerido ser ingresados al servicio de neonatología por diversas complicaciones que presentan los bebés prematuros al nacer entre ellas tenemos trastornos

respiratorios, bajo peso al nacer, malformaciones congénitas, sepsis neonatal siendo las predominantes.

El área tiene subdivisiones en las cuales los neonatos son ubicados según la patología, entre estos tenemos área intermedios, intensivos, y aislamiento.

En la ciudad existen centros de atención hospitalaria que brindan atención al binomio madre e hijo que son vulnerables en las etapas prenatales, natales y posnatales, es así que dando valor al nivel de atención y a la demanda de pacientes se ha tomado especial importancia la realización de este estudio, ya que se debe aplicar los protocolos establecidos para brindar atención oportuna al recién nacido.

1.2.2 ANÁLISIS CRÍTICO.

Una de las causas principales para que se dé la morbilidad neonatal es el nivel de educación y cultural de la madre que este conlleva al desconocimiento sobre la importancia del control prenatal.

Otros de los factores desencadenantes de morbilidad neonatal por partos prematuros son el espacio físico reducido, el escaso personal de salud y no cumplir con las normas de bioseguridad conlleva al hacinamiento, realización de procedimientos incompletos y la presencia de enfermedades durante el embarazo.

La cultura es un factor determinante en esta investigación ya que en su mayoría la población es indígena y tiene creencias costumbres y mitos que no le permiten acceder al personal de salud para así poder lograr un control prenatal oportuno y evitar el descuido del estado gestacional y su crecimiento

1.2.3 PROGNOSIS.

Si no se realiza el estudio, o no se lleva a cabo las actividades preventivas, las mujeres embarazadas tienen un alto riesgo de presentar complicaciones durante el

periodo prenatal y en casos más graves puede conllevar a la muerte el desconocimiento sobre la importancia del control prenatal aumentará el riesgo de enfermedades durante el embarazo y complicaciones a futuro.

También existe el riesgo de una inadecuada utilización de medidas de prevención, prevaleciendo el descuido de las madres las cuales no acuden al control prenatal, no se logrará establecer estrategias que mejoren calidad de vida de las madres embarazadas.

1.2.4 FORMULACIÓN DE PROBLEMA.

¿Cuál es la relación que existe entre la Morbimortalidad neonatal con los factores desencadenantes de partos prematuros en el servicio de sala de partos del Hospital Provincial Docente Ambato, Provincia de Tungurahua?

1.2.5 PREGUNTAS DIRECTRICES

- ¿Cuáles son las principales causas de morbilidad y mortalidad neonatal?
- ¿Cuáles son los factores desencadenantes para que se den los partos prematuros?
- ¿Qué factores desencadenantes se relacionan con los partos prematuros en la morbilidad neonatal?
- ¿Qué propuesta ayudará a la solución del problema?

1.2.6 DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA.

Límites del contenido

Campo: Salud

Área: Enfermería

Aspecto: Morbimortalidad neonatal.

1.2.6.1. DELIMITACIÓN ESPACIAL:

La investigación se realizará en el servicio de sala de partos del Hospital Provincial Docente Ambato, Provincia de Tungurahua

1.2.6.2. DELIMITACIÓN:

En el 2do semestre del año 2013

1.2.6.3. UNIDADES DE OBSERVACIÓN:

Servicio de sala de partos del Hospital Provincial Docente Ambato.

1.3 JUSTIFICACIÓN.

El estudio que se está llevando a cabo es de importancia debido al desconocimiento de los cuidados que deben tener las madres durante su estado gestacional,

Es de interés para llegar a soluciones por prevenir la mortalidad neonatal, asociada por los inadecuados cuidados durante el embarazo y a las condiciones de vida de las mujeres embarazadas. Es necesario el desarrollo y aplicación de estrategias de salud pública para prevenir complicaciones.

Los beneficiarios son los recién nacidos quienes podrán crecer sin problemas de salud, por ello las medidas de prevención deben aumentar y así evitar las muertes y enfermedades neonatales, además se debe explicar a la madre que si tiene un correcto cuidado durante su embarazo ella también va a estar beneficiada ya que disminuye complicaciones durante el parto y luego de este al igual que en lo económico va a disminuir ciertos gastos que se le presenten al tener un bebé prematuro, es así como voy a concienciar a las madres sobre el control prenatal mediante el uso oportuno de servicios de salud de calidad y el control de recién nacido, además de la atención del parto a nivel institucional,

Este proyecto de investigación es factible porque se dispone de la apertura del Hospital Provincial Docente Ambato, también cuenta con los recursos humanos, económicos y materiales para la elaboración de fichas, trípticos, carteles, y fuente bibliográfica para el desarrollo de la misma.

1.4. OBJETIVOS.

1.4.1 Objetivo General

Determinar la relación que existe entre la Morbimortalidad neonatal con los factores desencadenantes de partos prematuros en el servicio de sala de partos del Hospital Provincial Docente Ambato.

1.4.2 Objetivos Específicos

- Identificar las principales causas de morbilidad y mortalidad neonatal.
- Detectar cuáles son los principales factores desencadenantes de partos prematuros.
- Identificar la relación que tiene los factores desencadenantes que provocan los partos prematuros con la morbilidad neonatal.
- Diseñar una propuesta que ayude a la solución del problema planteado.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS.

Se analizan estudios y artículos que hacen referencia a las variables es decir la Morbimortalidad neonatal y su relación con los factores desencadenantes de partos prematuros donde se establece lo siguiente:

- **Rojas, R; Ramírez M 2010**, en su artículo “La Salud Neonatal en la Agenda de los países de Latinoamérica”, manifiestan lo siguiente: Al hacer una revisión somera de la información sobre la mortalidad y morbilidad neonatal se hizo evidente que a pesar de los grandes avances en reducción de la mortalidad infantil, la mortalidad neonatal no ha logrado los mismos progresos y más bien ésta presenta una tendencia al estancamiento. Esta misma tendencia se observa en la evolución de la muerte neonatal en Bolivia. Esto resulta preocupante si se toma en cuenta que las muertes neonatales aportan al 60% de la mortalidad infantil y las metas de los objetivos del Milenio plantean una reducción de dos tercios de la mortalidad infantil para el año 2017. Así mismo, se reconoció que existen grandes brechas entre los países de la región, siendo las tasas de Haití, Bolivia y Guatemala los que ostentan los promedios más altos (31 %, 27% y 23 % respectivamente).
- **Villanueva E, Contreras G, Pichardo Cuevas, & Rosales L, 2009**, denominado Perfil epidemiológico del parto prematuro, manifiesta lo siguiente con respecto a los partos prematuros y sus factores:

Los partos prematuros representan cerca de 75% de la mortalidad neonatal y cerca de la mitad de la morbilidad neurológica a largo plazo (en América Latina y el Caribe cada año nacen cerca de 12 millones de niños: 400,000 mueren antes de cumplir cinco años, 270,000 en el primer año de vida, 180,000 durante el primer mes de vida y 135,000 por prematuridad). La situación es aún más grave en infantes con prematuridad extrema (menos de 32 semanas de embarazo), entre quienes una quinta parte no sobrevive el primer año y hasta 60% de los supervivientes tiene discapacidades neurológicas (problemas de lenguaje y aprendizaje, trastorno por déficit de atención, dificultades socioemocionales, deterioro sensorial, visual y auditivo, retraso mental y parálisis cerebral). Por lo anterior, además de la pérdida de vidas, el nacimiento prematuro representa costos económicos y emocionales considerables para las familias y las comunidades.

2.2. FUNDAMENTACIÓN FILOSÓFICA

La investigación se enmarca dentro del paradigma crítico-propositivo. Crítico porque los problemas parten de situaciones reales y tiene por objeto la transformación de esta realidad en pro del mejoramiento de los grupos o individuos implicados en ella. Por tanto, los problemas de investigación arrancan de la acción. En este caso se analizará la realidad de la madre gestante de la Morbimortalidad neonatal y su relación con los factores desencadenantes de partos prematuros en proceso de crecimiento y desarrollo en su contexto, y; Propositivo porque busca plantear soluciones al problema investigado.

2.3. FUNDAMENTACIÓN LEGAL

Según la Constitución Política de la República la salud es un derecho de toda la población así lo mencionan los artículos siguientes:

Sección Cuarta

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 interrumpido a servicios de salud, conforme a los principios de equidad, universalidad, calidad y eficiencia.

Art.44.-El Estado formulara la política nacional de salud y vigilara su aplicación; controlará el funcionamiento de las entidades del sector, reconocerá ,respetará y promoverá el desarrollo de las medicinas tradicionales y alternativas, 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.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.

Sección Quinta

De los Grupos Vulnerables

Art.47.-En el ámbito público y privado recibirán atención prioritaria, preferente y especializada los niños y adolescentes, las mujeres embarazadas las personas con discapacidad, las que adolecen de enfermedades catastróficas de alta complejidad y de la tercera edad.

De mismo modo se atenderán a las personas en situación de riesgo y víctimas de violencia domésticas, maltrato infantil, desastres naturales o antropogénicos.

DE LA PROMOCION DE LA SALUD

Art.-7.-con sujeción a los principios del sistema, atreves de las entidades que lo conforman, las pertenecientes a otros sectores y las organizaciones de la comunidad, se privilegiaran y financiara las acciones de promoción de la salud, en especial:

La continua información, educación y/o comunicación social de la población a fin de promover la salud a nivel personal, familiar y comunitario:

- La adecuada nutrición y seguridad alimentaria
- La protección ambiental y el saneamiento básico.
- El fomento de los comportamientos saludables.
- La prevención de accidentes, daños y desastres
- La creación de espacios saludables en los centros educativos laborables y recreacionales.
- La realización de acciones para la prevención y control de riesgos biológicos, ambientales y psico-sociales que afectan a la salud pública , con énfasis en los factores que causan : desnutrición, deterioro ambiental; enfermedades transmisibles, crónico degenerativas, accidentes y violencias

REGLAMENTO A LA LEY DE MATERNIDAD GRATUITA Y DE ATENCION A LA INFANCIA

Art1.-prestaciones.- El Estado Ecuatoriano, atreves del Ministerio de Salud Pública y de las instituciones que integran el Sistema Nacional de Salud, de conformidad con el artículo 2 de la ley que se reglamenta.

b)- recién nacidos/as, y niños /as menores de cinco años de edad:

Se asegura la oportuna asistencia en los diferentes niveles de atención a los niños/as nacidos vivos, sanos, prematuros de bajo peso o con patologías, como: asfixias perinatal, e ictericia, sufrimiento fetal, sepsis, los niños menores de cinco años en las enfermedades comprendidas en la estrategias de atención integradas de las enfermedades prevalentes de la infancia, sus vacunas (AIEPI), según las normas del Ministerio de Salud Pública.

2.4. CATEGORIAS FUNDAMENTALES

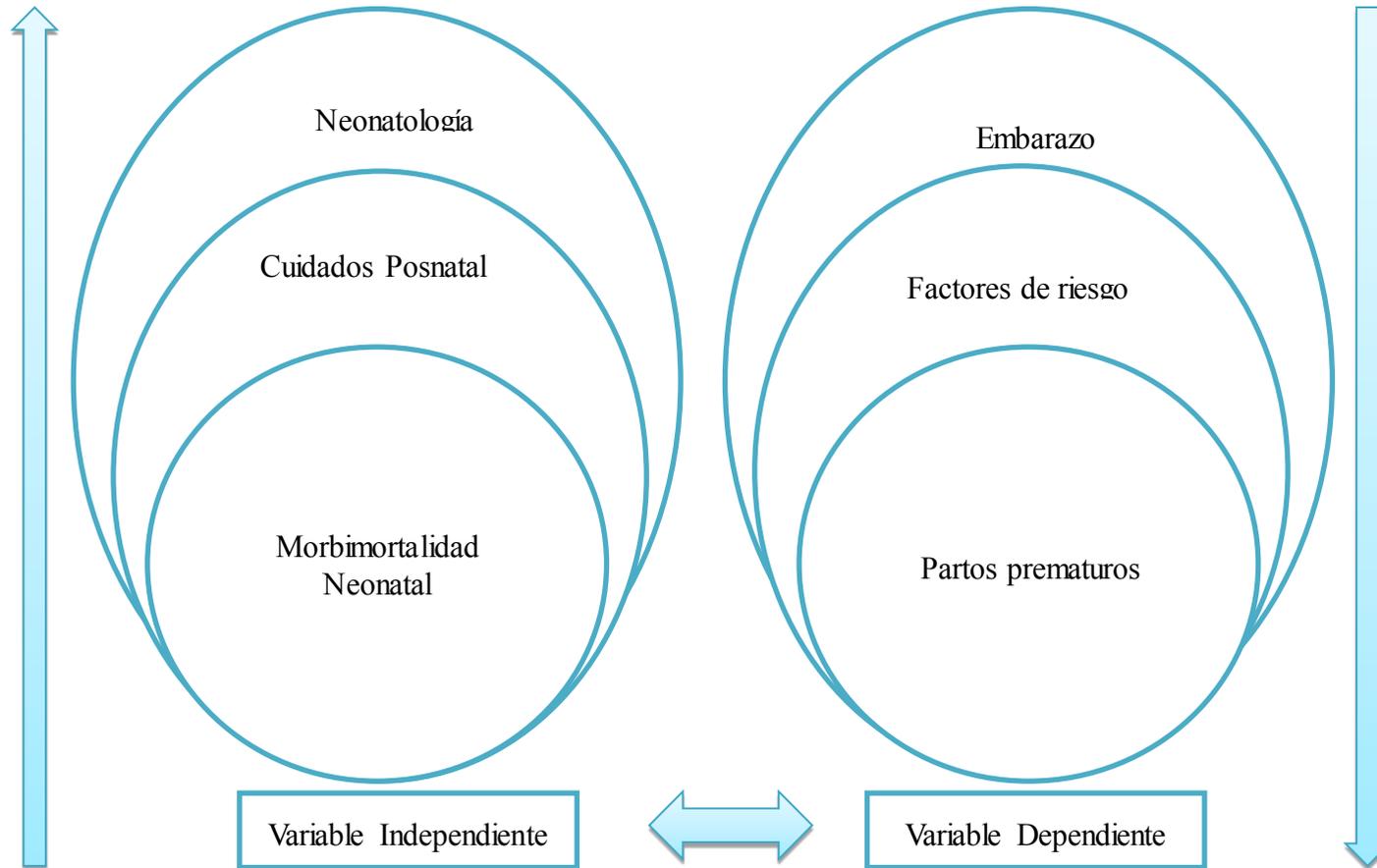


Gráfico N° 1; Categorías fundamentales.
Elaborado por: Yomaira López

VARIABLE INDEPENDIENTE:

Morbimortalidad neonatal

Salas & Sevilla, 2010, (pág. 24), Se define como muerte neonatal aquella “ocurrida desde el nacimiento hasta los 27 días posteriores al mismo. La mortalidad neonatal es un indicador de las condiciones del embarazo y parto en la población y está relacionado con el estado socio económico, la oportunidad, el acceso y la calidad de atención de los servicios de salud.

Es una tasa cuyo numerador es el número de niños fallecidos en los primeros 27 días de vida extrauterina y el denominador el número de nacidos vivos, en el mismo período de tiempo y expresada por cada 1000 nacimientos. La mayoría de las causas de muerte son de origen perinatal (embarazo, parto, período neonatal) y ello es más frecuente cuanto más precoz sea el fallecimiento como sucede en la Mortalidad Neonatal Precoz (entre 0 y 6 días de vida) que en la Mortalidad Neonatal Tardía (entre 7 y 27 días de vida). La mortalidad neonatal forma parte de la mortalidad infantil, y ella es proporcionalmente mayor (mortalidad dura) cuanto más baja sea la tasa de mortalidad infantil, como se ve en países desarrollados o en poblaciones con buenas condiciones socioeconómicas y culturales.

Mortalidad Post-Neonatal

Es una tasa cuyo numerador es el número de niños fallecidos entre los 28 y los 365 días de vida extrauterina y el denominador el número de nacidos vivos, en el mismo período de tiempo, y expresada por cada 1000 nacimientos.

La mayoría de las causas de muerte se deben a problemas provenientes del medio ambiente y ello es más frecuente cuanto más se aleja la muerte del momento del nacimiento (infecciones, diarreas, deshidratación trastornos respiratorios agudos, etc.).

La mortalidad post-neonatal forma parte de la mortalidad infantil y ella es

proporcionalmente mayor (mortalidad blanda) cuantas más altas sean las tasas de mortalidad infantil, como se observa en países en vías de desarrollo o en poblaciones con malas condiciones socioeconómicas y culturales.

Se debe recordar que muchos neonatos de alto riesgo pre-término, bajo peso, etc. aun sobreviviendo al período neonatal, quedan con déficits para afrontar las condiciones desfavorables del medio ambiente y fallecen durante el período post-neonatal. A su vez, es poco frecuente que los nacidos de bajo riesgo (de término, con peso adecuado, sin malformaciones, etc.) fallezcan en el período neonatal, pero no así en el período post-neonatal si las condiciones del medio son desfavorables.

De ahí la importancia de conocer el momento de la muerte que, junto a otras variables, facilita el diagnóstico de situación de una determinada provincia, región o país.

Causas de mortalidad neonatal

Las principales causas de muerte neonatal en el país, son los trastornos respiratorios y la asfixia perinatal, las malformaciones congénitas y las infecciones. El peso bajo al nacer (PBN), si bien no es considerado como una causa directa de muerte neonatal, es un factor predisponente de gran importancia. Tanto las infecciones como la asfixia pueden ser prevenidas o tratadas con oportunidad. Se estima en la región que un 9% de recién nacidos tienen PBN y en el país llega al 6,8%. Las principales causas de la muerte neonatal se describen en la Tabla:

Tabla N° 1: Ecuador: causas de muerte neonatal

N°	CAUSAS
1	Trastornos respiratorios específicos del periodo prenatal
2	Retardo del crecimiento total, gestación corta y bajo peso al nacer
3	Malformaciones congénitas deformaciones y anomalías cromosómicas
4	Resto de ciertas afecciones originadas en el periodo prenatal
5	Sepsis bacteriana del recién nacido
6	Signos, síntomas y hallazgos anormales, clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte.
7	Otras causas

*Mortalidad Neonatal: menores de 28 días, tasa por 1.000 NV

Fuente: Estadísticas Vitales, INEC 2011

El alto porcentaje de cesáreas constituyen otro factor de riesgo para los recién nacidos, aunque en situaciones indicadas sea un procedimiento importante para salvar la vida de la madre y del/a recién nacido/a. La mayoría de estas muertes son institucionales. Además todavía no se cuenta con un sistema de vigilancia epidemiológica activa. Algunos de los problemas identificados que dificultan la atención del neonato y por ende la reducción de la muerte neonatal son los siguientes:

- El incumplimiento de normas y protocolos de atención así como la inobservancia de procedimientos elementales como el lavado de manos para la atención del neonato. (Salas & Sevilla, 2010, pág. 26)
- Declaración de defunción tardía o a veces inexistente lo que crea subregistro histórico
- Los sistemas de información proporcionan información tardía y con limitaciones en la consistencia por la mala calidad de los diagnósticos y el poco conocimiento y uso de la CIE (Clasificación Internacional de Enfermedades), y CIAP (Clasificación Internacional de Atención Primaria) entre otros,

- Los servicios de pediatría incluyen neonatología pero no existen recursos humanos suficientes ni calificados en todo el país, tampoco están disponibles las 24 horas,
- El sistema de referencia y contra referencia funciona limitadamente, tiene poca respuesta de los servicios de mayor complejidad y el transporte de las emergencias neonatales no está asegurado en los consejos municipales,
- Ausencia de programación y planificación de la educación permanente del talento humano,
- En la estrategia AIEPI, el componente neonatal clínico está consolidado, parcialmente, y el componente comunitario está en implementación inicial para su posterior expansión,
- Ausencia de un proceso sistemático de monitoreo y evaluación
- Hay una limitada organización y participación social en el proceso de gestión de rendición de cuentas del sistema de salud,
- El mejoramiento continuo de la calidad es inicial en este componente.

Cuidado post natal

(Sines, Syed, Wall, & Worley, 2009). La supervivencia de los recién nacidos está estrechamente relacionada con la salud de las madres. Este hecho se hace más evidente en el alto riesgo de muerte de recién nacidos y bebés cuyas madres mueren en el parto¹. Tanto para los recién nacidos como para las madres, el riesgo de muerte más elevado se presenta en el parto, seguido de las primeras horas y los primeros días posteriores al nacimiento del bebé. El período post natal (tiempo que transcurre inmediatamente después del alumbramiento y hasta las primeras seis semanas de vida) es especialmente crucial para los recién nacidos y sus madres. Dado el alcance excepcional de muertes materno-infantiles durante los primeros días posteriores al nacimiento, el período post natal temprano es el momento ideal para realizar intervenciones a fin de mejorar la salud y supervivencia de ambos: la madre y el recién nacido. Aun así, las políticas y los programas han pasado por alto en gran medida este período crucial, lo que imposibilita los esfuerzos por cumplir con los objetivos de desarrollo del Milenio

(ODM) para la supervivencia de niños y madres. Estos objetivos pueden ser desarrollados, sin embargo, a través de la integración de la atención post natal de madres y recién nacidos, lo que significa una estrategia posible y práctica para reducir las muertes y la discapacidad en recién nacidos y mujeres.

Tanto las madres como los recién nacidos son vulnerables durante el período post natal, especialmente durante las primeras 24 horas posteriores al nacimiento. Más de dos tercios de las muertes de recién nacidos tienen lugar a finales de la primera semana posterior al nacimiento, y hasta la mitad de las muertes de recién nacidos ocurren durante las primeras 24 horas. Asimismo, aproximadamente dos tercios del total de muertes de madres *ocurren* en el período post natal. La evidencia en Bangladesh indica que la mayoría de las muertes de madres ocurren entre el tercer trimestre y fines de la primera semana posterior al parto. El período de mayor riesgo de muerte es el mismo para madres y recién nacidos: el día del parto y los días siguientes a él. Estos datos ofrecen pruebas posteriores al parto como una estrategia acordada para mejorar la supervivencia de ambos.

Neonatología

La neonatología es la rama de la medicina, (palabra compuesta del griego véo-, néo-, "nuevo"; del latín natus, "nacido" y del griego -λογία, -logía, "estudio" o "conocimiento") es una rama de la pediatría dedicada al diagnóstico y tratamiento de las enfermedades del ser humano durante los primeros 28 días de vida.

La puntuación de Apgar, la primera prueba para evaluar a un recién nacido, se lleva a cabo en la sala de alumbramiento inmediatamente después del nacimiento del bebé. Esta prueba fue desarrollada por la anestesista Virginia Apgar en 1952 para saber lo más rápidamente posible el estado físico de un recién nacido y para determinar cualquier necesidad inmediata de cuidados médicos adicionales o tratamientos de emergencia.

Por lo general, la prueba se le administra al bebé en dos ocasiones: la primera vez, un minuto después del nacimiento y la segunda vez, cinco minutos después del nacimiento. A veces, si el estado físico del bebé resulta preocupante o y si el resultado de la segunda prueba es bajo, se puede evaluar al bebé por tercera vez 10 minutos después del nacimiento. Se utilizan cinco factores para evaluar el estado físico del bebé y cada factor se evalúa siguiendo una escala del 0 al 2, siendo 2 la máxima puntuación posible. Los factores son los siguientes:

- Esfuerzo respiratorio
- Frecuencia cardíaca
- Tono muscular
- Reflejos
- Color de la piel

A cada una de estas categorías se le da un puntaje de 0, 1 ó 2 dependiendo del estado observado.

- Esfuerzo respiratorio:
 - Si el bebé no está respirando, el puntaje es 0.
 - Si las respiraciones son lentas o irregulares, el puntaje del bebé es 1 en esfuerzo respiratorio.
 - Si el bebé llora bien, el puntaje respiratorio es 2.
- La frecuencia cardíaca se evalúa con el estetoscopio. Esta es la evaluación más importante.
 - Si no hay latidos cardíacos, el puntaje del bebé es 0 en frecuencia cardíaca.
 - Si la frecuencia cardíaca es menor de 100 latidos por minuto, el puntaje del bebé es 1 en frecuencia cardíaca.
 - Si la frecuencia cardíaca es superior a 100 latidos por minuto, el puntaje del bebé es 2 en frecuencia cardíaca.

- Tono muscular:
 - Si los músculos están flojos y flácidos, el puntaje del bebé es 0 en tono muscular.
 - Si hay algo de tono muscular, el puntaje del bebé es 1.
 - Si hay movimiento activo, el puntaje del bebé es 2 en tono muscular.

- Respuesta a las gesticulaciones (muecas) o reflejo de irritabilidad es un término que describe la respuesta a la estimulación, como un leve pinchazo.
 - Si no hay reacción, el puntaje del bebé es 0 en reflejo de irritabilidad.
 - Si hay gesticulaciones o muecas, el puntaje del bebé es 1 en reflejo de irritabilidad.
 - Si hay gesticulaciones y una tos, estornudo o llanto vigoroso, el puntaje del bebé es 2 en reflejo de irritabilidad.

- Color de la piel:
 - Si el color de la piel es azul pálido, el puntaje del bebé es 0 en color.
 - Si el cuerpo del bebé es rosado y las extremidades son azules, el puntaje es 1 en color.
 - Si todo el cuerpo del bebé es rosado, el puntaje es 2 en color.

Razones por las que se realiza el examen

Este examen se hace para determinar si un recién nacido necesita ayuda con la respiración o está teniendo problemas cardíacos.

Valores normales

El índice de APGAR se basa en un puntaje total de 1 a 10. Cuanto más alto sea el puntaje, mejor será la evolución del bebé después de nacer.

Un puntaje de 7, 8 o 9 es normal y es una señal de que el recién nacido está bien de salud. Un puntaje de 10 es muy inusual, ya que casi todos los recién nacidos pierden un punto por pies y manos azulados, lo cual es normal después del nacimiento.

VARIABLE DEPENDIENTE

Parto prematuro

Definiciones

Reales, 2013. El parto prematuro se ha definido, de acuerdo con el consenso de la OMS, como aquel parto que se presenta antes de la semana 37 de gestación.

El diagnóstico de trabajo de parto prematuro se basa en la presencia de contracciones uterinas y de modificaciones cervicales. Sin embargo, la presencia por sí sola, de una de estas condiciones no es suficiente en el diagnóstico del parto prematuro. Muchos de los errores diagnósticos de la entidad se deben a que se atribuye a la presencia de las contracciones el valor suficiente para hacer el diagnóstico del TPP y lo mismo ocurre con los cambios cervicales.

Los criterios diagnósticos del TPP empleados con más frecuencia son:

1. Edad gestacional $>$ de 22 semanas y $<$ de 37 semanas
2. Contracciones uterinas: 4 contracciones en 20 minutos
3. Modificaciones cervicales
 - Dilatación cervical $>$ 2 cm
 - Borramiento cervical $>$ 50%
 - Modificaciones cervicales progresivas

Algunos índices clínicos y paraclínicos que están en proceso de investigación, con el fin de determinar su uso clínico en el diagnóstico del parto prematuro.(Reales, 2013)

Tabla N° 2: Marcadores clínicos del parto pre-término

Marcadores clínicos del parto pretérito
1. Cambios en el cuello uterino : a. Valoración manual del cérvix b. Valoración ultrasonográfica del cérvix
2. Contracciones uterina a. Percepción manual de la contracción por la gestante b. Tocodinamometría
3. Expulsión de sangre por vagina
4. Sistema de puntuación de riesgo
5. Cambios conductuales del feto

Fuente: (Reales, 2013)

Donoso. B & Oyarzún. E, 2012, (pág. 1). Según la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS), parto prematuro es aquel que ocurre antes de las 37 semanas de gestación. El límite inferior entre parto prematuro y aborto es, de acuerdo a la OMS, 22 semanas de gestación, 500 g de peso o 25 cm de longitud céfalo-nalgas.

El parto pretérmino o prematuro es definido por la edad gestacional como un subrogado de la madurez. Es todo parto que ocurra antes de la semana 37 o antes de los 259 días pos concepcionales. No se debe aproximar hacia arriba. (Palencia, 2010)

Palencia, 2010. El paciente que tiene 36 semanas y 6/7 días es un prematuro menor de 37 semanas. A su vez la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha clasificado a los niños prematuros de acuerdo con su edad gestacional en:

- a) Prematuro general: < 37 semanas.
- b) Prematuro tardío: de la semana 34 con 0/7 días a la semana 36 con 6/7 días.
- c) Muy prematuro: aquellos nacidos antes de las 32 semanas.

d) Extremadamente prematuro: menores de 28 semanas.

En los Estados Unidos y Latinoamérica se usa una clasificación según el peso. Y las definiciones son las siguientes:

a) Peso bajo: menor de 2.500 g independientemente de la edad gestacional.

b) Peso muy bajo al nacimiento: menor de 1.500 g.

c) Peso extremadamente bajo: menor de 1.000 g.

Se debe tener en cuenta que la edad gestacional es mejor predictor que el peso para la sobrevivencia de los prematuros.

Se le ha dado relevancia al cálculo de la edad gestacional y cada vez hay métodos más precisos. Sin embargo, la evaluación de la madurez es muy importante y más aún cuando se desconoce la edad gestacional. Por ejemplo, un prematuro hijo de madre diabética de 37 semanas puede ser tan o más inmaduro que un prematuro de 34 semanas de una madre no diabética. Durante los últimos años, los esfuerzos multidisciplinarios entre pediatras y obstetras, se han encaminado a mejorar el pronóstico del embarazo.

El parto prematuro (TPP), corresponde a este tipo especial de caso, en donde el resultado esperado, un recién nacido normal y a término, se ve en peligro por la prematuridad.

A pesar del mejor conocimiento sobre la fisiología del trabajo de parto, de los factores desencadenantes de las contracciones, de la evaluación más precisa de los factores de riesgo que inducen la aparición temprana de actividad uterina, es desalentador saber que este conocimiento no se refleja en una disminución del número de partos prematuros que hoy se presenta en nuestros hospitales. El parto prematuro, sigue siendo hoy, la primera causa de mortalidad perinatal y de daños neurológicos en los recién nacidos.

El conocimiento actual sobre los mecanismos que se producen en la unidad feto-placentaria en relación con el inicio de las contracciones, nos permite concluir varios aspectos o enfoques sobre el TPP.

Primero, considerar el trabajo de parto prematuro como una enfermedad multifactorial y no un cuadro con múltiples causas independientes.

El trabajo de parto prematuro es un trastorno complejo con diferentes presentaciones clínicas; la ruptura prematura de membranas y el trabajo de parto deberían considerarse una misma entidad con una presentación clínica distinta.

Segundo, el mejor conocimiento de los mecanismos del inicio de la contracción uterina, los hallazgos de factores que favorecen la contracción uterina mediada por sustancias pro-inflamatorias, han permitido una mejor definición de la entidad y por tanto su diagnóstico. Hoy, más de 50% de las pacientes diagnosticadas como parto prematuro no lo son. Y tercero, el uso de los corticoides en la etapa prenatal para disminuir la mortalidad y morbilidad neonatal, permite mejorar el pronóstico de los recién nacidos prematuros.

El desafío al médico que enfrenta el diagnóstico y manejo del parto prematuro, requiere que se actualice en el manejo integral, primero revisando los nuevos hallazgos en la etiología del inicio de la actividad uterina antes del término, y afinando la búsqueda de los factores desencadenantes, desde el mismo inicio del control prenatal.

Con frecuencia, vemos cómo el médico se limita a hacer un diagnóstico, basado en los parámetros clínicos tradicionales del TPP, sin considerar los factores de riesgo, y sin buscar los factores desencadenantes; se limita a hacer el diagnóstico e iniciar un tratamiento de las contracciones - el síntoma - con medicación tocolítica y no de las causas.

El parto prematuro se presenta en 1 de cada 10 embarazos, su incidencia en todos los embarazos es de 8% a 10%. El parto prematuro es el principal responsable de la morbilidad y mortalidad fetal cuyo punto común es la prematurez; los demás

elementos, como la insuficiencia respiratoria, el bajo peso o la inmadurez de los diferentes sistemas orgánicos del recién nacido se presentan como consecuencia directa de la prematuridad. Esta morbi-mortalidad se asocia con complicaciones en el recién nacido prematuro como son: depresión al nacer, síndrome de dificultad respiratoria (SDR), hemorragia intra-craneana (HIC), sepsis, trastornos metabólicos, enterocolitis necrotizante (ECN), ductus arterioso persistente, displasia broncopulmonar (DBP), apneas y fibroplasia retrolental. Adicionalmente, pueden presentar morbilidad neurológica a largo plazo, tales como anomalías de las funciones cognitivas y parálisis cerebral.

Etiología

La etiología de la prematuridad rara vez está asociada con una sola condición. Se considera multifactorial y varía de acuerdo con la edad gestacional. Dentro de las principales causas, la infección tiene un rol importante, tanto la local uterina (responsable de la mayoría de los partos prematuros antes de la semana 28) como la sistémica; también están: el estrés materno, la trombosis uteroplacentaria y las lesiones intrauterinas vasculares asociadas con sufrimiento fetal o hemorragia decidual, la sobredistensión intrauterina y la insuficiencia placentaria. Es frecuente que se combinen factores y que ocurra un parto prematuro por infección en la madre.

Un parto pretérmino puede ocurrir de diferentes maneras:

- a) Trabajo de parto pretérmino con membranas intactas (espontáneo).
- b) Trabajo de parto pretérmino con ruptura prematura de membranas (RPM).
- c) Parto pretérmino iatrogénico por causas maternas o fetales.

El parto pretérmino programado ocurre cuando el parto es iniciado por intervención médica a causa de complicaciones del embarazo peligrosas para la madre y/o el feto. En contraste con las causas anteriores, el parto pretérmino por indicación materna está dado principalmente por preeclampsia y trastornos hipertensivos asociados al embarazo, diabetes mellitus, hipertiroidismo materno,

enfermedad pulmonar restrictiva, nefropatía materna, asma, enfermedad cardíaca materna, lupus. La enfermedad materna por sí sola limita el flujo uteroplacentario, disminuyendo el aporte de nutrientes y oxígeno para el feto, lo cual se traduce en restricción del crecimiento intrauterino. Otros factores de riesgo son la desnutrición materna, la obesidad o la historia anterior de parto pretérmino.

La pre-maturez es el resultado de tres entidades clínicas¹, cada una de las cuales es responsable de alrededor de un tercio del total de partos prematuros:

1. Parto prematuro idiopático que resulta del inicio espontáneo del trabajo de parto.
2. Rotura prematura de membranas (RPM).
3. Parto prematuro por indicación médica o iatrogénico, que resulta de la interrupción prematura del embarazo por patología materna y/o fetal.

La evidencia clínica y de laboratorio sugiere que distintos procesos patológicos llevan a una vía final común que resulta en un parto prematuro. Los procesos mejor identificados son:

1. Activación del eje hipotalámico-hipofisario-adrenal materno (el stress se asocia a este proceso).
2. Infección intraamniótica (es el factor causal mejor estudiado y que ha servido de modelo para el estudio de los otros procesos identificados).
3. Hemorragia decidual o isquemia (reducción del flujo sanguíneo a la unidad uteroplacentaria).
4. Sobredistensión uterina.
5. Disfunción del cuello uterino.
6. Anormalidad inmunológica que altera la compatibilidad antigénica feto-materna.
7. Drogas y toxinas.

La etiología del nacimiento prematuro, al igual que sucede con el mecanismo del parto a término, no está del todo clara. Se cree que se trata de un complejo trastorno multifactorial en el que intervienen factores fisiopatológicos, genéticos y ambientales. El “síndrome de parto pretérmino” sugiere que el parto pretérmino es el resultado de diversas causas, como infección/inflamación, distensión uterina y trastornos vasculares. Sin embargo, se desconoce si el parto pretérmino es el resultado de un proceso fisiológico similar al de un parto a término, pero que tiene lugar en una etapa más temprana de la gestación, o si se trata de un proceso patológico resultado de una serie de señales anormales.

Infección e inflamación

Parece que, en algunos casos de nacimiento pretérmino, existe la intervención de una infección. Se ha señalado la posibilidad de que una infección bacteriana que se extienda al útero y al líquido amniótico puede provocar una inflamación y, como consecuencia ulterior, un parto pretérmino o la rotura prematura de las membranas, determinaron que el 80% de las mujeres que dan a luz antes de cumplir 30 semanas de gestación presentan pruebas de infección bacteriana del líquido amniótico y/o de las membranas, frente al 30% de las mujeres que dan a luz después de 37 semanas de gestación.

Infección: relación de causalidad

Existen múltiples evidencias de causalidad entre la relación de infección/parto pretérmino. Las pacientes embarazadas con infecciones sistémicas, como pielonefritis, malaria, neumonía o infección periodontal, tienen más probabilidad de tener un parto prematuro. La bacteriuria asintomática aumenta el riesgo de PP y su tratamiento lo disminuye. Sustancias inflamatorias inyectadas intramnióticamente en animales producen partos pretérmino. Es posible demostrar infecciones con pocas manifestaciones clínicas en algunas embarazadas que estimularon el comienzo del parto prematuro. En algunos grupos de mujeres embarazadas, el control de infección (más la ascendente) con antibióticos permite llegar a embarazos a término.

La primera línea de defensa para la infección son las barreras naturales piel y mucosas. La penetración de superficies epiteliales por microorganismos (mucosas) significa la inminencia del inicio de respuesta inflamatoria con el fin de contrarrestar el crecimiento bacteriano. Las formas como puede producirse la infección son:

- a) Vía ascendente: desde la vagina hasta el cérvix.
- b) Hematógena: a través de la placenta.
- c) Retrógrada: desde la cavidad pélvica.
- d) Accidental: trauma o procedimientos invasivos como coriocentesis o amniocentesis.

De todas las vías, la más frecuente aceptada como causante de corioamnionitis es la ascendente.

Aunque las bacterias penetran la membrana amniótica intacta, el epitelio puede producir sustancias in situ, como péptidos antibacterianos que neutralizan y destruyen la bacteria dañando su membrana celular. Si el patógeno logra traspasar las primeras líneas de defensa y llega al feto, el órgano de choque fetal será el pulmón. En el pulmón, por los componentes proteicos del surfactante, especialmente las proteínas SP-A y SP-D, se ligan a los microorganismos, facilitando la opsonización por los macrófagos. El surfactante también contribuye a la depuración de productos relacionados con bacterias, hongos y células apoptóticas y necróticas, disminuyendo la respuesta inflamatoria alérgica y ayudando a la resolución de la inflamación.

Los prematuros menores de 1.000 g tienen tejidos más inmaduros (pulmón), menos capacidad de respuesta antioxidante, reciben más oxidación (oxígeno, transfusiones), sobreviven más y la consecuencia es que, a pesar del desarrollo de medidas protectoras pulmonares, se presenta displasia broncopulmonar como en el siglo pasado. Ahora se están usando medidas ventilatorias menos agresivas (ventilación sincronizada con presiones inspiratorias/espíatorias más bajas,

hipercapnia permisiva –CPAP–) y, en algunos estudios, aunque no en todos, se ha observado disminución de la incidencia de displasia broncopulmonar.

Infecciones urogenitales maternas

Se cree que determinadas infecciones vaginales, como la vaginosis bacteriana (VB), intervienen de algún modo en el nacimiento prematuro. La vaginosis bacteriana, la infección del tracto genital inferior más común en mujeres en edad fértil, es un síndrome generalmente asintomático en el que los lactobacilos vaginales normales son reemplazados por una flora variada con altas concentraciones de las bacterias anaerobias *Gardnerella vaginalis* y *Mycoplasma hominis*. La vaginosis bacteriana puede derivar en una secreción vaginal, que puede tener un color grisáceo y un olor característico similar al del pescado. Su aparición durante el embarazo causa que el riesgo de nacimiento prematuro se duplique. Otras formas de infección relacionadas con el nacimiento prematuro incluyen infecciones urinarias que evolucionan hasta derivar en pielonefritis (infección renal), bacteriuria asintomática (presencia de bacterias en la orina) y algunas enfermedades de transmisión sexual como la clamidiasis. Andrews et al. 2000 determinaron que el riesgo de parto pretérmino de las mujeres que padecen clamidiasis es hasta tres veces superior. La presencia de las bacterias *Ureaplasma urealyticum*, *Fusobacterium* spp., *Trichomonas vaginalis*, *Klebsiella pneumoniae*, *Escherichia coli* y *Haemophilus vaginalis* también se ha asociado al nacimiento prematuro. El papel del grupo *B. streptococcus* no se ha determinado con claridad.

Infecciones localizadas en otras áreas

Perkin Elmer, 2010 Pag (37). Cualquier infección, incluso lejos del útero, puede activar un proceso inflamatorio que desencadene una respuesta uteroplacentaria que a su vez desemboque en un parto pretérmino. Algunas infecciones sistémicas que pueden contribuir a un parto pretérmino son la apendicitis (inflamación del apéndice normalmente causada por un bloqueo interno de éste), la neumonía

(inflamación de los pulmones) y la enfermedad periodontal (la inflamación de las encías).

En una infección sistémica, los microorganismos invaden el torrente sanguíneo y se extienden, a través de la sangre en circulación, a diversos órganos. En los últimos años, se han reunido numerosas pruebas que señalan a una relación entre la enfermedad periodontal y el nacimiento prematuro. La enfermedad periodontal o periodontitis es una infección por bacterias anaerobias gram negativas de la cavidad oral cuyo resultado es la degradación de los huesos y el tejido conectivo que sirven de soporte a los dientes. La destrucción de estas estructuras de soporte implica un daño tisular directo, causado por los productos bacterianos, y un daño indirecto causado por las citocinas que aparecen en el fluido gingival como parte de la respuesta inmune. Mientras que la enfermedad periodontal afecta al 50% de la población, la incidencia de esta enfermedad entre mujeres gestantes es relativamente elevada. También se ha determinado que la enfermedad periodontal está relacionada con el nacimiento de bebés PEG.

Conflicto materno fetal e infección

Perkin E, 2010 (Pag 41). Para que un embarazo pueda establecerse y mantenerse, la respuesta inmune materna, que normalmente destruye los cuerpos extraños, debe hacer una excepción con el feto. El 50% de los genes fetales se heredan del padre y, como consecuencia, el feto produce antígenos paternos que el sistema inmune materno debería tratar de destruir. En presencia de una infección, la presión inmune materna puede favorecer la expulsión fetal si los intereses reproductivos de la madre son superiores a los intereses fetales. Tanto las madres como los bebés expuestos a una infección del líquido amniótico corren riesgo de desarrollar sepsis (una infección de la sangre) y, como consecuencia morir.

Una infección intrauterina puede asimismo provocar una respuesta inflamatoria fetal. El síndrome de respuesta inflamatoria fetal (SRIF) es una afección que se caracteriza por la inflamación sistémica del feto y un aumento de la concentración

de IL-6 plasmática fetal. El SRIF está relacionado con el inicio inminente del parto pretérmino. Los recién nacidos que sobreviven a un parto pretérmino con mediación inflamatoria presentan un riesgo elevado de padecer enfermedades críticas, incluida la parálisis cerebral. Por tanto, existen pruebas que avalan la idea de que el inicio del parto pretérmino puede ser el mecanismo del feto para salir de un entorno intrauterino hostil.

Inflamación sin infección

Perkin E, 2010. La respuesta inflamatoria también puede producirse en ausencia de una infección bacteriana por lo que, en este caso, también se denomina respuesta inflamatoria estéril. La respuesta inflamatoria en las membranas parece estar relacionada con el parto normal. Además, se ha determinado que una respuesta inflamatoria estéril es suficiente para causar RPM y un parto pretérmino. La inflamación derivada de una infección y la inflamación estéril inducen muchos receptores de citocinas idénticos pero probablemente sigan procesos distintos. Los estímulos capaces de causar una inflamación estéril son variados y numerosos. La presencia de relaxina es uno de ellos. La relaxina es una hormona colagenolítica que favorece un aumento de la producción de metaloproteinasas de la matriz extracelular. La relaxina causa además un aumento de la secreción de las citocinas IL-6 e IL-8 por parte de las membranas, con un efecto similar, aunque menos energético, al provocado por una infección.

Factores desencadenantes de partos prematuros

A continuación una serie de condiciones que constituyen factores predisponentes para parto prematuro

Tabla N° 3: Condiciones y factores predisponentes para parto prematuro

Factores de riesgo	Condiciones
Stress	Soltera Bajo nivel socioeconómico y/o educacional Ansiedad o depresión} Eventos estresantes (divorcio, muerte, etc.) Cirugía abdominal durante el embarazo

Fatiga ocupacional	Trabajo de pie Uso de maquinaria industrial Agotamiento físico
Sobredistensión uterina	Embarazo múltiple Polihidroamnios Malformaciones uterinas o miomas Diethylstilbestrol
Factores cervicales	Historia de aborto del segundo trimestre Historia de cirugía cervical Dilatación o borramiento cervical prematuro
Infección	Enfermedades de transmisión sexual Pielonefritis Infección sistémica Bacteriuria Enfermedad periodontal
Patología placentaria	Placenta previa Abruptio placentae Sangrado vaginal
Misceláneas	Parto prematuro previo Abuso de sustancias y/o tabaquismo Edad materna (< 18 o > 40 años) Raza afroamericana Desnutrición Control prenatal inadecuado Anemia (hemoglobina < 10g/dl) Excesiva contractibilidad uterina
Factores fetales	Malformaciones congénitas Restricción del crecimiento intrauterino

Fuente:(Donoso Bernales & Oyarzún Ebensperger, 2012, pág. 1)

Tabla N° 4: Factores predisponentes

MATERNOS	Generales:	Soltera
		Bajo peso y talla (<45 Kg y <150 cm.)
		Tabaquismo
		Edad (mayor riesgo en menores de 20 y mayores de 40 años)
	Gestacionales:	Enfermedades sistémicas graves
		Alteraciones endocrinas
		Metrorragia antes de las 20 semanas (18,1% RN pretermino tiene antecedentes sangrado 2,1% en población general)
		Trauma
		Falta de control prenatal
		Larga jornada laboral con esfuerzo físico
		Nivel socioeconómico bajo
		Antecedentes de parto prematuro (si el primer parto es pretérmino, el segundo lo es en un 17,2% de los casos; si dos partos sucesivos lo han sido, el siguiente lo es en 28,4%; si tres partos sucesivos lo son, el cuarto lo es en un 59,7%).
		Infecciones genitales (gonococo, vaginosis bacteriana y bacteriuria asintomática).
FETALES :	Anomalías congénitas	
	Muerte fetal	
	Embarazo múltiple	
	Macrosomía fetal	
PLACENTARIOS :	DPPNI (se asocia a más del 10% de partos preterminos)	
	Placenta previa	
	Tumores cordón umbilical	

UTERINOS :	Sobredistensión (polihidramnios, se asocia a 37,8% de partos pretérmino y a 30% de malformaciones. Mortalidad es 42 a 69%).
	Malformaciones
	Infección (TORCH, listeria, salmonellosis)
	Cuerpo extraño (DIU)
	Miomas uterinos
	Trauma cervical
	Incompetencia cervical.

Fuente: (Universidad Católica de Chile, 2012)

Villanueva E, Contreras, Pichardo, & Rosales L, 2010. El parto prematuro es resultado de un trabajo de parto espontáneo en casi 50% de los casos, ocurre después de la rotura prematura de membranas en 30%, y es iatrogénico (por complicaciones maternas o fetales) en el 20% restante.

Además, en la incidencia de parto prematuro influyen factores socioeconómicos, entre los que destaca la frecuencia significativamente mayor en embarazadas jóvenes (sobre todo menores de 17 años de edad), de bajo nivel socioeconómico, solteras o sin apoyo social y fumadoras. En el estudio multicéntrico, demostró que las diferencias sociales representadas por el grado de escolaridad materna y los ingresos familiares son factores que influyen en el riesgo de parto prematuro, y también las edades extremas de la vida reproductiva y los antecedentes obstétricos adversos. En específico, el riesgo de parto prematuro de 32 semanas de embarazo o menos fue superior en las mujeres que interrumpieron sus estudios antes de los 15 años, en las de 35 años de edad o mayores, en las primíparas o multigrávidas con antecedente de aborto en el primer trimestre.

Algunos factores médicos pueden elevar el riesgo de parto prematuro, por ejemplo: parto prematuro previo, sangrado vaginal persistente al inicio del embarazo, embarazo múltiple, rotura prematura de membranas, polihidramnios, incompetencia cervical, enfermedad cardíaca y anemia materna. La rotura prematura de membranas es quizá la enfermedad que más se asocia con el parto

prematureo y con complicaciones neonatales, sobre todo cuando hay complicaciones infecciosas que desencadenan en corioamnionitis y septicemia neonatal.

La infección, casi siempre corioamnionitis, es un componente importante en muchos casos de parto prematuro, y también se ha relacionado la vaginosis bacteriana por *Gardnerella vaginalis*. Además, las infecciones del conducto genital a menudo se relacionan con la rotura prematura de membranas. Un estudio realizado en el Centro Médico La Raza del Instituto Mexicano del Seguro Social, en el que se comparó la exposición a agentes patógenos vaginales de embarazadas entre las 26 y 36 semanas de embarazo, con y sin amenaza de trabajo de parto prematuro, reveló exposición al menos a un agente patógeno en 62.85% de las primeras, en comparación con 9.37% de las segundas, con una razón de momios de 6.7 (IC 95%; 3.06-14.66). La exposición al menos a un agente patógeno induce 16.35 veces más riesgo de parto prematuro en comparación con las mujeres de flora vaginal normal.

Durante los últimos 20 años, mediante los estudios epidemiológicos a las gestantes con TPP, establecieron los factores de riesgo asociados a esta entidad; aun así, la incidencia del TPP no se pudo modificar, a pesar de diversas intervenciones en la prevención de las infecciones o de la indicación de cambios en las conductas de la mujer embarazada, ni con la enseñanza a las gestantes de la monitorización ambulatoria de las contracciones. A continuación se presentan los más relevantes:

Maternos

Generales

a) Edad materna: < de 16 años ó > de 35 años; b) Baja talla materna (< 150 cm) y bajo peso (<45 Kg.); c) Tabaquismo; d) Estado civil; soltera; e) Trauma; f) Jornadas de trabajo prolongadas; g) Estrés, h) Falta de control prenatal; i) Nivel socio-económico bajo; j) Anomalías congénitas.

Gestacionales

a) Enfermedades maternas sistémicas graves; b) Enfermedades endocrinas; c) Sangrado genital en cualquiera de los trimestres; d) Antecedente obstétrico de parto prematuros en gestaciones anteriores: 17,2% de los casos; si dos partos sucesivos lo han sido, el siguiente lo es en 28,4%; si tres partos sucesivos lo son, el cuarto lo es en 59,7%); e) Infecciones genitales y urinarias; f) Infecciones de cualquier origen . (Reales, 2013)

Fetales

a) Anomalías congénitas;
b) Embarazo múltiple;
c) Muerte fetal;
d) Macrosomía fetal.

Placentarios

a) Tumores del cordón;
b) Insuficiencia de la unidad feto-placentaria;
c) Placenta previa;

Uterinos

Sobre distensión uterina (polihidramnios, se asocia a 37,8% de partos pretérmino y a 30% de malformaciones. Mortalidad es 42 a 69%); a) Cuerpo extraño (DIU); b) Miomas uterinos; c) Trauma cervical; d) Incompetencia cervical

Los investigadores, durante este tiempo, diseñaron tablas o índices para predecir cuales pacientes tendrían mayor riesgo de TPP.

Los resultados han sido insatisfactorios, la mayoría de tablas detectan a 40% de las pacientes con riesgo de TPP. Aún más, 55% de las pacientes que tuvieron TPP, a quienes se les aplicó estos índices, no se consideraron en riesgo de presentar la entidad.

Factores de riesgo genéticos

Perkin E; , 2010 Pag 49. Desde hace mucho tiempo, diversas teorías defienden la existencia de una predisposición genética materna o fetal hacia el nacimiento prematuro, y disponemos de numerosas pruebas que avalan este argumento.

- Las mujeres que han tenido un parto pretérmino presentan mayor riesgo de que el parto pretérmino se repita en gestaciones posteriores.
- Existe una tendencia a que los nacimientos prematuros posteriores se produzcan con la misma edad gestacional que los anteriores.
- Las mujeres que nacieron pretérmino tienen más probabilidades de sufrir un parto pretérmino espontáneo y dar a luz de forma prematura.
- El riesgo de dar a luz un bebé prematuro de las mujeres que tengan una hermana mayor que haya dado a luz un bebé prematuro es un 80% superior.
- Desde hace mucho tiempo, se acepta que existe una predisposición racial al nacimiento prematuro; las madres afroamericanas son más propensas que las madres hispanas que, a su vez, son más propensas que las madres caucásicas.

Las diferencias genéticas entre individuos, es decir, los polimorfismos génicos, pueden causar variaciones en la producción y la actividad de las proteínas.

La comunidad investigadora ha iniciado estudios destinados a determinar los efectos de los polimorfismos de los genes candidatos en el nacimiento prematuro, con especial atención a los polimorfismos relacionados con las respuestas inflamatoria e inmune, debido a que existen pruebas de la intervención de la inflamación en el embarazo y el parto. El descubrimiento de un gen específico que predispone a la mujer hacia el nacimiento prematuro supondría un enorme avance científico que podría inspirar nuevos objetivos terapéuticos y preventivos.

Interacción genética y ambiental

Existen estudios que apuntan la idea de que diversos factores genéticos y ambientales pueden afectar al riesgo de nacimiento prematuro, ya sea de forma independiente o combinada. La contribución de los genes continúa siendo polémica. Aunque se sabe que determinadas mutaciones génicas aumentan el riesgo de nacimiento prematuro, muchas mujeres que presentan estas mutaciones tienen, sin embargo, un parto normal. Este hecho ha conducido a algunos investigadores a plantear la hipótesis de que estas mutaciones requieren la presencia de determinados estímulos ambientales para tener un efecto clínico.

Por ejemplo, la probabilidad de nacimiento prematuro es mayor en las mujeres gestantes o los fetos genéticamente programados para producir niveles elevados de mediadores proinflamatorios que en las mujeres o los fetos que producen niveles reducidos que no superan el umbral necesario para iniciar un parto pretérmino como respuesta a factores ambientales. Existe una necesidad imperiosa de ampliar las investigaciones en el área de los factores de riesgo genéticos del nacimiento prematuro puesto que la mayor parte de los estudios realizados hasta ahora no son exhaustivos ni concluyentes.

Procesos biológicos que derivan en un nacimiento prematuro

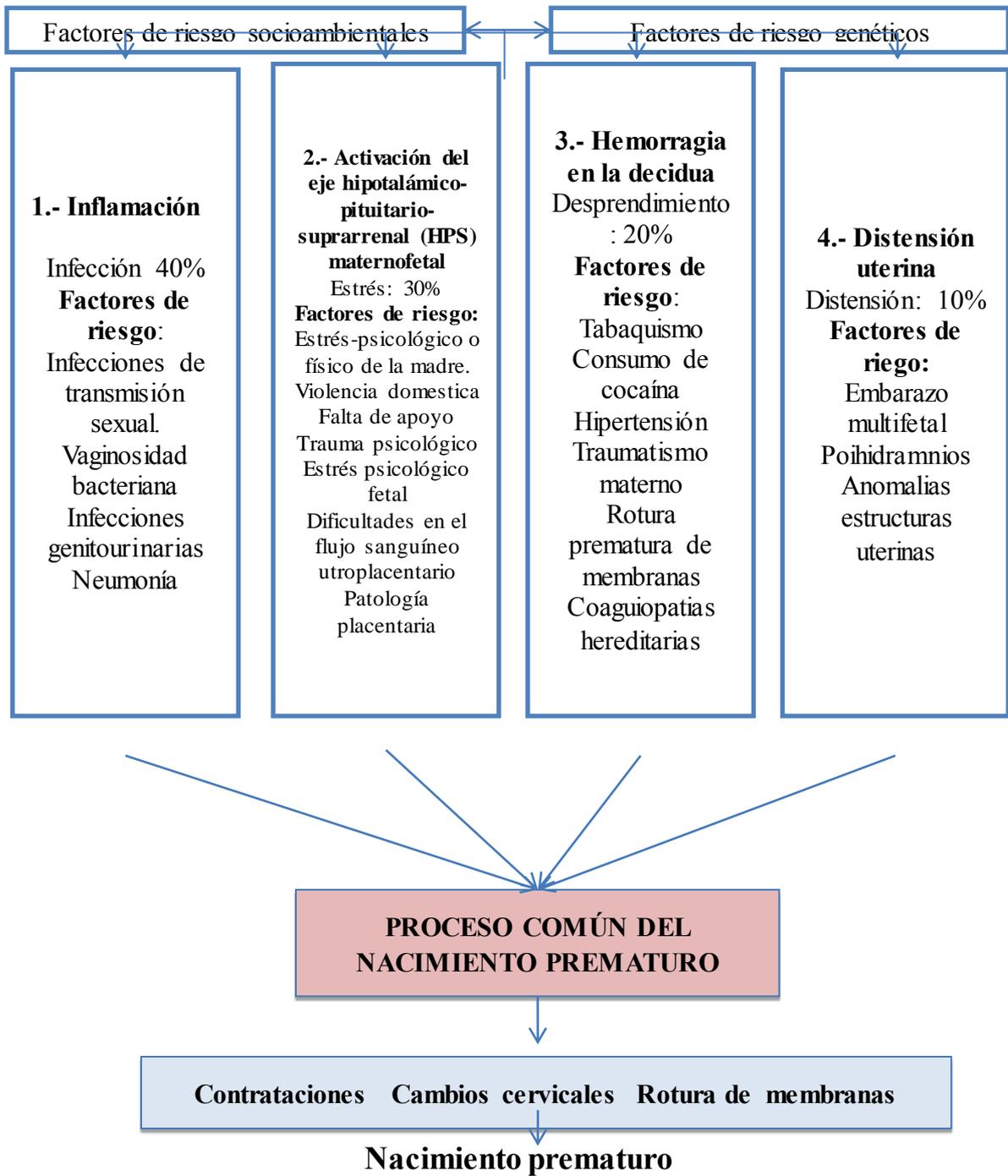
Los estudios realizados sobre la epidemiología y la fisiopatología del parto pretérmino sugieren cuatro procesos que pueden conducir al nacimiento prematuro.

- Infección e inflamación
- Activación del eje hipotalámico-pituitario-suprarrenal (HPS) materno o fetal
- Hemorragia en la decidua (sangrado)
- Distensión uterina

Los factores de riesgo de parto pretérmino con frecuencia inician los procesos patógenos que desembocan en un nacimiento prematuro. Cada uno de estos cuatro

procesos distintos deriva en el mismo proceso final, que provoca contracciones uterinas, dilatación cervical, rotura de membranas y, en última instancia, parto prematuro. En una misma mujer gestante pueden concurrir varios procesos. En cada uno de los cuatro procesos patógenos que derivan en nacimiento prematuro interviene un conjunto exclusivo de mediadores bioquímicos. Existe un posible quinto proceso que es la susceptibilidad a toxinas ambientales.

Gráfico N° 2: Procesos y mediadores posibles del nacimiento prematuro



Fuente: (Perkin E, , 2010, pág. 17)

2.5. HIPOTESIS

Los partos prematuros y su relación con los factores desencadenantes inciden en la Morbimortalidad neonatal en el servicio de sala de partos del Hospital Provincial Docente Ambato, Provincia de Tungurahua.

2.6. SEÑALAMIENTO DE VARIABLES DE HIPÓTESIS

VARIABLE INDEPENDIENTE: Partos prematuros

VARIABLE DEPENDIENTE: Morbimortalidad neonatal

UNIDAD DE OBSERVACIÓN: Sala de partos del Hospital Provincial Docente Ambato.

TÉRMINOS DE RELACIÓN: y su relación con los factores desencadenantes inciden en los, en el servicio de, Provincia de Tungurahua Enero – Diciembre 2013.

CAPITULO III

METODOLOGÍA

3.1. ENFOQUE

El presente proyecto de investigación presenta el enfoque predominante cualitativo y cuantitativo para fortalecer la información recopilada, analizando las características socioeconómicas de las mujeres embarazadas y madres que han dado a luz a bebés prematuros, además se realiza el análisis estadístico de indicadores que determinan el nivel de morbilidad neonatal.

3.2. MODALIDAD BÁSICA DE LA INVESTIGACIÓN.

3.2.1 Investigación de campo

Para el desarrollo del presente trabajo investigativo la Morbilidad neonatal y su relación con los factores desencadenantes de partos prematuros en el servicio de sala de partos del Hospital Provincial Docente Ambato, Provincia de Tungurahua, se recolecta la información de fuentes primordiales por medio de entrevistas al personal involucrado en el proceso de la investigación.

Alfonso, 2010, pág. (34), manifiesta que: “un estudio de campo es un conjunto de datos que se produce fuera de un entorno experimental o de laboratorio. Este tipo de recopilación de datos se realiza con mayor frecuencia en entornos naturales o ambientes y se puede hacer en una variedad de maneras para diferentes disciplinas. Los estudios de campo son conocidos por ser costoso y oportuno; Sin embargo, la cantidad y la diversidad de los datos recogidos pueden ser inestimables”

3.2.2 Investigación bibliográfica.

Es la que recopila datos bibliográficos del estudio revisando diversas teorías que definen las dos variables analizadas en el estudio, se revisión libros, revistas, web científicas médicas para fundamentar las dos variables tanto la morbimortalidad neonatal como los factores de los parto prematuros.

Hernández, 2011, (pág. 167) menciona que; “depende fundamentalmente de la información que se recoge o consulta en documentos, entendiéndose este término, en sentido amplio, como todo material de índole permanente, es decir, al que se puede acudir como fuente o referencia en cualquier momento o lugar”.

La investigación documental se caracteriza por el empleo predominante de registros gráficos y sonoros como fuentes de información. Generalmente se le identifica con el manejo de mensajes registrados en la forma de manuscritos e impresos, por lo que se le asocia normalmente con la investigación archivística y bibliográfica.

3.3. TIPO DE INVESTIGACIÓN.

De acuerdo a la profundidad del estudio el tipo de investigación a utilizar fue:

3.3.1 Investigación Descriptiva.

La investigación descriptiva permite especificar aspectos característicos de personas, objetos, problemas, comunidades o fenómenos que nos interesa describir.

Hernández, 2008, (pág. 60), menciona que es aquella que se encarga de describir el modo Sistemático, las características de una Población, Situación o área de interés. Aquí en los datos sobre los investigadores recogen basan una hipótesis o teoría, exponencial y resumen la información de manera cuidadosa analizan

meticulosamente, a fin de extraer generalizaciones significativas que contribuyan al conocimiento.

3.3.1 Investigación Analítica.

Buscan explicar las asociaciones factuales entre variables, los factores que intervienen y las relaciones causales.

En este sentido, la identificación la Morbimortalidad neonatal y su relación con los factores desencadenantes de partos prematuros en el servicio de sala de partos del Hospital Provincial Docente Ambato, Provincia de Tungurahua, se logró mediante la descripción y el análisis de los mismos, lo que a la vez permite comprender la realidad actual desde una perspectiva integradora, donde se relacionen los elementos aportando ideas y conocimiento al Hospital Provincial Docente Ambato.

3.4. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.4.1 Población

La población o universo de esta investigación está integrado por: profesionales de la salud del hospital regional docente Ambato en el servicio de sala de partos, (licenciadas en enfermería, auxiliares, internas rotativas de enfermería) y madres gestantes

En el presente estudio la población es de 573 pacientes de partos prematuros en el servicio de sala de partos del Hospital Provincial Docente Ambato.

3.4.2 Muestra

Cálculo de la muestra:

$$n = \frac{4 \times N \times p \times q}{E^2 \times (N-1) + 4 \times p \times q}$$

n = Tamaño de la muestra

N = tamaño de la población (573)

4 = es un constante

P = probabilidad de éxito, que es de 50%

q = probabilidad de fracaso, que es de 50%

E² = error seleccionado por el investigador 10%

$$n = \frac{4*573*50*50}{10^2*(573-1)+4*50*50}$$

$$n = \frac{5730000}{67200}$$

$$n = 85$$

La muestra con la que se trabaja son 85 pacientes de partos prematuros en el servicio de sala de partos del Hospital Provincial Docente Ambato.

3.6. TÉCNICAS E INSTRUMENTO

La Observación permitirá identificar el aspecto y salud general de las madres gestantes, al igual que las condiciones generales en las que se encuentra. Como la encuesta que se utilizará como instrumento un cuestionario que permitirá recolectar información sobre el embarazo, factores protectores, factores agravantes, patologías pre y postnatales, lactancia, alimentación complementaria, vacunas, entre otros.

3.7 PLAN DE RECOLECCION Y PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

Tabla N° 7: Recolección y procesamiento de información

1.- ¿Para qué?	Para alcanzar los objetivos de la investigación y comprobar hipótesis
2.- ¿De qué personas?	De madres embarazadas
3.- ¿Sobre qué aspectos?	La morbimortalidad neonatal y la relación q estos tiene con los partos prematuros
4.- ¿Quién?	Glenda Yomaira López Urbina
5.- ¿Cuándo?	Durante el periodo Enero – Diciembre 2014
6.- ¿Dónde?	Hospital Provincial Docente Ambato en el servicio de Sala de Partos
7.- ¿Cuántas veces?	Las veces que sean necesarias
8.- ¿Con qué técnicas de recolección?	Observación y encuestas
9.- ¿Con qué?	Fichas de observación y cuestionarios

Elaborado por: Yomaira López

3.8. PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Una vez aplicadas las encuestas a madres gestantes se tabularán los datos y se realizarán cuadros y gráficos de los diferentes aspectos que se investigará, para de este modo inferir las conclusiones que llevan a verificar las hipótesis planteadas.

Se procederá a la tabulación de datos para lo cual se realizará tablas que corresponderán a cada ítem o criterio que se busca investigar posteriormente se elaboraran gráficos que pertenecerán a cada tabla con la finalidad de hacer más demostrativos los resultados.

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

4.1. Análisis de los resultados.

Finalizadas las etapas de recolección y procesamiento de información se inicia con uno de los procesos más trascendentales de la investigación, el cual es el análisis de datos ya que es el precedente para la actividad de interpretación, se la realiza en términos de los resultados de la investigación de campo, en donde se pudo recolectar información de primera mano mediante la encuesta, la cual fue aplicada los pacientes que fueron atendidas en la sala de partos del Hospital Regional Docente Ambato.

Los mismos que serán tabulados para determinar el porcentaje que posteriormente serán graficados, obteniendo de esta manera el análisis de resultados.

A continuación se indican los resultados que fueron obtenidos en la encuesta realizada.

Pregunta: 1. ¿Cuántos años tiene?

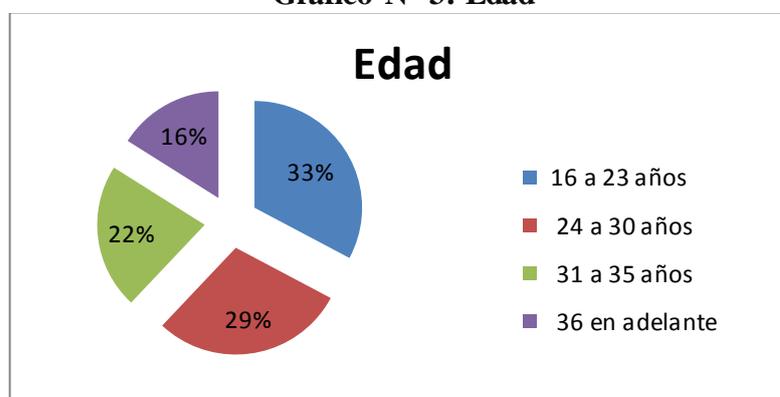
Tabla N° 8: Edad

Opciones	Frecuencia	%
16 a 20 años	28	33%
21 a 28 años	25	29%
29 a 35 años	19	22%
36 en adelante	14	16%
Totales :	85	100%

Fuente: Encuestas realizadas en el Hospital Provincial Docente Ambato

Elaborado por: Yomaira López

Gráfico N° 3: Edad



Fuente: Encuestas realizadas en el Hospital Provincial Docente Ambato

Elaborado por: Yomaira López

Análisis e Interpretación:

Según las encuestas realizadas la edad es uno de los factores desencadenantes de partos prematuros, de las 85 encuestas realizadas 28 mujeres se encuentran en un rango de 16 a 20 años las cuales representan el 33%, 25 mujeres se encuentran en un rango de 21 a 28 años las cuales representan el 29%,

Por lo que según los datos obtenidos el índice de partos prematuros en su mayoría se dan por madres muy jóvenes.

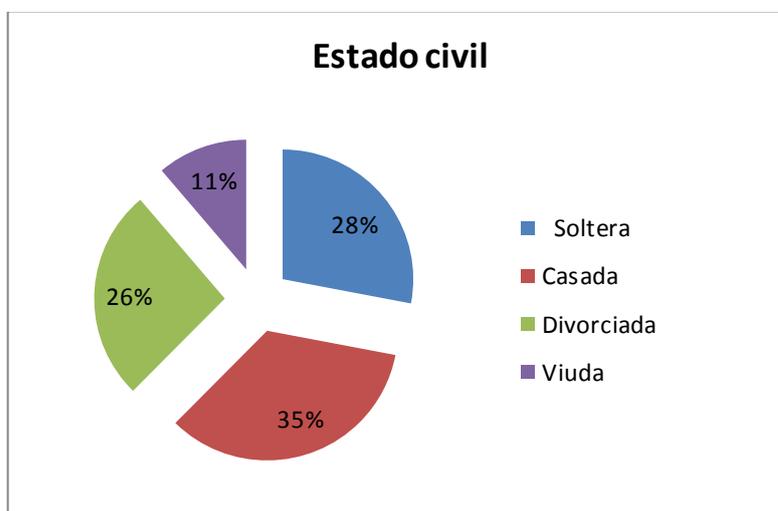
Pregunta N° 2. ¿Cuál es su estado civil?

Tabla N° 9: Estado civil

Opciones	Frecuencia	%
Soltera	24	28%
Casada	30	35%
Divorciada	22	26%
Viuda	9	11%
Totales :	85	100%

Fuente: Encuestas realizadas en el Hospital Provincial Docente Ambato
Elaborado por: Yomaira López

Gráfico N° 4: Estado civil



Fuente: Encuestas realizadas en el Hospital Provincial Docente Ambato
Elaborado por: Yomaira López

Análisis e Interpretación

De las encuestadas realizadas el de mayor porcentaje son las mujeres casadas ya que representan el 34%, luego siguen las mujeres solteras con un porcentaje de 28% el estado civil también es un factor importante para que se den los partos prematuros puesto que en el aspecto emocional se ven afectadas las mujeres que son solteras o divorciadas ya que no cuentan con un apoyo emocional de su pareja y les lleva a tener a sus hijos solas.

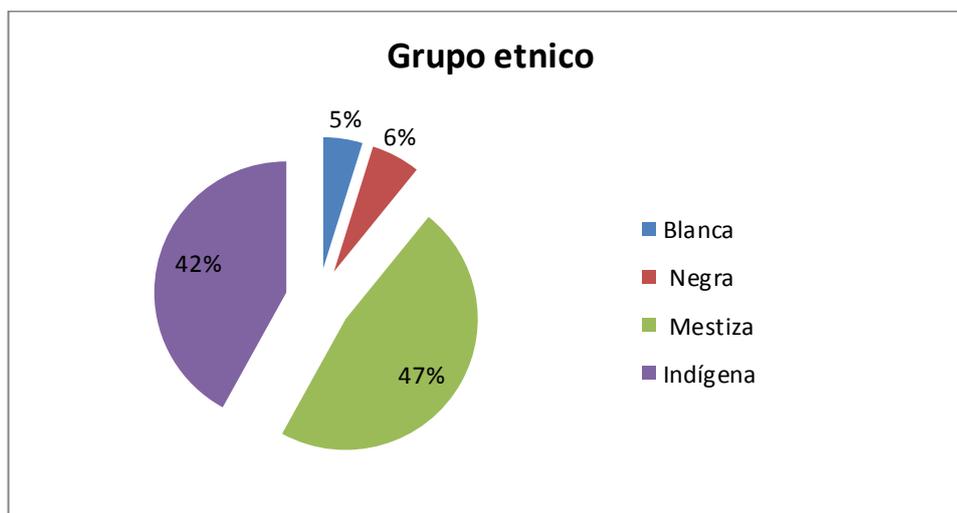
Pregunta N° 3 ¿Cómo se considera (etnia)?

Tabla N° 10: Grupo Étnico

opciones	Frecuencia	%
Blanca	4	5%
Negra	5	6%
Mestiza	40	47%
Indígena	36	42%
Totales :	85	100%

Fuente: Encuestas realizadas en el Hospital Provincial Docente Ambato
Elaborado por: Yomaira López

Gráfico N° 5: Grupo étnico



Fuente: Encuestas realizadas en el Hospital Provincial Docente Ambato
Elaborado por: Yomaira López

Análisis e Interpretación

La etnia es otro factor importante para que se den los partos prematuros y con ende la morbilidad neonatal ya que el grupo étnico tiene sus culturas, creencias es por esto que según las encuestas realizadas el 47% de las mujeres encuestadas corresponde a la raza mestiza, luego le sigue la raza indígena con un porcentaje del 42%,

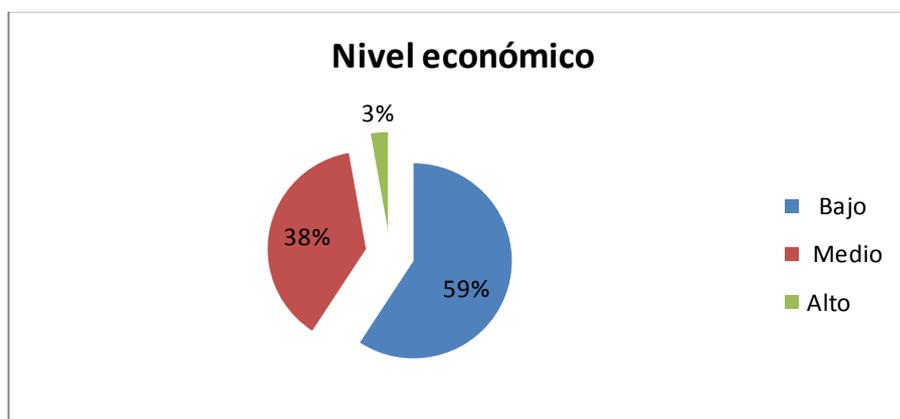
Pregunta N°: 4 ¿Cuál es su nivel socio económico?

Tabla N° 11: Nivel Económico

Opciones	Frecuencia	%
Bajo	50	59%
Medio	32	38%
Alto	3	3%
Totales :	85	100%

Fuente: Encuestas realizadas en el Hospital Provincial Docente Ambato
Elaborado por: Yomaira López

Gráfico N° 6: Nivel Económico



Fuente: Encuestas realizadas en el Hospital Provincial Docente Ambato
Elaborado por: Yomaira López

Análisis e Interpretación

Uno de los principales factores es el nivel económico, de las 85 mujeres que fueron encuestadas de ellas 50 es de un nivel económico bajo correspondiéndole al 59%, el 38% de 32 mujeres encuestadas corresponde al nivel económico medio y el nivel alto corresponde a 3 mujeres encuestadas con apenas el 3% el nivel económico es fundamental por el mejor desarrollo de los bebés prematuros ya que representan un gasto muy significativo claro que la mayoría de gastos lo cubre el gobierno pero incluso para el gobierno es un gasto extra el tener partos prematuros y con ende complicaciones y q los bebés tengan que entrar al servicio de neonatología son gastos significativos.

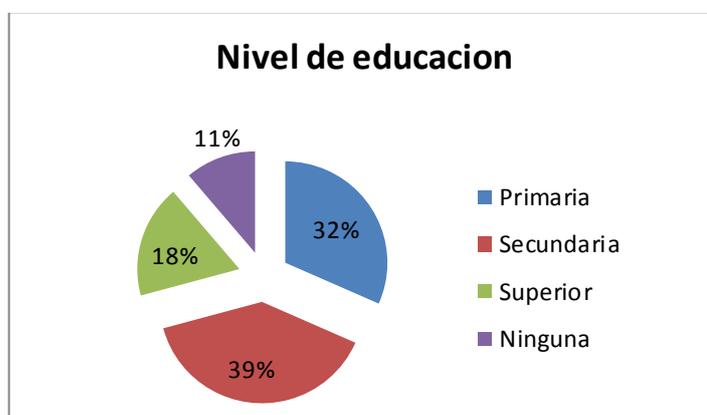
Pregunta N°: 5 ¿Cuál es su nivel de educación?

Tabla N° 12: Nivel de Educación

Opciones	Frecuencia	%
Primaria	27	32%
Secundaria	33	39%
Superior	15	18%
Ninguna	10	11%
Totales :	85	100%

Fuente: Encuestas realizadas en el Hospital Provincial Docente Ambato
Elaborado por: Yomaira López

Gráfico N° 7: Nivel de Educación



Fuente: Encuestas realizadas en el Hospital Provincial Docente Ambato
Elaborado por: Yomaira López

Análisis e Interpretación

Según el nivel de educación el mayor rango de porcentaje corresponde al 39% de 33 mujeres encuestadas que han culminado sus estudios hasta la secundaria, a continuación el 32% han realizado solo la primaria con un porcentaje del 32%, el 18% de 15 mujeres encuestadas han culminado sus estudios superiores y solo 10 mujeres encuestadas no tienen estudios realizados y corresponden al 11%. La mayoría de las mujeres son realizadas la secundaria porque según las encuestas realizadas están en un rango de 16 a 20 años que unas están estudiando aun, el nivel de educación también es importante porque les ayuda abrirse campo para poder superarse y disminuir las tasas de partos prematuros

Pregunta N°: 6 ¿Cuántos hijos tiene?

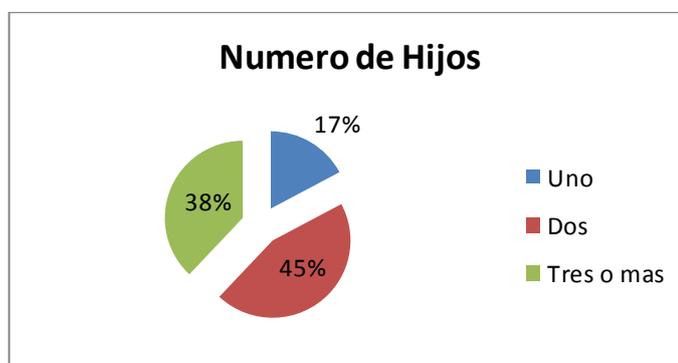
Tabla N° 13: Número de Hijos

Opciones	Frecuencia	%
Uno	14	17%
Dos	38	45%
Tres o mas	32	38%
Totales :	85	100%

Fuente: Encuestas realizadas en el Hospital Provincial Docente Ambato

Elaborado por: Yomaira López

Gráfico N° 8: Número de Hijos



Fuente: Encuestas realizadas en el Hospital Provincial Docente Ambato

Elaborado por: Yomaira López

Análisis e Interpretación

Las encuestas realizadas el 45% de 38 mujeres encuestadas tienen dos hijos en segundo lugar se encuentran las mujeres que tienen tres o más hijos de 32 mujeres encuestadas. Por lo que es de gran importancia identificar el número de hijos que tienen por el periodo intergeneracional en su mayoría es muy corto y son multiparas, estos son indicadores para que se den los partos prematuros.

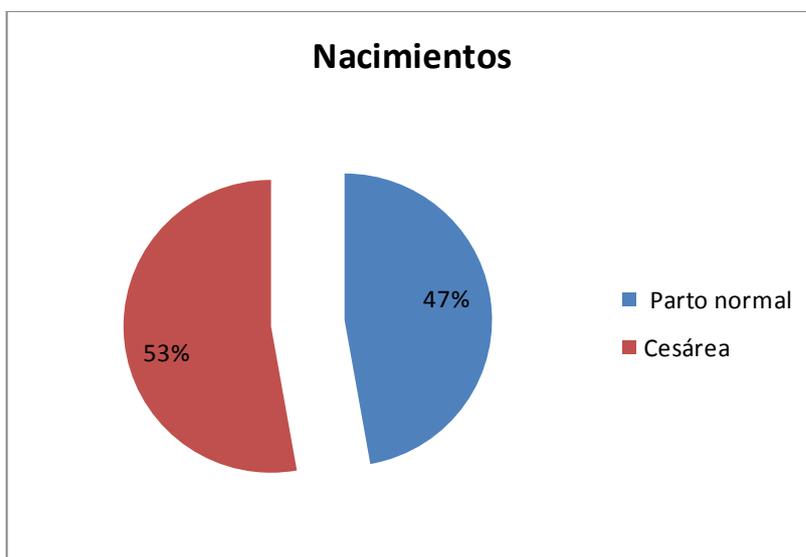
Pregunta N°: 7 ¿Cómo fue el nacimiento de su bebe?

Tabla N° 14: Nacimiento

Opciones	Frecuencia	%
Parto normal	40	47%
Cesárea	45	53%
Totales :	85	100%

Fuente: Encuestas realizadas en el Hospital Provincial Docente Ambato
Elaborado por: Yomaira López

Gráfico N° 9: Nacimientos



Fuente: Encuestas realizadas en el Hospital Provincial Docente Ambato
Elaborado por: Yomaira López

Análisis e Interpretación

Las complicaciones que pueden presentarse durante parto normal o cesárea contribuyen un problema muy importante para que se dé la morbilidad neonatal de 85 mujeres embarazadas 45 de ellas el nacimiento de su bebe fue por cesárea quizás por presentar complicaciones o prematuridad extrema que no le permite un parto normal y corresponde al 53%, 40 mujeres encuestadas fueron parto normal con un porcentaje del 47%.

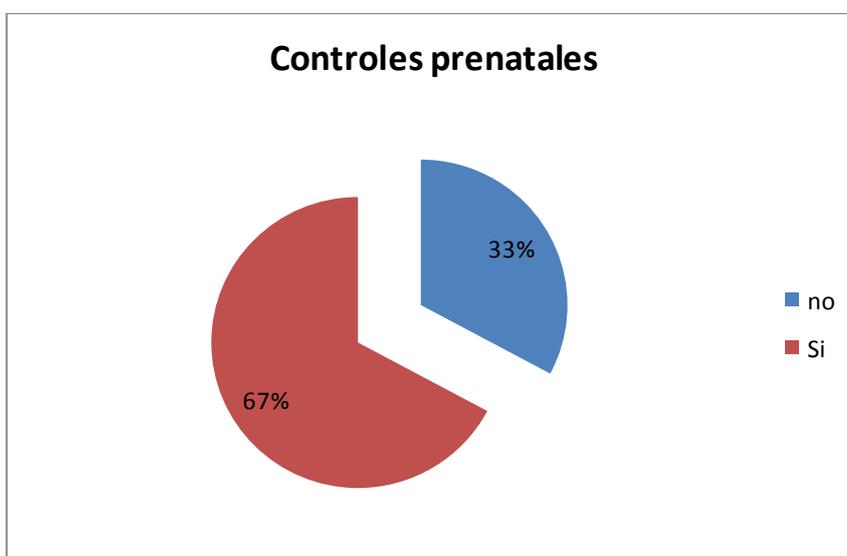
Pregunta N° 8 ¿Acude a los controles prenatales mensualmente?

Tabla N° 15: Controles Prenatales

Opciones	Frecuencia	%
Si	28	33%
No	57	67%
Totales :	85	100%

Fuente: Encuestas realizadas en el Hospital Provincial Docente Ambato
Elaborado por: Yomaira López

Gráfico N° 10: Controles prenatales



Fuente: Encuestas realizadas en el Hospital Provincial Docente Ambato
Elaborado por: Yomaira López

Análisis e Interpretación:

Los controles prenatales en un factor fundamental ya que nos permite ver el desarrollo periódico del bebe como va evolucionando el embarazo si no hay un seguimiento continuo de los controles y así evitar los partos prematuros o complicaciones durante el embarazo, según las 85 mujeres encuestadas 28 de ellas no han acudido a los controles prenatales y corresponde un 33% siendo mayoría las mujeres que si han acudido a los controles prenatales con un porcentaje del 67%.

Pregunta N°: 9 ¿Cuántos controles se ha realizado durante el embarazo?

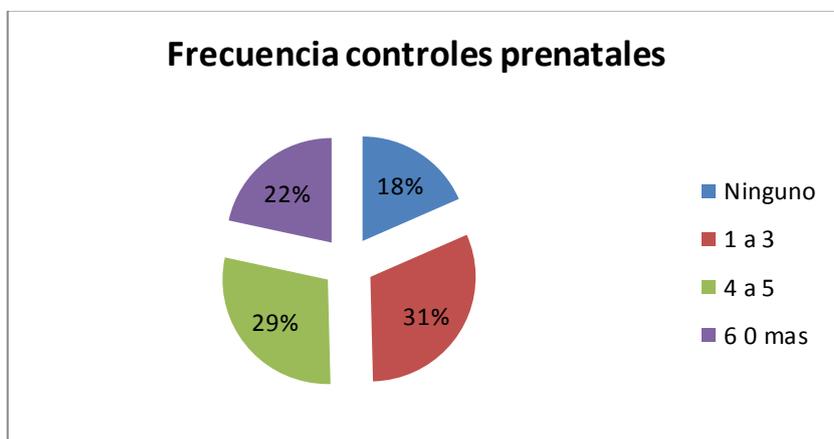
Tabla N° 16: Frecuencia de Controles Prenatales

Opciones	Frecuencia	%
Ninguno	15	18%
1 a 3	26	31%
4 a 5	25	29%
6 0 mas	19	22%
Totales :	85	100%

Fuente: Encuestas realizadas en el Hospital Provincial Docente Ambato

Elaborado por: Yomaira López

Gráfico N° 11: Frecuencia Controles Prenatales



Fuente: Encuestas realizadas en el Hospital Provincial Docente Ambato

Elaborado por: Yomaira López

Análisis e Interpretación

Según el ministerio de salud los controles mínimos que se debe realizar una mujer embarazada son 5. Al aplicar las encuestas. las mujeres acuden a los controles prenatales de una a tres controles corresponde al 31% de 26, en segundo lugar de 25 mujeres encuestadas acuden de 4 a 5 controles con un porcentaje de 29%, el 22% de mujeres han acudido a seis o más controles el seguimiento del embarazo es fundamental para un buen desarrollo del bebe, si las madres no acuden a todos los controles establecidos puede que presenten alguna anomalía o malformaciones que no puedan ser detectadas a tiempo y así evitar partos prematuros y por ende la morbilidad o mortalidad neonatal.

Pregunta N°: 10 ¿Ha tenido alguna complicación durante el embarazo?

Tabla N° 17: Complicaciones durante el embarazo

Opciones	Frecuencia	%
Si	63	74%
No	22	26%
Totales :	85	100%

Fuente: Encuestas realizadas en el Hospital Provincial Docente Ambato
Elaborado por: Yomaira López

Gráfico N° 12: Complicaciones durante el embarazo



Fuente: Encuestas realizadas en el Hospital Provincial Docente Ambato
Elaborado por: Yomaira López

Análisis e Interpretación

Según la encuesta realizada 63 mujeres que fueron encuestadas el 74% afirman que han tenido complicaciones durante el embarazo y el 26% de mujeres que fueron entrevistadas 22 negaron no haber tenido complicaciones.

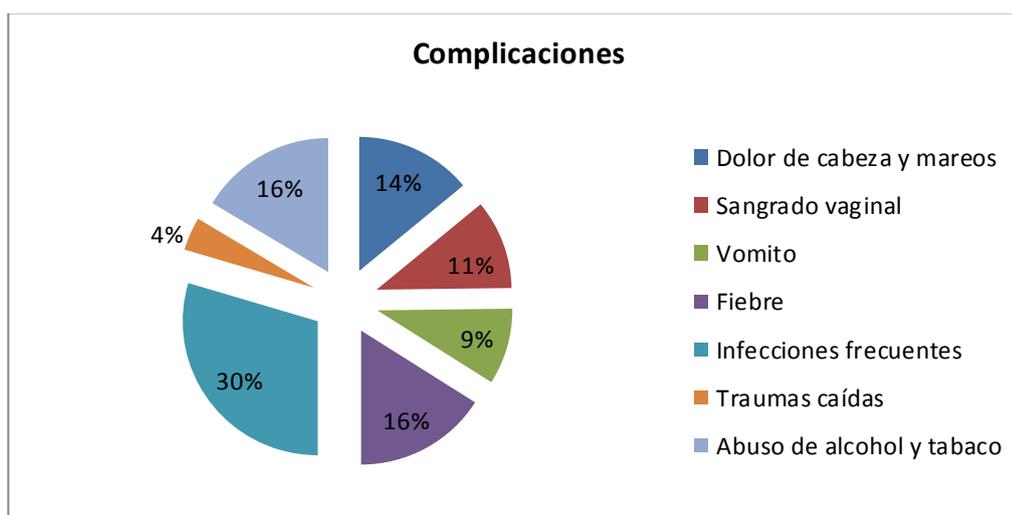
Pregunta N°: 11 ¿Cuál de estas complicaciones presento durante el embarazo?

Tabla N° 18: Complicaciones durante el embarazo

Opciones	Frecuencia	%
Dolor de cabeza y mareos	12	14%
Sangrado vaginal	9	11%
Vomito	8	9%
Fiebre	14	16%
Infecciones frecuentes	26	30%
Traumas caídas	3	4%
Abuso de alcohol y tabaco	14	16%
Totales :	85	100%

Fuente: Encuestas realizadas en el Hospital Provincial Docente Ambato
Elaborado por: Yomaira López

Gráfico N° 13: Complicaciones



Fuente: Encuestas realizadas en el Hospital Provincial Docente Ambato
Elaborado por: Yomaira López

Análisis e Interpretación

Según las encuestas realizadas las infecciones corresponde al 30% de complicaciones que presentan las mujeres durante el embarazo, la fiebre y el abuso de alcohol y tabaco corresponde el 16%,. Las complicaciones que se mencionó anteriormente son importantes ya que son las causantes de partos prematuros.

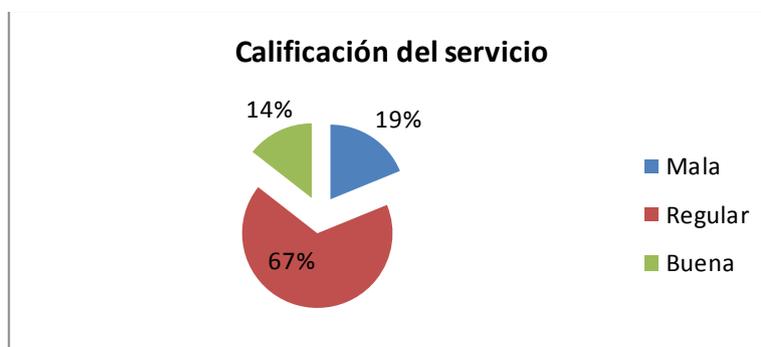
Pregunta N°: 12 ¿Cómo califica a la atención brindada en este servicio del Hospital Provincial Docente Ambato?

Tabla N° 19: Calificación del servicio

Opciones	Frecuencia	%
Mala	16	19%
Regular	57	67%
Buena	12	14%
Totales :	85	100%

Fuente: Encuestas realizadas en el Hospital Provincial Docente Ambato
Elaborado por: Yomaira López

Gráfico N° 14: Calificación del servicio



Fuente: Encuestas realizadas en el Hospital Provincial Docente Ambato
Elaborado por: Yomaira López

Análisis e Interpretación

La atención brindada por el servicio en su mayoría contestaron que es regular quizás la infraestructura y el personal tienen mucho que ver para que no califique como buena. Según las encuestas realizadas 67% de mujeres que fueron entrevistadas 57 afirman que la atención del servicio es regular, el 19% que son 16 mujeres afirman que es mala la atención y el 14% que corresponde a 12 mujeres encuestadas contestaron que es buena la atención.

Pregunta 13. ¿Cuál fue el factor principal para que su hijo fuese ingresado al servicio de neonatología?

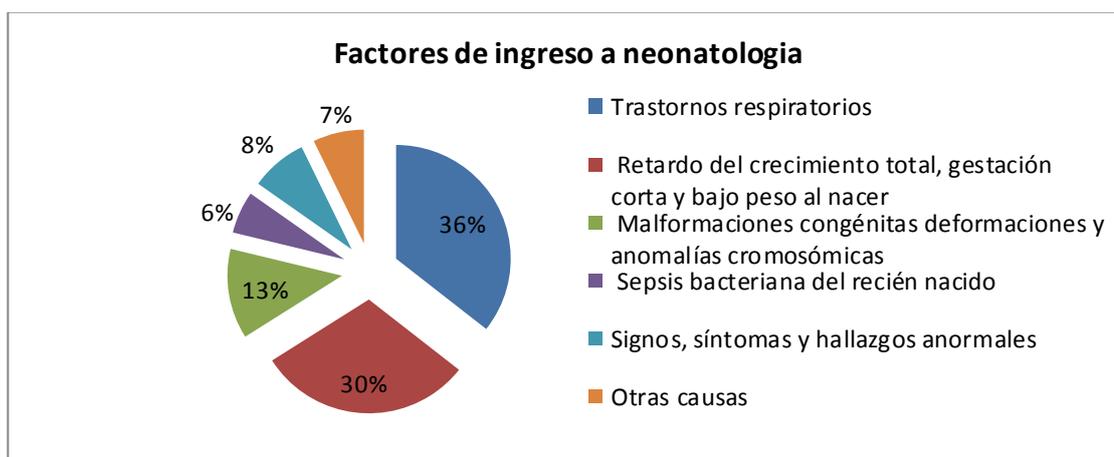
Tabla N° 20: Factores de ingreso a neonatología

Opciones	Frecuencia	%
Trastornos respiratorios	31	36%
Retardo del crecimiento total, gestación corta y bajo peso al nacer	26	30%
Malformaciones congénitas deformaciones y anomalías cromosómicas	11	13%
Sepsis bacteriana del recién nacido	5	6%
Signos, síntomas y hallazgos anormales	7	8%
Otras causas	6	7%
Totales :	85	100 %

Fuente: Encuestas realizadas en el Hospital Provincial Docente Ambato

Elaborado por: Yomaira López

Gráfico N° 15: Factores de ingreso a Neonatología



Fuente: Encuestas realizadas en el Hospital Provincial Docente Ambato

Elaborado por: Yomaira López

Análisis e Interpretación

Según la encuesta realizada el 36% de niños han sido ingresados al servicio de neonatología por presentar trastornos respiratorios, a continuación con el 30% se encuentran los bebés con retardo del crecimiento total, todas estas complicaciones que presentan los bebés son un indicador de ingreso al servicio de neonatología en donde se dará el cuidado oportuno que amerite recibir cada uno de los bebés ingresados a dicho servicio.

4.2 VERIFICACIÓN DE HIPÓTESIS

Para la verificación de los resultados se utilizó las siguientes preguntas de la encuesta:

Pregunta 12. ¿Acude a los controles prenatales mensualmente?

Pregunta 13. ¿Cuál fue el factor principal para que su hijo fuese ingresado al servicio de neonatología?

Análisis de Chi Cuadrado

Para la comprobación de la hipótesis se siguieron los siguientes pasos:

1. Planteo de hipótesis

a) Modelo Lógico

Hipótesis alternativa

Hi: El acudir a los controles prenatales mensualmente **SI** influye en la Morbimortalidad neonatal y su relación con los factores desencadenantes de partos prematuros

Hipótesis nula

Hi: El acudir a los controles prenatales mensualmente **NO** influye en la Morbimortalidad neonatal y su relación con los factores desencadenantes de partos prematuros

b) Modelo Matemático

Ho; $O = E$

H1; $O \neq E$

c) Modelo estadístico

$$X^2 = \sum \frac{(O - E)^2}{E}$$

X^2 = Chi cuadrado

O = Frecuencias observadas

E = Frecuencias esperadas

2. Calculo de grados de libertad

$$gl = (f-1)(c-1)$$

$$gl = (2 - 1)(6 - 1)$$

$$gl = (1) (5)$$

$$gl = 5$$

Distribución Chi Cuadrado

P = Probabilidad de encontrar un valor mayor o igual que el chi cuadrado tabulado, α = Grados de Libertad

Tabla N° 21: Distribución Chi Cuadrado

g	p										
	0.001	0.025	0.05	0.1	0.25	0.5	0.75	0.9	0.95	0.975	0.999
1	10.827	5.024	3.841	2.706	1.323	0.455	0.102	0.016	0.004	0.001	0
2	13.815	7.378	5.991	4.605	2.773	1.386	0.575	0.211	0.103	0.051	0.002
3	16.266	9.348	7.815	6.251	4.108	2.366	1.213	0.584	0.352	0.216	0.024
4	18.466	11.143	9.488	7.779	5.385	3.357	1.923	1.064	0.711	0.484	0.091
5	20.515	12.832	11.07	9.236	6.626	4.351	2.675	1.61	1.145	0.831	0.21

Elaborado por: Yomaira López

Se encontró el grado de libertad correspondiente: $gl = 5$

El valor tabulado de X_t^2 con 5 grados de libertad y un nivel de significación de 0,05 es de 11.07.

3. Cálculo de X^2

Frecuencias Observadas

Pregunta 12. ¿Acude a los controles prenatales mensualmente?

Pregunta 13. ¿Cuál fue el factor principal para que su hijo fuese ingresado al servicio de neonatología?

Tabla N° 22: Frecuencias Observadas

22. ¿Acude a los controles prenatales mensualmente?				
		<u>SI</u>	<u>NO</u>	<u>TOTAL</u>
13. ¿Cuál fue el factor principal para que su hijo fuese ingresado al servicio de neonatología?	Otras Causas	1	4	5
	Signos, síntomas y hallazgos anormales	4	2	6
	Sepsis bacteriana del recién nacido	4	2	6
	Malformaciones congénitas deformaciones y anomalías cromosómicas	5	6	11
	Retardo del crecimiento total, gestación corta y bajo peso al nacer	10	16	26
	Trastornos respiratorios	4	27	31
	TOTAL	28	57	85

Elaborado por: Yomaira López

Frecuencias esperadas

Tabla N° 23: Frecuencias esperadas

22. ¿Acude a los controles prenatales mensualmente?				
		<u>SI</u>	<u>NO</u>	<u>TOTAL</u>
13. ¿Cuál fue el factor principal para que su hijo fuese ingresado al servicio de neonatología?	Otras Causas	1,65	3,35	5,00
	Signos, síntomas y hallazgos anormales	1,98	4,02	6,00
	Sepsis bacteriana del recién nacido	1,98	4,02	6,00
	Malformaciones congénitas deformaciones y anomalías cromosómicas	3,62	7,38	11,00
	Retardo del crecimiento total, gestación corta y bajo peso al nacer	8,56	17,44	26,00
	Trastornos respiratorios	10,21	20,79	31,00
	TOTAL	28,00	57,00	85

Elaborado por: Yomaira López

Cálculo Matemático Chi Cuadrado

Tabla N° 24: Cálculo Matemático Chi Cuadrado

	$X^2 = \sum \frac{(O-E)^2}{E}$	O	E	O - E	(O - E) ²	(O - E) ² E
Otras causas/ SI		1	1,65	-0,65	0,418685121	0,254201681
Otras causas/No		4	3,35	0,65	0,418685121	0,124871001
Signos, síntomas y hallazgos anormales/ Si		4	1,98	2,02	4,09467128	2,071708683
Signos, síntomas y hallazgos anormales/ No		2	4,02	-2,02	4,09467128	1,017681459
Sepsis bacteriana del recién nacido / Si		4	1,98	2,02	4,09467128	2,071708683
Sepsis bacteriana del recién nacido/ No		2	4,02	-2,02	4,09467128	1,017681459
Malformaciones congénitas deformaciones y anomalías cromosómicas/ Si		5	3,62	1,38	1,89467128	0,522880061
Malformaciones congénitas deformaciones y anomalías cromosómicas/ No		6	7,38	-1,38	1,89467128	0,256853363
Retardo del crecimiento total, gestación corta y bajo peso al nacer/ Si		10	8,56	1,44	2,060069204	0,240530058
Retardo del crecimiento total, gestación corta y bajo peso al nacer/ No		16	17,44	-1,44	2,060069204	0,118155116
Trastornos respiratorios /Si		4	10,21	-6,21	38,58602076	3,778584982
Trastornos respiratorios/ No		27	20,79	6,21	38,58602076	1,856147009
					x²c=	13,33100356

Elaborado por: Yomaira López

El valor de X_c^2 para los valores observados es de 13,3310

4. Decisión final

El valor de $X_t^2 = 11.07 < X_c^2 = 13,3310$

$13,3310 > 11.07$

Como el valor de X^2 calculado (**13.3310**) es mayor que el valor de X^2 tabulado (**11.07**). Por consiguiente se rechaza la hipótesis nula y nos quedamos con la hipótesis alterna o del investigador, es decir que “El acudir a los controles prenatales mensualmente **SI** influye en la Morbimortalidad neonatal y su relación con los factores desencadenantes de partos prematuros.

Por lo tanto se acepta la hipótesis altera

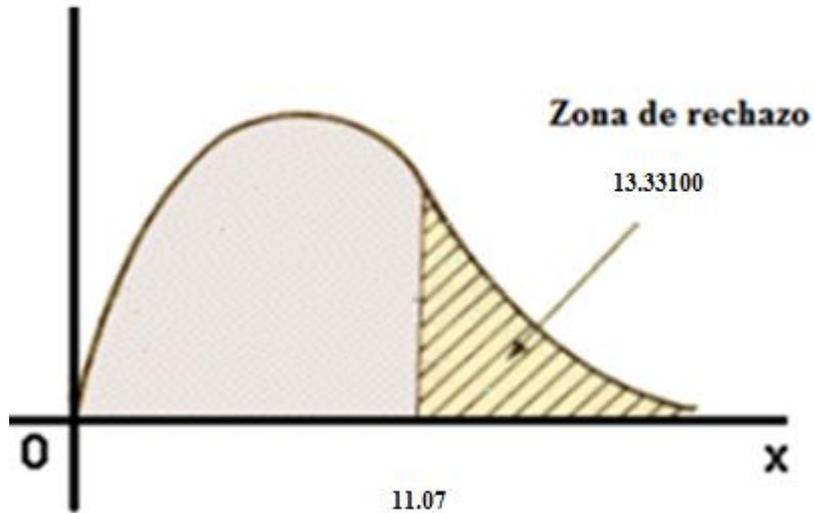


Gráfico N° 16: Campana de Gaus
Elaborado por:Yomaira López

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

- La morbilidad neonatal se relaciona con los factores desencadenantes de partos prematuros, las causales sociales se establece en los resultados el 59% de madres gestantes tiene un status económico – social bajo, su nivel de educación oscila entre primaria y secundaria, la primera tiene un 32% y la segunda 39%, lo cual motiva la deficiente educación para un embarazo adecuado, además el 53% tuvo un parto con cesárea, por ello los partos prematuros se ha presentado en estas mujeres gestantes.
- Según los resultados que esta investigación abarca las principales causas de morbilidad y mortalidad neonatal y por lo que han requerido ingresar al servicio de neonatología son: el 36% por trastornos respiratorios, el 30% por retardo del crecimiento total, gestación corta y bajo peso al nacer, que pueden ocasionar la muerte de los neonatos,
- Los factores desencadenantes de partos prematuros son: un 33% no acude a los controles prenatales, el 31% se han realizado entre 1 a 3 controles y el 29% entre 4 a 5 controles, que motivan a que exista un inadecuado seguimiento de un embarazo sano, el 74% presentan complicaciones en su embarazo con mayor relevancia las siguientes: el 30% por infecciones frecuentes, el 16% fiebre, el 16% han abusado del alcohol y las drogas, el 14% dolores de cabeza y mareos, los cuales puede incidir en partos prematuros

- La atención que brinda el hospital según las encuestas realizadas es regular pero necesita mejorar a través de planes de salud, que logren la atención integral en mujeres gestantes para la prevención de partos prematuros.

5.2 RECOMENDACIONES

- Mejorar la calidad de vida de las mujeres gestantes mediante actividades de educación para la salud, que motiven al acceso a la información, sobre las medidas para un embarazo sin riesgo, con el apoyo del personal de enfermería durante los controles prenatales, que incluyan además actividades de formación organizadas en el hospital.
- Concienciar sobre los cuidados que debe llevar durante el embarazo para así evitar la morbilidad y mortalidad neonatal, mediante la educación, y vinculación con las madres gestantes,
- Impartir información sobre la importancia de los controles prenatales, su frecuencia durante cada trimestre del embarazo además de la participación activa de las mujeres gestantes en todas las etapas de sensibilización, que además pueden incluir jornadas para realización de ejercicio físicos, talleres sobre los cambios físicos, la alimentación y las complicaciones en el embarazo de mayor riesgo que necesitan atención oportuna y rápida.
- Diseñar planes de salud, que logren la atención integral en mujeres gestantes para la prevención de partos prematuros. Por lo que es recomendable promover actividades educativas, sensibilización, comunicación, y la aplicación de protocolos del Ministerio de Salud del Ecuador.

CAPITULO VI

PROPUESTA

6.1 Datos informativos

6.1.1.- Tema:

Plan de educación dirigida a mujeres gestantes para la prevención de partos prematuros en el Hospital Provincial Docente Ambato.

6.1.2.- Institución

- Carrera de Enfermería.
- Universidad Técnica de Ambato.
- Hospital Provincial Docente Ambato

6.1.3.- Beneficiarios

- Madres gestantes

6.1.4.- Ubicación sectorial

- Provincia: Tungurahua
- Cantón: Ambato
- Parroquia: La Merced

6.1.5.- Tiempo estimado para la ejecución

Un año

6.1.6.- Equipo técnico responsable

Investigadora, tutor de tesis.

6.2 ANTECEDENTES DE LA PROPUESTA

El 59% de madres gestantes tiene un status económico – social bajo, su nivel de educación es el siguiente el 32% primaria y el 39% secundaria,

El 53% tuvo un parto con cesárea, los niños que han ingresado lo han hecho por el 36% por trastornos respiratorios, el 30% por retardo del crecimiento total, gestación corta y bajo peso al nacer.

Con respecto a los controles prenatales, un 33% no acude mensualmente, el 31% ha tenido entre 1 a 3 controles y el 29% entre 4 a 5 controles

El 74% presento complicaciones en su embarazo, las cuatro complicaciones más relevantes son: 30% infecciones frecuentes, el 16% fiebre, el 16% abuso de alcohol y las drogas, el 14% ha presentado dolores de cabeza y mareos, los cuales puede incidir en partos prematuros.

Todos estos resultados determinan la necesidad de ejecutar la propuesta en base a las necesidades de la mujer gestante

6.3. Justificación

La presente propuesta es de importancia por la aplicación de estrategias que influyan en la oportuna atención de madres gestantes y educación para la salud, mediante actividades que promuevan, el control prenatal, la alimentación, información sobre los cambios físicos y los riesgos cuando no existen los cuidados necesarios y hábitos tóxicos que pueden acarrear la mortalidad materna o infantil.

Es de utilidad porque permitirá establecer actividades que ayuden a la mejora de la atención, pero sobre todo a un acceso a la información sobre los cuidados en el embarazo, desde el ámbito de la prevención primaria, aunque se ejecuten

adecuados protocolos, si las madres no toman las medidas necesarias lograr un embarazo sin riesgo, los esfuerzos profesionales del personal de enfermería no serán significativos.

Es de interés establecer acciones específicas desde el Hospital para crear un interés por la atención y prevención de riesgos en mujeres gestantes basado sobre todo en los principales factores relacionados con la calidad y los estilos de vida.

Los beneficiarios son:

Las mujeres en edad fértil y las madres gestantes que necesitan una atención de calidad, basado en actividades y acciones, que ayuden al control prenatal, el acceso a la información para la prevención de enfermedades y riesgos durante el embarazo.

6.4. Objetivos

6.4.1 Objetivo general

Concientizar a las madres gestantes que acuden a la consulta sobre la importancia de los controles prenatales y las complicaciones derivadas de los mismos.

6.4.2 Objetivos específicos

- Educar sobre la importancia de la atención a la mujer en el periodo gestacional.
- Incentivar a las madres que acudan a los controles prenatales.
- Analizar las estrategias y acciones específicas para el cumplimiento
- Informar al personal sobre la importancia de la asistencia de las madres gestantes a los controles prenatales.
- Evaluar las acciones ejecutadas para el control y seguimiento con la participación activa del personal.

6.5. Análisis de factibilidad

6.5.1 Factibilidad Tecnológica

Es factible porque cuenta con los recursos y herramientas para la aplicación de la propuesta a través de videos, diapositivas, la investigadora tiene los recursos para el diseño de las actividades de la propuesta, con el apoyo y asesoramiento de un profesional de salud, para el manejo de temáticas.

6.5.2 Factibilidad Técnica

Para la realización de la propuesta se ha realizado una revisión de la información técnica sobre la atención a la mujer gestante sobre todo de manuales donde se establece específicamente las actividades que se deben realizar, las mismas que serán sensibilizadas al personal de salud y a las futuras madres.

6.5.3 Factibilidad económica

La propuesta no representa un valor representativo alto para la investigadora, porque se cuenta con el apoyo de la institución que tiene las herramientas necesarias para educar a las madres, y los equipos para la realización de actividades de sensibilización, además con guías y otros recursos elaborados por el Ministerio de Salud, el costo no es representativo, pero si está de quien la ejecutora

6.5.4 Factibilidad operativa organizacional

La entidad brinda todo su apoyo a la ejecución de la propuesta, para trabajar con las mujeres en edad fértil, se cuenta con los espacios necesarios para las actividades de capacitación y sensibilización, a través de charlas, asesoramiento, dentro de los objetivos del Ministerio de Salud se busca disminuir la

morbimortalidad neonatal, determinando actividades y acciones específicas dentro de los hospitales y centros de salud.

6.6. Fundamentación científica

Control prenatal

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.

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

Embarazo de bajo riesgo o normal

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

Embarazo de alto riesgo obstétrico

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

Frecuencia de las visitas prenatales

Tabla N° 25: Frecuencia de las visitas prenatales

Semanas gestación	Frecuencia
< 12 semanas	1ª visita
12-36 semanas	Cada 4-6 semanas
37- <41 semanas	Cada 2 semanas
41-42 semanas	Cada 48 horas hasta finalización de la gestación

Fuente: (Sánchez, De Miguel, & De la Puente, 2009)

Primera visita prenatal

La primera consulta prenatal debe realizarse lo más precozmente posible y preferiblemente de forma conjunta por el médico/a de familia.

Existe evidencia científica de que una primera visita antes de las 12 semanas de gestación se acompaña de mejores resultados perinatales.

Actividades

Tabla N° 26: Actividades

Historia clínica
Datos de filiación
Historia social
Antecedentes familiares
Antecedentes personales
Antecedentes gineco-obstétricos
Exploración general
Exploración gineco-obstétrica
Inspección genitales externos Citología vaginal, si fuera necesario Detección de frecuencia cardíaca fetal
Pruebas complementarias
Analítica básica de la primera visita Solicitud de 1ª ecografía Solicitud de diagnóstico prenatal genético, si existen factores de riesgo Solicitud de revisión odontológica
Suplementaciones
Profilaxis con ácido fólico
Valoración de riesgo gestacional
Entrega y complementación de la “cartilla de salud del embarazo”
Promoción de la salud y educación sanitaria

Fuente: (Sánchez, De Miguel, & De la Puente, 2009)

Importancia del control prenatal

El control prenatal consiste en un conjunto de actividades dirigidas a la embarazada con la finalidad de obtener el mejor grado de salud de ella y de su hijo, y prevenir el riesgo de muerte o de alguna complicación del embarazo.

Para que el control prenatal sea eficaz, deberá ser: oportuno, continuo, integral y extenso

Tabla N° 27: Cronología de las actividades de las consultas prenatales peso de la mujer durante el embarazo

Actividades	Semanas	Consulta				
		1 20	2 22-24	3 27-29	4 33-35	5 38-40
Entrevista		X				
Examen clínico		X				
Examen ginecológico		X				
Diagnóstico de embarazo y Fecha Probable de Parto		X				
Detección de edad gestacional		X	X	X	X	X
Medición de peso		X	X	X	X	X
Medición de talla		X				
Detección de la tensión arterial		X	X	X	X	X
Detección del número de fetos		X	X	X	X	X
Evaluación de la cantidad de líquido amniótico		X	X	X	X	X
Diagnóstico de vida fetal		X	X	X	X	X
Evaluación del crecimiento fetal			X	X	X	X
Determinación de grupo sanguíneo y Rh		X				
Determinación de la glucemia		X				
Examen de orina		X	X	X		
Detección de sífilis		X			X	
Determinación de hemoglobina		X		X		
Evaluación de la pelvis					X	
Diagnóstico de la presentación fetal				X	X	X
Evaluación de riesgos		X	X	X	X	X
Examen odontológico		X				
Aplicación de toxoide tetánico			X	X		
Administración de sulfato ferroso y ácido fólico.		X	X	X	X	X
Educación para la salud		X	X	X	X	X

Fuente:(Tezoquipa & Lozano, 2010)

Para evaluar la ganancia de peso durante el embarazo e identificar el riesgo de bajo peso en forma temprana en los recién nacidos. (Tezoquipa & Lozano, 2010)

Incremento de peso en la mujer durante el embarazo

El aumento trimestral es como sigue:

Primero 1 a 1.5 kg., el trimestre

Segundo 1 a 1.5 kg., cada mes

Tercero 1.5 a 2 kg., cada mes

Ganancia total en general: 9 a 12 kg.8 (Tezoquipa & Lozano, 2010)

¿Cómo se mide el crecimiento uterino?

Con una cinta métrica. Un extremo de la cinta se fija con los dedos de la mano en el borde superior del pubis y entre los dedos índices y mayor de la otra mano se desliza la cinta hasta que el borde cubital de esa misma mano alcance el fondo uterino.

Los cambios en la altura uterina pueden indicar la presencia de alteraciones como:

- Aumento del fondo uterino
- Embarazo molar
- Embarazo gemelar
- Embarazo múltiple
- Polihidramnios
- Tumor o ascitis
- Crecimiento uterino lento
- Desnutrición materna
- Bajo peso del bebé
- Situación transversa
- Defecto fetal
- Oligohidramnios
- Aborto retenido o muerte fetal

Tabla N° 28: Crecimiento uterino en relación con las semanas de gestación

SEMANAS	ALTURA UTERINA
4	No se palpan partes fetales
9	
13	
18	16cm
22	20cm
27	24cm
31	28cm
36	32cm
40	30 cm

Fuente:(Tezoquipa & Lozano, 2010)

¿Qué signos y síntomas de riesgo debe informar la enfermera (o) a la mujer embarazada?

1. Hemorragia vaginal
2. Edema de cara o dedos
3. Cefaleas intensas o continuas
4. Visión disminuida o borrosa
5. Dolor abdominal
6. Vómitos persistentes
7. Escalofríos o fiebre
8. Disuria (dolor y ardor al orinar)
9. Pérdida de líquido por la vagina
10. Cambios importantes en la frecuencia o intensidad de los movimientos fetales

¿Cuáles son los signos y síntomas prioritarios que la enfermera (o) debe identificar después de la semana 36 y que ameritan el traslado de la mujer embarazada a una unidad médica?

Náuseas, vómitos, cefalea persistente, acúfenos, fosfenos, sangrado transvaginal, salida de líquido amniótico y ausencia o disminución de movimientos fetales.

Enfoques del control prenatal

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.
- 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 cultural con comprensión de las prácticas ancestrales de curación de acuerdo a la diversidad cultural de la zona de atención.

4. Periódico

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 mínimo 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

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.

6.7. Modelo Operativo

Tabla N° 29: Modelo Operativo

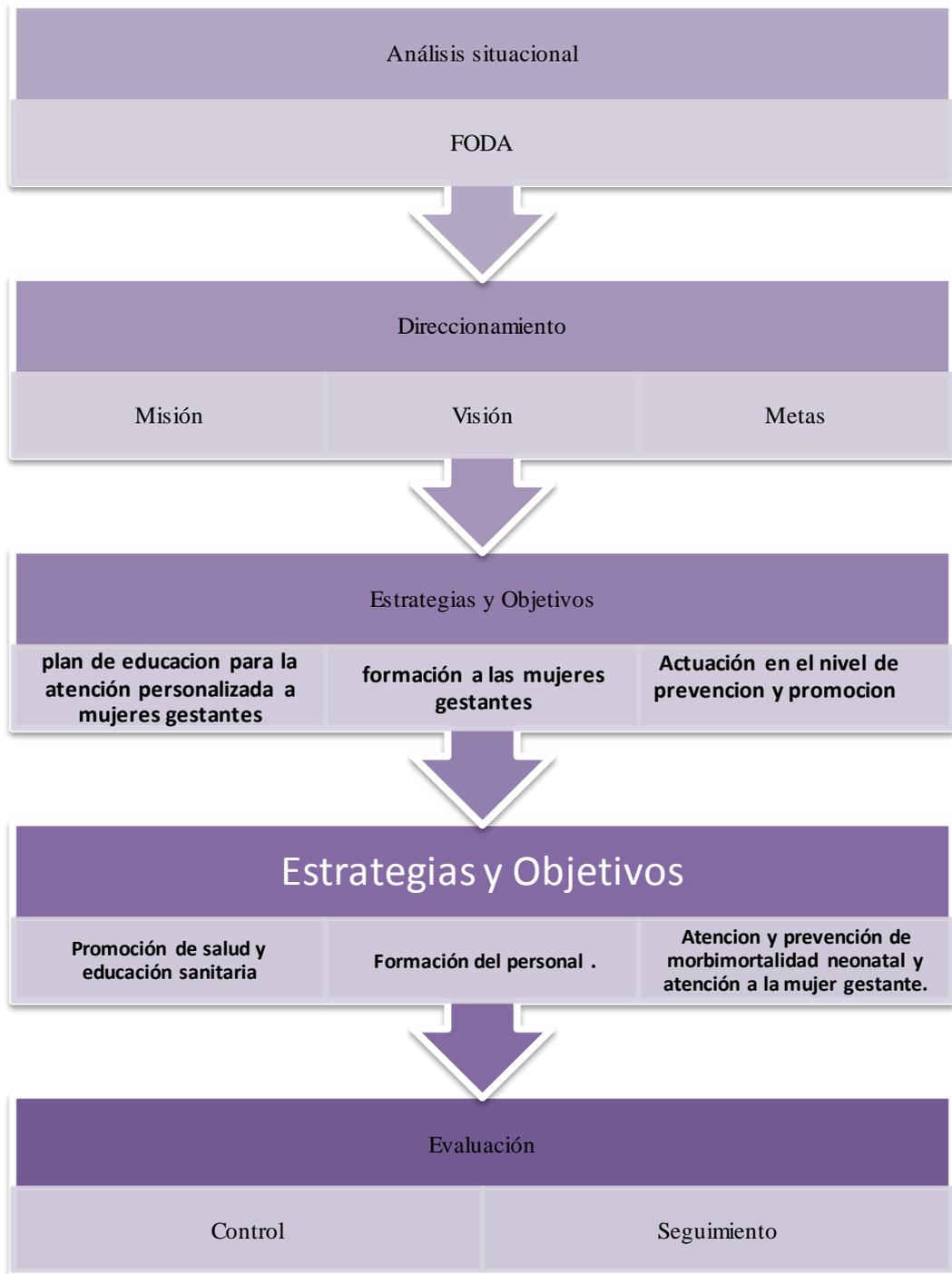
FASES	OBJETIVOS	ACTIVIDADES	RECURSOS	RESPONSABLE	TIEMPO	PRODUCTO
Educación	Educación sobre la importancia de la atención a la mujer en el periodo gestacional, e incentivar a las madres que acudan a los controles prenatales.	Charlas educativas y motivadoras sobre los controles prenatales	Computador Proyector USB Materiales de oficina	Investigadora	1 semana	Concurrencia de madres gestantes a la consulta
Análisis	Analizar la situación actual de la atención a la gestante en el Hospital Regional Docente Ambato	Análisis de las fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas relacionados con la atención a la gestante	Computador/laptop Proyector Internet USB Materiales de oficina	Investigadora	1 semana	Análisis FODA
Sensibilización	Sensibilizar sobre la importancia de la prevención de partos prematuros y la atención a la mujer gestantes a través de educación para la salud.	Reuniones para dar a conocer las estrategias planificadas con el personal de enfermería	Computador/laptop Proyector Internet USB Materiales de oficina	Investigadora	1 semana	2 reuniones con el personal de ejecución
Planificación	Planificar las actividades que van ejecutar según cada estrategia determinada	Planificación de los tiempos, responsables y recursos de ejecución. Planificación de contenidos de las actividades	Computador/laptop Proyector Internet USB Materiales de oficina	Investigadora	1 semana	1 plan elaborado con contenidos específicos
Ejecución	Ejecutar la estrategias	Establecer las estrategias y actividades del plan	Computador/laptop Proyector	Investigadora	6 a 12 meses	Ejecución de 4 estrategias

	establecidas en la propuesta	<ol style="list-style-type: none"> 1. Estrategia de formación a las mujeres gestantes 2. Estrategia para la promoción de salud y educación sanitaria 	<p>Internet USB Materiales de oficina</p>			
Evaluación	Evaluar las estrategias objetivos y las actividades para comprobar los logros obtenidos.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluación de estrategias a través de actividades de control y seguimiento 	<p>Encuesta Hoja de evaluación Hoja de control</p>	Investigadora	Permanente	1 evaluación ejecutada

Elaborado por: Yomaira López Urbina

Modelo gráfico de la propuesta

Gráfico N° 17: Modelo gráfico de la propuesta



Elaborado por: Yomaira Lópe

Análisis situacional

Tabla N° 30: FODA

Fortalezas	Oportunidades
Contar con un recurso humano comprometido	Recibir el apoyo de la institución en actividades preventivas
Implementar periódicamente actividades de sensibilización	Disminuir el número de casos de mortalidad neonatal
Espacio para charlas con la mujer gestante	Recibir el apoyo de profesionales en actividades de prevención
Contar con información útil para educar sobre el cuidado del embarazo	Contar con material informativo
Normas existentes sobre la atención a mujer gestante	Realización de jornadas de salud
	Ejecución de campañas de salud
Debilidades	Amenazas
Escaso tiempo para dar información a la mujer gestante	Nivel educativo de las mujeres gestantes primaria
Limitada participación de la mujer gestante en actividad de educación para salud	Información difícil de entender para las mujeres gestantes
Inadecuada definición del problema de parto prematuros y sus causales	Poca colaboración de las mujeres gestantes en actividades de sensibilización
Personal de enfermería con horarios muy ocupados	Madres de zonas rurales que no asisten a los controles prenatales.
	Espera larga en la atención

Elaborado por: Yomaira López

Direccionamiento

- **Misión**

Promover la educación para la salud, el adecuado nivel de información y atención de las madres gestantes, con enfoque preventivo, desde el ámbito de la sensibilización y formación en temas de cuidado en el embarazo, alimentación, actividad física y prevención de complicaciones, logrando reducir los partos

prematuros y por ende la mortalidad neonatal con los recursos humanos, de salud y materiales del Hospital Docente Ambato.

- **Visión**

Lograr hasta el 2017 embarazos con menos riesgos y complicaciones, una reducción de por lo menos del 5% de muertes de neonatos, a través de la aplicación de acciones estratégicas que mejoren la calidad de vida de las madres, pero sobre todo los niveles de atención y de prevención.

- **Metas**

- Reducción de un 5% de los casos de muerte neonatal
- Reducción de 3% de los casos de parto prematuro
- Reducción de un 2% de ingresos de recién nacidos por trastornos respiratorios, retardo del crecimiento total, gestación corta y bajo peso al nacer,
- Aumentar la frecuencia de asistencia mensual a los controles prenatales
- Lograr la participación de un 15% de las madres gestantes que acuden al Hospital.

Población objetivo

Mujeres gestantes del cantón Ambato que acuden al Hospital Regional Docente “Ambato”.

Estrategias y Objetivos

Objetivos

- Aumentar el nivel de salud de la mujer gestantes y puérpera así como del recién nacido.
- Reducir las cifras de morbilidad perinatal y materna
- Fomentar la atención personalizada a las mujeres gestantes, logrando una adecuada información y asesoramiento sobre el embarazo y el parto.

1) Estrategia de atención personalizada a mujeres gestantes

Tabla N° 31: Estrategia 1

Objetivo	Ejecución	Responsable
plan de educación para la atención personalizada a mujeres gestantes	Durante los controles prenatales En la etapa inicial de la propuesta Permanente	Personal de enfermería

Elaborado por: Yomaira López

A. Asesoramiento a las madres sobre el control prenatal y su importancia

- Conversación abierta con la mujer gestante
- Se entregará a cada mujer gestante una guía sobre cómo debe prepararse para el parto. Se inicia desde el diagnóstico del embarazo

B. Asesoramiento a las madres en la sala de espera antes de la atención con el especialista

Como se conoce las madres gestantes ante de ser atendidas tienen un momento de espera entre una hora a 30 minutos por lo cual se intercalará diversas actividades.

2) Estrategia de formación a las mujeres gestantes

Tabla N° 32: Estrategia 2

Objetivo	Ejecución	Responsable
formación a las mujeres gestantes	Mensual Trimestre	Personal de enfermería

Elaborado por: Yomaira López

A. Charlas a las mujeres gestantes sobre cuidados de las gestantes

Tabla N° 33: Charlas

Actividad	Contenidos	Objetivos	Duración
1 charla sobre los principales aspectos relacionados con los cuidados	Adecuada alimentación Peso adecuado Higiene personal Control odontológico Control prenatal	Concienciar sobre los cuidados durante el embarazo	1 hora

durante el embarazo Tema: Cuidados durante el embarazo	Ejercicio físico		
4 charlas por trimestre sobre el tipo de alimentación que debe llevar una mujer embarazada Tema: Alimentación adecuada	Nutrientes Vitaminas Ácido fólico y minerales Mejores alimentos durante el embarazo Tipo de comida	Fomentar la adecuada alimentación	1 hora
1 charla mensual sobre la importancia del control prenatal Tema: Control prenatal	Identificación de factores de riesgo Diagnostico edad gestacional y condición fetal Número de consultas prenatales Primera consulta Frecuencia	Capacitar sobre la importancia del control prenatal.	2 horas

Elaborado por: Yomaira López

2 talleres por semestre sobre los cambios físicos y emocionales, alimentación, actividad física.

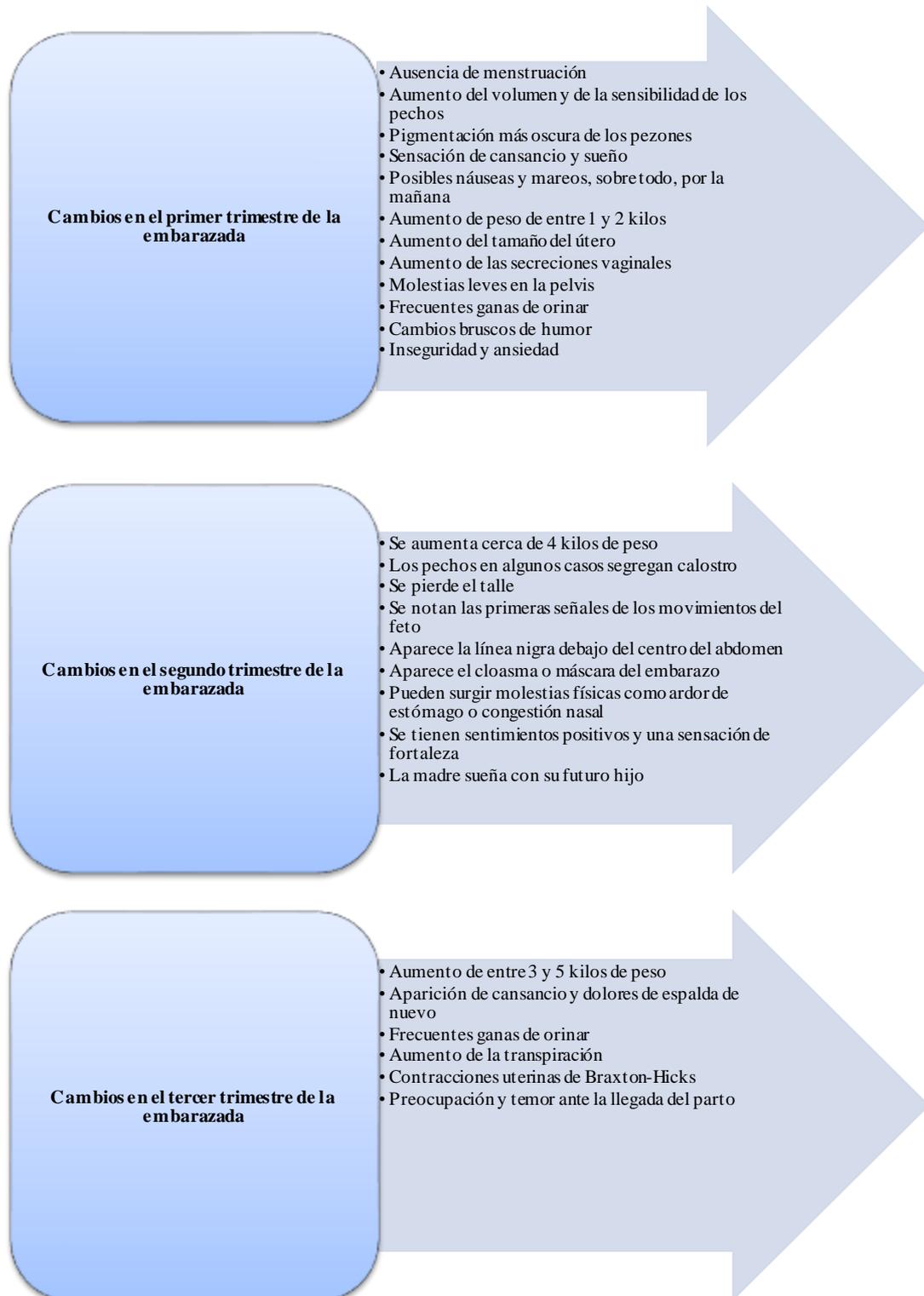
Tabla N° 34: Talleres

Tema	Contenidos	Objetivos	Duración
Cambios físicos y emocionales	Cambios en el primer trimestre de la embarazada Cambios en el segundo trimestre de la embarazada Cambios en el tercer trimestre de la embarazada	Dar a conocer a las gestantes los cambios que tendrán durante el embarazo	30 minutos
Nutrición	La dieta en el embarazo	Capacitar sobre el tipo	1 hora

	Proteínas Grasas Hidratos de carbono Hierro Calcio Ácido fólico	de alimentos que deben consumir	
Actividad física	Bienestar físico y psíquico Caminar o eventualmente trotar suavemente Hacer bicicleta Natación Primer trimestre: sólo caminatas Deportes de impacto: desaconsejados	Concienciar sobre las actividades físicas que puede realizar la mujer gestante Desarrollar ejercicios de relajación	30 minutos

Elaborado por: Yomaira López

Gráfico N° 18: Cambios durante el embarazo



Elaborado por: Yomaira López

3) Estrategia para la promoción de salud y educación sanitaria

Tabla N° 35: Estrategia 3

Objetivo	Ejecución	Responsable
Actuación en el nivel de prevención y promoción	Permanente	Personal de enfermería

Elaborado por: Yomaira López

A. Información sobre los controles y actividades que se van a realizar a lo largo del embarazo, durante el primer control prenatal

Tabla N° 40: Información

Tema	Contenidos de información	Objetivos	Duración
Frecuencia de visitas prenatales	Frecuencia en cada etapa del embarazo	Concienciar sobre el número de controles prenatales que debe llevar la mujer gestante.	20 minutos a media hora con cada paciente
Pruebas complementarias	Pruebas específicas Ecografías Exámenes de sangre	Dar a conocer la importancia de la pruebas complementarias en el caso de riesgo	20 minutos a media hora con cada paciente

Elaborado por: Yomaira López

Asesoramiento sobre cambios funcionales durante el embarazo

Tabla N° 36: Asesoramiento sobre cambios funcionales durante el embarazo

Temática	Contenidos	Objetivos	Duración
Cambios psicoemocionales	Mayor fragilidad emocional Estado de humor cambiantes Mayor dependencia de las personas importantes afectivamente	Ayudar a la mujer gestante a conocer los cambios psicoemocionales que tendrán durante el embarazo	20 minutos a media hora con cada paciente
Cambios anatómicos y funcionales	Cambios físicos Crecimiento fetal Preparación para el parto y la lactancia	Ayudar a la mujer gestante a adaptarse a los cambios anatómicos y funcionales durante los trimestres del embarazo	20 minutos a media hora con cada paciente
Situaciones por las que debe consultar fuera de las visitas programadas	Hemorragia por vagina Vómitos persistentes Aumento de flujo vaginal Fiebre Molestias al orinar	Sensibilizar sobre las situaciones de consultas fuera del control prenatal.	20 minutos a media hora con cada paciente

Elaborado por: Yomaira López

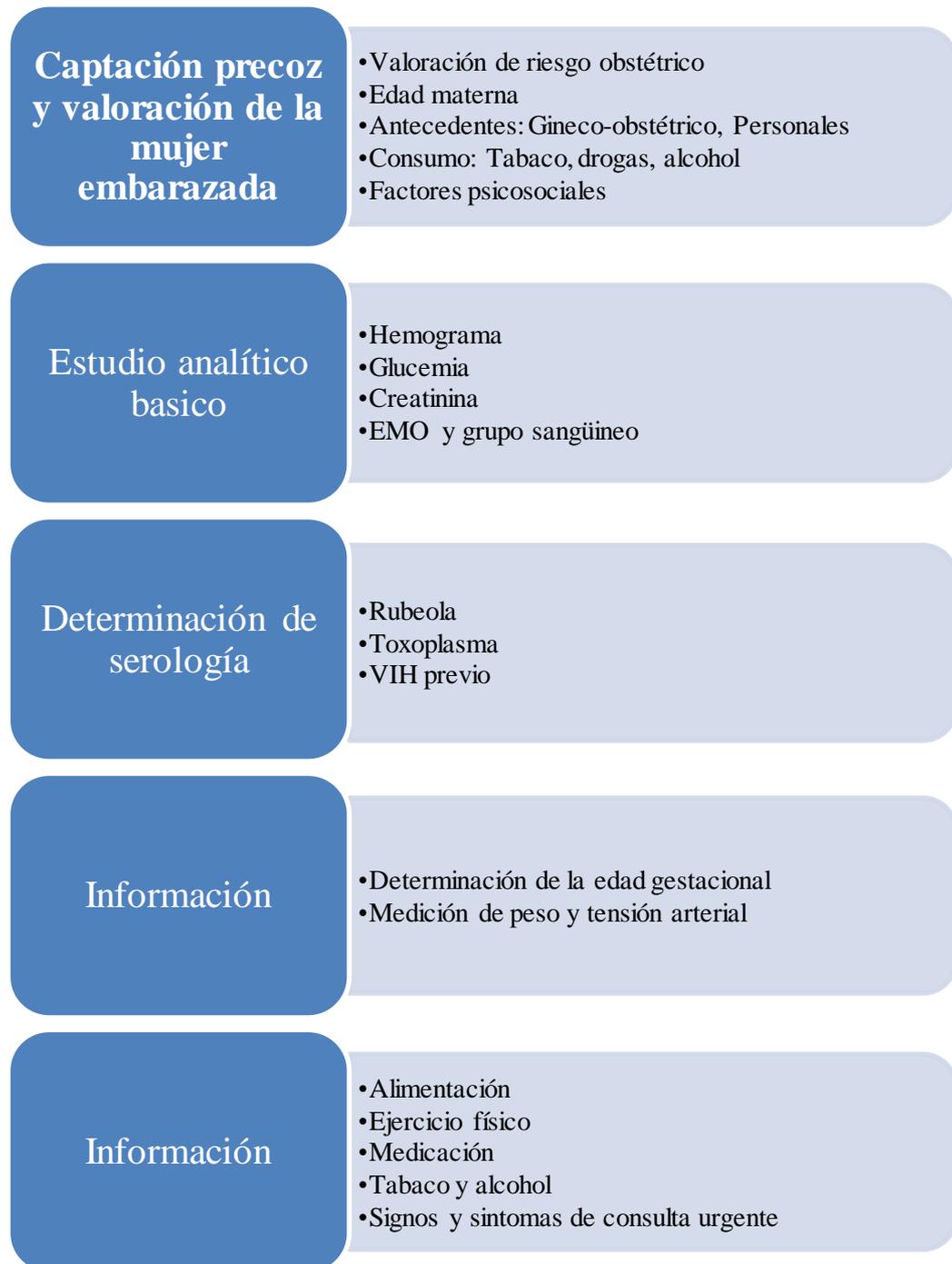
Asesoramiento sobre los hábitos de vida saludable

Tabla N° 37: Asesoramiento sobre los hábitos de vida saludable

Temáticas de asesoría	Contenidos	Objetivos	Duración
Alimentación y nutrición	Dieta saludable durante el embarazo Preparación de los alimentos	Promover hábitos alimenticios saludables en la mujer gestante	20 minutos a media hora con cada paciente
Higiene personal y bucodental	Higiene personal Correcto cepillado Uso de la pasta dental, hilo y enjuague bucal Consecuencias de la inadecuada higiene personal y bucodental	Sensibilizar sobre las medidas para llevar una adecuada higiene personal y bucodental	20 minutos a media hora con cada paciente

Actuaciones

Gráfico N° 19: Captación precoz y valoración de la mujer embarazada



Elaborado por: Yomaira López

Gráfico N° 20: Seguimiento de la mujer embarazada



Elaborado por: Yomaira López

Gráfico N° 21: Preparación para el parto:



Elaborado por: Yomaira López

Recursos

Tabla N° 38: Recursos

DETALLE DE MATERIALES	COSTOS MATERIALES UNITARIOS	COSTOS MATERIALES TOTALES
Equipos de computo		
Laptop	\$ 0,00	\$ 0,00
Proyector	\$ 0,00	\$ 0,00
USB	\$ 20,00	\$ 20,00
CD de video	\$ 2,00	\$ 4,00
Cámara		
Recursos materiales		
Esferográficos	\$ 1,00	\$ 10,00
Cuaderno de trabajo	\$ 10,00	\$ 10,00
Hojas INEN A4	\$ 5,00	\$ 10,00
Agenda de trabajo	\$ 8,00	\$ 0,00
Recursos bibliográficos		
Manuales de atención del Ministerio	\$ 10,00	\$ 20,00
Libros	\$ 30,00	\$ 30,00
Recursos de sensibilización		
Guía	\$ 2,00	\$ 10,00
Trípticos	\$ 2,00	\$ 10,00
Impresiones	\$ 0,10	\$ 5,00
Estrategias		
1 Plan de atención personalizada a mujeres gestantes	\$ 50,00	\$ 50,00
2 Formación a las mujeres gestantes	\$ 60,00	\$ 60,00
3 Estrategia de actuación en los niveles asistenciales primario y especializado	\$ 60,00	\$ 60,00
4 Plan de educación para la promoción de salud y educación sanitaria	\$ 60,00	\$ 60,00
Total	\$ 330,10	\$ 330,00

Elaborado por: Yomaira López

Evaluación

En base a las estrategias se cumplen con las siguientes actuaciones de atención a la mujer gestante:

Tabla N° 39: Evaluación

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Captación precoz y valoración de la mujer embarazada										
Seguimiento de la mujer embarazada responsabilidad de atención primaria y especializada										
Preparación para el parto: Actividades de psicoprofilaxis										

Elaborado por: Yomaira López

6.8. Administración de la propuesta

La administración estará a cargo de las siguientes personas:

Tabla N° 40: Administración de la Propuesta

FASES	OBJETIVOS
Educación	<ul style="list-style-type: none"> Investigadora
Análisis de la situación actual de la atención a la gestante	<ul style="list-style-type: none"> Investigadora
Sensibilización	<ul style="list-style-type: none"> Investigadora
Planificación de actividades	<ul style="list-style-type: none"> Personal de enfermería designado por el hospital Investigadora
Ejecución de estrategias	<ul style="list-style-type: none"> Personal de enfermería designado por el hospital

	<ul style="list-style-type: none"> • Investigadora
Evaluación de la propuesta	<ul style="list-style-type: none"> • Personal de enfermería designado por el hospital • Investigadora

Elaborado por: Yomaira López

6.9. Evaluación

Tabla N° 41: Evaluación

PREGUNTAS BASICAS	EXPLICACIÓN
¿Quiénes solicitan evaluar?	<ul style="list-style-type: none"> • Personal de enfermería • Mujeres embarazadas
¿Por qué evaluar la propuesta?	Para conocer el resultado de las actividades aplicadas y si han logrado sus objetivos con las mujeres gestantes
¿Para qué evaluar?	Con el fin lograr mejorar errores en la ejecución de las estrategias en base al planteamiento de la propuesta, además determinar el grado de éxito de las actividades.
¿Qué evaluar?	Se evaluará Estrategia Objetivo Actividad ejecutada Número de asistente Número de personas beneficiarias
¿Quién evalúa?	Personal de enfermería Mujeres embarazadas
¿Cuándo evaluar?	La evaluación será permanentemente También será cada seis meses
¿Cómo evaluar?	Mediante una investigación sobre la ejecución del proyecto con: ✓ Encuestas ✓ Entrevistas ✓ Grupos focales
¿Con qué evaluar?	✓ Con los instrumentos para la investigación: Guía de encuesta y entrevista Fichas Grabadoras y cámara de video

Elaborado por: Yomaira López

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

BIBLIOGRAFÍA

- Aguilar, M. (2009). Tratado de Enfermería Infantil Cuidados Pediátricos, Editorial Madrid-España.
- Alfonso, I. M. (2010). Tecnicas de investigacion. Caracas: Contexto-Editores.
- Hernández , L. C. (2011). Tecnicas actuales de Investigacion. Mexico: Editmundo.
- Gonzáles Merlo, J. (2010). Ginecologia, Barcelona, Masson Salvat Medicina,. 130P.
- Gonzáles, C, P (2012). Enfermería Pediátrica. Tomo I, Ediciones DAE, Barcelona-España.
- Luis, H. E., Armando, M. f., & GALO, N. L. (2010). Tutoria de la Investigacion Cientifica. Ambato: Graficas Corona
- Océano, (2009). Manual de Enfermería Edición 2009.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2009). Nuevo modelo de control prenatal de la OMS
- Varias Autoras. Manual de la Enfermería. Edición MVIII. Madrid- España.

LINKOGRAFÍA

- ✓ Diario El Universo de Ecuador. (2011). *Muerte de neonatos destapa una grave realidad en la salud*.
Obtenido de <http://www.eluniverso.com/2011/03/27/1/1447/muerte-neonatos-destapa-grave-realidad-salud.html>
- ✓ Diario la Hora. (2012). La mortalidad infantil mantiene cifras altas.
Obtenido de http://www.lahora.com.ec/index.php/noticias/show/1101325002/-1/La_mortalidad_infantil_mantiene_cifras_altas.html#.U-sgyGOhrqU
- ✓ Dirección de Estadísticas e información de salud de Argentina. (2009). *Definiciones y Conceptos en estadísticas de salud*.
Obtenido de <http://www.deis.gov.ar/definiciones.htm>
- ✓ INEC. (2013). Recuperado el 20 de 11 de 2014, de http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion_y_Demografia/Nacimientos_Defunciones/Publicaciones/Anuario_Nacimientos_y_Defunciones_2013.pdf
- ✓ Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2009). *Componente normativo materno neonatal*. Quito: Sistema Nacional de Salud. Obtenido de <https://www.iess.gob.ec/documents/10162/51880/A67.PDF>
- ✓ Organización Mundial de Salud. (2012). Reducción de la mortalidad en la niñez. Centro de prensa. Nota descriptiva N°178, 1. Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs178/es/>
- ✓ Palencia, A. (2010). Parto prematuro. *Precop SCP*, 9(4), 10 - 13. Obtenido de http://www.scp.com.co/precop/precop_files/modulo_9_vin_4/Precop_9-4-B.pdf

- ✓ Perkin Elmer; European Foundation for the Care of Newborn Infants. (2009). Nacimiento prematuro. Retos y oportunidades de la predicción y la prevención. 9 - 16. Obtenido de http://www.efcni.org/fileadmin/Daten/Web/Brochures_Reports_Factsheets_Position_Papers/Prevention_Perkin_Elmar/1244-9856_Perkin_Elmer_Spanish.pdf

- ✓ Ramírez, M., & Rojas, R. (2006). La Salud Neonatal en la Agenda de los países de Latinoamérica. Revista de la Sociedad Boliviana de Pediatría, 45(1). Obtenido de http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S1024-06752006000100009&script=sci_arttext

- ✓ Reales, S. (2014). Parto prematuro. *Medicina Familiar. Fascículo* , 1. Obtenido de <http://www.encolombia.com/libreria-digital/medicina/ecmg/fasciculo-9/ecmg9-partopre>

- ✓ Salas, B., & Sevilla, F. (2011). Plan Nacional de Reducción. Acelerada de la Mortalidad Materna y Neonatal. Proceso de Normatización del SNS. Quito: Ministerio de Salud Pública. Obtenido de <http://www.ossyr.org.ar/pdf/Plan%20Nacional%20de%20Reducci%C3%B3n%20Acelerada%20de%20la%20Mortalidad%20Materna%20y%20Neonatal%20%20Ecuador.pdf>

- ✓ Tezoquipa, I., & Lozano, E. (2010). *Información científica para el cuidado en Enfermería*. Obtenido de <http://bvs.insp.mx/articulos/7/5/v1n1sep2002.pdf>

- ✓ Villanueva Egan, L. A., Contreras Gutiérrez, A. K., Pichardo Cuevas, M., & Rosales Lucio, J. (2008). Perfil epidemiológico del parto prematuro. Ginecología y Obstetricia de México. *Medigraphic*, 76(9), 544 - 546. Obtenido de <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2008/gom089h.pdf>

CITA BIBLIOGRÁFICA BASE DE DATOS -UTA

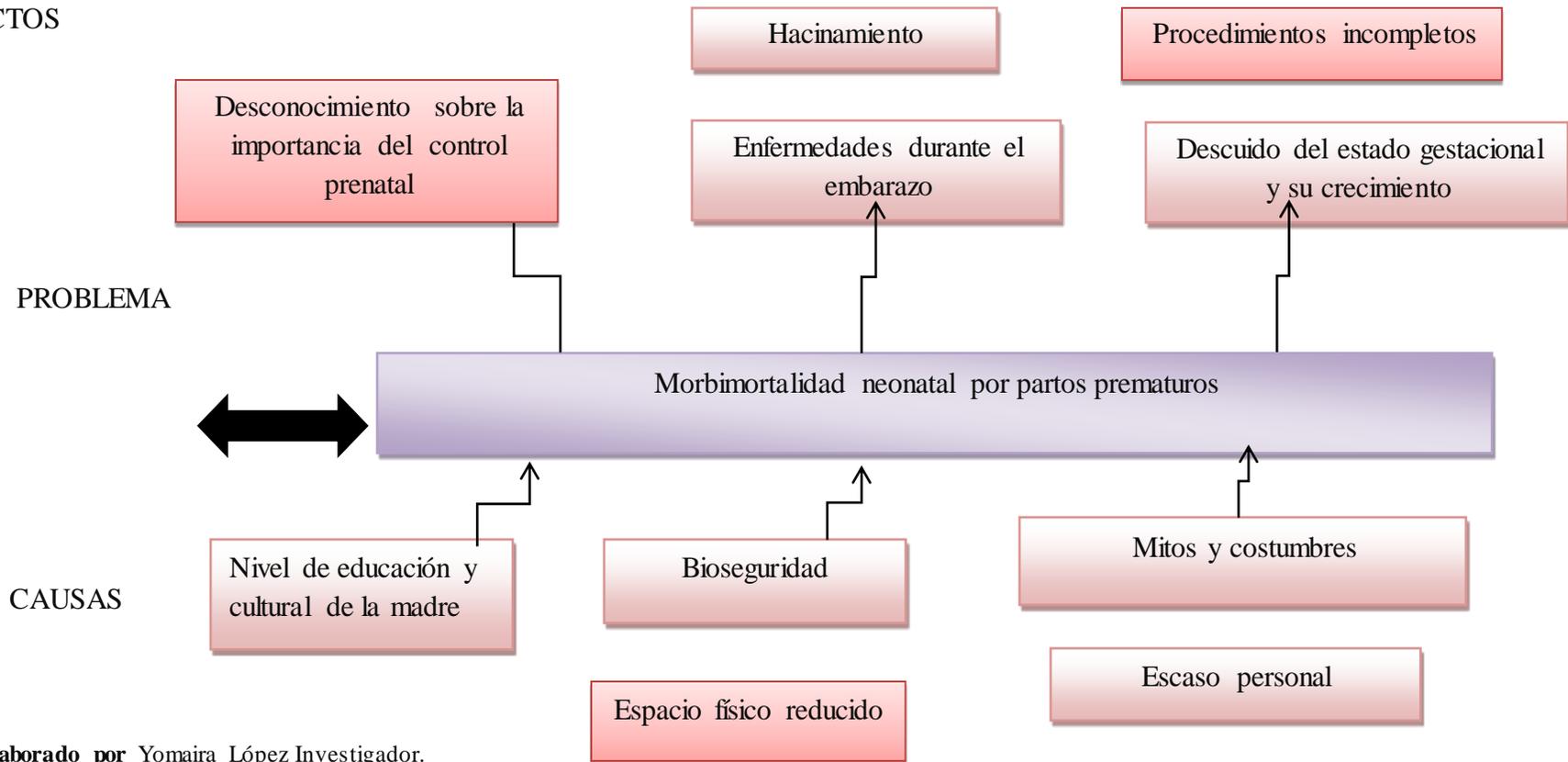
- **EBRARY:** Aguilera, O. R., & Tosca, S. R. (2009). Grandes prematuros: análisis y experiencias en Castellón. España: Universitat Jaume I. Servei de Comunicació i Publicacions. Recuperado 19 de marzo
<http://site.ebrary.com/lib/utasp/detail.action?docID=10831742&p00=partos+prematuros>
- **EBRARY:** Cruz, L. A. (2008). Test para la profilaxis de la prematuridad en Cuba. Cuba: Editorial Universitaria.
<http://site.ebrary.com/lib/utasp/detail.action?docID=10552250&p00=partos+prematuros>
- **EBRARY:** Garrido, F. E., & Velásquez, Y. (2009). Morbi-mortalidad perinatal en pacientes con preclampsia. Argentina: El Cid Editor | apuntes. Recuperado el 19 marzo del 2015.
<http://site.ebrary.com/lib/utasp/detail.action?docID=10327304&p00=morbimortalidad+neonatal>
- **EBRARY:** Hernández, C. J., Ulloa, G. C., & Martín, O. V. (2007). Repercusión de la enfermedad hipertensiva gravídica en los indicadores de morbimortalidad perinatal y materno 1986-1993. Cuba: Scielo Cuba. Recuperado 19 de marzo.
<http://site.ebrary.com/lib/utasp/detail.action?docID=10174153&p00=morbimortalidad+neonatal>
- **EBRARY:** Herrera, J. A. (2006). Evaluación del riesgo obstétrico en el cuidado prenatal. Colombia: Red Colombia Médica. Recuperado el 19 de marzo del 2015
<http://site.ebrary.com/lib/utasp/detail.action?docID=10114973&p00=partos+prematuros>

- **EBRARY:** Méndez, S. L. P., Martínez, L. M. G., & Bermúdez, R. J. M. (2009). Unidad de cuidados intensivos neonatales: morbilidad en recién nacidos prematuros. México: D - Universidad de Guanajuato. Recuperado el 19 de marzo del 2015.
<http://site.ebrary.com/lib/utasp/detail.action?docID=10286677&p00=parto+s+prematuros>
- **EBRARY:** Osorno, C. L. (2006). Representación gráfica del riesgo de mortalidad neonatal en un centro perinatal regional en Mérida, Yucatán, México. México: Red Salud Pública de México. Recuperado el 19 de marzo del 2015.
<http://site.ebrary.com/lib/utasp/detail.action?docID=10168482&p00=neonatologia>
- **EBRARY:** Puente, A. J. M. (2005). Mortalidad Perinatal: índices etiología y factores que influyen sobre ella. España: Universidad Complutense de Madrid. Recuperado el 19 de marzo del 2015.
<http://site.ebrary.com/lib/utasp/detail.action?docID=10083201&p00=morbimortalidad+neonatal>
- **EBRARY:** Sánchez, C. (2014). Atención del neonato prematuro en la UCIN: centrada en la prevención de factores de riesgo de daño neurológico y promoción del neurodesarrollo. México: Editorial El Manual Moderno. Recuperado el 19 de marzo del 2015.
<http://site.ebrary.com/lib/utasp/detail.action?docID=10995572&p00=neonatologia>
- **EBRARY:** Villalba, S. E. E. (2008). Alimentación antes, durante y después del embarazo. España. Recuperado el 19 de marzo del 2015.
<http://site.ebrary.com/lib/utasp/detail.action?docID=10249807&p00=parto+s+prematuros>

ANEXOS

ANEXO 1 ÁRBOL DE PROBLEMAS.

EFFECTOS



ANEXO: 2

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA ENFERMERÍA

ENCUESTA DIRIGIDA A LAS MADRES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE SALA DE PARTOS DEL HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE AMBATO

OBJETIVO: Recolectar información relacionada con los factores desencadenantes de partos prematuros y la morbilidad neonatal.

INSTRUCTIVO: Lea atentamente las preguntas y señale la respuesta que usted considere importante.

1.- ¿Cuántos años tiene?

- 16 a 20 años
- 21 a 28 años
- 29 a 35 años
- 36 en adelante

2. ¿Cuál es su estado civil?

- Soltera
- Casada
- Divorciada
- Viuda

3. ¿Cómo se considera (etnia)?

- Blanca
- Negra
- Mestiza
- Indígena

4. ¿Cuál es su nivel socio económico?

- Bajo
- Medio
- Alto

5. ¿Cuál es su nivel de educación?

- Primaria
- Secundaria
- Superior
- Ninguna

6. **¿Cuántos hijos tiene?**
 - Uno
 - Dos
 - Tres o mas
7. **¿Cómo fue el nacimiento de su bebe?**
 - Parto normal
 - Cesárea
8. **¿Acude a los controles prenatales mensualmente?**
 - Si
 - No
9. **¿Cuántos controles se ha realizado durante el embarazo?**
 - Ninguno
 - 1 a 3
 - 4 a 5
 - 6 0 mas
10. **¿Ha tenido alguna complicación durante el embarazo?**
 - Si
 - No
11. **¿Cuál de estas complicaciones presento durante el embarazo?**
 - Dolor de cabeza y mareos
 - Sangrado vaginal
 - Vomito
 - Fiebre
 - Infecciones frecuentes
 - Traumas caídas
 - Abuso de alcohol y tabaco
12. **¿Cómo califica a la atención brindada en este servicio del Hospital Provincial Docente Ambato?**
 - Mala
 - Regular
 - Buena
13. **¿Cuál fue el factor principal para que su hijo fuese ingresado al servicio de neonatología?**
 - Trastornos respiratorios
 - Retardo del crecimiento total, gestación corta y bajo peso al nacer
 - Malformaciones congénitas deformaciones y anomalías cromosómicas
 - Sepsis bacteriana del recién nacido
 - Signos, síntomas y hallazgos anormales
 - Otras causas

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

ANEXO 3

ALIMENTACION SANA

Cuando está embarazada comer alimentos saludables es más importante que nunca. Usted necesita más proteínas, hierro, calcio y ácido fólico que antes del embarazo. Sin embargo, "comer para dos" no quiere decir que deba comer el doble, significa que los alimentos que consume son la principal fuente de nutrientes para su bebé.



GANAR PESO GRADUALMENTE

CÓMO DISTRIBUIR LOS NUTRIENTES EN LA DIETA DURANTE EL EMBARAZO

Carbohidratos: en la base de la pirámide nutricional de la mujer embarazada han de encontrarse los hidratos de carbono. Patatas, pan, cereales, arroz o pasta ha de

constituir la mitad de los alimentos que has de consumir al día.

Verduras y hortalizas: el siguiente escalón de la pirámide nutricional en el embarazo lo ocupan los vegetales ya que son una excelente fuente de vitaminas y minerales. Es conveniente que tomes alrededor de 4 porciones al día

Frutas: la misma importancia en tu dieta diaria has de dar a las frutas. Lo ideal sería tomar entre 2 y 4 piezas de fruta al día. Te darán las vitaminas esenciales que necesita el bebé para desarrollarse

Proteínas: puedes obtenerlas de lácteos, huevos, carne, pollo o nueces. Lo recomendable es ingerir un litro de leche al día. Puedes variar tomando yogures o quesos. Son básicos para obtener proteínas, calcio y fósforo. Asimismo, intenta introducir en tu todos los días carnes de pollo, siempre bien cocinadas.

Grasas: también son necesarias, aunque debes reducir al máximo su consumo ya que se encuentran en la cúspide la pirámide nutricional en el embarazo. Las más beneficiosas son las que se encuentran en los ácidos omega3 presentes en los pescados azules y el aceite de oliva.

SUPLEMENTOS VITAMINICOS

ACIDO FOLICO es muy importante tomar antes de la concepción y durante los primeros meses del embarazo, reduce el riesgo de malformaciones del bebe

HIERRO: La cantidad que su organismo necesita aumenta bastante durante el embarazo nos ayuda a evitar anemia se debe consumir especialmente durante el segundo y tercer trimestre

UNIVERSIDAD TECNICA DE AMBATO FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD CARRERA ENFERMERIA CUIDADOS PRENATALES



Importancia del control prenatal

El control prenatal consiste en un conjunto de actividades dirigidas a la embarazada con la finalidad de obtener el mejor grado de salud de ella y de su hijo, y prevenir el riesgo de muerte o de alguna complicación del embarazo

Semanas gestación	Frecuencia
< 12 semanas	1ª visita
12-36 semanas	Cada 4-6 semanas
37- <41 semanas	Cada 2 semanas
41-42 semanas	Cada 48 horas hasta finalización de la gestación

Incremento de peso en la mujer durante el embarazo

El aumento trimestral es como sigue:

Primero 1 a 1.5 kg., el trimestre

Segundo 1 a 1.5 kg., cada mes

Tercero 1.5 a 2 kg., cada mes

Ganancia total en general: 9 a 12 kg

CAMBIOS PRIMER TRIMESTRE

- Ausencia de menstruación
- Aumento del volumen y de la sensibilidad de los pechos
- Pigmentación más oscura de los pezones
- Sensación de cansancio y sueño
- Posibles náuseas y mareos, sobre todo, por la mañana
- Aumento de peso de entre 1 y 2 kilos
- Aumento del tamaño del útero
- Aumento de las secreciones vaginales
- Molestias leves en la pelvis
- Frecuentes ganas de orinar
- Cambios bruscos de humor
- Inseguridad y ansiedad

CAMBIOS SEGUNDO TRIMESTRE

- Se aumenta cerca de 4 kilos de peso
- Los pechos en algunos casos segregan calostro
- Se pierde el talle
- Se notan las primeras señales de los movimientos del feto
- Aparece la línea negra debajo del centro del abdomen
- Aparece el cloasma o máscara del embarazo
- Pueden surgir molestias físicas como ardor de estómago o congestión nasal
- Se tienen sentimientos positivos y una sensación de fortaleza
- La madre sueña con su futuro hijo

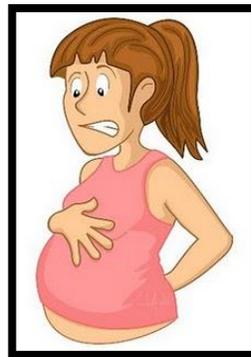
CAMBIOS TERCER TRIMESTRE

- Aumento de entre 3 y 5 kilos de peso
- Aparición de cansancio y dolores de espalda de nuevo
- Frecuentes ganas de orinar
- Aumento de la transpiración

- Contracciones uterinas
- Preocupación y temor ante la llegada del parto

SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA

1. Hemorragia vaginal
2. Edema de cara o dedos
3. Dolor de cabeza intensas o continuas
4. Visión disminuida o borrosa
5. Dolor abdominal
6. Vómitos persistentes
7. Escalofríos o fiebre
8. Dolor y ardor al orinar
9. Pérdida de líquido por la vagina
10. Cambios importantes en la frecuencia o intensidad de los movimientos fetales



ACUDIR CON TU MEDICO ANTE LAS SEÑALES PUEDES SALVAR TU VIDA Y LA DE TU BEBE

EJERCICIOS

- Evitar la fatiga excesiva y la actividad atlética desacostumbrada.
- Abandonar la actividad laboral insalubre (humos, polvos, etc.)
- Evitar los deportes bruscos o virtualmente peligrosos.
- Fomentar la natación ligera.
- Aumentar las horas de descanso y sueño.

RECUERDA VISITAR AL ODONTOLOGO PERIODICAMENTE



PROHIBIDO

- Automedicarse
- Tabaco
- Alcohol
- Cafeína
- Drogas
- Actividad física excesiva

RECUERDA UNA VIDA SE ESTA FORMANDO DENTRO DE TI CUIDALA

ANEXO 4

ALIMENTACION SANA



GANAR PESO GRADUALMENTE

Incremento de peso en la mujer durante el embarazo

El aumento trimestral es como sigue:
Primero 1 a 1.5 kg., el trimestre
Segundo 1 a 1.5 kg., cada mes
Tercero 1.5 a 2 kg., cada mes

Ganancia total en general: 9 a 12

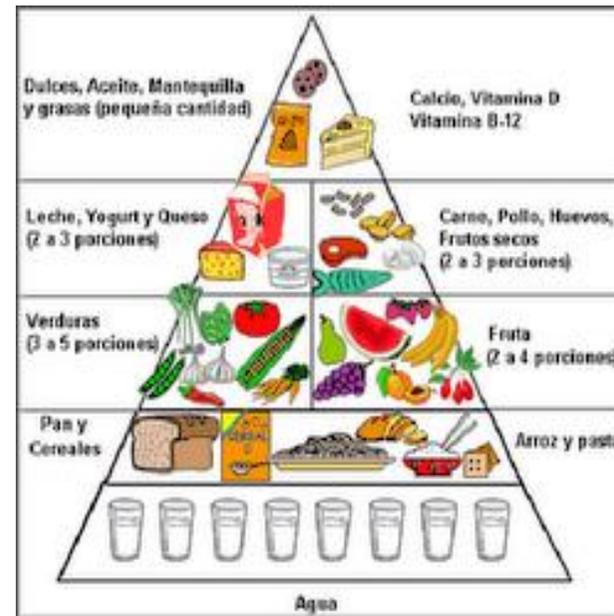
kg Carbohidratos: en la base de la pirámide nutricional de la mujer embarazada ha de constituir la mitad de los alimentos que has de consumir al día.

Verduras y hortalizas: el siguiente escalón los vegetales ya que son una excelente fuente de vitaminas y minerales. Es conveniente que tomes alrededor de 4 porciones al día

Frutas Lo ideal sería tomar entre 2 y 4 piezas de fruta al día. Te darán las vitaminas esenciales que necesita el bebé para desarrollarse

Proteínas: Son básicos para obtener proteínas, calcio y fósforo. Asimismo, intenta introducir en tu todos los días carnes de pollo, siempre bien cocinadas.

Grasas: también son necesarias, aunque debes reducir al máximo su consumo



SUPLEMENTOS VITAMINICOS

ACIDO FOLICO es muy importante tomar antes de la concepción y durante los primeros meses del embarazo, reduce el riesgo de malformaciones del bebé

HIERRO: La cantidad que su organismo necesita aumenta bastante durante el embarazo, consumir especialmente durante el segundo y tercer trimestre

UNIVERSIDAD TECNICA DE AMBATO FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD CARRERA ENFERMERIA CUIDADOS PRENATALES



Importancia del control prenatal

El control prenatal consiste en un conjunto de actividades dirigidas a la embarazada con la finalidad de obtener el mejor grado de salud de ella y de su hijo, y prevenir el riesgo de muerte o de alguna complicación del embarazo



CAMBIOS PRIMER TRIMESTRE



CAMBIOS SEGUNDO TRIMESTRE

Primeros movimientos fetales



**AUMENTO DE PESO
GRADUALMENTE**

CAMBIOS TERCER TRIMESTR



SÍNTOMAS DE ALARMA



**ACUDIR CON TU MEDICO ANTE LAS
SEÑALES PUEDES SALVAR TU VIDA
Y LA DE TU BEBE**

EJERCICIOS

- Evitar la fatiga excesiva y la actividad atlética desacostumbrada.
- Evitar los deportes bruscos o virtualmente peligrosos.
- Fomentar la natación ligera.
- Aumentar las horas de descanso y sueño



ROHIBIDO



**Alcohol, tabaco, drogas
Disminuye el esfuerzo físico**

**RECUERDA UNA VIDA SE ESTA
FORMANDO DENTRO DE TI CUIDALA**

