



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

INFORME DE INVESTIGACIÓN SOBRE:

**“PARTICIPACIÓN DE LA ENFERMERA EN LOS CONTROLES
PRENATALES Y SU INCIDENCIA EN LAS COMPLICACIONES POST
PARTO EN LAS MUJERES QUE ACUDEN AL SUBCENTRO
AUGUSTO N.MARTÍNEZ, AÑO 2012.”**

Requisito previo para optar por el Título de Licenciada en Enfermería

Autora: Remache Chicaiza, Dilma Germania

Tutora: Lic. Mg. Calero Lozada, Gloria Teresa

Ambato - Ecuador

Enero, 2014

APROBACIÓN DE TUTOR

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

“PARTICIPACIÓN DE LA ENFERMERA EN LOS CONTROLES PRENATALES Y SU INCIDENCIA EN LAS COMPLICACIONES POST PARTO EN LAS MUJERES QUE ACUDEN AL SUBCENTRO AUGUSTO N MARTÍNEZ, AÑO 2012.” De Dilma Germania Remache Chicaiza, estudiante de la Carrera de Enfermería; considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometidos a la evaluación del Jurado Examinador designado por el H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Ambato, Septiembre de 2013

LA TUTORA

.....
Lic. Gloria Teresa Calero Lozada

AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO

Los criterios emitidos en el Trabajo de Investigación: **“PARTICIPACIÓN DE LA ENFERMERA EN LOS CONTROLES PRENATALES Y SU INCIDENCIA EN LAS COMPLICACIONES POST PARTO EN LAS MUJERES QUE ACUDEN AL SUBCENTRO AUGUSTO N MARTÍNEZ, AÑO 2012.”**, como también los contenidos, las ideas, análisis, conclusiones y propuesta son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autora de este Trabajo de Grado.

Ambato, Enero del 2014

LA AUTORA

Dilma Germania Remache Chicaiza

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que haga de ésta 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 ésta 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, Septiembre de 2013

LA AUTORA

Dilma Germania Remache Chicaiza

APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Informe de Investigación, sobre el tema: **“PARTICIPACIÓN DE LA ENFERMERA EN LOS CONTROLES PRENATALES Y SU INCIDENCIA EN LAS COMPLICACIONES POST PARTO EN LAS MUJERES QUE ACUDEN AL SUBCENTRO AUGUSTO N MARTÍNEZ, AÑO 2012.”** De Dilma Germania Remache Chicaiza, estudiante de la Carrera de Enfermería

Ambato, Enero 2014

Para constancia firman

PRESIDENTE/A

1er VOCAL

2do VOCAL

DEDICATORIA

Este trabajo fruto de mi esfuerzo dedico con inmenso amor primeramente a Dios por permitirme superar cada día los obstáculos en mi vida, por la sabiduría, la salud y mi trabajo, a mis padres por su motivación, a mi esposo por su apoyo incondicional por verme salir adelante todos los días, a los seres más importantes mis hijos por la fuerza que me inspiran para mi superación personal y profesional.

Dilma Remache

AGRADECIMIENTO

Agradezco a todos y cada uno de los Docentes de la Universidad Técnica de Ambato, Facultad de Ciencias de la Salud, Carrera de Enfermería por los conocimientos impartidos que sin lugar a duda ha sido la base para desempeñarme como un ente positivo para la sociedad.

Un agradecimiento a la Lic. Mg. Gloria Teresa Calero Lozada por la dirección en la elaboración del presente trabajo y uno muy especial para la Dra. Msc. Patricia Adelaida Rojas Cisternas y a la Lic. Maristela Guadalupe Constante Arias.

Dilma Remache

ÍNDICE GENERAL

| | |
|---------------------------------------|------|
| PORTADA..... | i |
| APROBACIÓN DE TUTOR..... | ii |
| AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO..... | iii |
| DERECHOS DE AUTOR..... | iv |
| APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR..... | v |
| DEDICATORIA..... | vi |
| AGRADECIMIENTO..... | vii |
| ÍNDICE GENERAL..... | viii |
| ÍNDICE DE TABLAS..... | xii |
| ÍNDICE DE GRÁFICOS..... | xiii |
| RESUMEN..... | xiv |
| SUMMARY | xvi |
| INTRODUCCIÓN..... | 1 |

CAPÍTULO I EL PROBLEMA

| | |
|--------------------------------------|---|
| 1.1. Tema..... | 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..... | 4 |
| 1.2.2. Análisis crítico..... | 5 |
| 1.2.3. Prognosis..... | 6 |
| 1.2.4 Formulación del problema..... | 6 |
| 1.2.5 Delimitación..... | 6 |

| | |
|-----------------------------------|---|
| 1.2.6. Preguntas directrices..... | 6 |
| 1.3. Justificación..... | 7 |
| 1.4. Objetivos..... | 8 |
| 1.4.1. Objetivo General..... | 8 |
| 1.4.2. Objetivos Específicos..... | 8 |

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

| | |
|--|----|
| 2.1 Antecedentes investigativos..... | 9 |
| 2.2 Fundamentación filosófica..... | 10 |
| 2.3 Fundamentación Legal..... | 11 |
| 2.4 Categorías fundamentales..... | 14 |
| 2.4.1. Fundamentación Teórica..... | 15 |
| 2.4.1.1 Participación de la enfermera en los controles prenatales..... | 15 |
| 2.4.1.2 Personal de Salud..... | 20 |
| 2.4.1.3. Enfermería..... | 20 |
| 2.4.1.4. Controles prenatales..... | 22 |
| 2.4.1.5. La Familia..... | 26 |
| 2.4.1.6. Madre Gestante..... | 26 |
| 2.4.1.7. Parto y Puerperio..... | 29 |
| 2.4.1.8. Complicaciones Posparto..... | 40 |
| 2.5 Hipótesis..... | 45 |
| 2.6 Señalamiento de variables..... | 45 |
| 2.6.1.- Variable independiente:..... | 45 |
| 2.6.2.- Variable dependiente:..... | 45 |

CAPÍTULO III
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

| | |
|---|----|
| 3.1. Enfoque investigativo..... | 46 |
| 3.2. Modalidad de investigación..... | 46 |
| 3.3 Nivel o tipo de investigación..... | 46 |
| 3.4. Población y muestra..... | 47 |
| 3.4.1 Población..... | 47 |
| 3.4.2 Muestra..... | 47 |
| 3.5 Operacionalización de las variables..... | 48 |
| 3.5.1 Variable Independiente: | 48 |
| 3.5.2 Variable Dependiente:..... | 49 |
| 3.6 Técnicas e instrumentos..... | 50 |
| 3.7 Recolección de la información..... | 50 |
| 3.8 Plan de procesamiento y análisis de la información..... | 50 |

CAPÍTULO IV
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

| | |
|--|----|
| 4.1 Análisis e Interpretación de Resultados..... | 51 |
| 4.2. Combinación de Frecuencias..... | 65 |
| 4.3. Modelo Lógico..... | 66 |
| 4.4. Conclusión..... | 68 |
| 4.5. Verificación de la Hipótesis..... | 68 |

CAPÍTULO V
5 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

| | |
|--------------------------|----|
| 5.1 Conclusiones..... | 69 |
| 5.2 Recomendaciones..... | 70 |

CAPÍTULO VI
PROPUESTA ALTERNATIVA DE SOLUCIÓN

| | |
|---------------------------------------|----|
| 6.1 Datos informativos..... | 71 |
| 6.2 Antecedentes de la propuesta..... | 72 |
| 6.3 Justificación..... | 73 |
| 6.4 Objetivos..... | 73 |
| 6.4.1.- Objetivo General..... | 73 |
| 6.4.2.- Objetivos Específicos..... | 74 |
| 6.5 Análisis de factibilidad..... | 74 |
| 6.6 Fundamentación..... | 75 |
| 6.7.- Modelo Operacional..... | 76 |
| 6.8 Administración..... | 84 |
| 6.9 Previsión de la evaluación..... | 84 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 85 |
| GLOSARIO..... | 89 |
| ANEXOS..... | 93 |

ÍNDICE DE CUADROS

| | |
|--|----|
| Cuadro N° 01. Operacionalización de la Variable Independiente..... | 48 |
| Cuadro N° 02. Operacionalización de la Variable Dependiente..... | 49 |
| Cuadro N° 03. Modelo Operacional..... | 76 |
| Cuadro N° 04. Planificación de Talleres..... | 78 |
| Cuadro N° 05. Previsión de la Evaluación..... | 84 |

ÍNDICE DE TABLAS

| | |
|---|----|
| Tabla N°1 Edad..... | 52 |
| Tabla N°2 Estrato Social..... | 53 |
| Tabla N°3 Ocupación..... | 54 |
| Tabla N°4 Grado de Instrucción..... | 55 |
| Tabla N°5 Número de Embarazos..... | 56 |
| Tabla N°6 Número de Hijos..... | 57 |
| Tabla N°7 Molestias en los senos..... | 58 |
| Tabla N°8 Educación sobre Control prenatal..... | 59 |
| Tabla N°9 Calidad de Atención del personal de Enfermería..... | 60 |
| Tabla N°10 Tipo de Secreción Vaginal..... | 61 |
| Tabla N°11 Complicaciones post-parto..... | 62 |
| Tabla N°12 Problemas de Salud post-parto..... | 63 |
| Tabla N°13 Síntomas en el aparato genito-urinario..... | 64 |

ÍNDICE DE GRÁFICOS

| | |
|---|----|
| Gráfico N°1 Edad..... | 52 |
| Gráfico N°2 Estrato Social..... | 53 |
| Gráfico N°3 Ocupación..... | 54 |
| Gráfico N°4 Grado de Instrucción..... | 55 |
| Gráfico N°5 Número de Embarazos..... | 56 |
| Gráfico N° 6 Número de Hijos..... | 57 |
| Gráfico N°7 Molestias en los senos..... | 58 |
| Gráfico N°8 Educación sobre Control prenatal..... | 59 |
| Gráfico N°9 Calidad de Atención del personal de Enfermería..... | 60 |
| Gráfico N°10 Tipo de Secreción Vaginal..... | 61 |
| Gráfico N°11 Complicaciones post-parto..... | 62 |
| Gráfico N°12 Problemas de Salud post-parto..... | 63 |
| Gráfico N°13 Síntomas en el aparato genito-urinario..... | 64 |

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

**“PARTICIPACIÓN DE LA ENFERMERA EN LOS CONTROLES
PRENATALES Y SU INCIDENCIA EN LAS COMPLICACIONES POST
PARTO EN LAS MUJERES QUE ACUDEN AL SUBCENTRO
AUGUSTO N MARTÍNEZ, AÑO 2012.”**

Autor: Dilma Germania Remache Chicaiza
Tutora: Lic. Mg. Gloria Teresa Calero Lozada
Fecha: Ambato, 2014

RESUMEN

La presente investigación, estableció la problemática de la deficiente participación de la enfermera en los controles prenatales y su incidencia en las complicaciones postparto en el Subcentro Augusto N. Martínez, año 2012, de manera que se generó un análisis en el entorno para conocer los eventos que los causaren, la investigación que se utilizó es la de campo que permitió conocer las falencias, en la interpretación de los resultados permitió generar información del cambio en la institución, lo que concluye como necesidad una propuesta de participación comunitaria.

De tal manera que el cambio está orientado a la comunicación y promoción de visitas domiciliarias, las mismas que buscarán motivar a las mujeres en edad fértil a efectuarse un control prenatal, el mismo que mejore su calidad de vida en esta etapa para minimizar las complicaciones post parto y entonces el desarrollo comunitario sea el eje de eficiencia institucional.

Además se buscan nuevas alternativas de formación a las enfermeras de tal manera que el trabajo de las profesionales de la salud y los pacientes sean

conjunto, de tal manera que disminuyan las complicaciones post-parto y la información pre natal sea eficiente y oportuna, por el bien de la comunidad de la parroquia Augusto N. Martínez y del buen vivir de sus habitantes.

Debido a la importancia que merece la atención de la madre y del neonato, la atención a las pacientes debe ser de calidad y con calidez, para que estos parámetros se cumplan deben las enfermeras ser conscientes del papel que desempeñan en la salud pública con responsabilidad social y humanidad, no solo para hacer prevalecer el nivel profesional del personal que laboran en los diferentes sub-centros de salud, sino para precautelar la salud de los habitantes con compromiso social.

Por lo tanto resulta de vital importancia trabajar unificadamente la comunidad de madres gestantes y puerperales con el personal de enfermería del sub-centro de salud de Augusto N. Martínez, con la finalidad de prevenir las complicaciones que se pueden presentar luego del parto y promover de esta forma una campaña conjunta de información inclusiva para mejorar el estilo de vida de las madres y sus hijos y de las mujeres en estado de gestación.

PALABRAS CLAVES:

EMBARAZO, PRENATAL, EDAD_FÉRTIL, EDAD_GESTACIONAL, ULTRASONIDOS, PERINATAL, COMPLICACIONES POST_PARTO, MASTITIS.

TECHNICAL UNIVERSITY AMBATO
FACULTY OF HEALTH SCIENCES
NURSING CAREER

**" NURSERY PARTICIPATION IN CONTROL PRENATAL AND ITS
IMPACT ON POST DELIVERY COMPLICATIONS IN WOMEN WHO
GO TO SUBCENTRE AUGUSTO N MARTINEZ , YEAR 2012. "**

Author: Dilma Germania Rematches Chicaiza

Tutor: Mr. Mg. Gloria Teresa Calero Lozada

Date: Ambato, 2014

ABSTRACT

This research established the problem of poor nurse participation in prenatal care and its impact on postpartum complications in Sub Augusto N. Center Martinez, 2012, so that was generated in the environment analysis for the events that shall cause, research that was used is the field that allowed us to know the flaws in the interpretation of the results allowed generate change in the institution, which concludes as need a proposal for community participation.

So that the change is aimed at promoting communication and home visits, the same that seek to encourage women of childbearing age to undergo a prenatal care, the same to improve their quality of life at this stage to minimize complications post time delivery and community development is the core of institutional efficiency.

Also look for new alternatives nurses training so that the work of health professionals and patients are set in such a way that minimizes postpartum complications and prenatal information is efficient and timely, by the good of the community of the parish Augusto N. Martinez and good living of its inhabitants.

Due to the importance it deserves the attention of the mother and newborn , care for patients should be quality and warmth , so that these parameters are met nurses must be aware of the role of public health in social responsibility and humanity , not only to enforce the professional level of the staff who work in different health sub - centers , but to safeguard the health of people with social commitment .

It is therefore vital community work unitedly pregnant and postpartum nurses with sub- health center Augusto N. Martinez, in order to prevent complications that can occur after birth and thus promote joint campaign inclusive information to improve the lifestyle of mothers and their children and women in gestation.

KEYWORDS:

PREGNANCY, PRENATAL, EDAD_FÉRTIL, EDAD_GESTACIONAL, ULTRASOUND, PERINATE, COMPLICATIONS POST_PARTO, MASTITIS.

INTRODUCCIÓN

El embarazo es un proceso normal y fisiológico pero conlleva a riesgos de morbilidad materno fetal, sin embargo para prevenir los riesgos la madre gestante debe asistir estrictamente a los controles prenatales que es un conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los riesgos durante el embarazo.

El control prenatal óptimo y eficiente es el tratamiento preventivo por excelencia. La prevención es lo mejor y lo primero para disminuir los riesgos y complicaciones, acompañado por un régimen nutricional de alimentos sanos, eliminando los malos hábitos en las comidas y bebidas. También se debe incluir la salud mental, pues la mujer embarazada necesita psicoterapia, para un embarazo y el nacimiento de un niño sano.

Es de gran importancia que el personal de enfermería sea responsable de la ejecución del control prenatal en los Centros de Salud, en donde la información sea impartida de manera integral, completa y oportuna llegando al mayor número de mujeres embarazadas durante sus controles prenatales, para de esta forma disminuir los niveles de complicaciones post-parto y mejorar las condiciones de vida de las mujeres gestantes y de las madres.

Debe existir un acceso a un nivel adecuado de pautas y conocimientos durante los controles prenatales, necesarios para el óptimo desarrollo del embarazo; ya que no siempre la temática es abordada en los controles prenatales. Cabe recalcar que es responsabilidad de las futuras madres asistir a los controles periódicamente, no solo para estar encaminada sobre el estado del embarazo y sobre los cuidados que debe tener la madre gestante, sino para prevenir las posibles complicaciones que se presenten posteriores al parto.

Por esta razón con el presente trabajo se pretende conocer si los controles prenatales influyen en las complicaciones post-parto más frecuentes que presentan las madres de familia que asisten al Subcentro de salud de la parroquia Augusto N. Martínez.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1. TEMA

Participación de la enfermera en los controles prenatales y su incidencia en las complicaciones post parto en las mujeres que acuden al Subcentral Augusto N. Martínez, año 2012.

1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.2.1. CONTEXTUALIZACIÓN

1.2.1.1 Macro

La Organización Panamericana de la Salud señala que el 95% de las muertes maternas son evitables y que es posible disminuir esa cifra, con un adecuado y oportuno programa de control prenatal y atención del parto.

La salud materna e infantil es una prioridad en todos los países de Latinoamérica y constituye un aspecto central de los objetivos de Desarrollo del Milenio. Además, existe consenso internacional de que trasciende la esfera sanitaria y se constituye en un tema de derechos humanos básicos. Representa un desafío importante para los equipos de salud que han elaborado metodologías para promover y garantizar este derecho, una vez revisados los datos disponibles sobre la cobertura de la atención prenatal en América Latina.

La comparación de las coberturas recientes de atención prenatal entre los países resalta que sólo Bolivia tuvo una cobertura menor al 50%, lo cual representa 2 controles prenatales, mientras que en Chile se efectúan 5 controles como normativa

lo cual no es cumplido, en Cuba, República Dominicana y Puerto Rico las coberturas de atención prenatal son superiores al 90% es decir se efectúan todos los controles prenatales.

Se encontró que las coberturas de atención prenatal en Ecuador, Guatemala, Honduras, México y Perú indican que acudieron a 4 visitas de las 5 establecidas en la normativa. Los organismos que regulan la salud sexual y reproductiva recomiendan mejorar el contenido de la atención a la asistencia primaria en salud y que debe ser un objetivo paralelo al aumento de las coberturas a los controles prenatales. Fuentes: OMS. Maternal mortality in 2005: estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA, and the World Bank, 2007.

1.2.1.2. Meso

El Ecuador ha logrado grandes avances en el tema de Salud Sexual y Reproductiva gracias a la implementación de políticas sobre el derecho a la salud y a los derechos sexuales y reproductivos de la población como la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia, Políticas de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos, Plan de Reducción de la Mortalidad Materna, Plan Nacional de Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y Neonatal, Estrategia Nacional Integrada de Planificación Familiar y Prevención del Embarazo en Adolescentes, por tanto en el país según los datos obtenidos del censo del año 2010 la población es de 14.483.499 habitantes, el 50% son mujeres y de ellas el 42% se encuentran en edad fértil entre los 10 a 49 años de edad.

La tasa global de fecundidad es de 2.6%; mientras que la tasa de mortalidad es del 4.3% y de mortalidad infantil es del 11 %; Razón de mortalidad materna del 69.7 %; Riesgo acumulado de muerte maternas de 27%; Partos atendidos por médico u obstetra 95 %; Partos atendidos de forma ambulatoria 10.2%. Indicadores Básicos de Salud. MSP, 2010; Ecuador Octubre 2011 – Noviembre 2012

Los controles prenatales requeridos según las normas del Ministerio de Salud Pública es realizarse al menos cinco controles prenatales. El primer control debe ser dentro de las primeras veinte semanas y los otros cuatro subsecuentes de seguimiento repartidos periódica y continuamente de la siguiente manera: De las 22 a las 27 semanas; de las 28 a las 33 semanas; de las 34 a las 37 semanas y finalmente de las 38 a las 40 semanas. No obstante, el solo cumplimiento de esta norma no garantiza la presencia de complicaciones post parto, pero si disminuye dichas complicaciones, pues se requiere que, en cada visita, el equipo de salud provea un conjunto de actividades y procedimientos que 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. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Dirección Nacional de Normalización. Proyecto de Mejoramiento de la Atención en Salud, HCI. Mejoramiento Continuo de la calidad (2008).

Pueden ser prevenibles con acciones dirigidas a evitar el embarazo no planificado, con controles adecuados para detección y tratamiento oportuno de las complicaciones y una adecuada atención del parto y puerperio, pero él no contar con una concientización de las madres acelera el problema y por tanto no se pueden prevenir riesgos, facilitar la comprensión de lo que pasa en su estado de ánimo y gestacional, clarificar dudas y temores y contar con tratamiento oportuno en el ciclo del embarazo.

1.2.1.3. Micro

El Subcentro Augusto N. Martínez se encuentra ubicado a 6 Km del área de salud N: 1 tiene una población de 12.500 habitantes, en el año 2012 las coberturas de atención a mujeres en edad fértil entre los 10 a 19 años son de 26 mujeres y de 20 a 49 años un total de 56 mujeres y en las consultas subsecuentes de 10 a 19 años 94 mujeres y entre la edad de 20 a 49 años un total de 259 mujeres. Dentro del grupo de mujeres en edad fértil hubo 99 mujeres en estado de gestación.

Fuente: INEN. Anuarios de estadísticas vitales: nacimientos y defunciones.

Se determina de esta manera que es importante y permanente que en cada consulta del control prenatal, el profesional de la salud deberá estar alerta en la identificación de factores de riesgo y enfermedades asociadas o propias del embarazo para su oportuno y adecuado manejo, con el propósito de garantizar las mejores condiciones de salud a la madre y al feto.

Por tanto la enfermera en la comunidad juega un papel importante al informar y capacitar a las gestantes en el control prenatal, ya que de ello depende el normal desarrollo del embarazo, el rol integral del profesional de la salud es directo con dicho grupo para así prevenir riesgos obstétricos y de post parto.

1.2.2. ANÁLISIS CRÍTICO

La falta de integración de la comunidad con el equipo de salud en los controles prenatales, las visitas domiciliarias, y la comunicación inadecuada son elementos que conllevan a que la enfermera comunitaria no cumpla con sus funciones establecidas. De tal manera que las mujeres embarazadas no acuden a los centros de salud oportunamente a realizarse sus controles periódicos, generando complicaciones tanto en el embarazo, parto y puerperio a la madre como al recién nacido, por tanto las consecuencias en ocasiones son fatales.

Se observa también que la economía y la falta de interés en las usuarias y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, genera una baja concientización a acudir a dichos controles prenatales y por tanto no existe una adecuada participación social de la comunidad la enfermera no efectúa su gestión de forma integral, por problemas geográficos económicos y de comunicación, entonces se limita el desarrollo de sus actividades en la comunidad.

De tal manera que el mantener el desconocimiento de los conceptos básicos sobre el control prenatal, de los signos y síntomas normales del embarazo, la falta de información sobre las ventajas y desventajas de la lactancia materna, planificación

familiar y sobre cómo es la crianza de sus hijos repercute directamente en la mujer gestante.

1.2.3. PROGNOSIS

De seguir con esta problemática entonces no solo se generarán complicaciones post parto sino que se incrementaran los factores de riesgo en el embarazo, generando esto patologías más graves que conlleven no solo al riesgo de la vida en la madre, sino al del feto, lo cual dará lugar a la muerte neo natal.

1.2.4 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cómo incide la participación de la enfermera en los controles prenatales y en la atención de complicaciones post parto de las mujeres que acuden al Subcentro de Salud de Augusto N. Martínez?

1.2.5 DELIMITACIÓN

Campo: Salud

Área: Enfermería

Aspecto: Controles Prenatales y Complicaciones post parto

Delimitación espacial: Subcentro de Salud de Augusto N. Martínez

Delimitación temporal: Período 2012

Objeto de estudio: Mujer gestante y puerperales, enfermeras comunitarias

1.2.6. PREGUNTAS DIRECTRICES

¿De qué manera influye la participación de la enfermera en los controles prenatales de las mujeres embarazadas de la localidad?

¿Cuáles son las complicaciones más frecuentes en el post parto de las mujeres embarazadas que acuden al Subcentro de Salud de Martínez?

¿Analizar la participación de la enfermera en los controles prenatales para solucionar problemas geográficos, socioeconómicos y de comunicación y así prevenir las complicaciones post parto en el Subcentro de Salud?

1.3. JUSTIFICACIÓN

La presente investigación es importante por cuanto se pretende generar en la población gestante interés hacia los controles prenatales, con la finalidad de minimizar complicaciones en el transcurso del embarazo que luego conlleve a la muerte materna -neonatal, de esta manera establecer un cambio de actitud de las madres y del personal de salud para mejorar la calidad de vida en dicha población.

Es de gran **interés** por que sustenta en la enfermera la aplicación de las normas en asistencia primaria de salud en dicha población para que se involucren en los controles prenatales y se conviertan en la piedra angular y en el vínculo social generando buenas prácticas de salud, especialmente a mujeres embarazadas, conllevan a la concientización de que cada periodo del embarazo es de vital importancia para su salud y del futuro bebe para minimizar la morbimortalidad materna y neonatal.

Los **beneficiarios directos**, serán las madres, gestantes, debido a que obtendrán información completa de los controles prenatales y su impacto en la salud de la madre y el feto.

En tanto que los **indirectos**, serán las enfermeras comunitarias, ya que se integran con la sociedad y podrán no solo generar cuidados, sino motivar a una prevención, en el cual el control prenatal será el eje de desarrollo de la calidad de vida.

Es **novedoso** porque nos permite promover los controles prenatales adecuados, de tal manera que se optimicen los recursos hacia la concientización de la necesidad de dichas actividades y así potencializar el buen vivir en la localidad.

Es **factible** porque al contar con la colaboración del equipo de salud ya que proporcionaron la información necesaria para el proceso investigativo, existen los recursos económicos necesarios para efectuar dicho trabajo, también existe la colaboración de toda la población.

1.4. OBJETIVOS

1.4.1. Objetivo General

Analizar la participación de la enfermera en los controles prenatales y su incidencia en las complicaciones post parto en el Subcentro Augusto N. Martínez, año 2012.

1.4.2. Objetivos Específicos

- Determinar la participación de la enfermera en los controles prenatales para prevenir complicaciones post parto en las mujeres que acuden al Subcentro Augusto N. Martínez.
- Definir el porcentaje de complicaciones post parto que se presentaron a pesar de recibir en los controles prenatales educación sobre el tema.
- Proponer un programa de capacitación mediante talleres educativos para buscar alternativas conjuntas entre las enfermeras y las usuarias en temas sobre control pre-natal y post-parto, para de esta forma disminuir las complicaciones posteriores al parto de las madres que asisten al Subcentro de Salud en el cuarto trimestre del 2013.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes investigativos

Para el desarrollo de la presente investigación se tomó como referencia los siguientes trabajos:

Karina Betsabe Lema Inga, con el tema “Control Prenatal y Su Influencia en El Estado Nutricional en las mujeres embarazadas que acuden al Centro de Salud De Guano durante el periodo Enero A Junio 2011” concluye

- En el ciclo de embarazo es importante establecer una adecuada alimentación lo cual presenta problemas de salud, debido a los malos hábitos alimentación, de tal manera que al no generar un control prenatal debidamente monitoreado los factores de riesgo se incrementarán sustancialmente. Por tanto es importante establecer un fortalecimiento y concientización en las mujeres gestantes a acudir a los controles con la finalidad de adquirir información acerca de los cuidados de este periodo.
- Se determina que él no generar un control prenatal completo conlleva a la presencia de múltiples enfermedades materno –fetales, lo cual da lugar a la muerte materno neonatal. De tal manera que se debe recomendar la asistencia permanente a cada uno de los controles prenatales recomendados por el equipo de salud. (Pág. 72).

Jesús Jairo Bonifaz Guerrero, con el tema “Hemorragias Postparto en el Servicio de Ginecología del Hospital Provincial General Docente de Riobamba 2010”concluye:

- Que existe un alto número de complicaciones post parto debido a que las mujeres luego del parto no tienen un control integral a su estado de salud, lo cual genera malestar tanto físico como psicológico.
- Las complicaciones post-parto se presentan debido a que las madres han presentado antes del parto cuadros de salud con diferentes patologías, como anemia y desnutrición lo que desencadena la presencia de hemorragias. (Pág. 63).

2.2 Fundamentación filosófica.

En este contexto se utilizó el paradigma crítico propositivo, por cuanto se estableció una crítica social a la problemática presentada, es decir la falencia en el control prenatal por parte de las madres, y por otra parte generar dinamismo en el sector de la salud especialmente en el rol que cumple la enfermera para mejorar el cuidado prenatal

En este contexto se utilizó el paradigma crítico propositivo.

Crítico porque cuanto se estableció una crítica social a la problemática presentada, es decir la falencia en el control prenatal por parte de las madres

Propositivo porque permitirá generar un cambio mediante la propuesta para romper viejos esquemas los cuales promuevan dinamismo En el sector de la salud pública especialmente en el rol que cumple la enfermera para mejorar el cuidado prenatal.

Axiológica: La enfermera maneja el método explicativo y demostrativo en la educación que se brinda a las mujeres embarazadas, pero esto se lo debe realizar con una actitud de servicio, es decir siendo una profesional más humana dedicada al servicio humanitario.

Epistemológica: La participación de la enfermera en educación, atención y autocuidado de la mujer embarazada para evitar complicaciones post parto, es lo que se basa la presente investigación, que pueden ser a veces variantes, dependiendo de la circunstancia.

Heurística: La educación de enfermería se encamina a brindar toda la educación necesaria a la gestante y su familia para lograr resultados óptimos luego del parto, además de orientar a la madre y la familia para una mejoría en la salud.

2.3 Fundamentación Legal

Ley de maternidad gratuita

- Toda mujer ecuatoriana que acuda a dar a luz en un hospital, centro o institución de salud pública tendrá derecho a que el parto sea enteramente gratuito.
- El Ministerio de Salud Pública cubrirá los gastos por medicinas, insumos, alimentación y, en general, todos los que demanden la atención del parto y del puerperio. Congreso Nacional del Ecuador secretario del congreso nacional de agosto de 1994

Declaración de los derechos de la madre.

- La maternidad debe ser de libre elección. Toda mujer tiene derecho a decidir libremente sobre el momento más adecuado para tener sus hijos, y cuántos hijos quiere tener. El uso de métodos anticonceptivos eficaces debe ser accesible a todas las mujeres.
- Todas las mujeres tienen derecho a que, en cualquier país del mundo, los gobernantes garanticen una maternidad sin riesgo. Esta garantía se ha de traducir en asignaciones presupuestarias en los países en vías de desarrollo y, en el caso de los países desarrollados, en priorizar la maternidad sin riesgo dentro de sus programas de cooperación. Los embarazados inmigrantes tienen

derecho a ser atendidas en igualdad de condiciones que las del país de recepción o asilo.

- Toda mujer tiene derecho a no sufrir discriminación, ni penalización, ni marginación social, a causa de una interrupción voluntaria del embarazo. La práctica del aborto debe ser realizada en condiciones sanitarias adecuadas. Las mujeres tienen derecho a un acceso fácil a servicios de calidad para tratar las complicaciones derivadas de un aborto.
- Toda mujer tiene derecho a que el embarazo no suponga un alto riesgo para la salud. Los servicios sanitarios de atención al embarazo deben ser de calidad y tener los recursos necesarios.
- Toda mujer tiene derecho a un Sistema de Salud adecuado y a medidas de protección durante su embarazo. El conocimiento y el acceso a los avances tecnológicos, tanto diagnósticos como terapéuticos, es un derecho de todas las mujeres. La atención obstétrica no tiene fronteras. El cuidado obstétrico debe tener en cuenta el respeto a la diversidad de culturas y creencias.
- La mujer tiene derecho a recibir una adecuada educación e información sobre salud reproductiva, embarazo, parto, lactancia materna y cuidados neonatales. Por tanto los servicios de salud deberán promover la asistencia de la mujer embarazada, y si es posible de su pareja, a cursos de preparación, como una parte integrante de la atención prenatal.

Ley de maternidad gratuita y atención a la infancia

Art. 1-Toda mujer tiene derecho a la atención de salud gratuita y de calidad durante su embarazo, parto y postparto, así como al acceso a programas de salud sexual y reproductiva. De igual manera se otorgará sin costo la atención de salud a los recién nacidos niños menores de cinco años, como una acción de salud pública, responsabilidad del Estado.

Art. 2-La presente Ley tiene como una de sus finalidades el financiamiento para cubrir los gastos por medicinas, insumos, micronutrientes, suministros, exámenes básicos de laboratorio y exámenes complementarios para la atención de las

mujeres embarazadas.

<http://www.salud.gob.ec/wpcontent/uploads/downloads/2012/09/leydematernidadgratuitayatencionalainfancia.pdf>

Código ético de las enfermeras

Art 1.- El Código de Ética de la Federación Ecuatoriana de Enfermeras y Enfermeros está constituido por un conjunto sistematizado de principios, normas directivas y deberes que orientan el ejercicio profesional de las enfermeras y enfermeros.

Del ejercicio profesional

Art. 6.- La enfermera o enfermero son responsables de su desempeño profesional y de mantener vigente su competencia por medio de la capacitación y educación continuas, considerando que trabajan con seres humanos y los cambios acelerados que se producen en la ciencia, la tecnología y cultura.

Art. 8.- La enfermera o enfermero deben respetar las actitudes, conocimientos y prácticas de la persona, familia y comunidad, siempre que éstas no perjudiquen o sean un riesgo para su salud.

Art. 12.- La enfermera o enfermero deben brindar a la persona, familia y comunidad una atención humanizada, oportuna, continua y segura.

Art. 13- La enfermera o enfermero deben respetar la escala de valores, la ideología y religión de la persona, familia y comunidad.

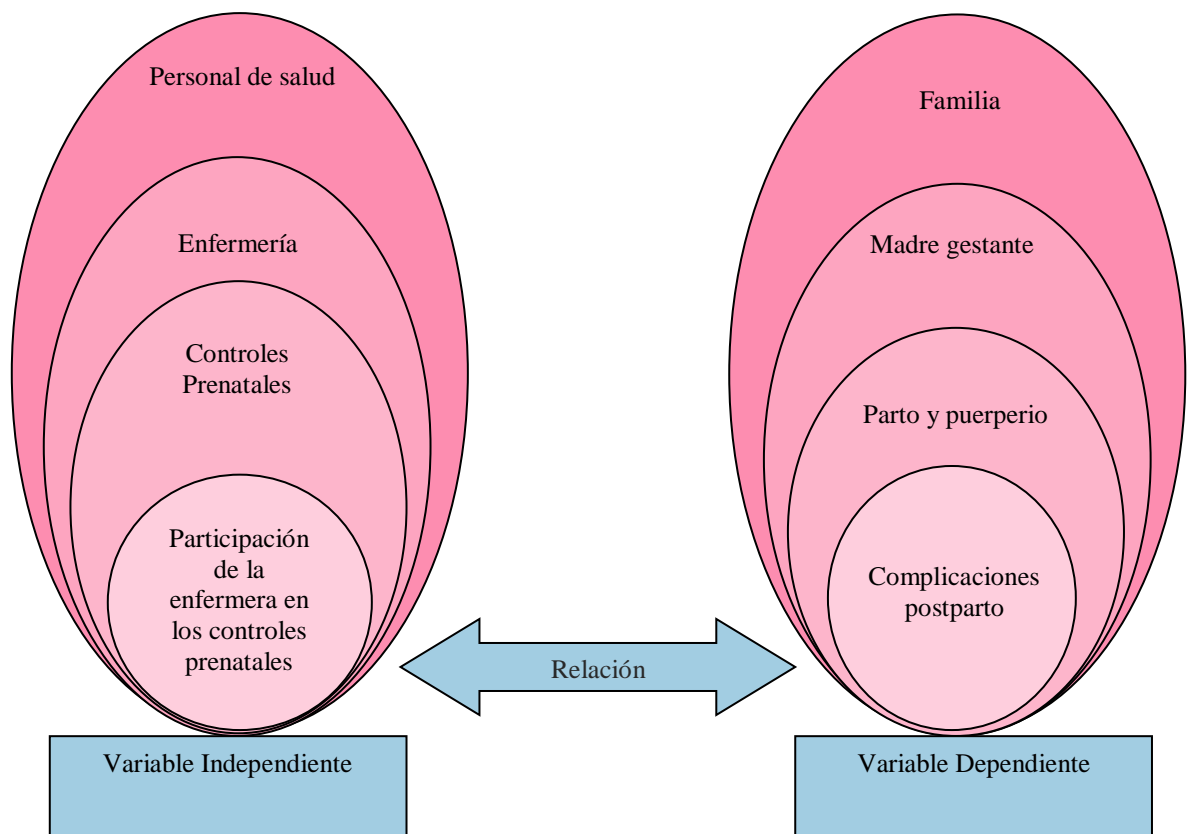
Art. 14.- La enfermera o enfermero deben respetar y no hacer discrimen por nacionalidad, raza, color, religión, edad, sexo, opinión política o condición social.

Art. 17.- La enfermera o enfermero tomarán en consideración la participación de la persona, familia y comunidad en la satisfacción de sus necesidades, aplicando los principios del tratamiento e intervención informados y consentidos.

Del secreto profesional

Art. 43.- El secreto profesional es un derecho del paciente y su violación tiene implicaciones éticas y jurídicas. La enfermera o enfermero individualmente o como miembros del equipo de salud, tienen una alta responsabilidad en el resguardo de este derecho, siempre y cuando con su silencio no afecten la vida o salud de la persona.

2.4 Categorías fundamentales



Fuente: Dr. Luis Herrera pág. (35)

Elaborado por: Dilma Remache

2.4.1 Fundamentación teórica

2.4.1.1 Participación de la enfermera en los controles prenatales

La participación de enfermería en la consulta prenatal ha sido una actividad desarrollada desde el inicio del Ministerio de Salud Pública, desde ese entonces hasta la actualidad se viene actuando con diferentes enfoques de atención en salud. Esta forma de participación intenta mejorar cada día los servicios de la consulta prenatal estableciendo prioridades en función de las necesidades de atención en estos grupos, de acuerdo a su mayor o menor vulnerabilidad de que estos padezcan determinado daño.

La participación de la enfermera en los controles prenatales es de vital importancia para evitar complicaciones tanto para la madre como para el futuro bebe y entonces generar concientización del control en cada una de estas etapas del embarazo. (Bustos, G. P. (2010). Argentina. Enfermería materno infantil y neonatal.(1ra edición).: Corpus Editorial. Págs. 57-59.)

Cuidados de enfermería en la atención prenatal

El personal de enfermería debe tener control sobre el tarjetero de la embarazada donde se recoge datos generales, edad, enfermedades familiares de la paciente.

Carnet obstétrico: Historia clínica pre y postnatal, anamnesis, resumen. Clínico de laboratorio.

Reconocimiento de la gestante: Examen Físico se divide en 3 partes:

Examen físico general: Debe ser completo, céfalo caudal, toma de peso, talla y su valoración ponderal.

Talla: Técnica correcta para su realización: La talla se realiza en la primera consulta, generalmente las pesas tienen dispositivos que nos permiten medir a las pacientes: La paciente se pondrá de espaldas a la pesa, la base del alímetro descansará sobre la cabeza sin angulaciones, se evitará el error de lectura y se anotará el resultado en el carné obstétrico y tarjetón. Control de la talla o condiciones físicas de riesgos: talla -1.50 cm. – baja talla.

Peso: Técnica correcta para su realización: Se realizará en todas las consultas, se orienta a la paciente que concurra a la consulta con vestuario similar, de manera que no produzca grandes variaciones en el peso, la enfermera cuidará que la paciente suba a la pesa sin zapatos, protegerá la base con papel o paño, ayudará a la paciente a subir y bajarse de la pesa, tendrá la balanza en fiel o equilibrio, evitará errores en la lectura y anotará los resultados en el tarjetón o carné obstétrico. Además observará edemas en miembros inferiores.

Examen ginecológico: Se hace en el primer control prenatal para identificar procesos ocultos que pueda complicar a la gestante. Orientara desde el inicio del embarazo la recolección de los siguientes complementarios y la forma de realizarse cada uno, brindara preparación psicológica, para que coopere, tendrá presente en cada proceder los principios básicos de enfermería y establecerá una buena comunicación con la gestante pareja y sus familiares.

Tendrá en cuenta en todas las consultas la toma de la tensión arterial con la técnica correcta; que permitirá detectar después de las 20 semanas de gestación una Preeclampsia (si aumenta 30 mmHg de la sistólica y un aumento de 15 mmHg sobre la diastólica puede ser criterio de hipertensión arterial).

Examen físico obstétrico: Debe tener preparado el material estéril como: Espéculo, guantes láminas para tomar la muestra citológica, sí corresponde, hisopo montado para recoger muestra para realizar exudado vaginal. (Cabero, L. S. (.2009). México. Operatoria Obstétrica (1ra edición): Editorial Médica panamericana. Págs.211-226.)

Esquema de vacunación de las embarazadas (toxoides tetánico)

La inmunización antitetánica es el método más eficaz para prevenir el tétanos neonatal. Durante el embarazo pasa el anticuerpo a través del cordón umbilical y confiere inmunidad pasiva contra el TNN. Se deberá colocar a la gestante dos dosis con un intervalo de un mes entre ellas, en los primeros siete meses de embarazo. Si ya ha sido vacunada dentro de los últimos cinco años, se le administrará una sola dosis de refuerzo. Además, se debe educar a la gestante para que complete su esquema de vacunación en el postparto.

Atención de enfermería durante la etapa prenatal

Se brinda atención holística a la embarazada durante el periodo gestacional con base en la identificación oportuna de los factores de riesgo ya que cuenta con los conocimientos y aptitudes para:

Integrar la historia clínica gineco obstétrica, lo que, comprende aplicar técnicas y procedimientos tales como:

- Realizar el interrogatorio general y obstétrico.
- Ejecutar exploración física general y ginecológica.
- Realizar somatometría.
- Determinar las cifras de las constantes vitales.
- Valorar altura de fondo uterino.
- Realizar maniobras de Leopold.
- Auscultar la frecuencia cardíaca fetal.
- Valorar el estado nutricional de la madre.
- Solicitar exámenes básicos de laboratorio. (Zurro, M. y. (2008). Atención primaria . Barcelona.(6ta. edición): Editorial El Selvier. Pág. 56.)

Determinar el riesgo obstétrico una vez efectuadas las actividades anteriores y en cada una de las consultas. Referir oportunamente al siguiente nivel de atención a embarazos de alto riesgo. Proporcionar las intervenciones de enfermería

necesarias para la estabilización de la embarazo ante la presencia inminente de complicaciones y en caso necesario asistirle durante su traslado.

Concertar con la embarazada el plan de control y cuidados dependiendo de las condiciones físicas, emocionales, espirituales, sociales y culturales mediante las siguientes acciones:

- Programar el número de consultas de acuerdo con el estado general, edad gestacional y características individuales y familiares.
- Iniciar terapéutica preventiva encaminada a evitar procesos anémicos en la madre y defectos del producto al nacimiento.
- Capacitar a la embarazada para que identifique oportunamente signos y síntomas de alarma en el embarazo.
- Informar sobre los efectos nocivos del consumo de tabaco, alcohol, drogas y exposición a agentes químicos.
- Valorar el proceso de adaptación individual y familiar ante el evento obstétrico a identificar cambios en el estado emocional que requieran atención especializada.
- Proponer acciones de preparación del ambiente familiar para recibir al recién nacido.
- Promover la adquisición de hábitos higiénicos y dietéticos saludables durante el embarazo.
- Orientar sobre los aspectos de actividad física, recreativa y sexual.
- Preparar física y emocionalmente a la pareja para la lactancia materna.
- Promover la integración de la pareja en el programa de atención prenatal.

La atención y cuidado prenatal de la enfermera se enfocara a generar medidas integrales de atención a la gestante, lo cual conllevara a identificar posibles riesgos y cambios en el periodo de embarazo para posteriormente orientar promover y prevenir. (Cabero, L. S. (2009). Operatoria Obstétrica (1ra edición). México: Editorial Médica panamericana. Pág.7.)

Indicaciones generales en el control prenatal

La dieta. Es fundamental cuidar la dieta de la futura madre. Es también necesario insistir acerca de una preparación higiénica de los alimentos.

La higiene personal. Debe observar las reglas de higiene general al mayor grado posible durante el embarazo.

La actividad física. El ejercicio físico moderado es medida conveniente en la embarazada. Se desaconseja el ejercicio de alta competición, de contacto y buceo. Se debe evitar el aumento sostenido de temperatura en la gestante, para no exponer al feto a hipertermia.

Se aconseja una reducción gradual hacia el tercer trimestre.

La educación. Es importante tratar de que la paciente tenga la mayor información veraz acerca de su condición de embarazada y de todos los aspectos biológicos del embarazo.

Medicamentos. Se recomienda suspender la administración de medicamentos a las mujeres embarazadas, lo más que sea posible, administrarlos solo cuando sea urgente; evitando los agentes nuevos o en fase de experimentación, y usarlos sólo cuando sea necesario, a las dosis más bajas que se requieran para que sea de eficacia clínica.

Alimentación. La dieta debe ser balanceada. Solo el requerimiento de calcio y hierro aumenta. Se deben ingerir alrededor de 1200 mg de calcio elemental. Esta cantidad se encuentra en 5 porciones de lácteos/día (1 porción de 250 ml leche o 250 gramos. de yogurt o 1 porción de queso o 1 huevo) (Jean, E. L. (2008). Enfermería materno infantil. (2da. edición). Madrid. Harcourt Brace editorial. : Págs. 189-196.)

2.4.1.2. Personal de Salud

El personal de salud involucrado en la atención a la paciente gestante es médico ginecólogo, odontólogo, obstetrix, laboratorista, enfermera y auxiliar de enfermería. El personal sanitario son «todas las personas que llevan a cabo tareas que tienen como principal finalidad promover la salud» (Informe sobre la salud en el mundo 2006).

Los trabajadores de los sistemas de salud de todo el mundo están sometidos a una amplia y compleja gama de fuerzas que están generando una tensión e inseguridad crecientes. Los trabajadores sanitarios tienen que estar preparados para hacer frente a retos como el envejecimiento de la población, las nuevas enfermedades y el aumento de la carga de las ya existentes o el aumento de los conflictos y la violencia.

El imperativo ineludible es el fortalecimiento de la fuerza laboral, de modo que los sistemas de salud puedan hacer frente a las enfermedades incapacitantes y lograr los objetivos sanitarios nacionales y mundiales. La existencia de una fuerte infraestructura humana es fundamental para reducir las diferencias entre las promesas y las realidades sanitarias y poder anticiparse a los retos sanitarios del siglo XXI. (Serrano, A. (2013). Recuperado el 13 de 07 de 2013, de Enfermería Comunitaria. : disponible en <http://www.invitrotv.com/diccionario/edad-fertil>)

2.4.1.3. Enfermería

La enfermería abarca la atención autónoma y en colaboración dispensada a personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o no, y en todas circunstancias. Comprende la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la atención dispensada a enfermos, discapacitados y personas en situación terminal.

La enfermería es parte de la medicina que se encarga del cuidado directo a pacientes que se encuentran en sus estados de enfermedad para mejorar su calidad de vida. La enfermería abarca la atención autónoma y en colaboración dispensada a personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o no, y en todas circunstancias. Comprende la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la atención dispensada a enfermos, discapacitados y personas en situación terminal.

Dentro de las funciones más importantes de la Enfermería, está la intervención educativa a la comunidad, necesaria para que la enfermedad no se expanda y las personas puedan llevar a cabo los cuidados y la prevención necesaria, después del actuar de la enfermera en el hospital.

La enfermería es una disciplina que se ocupa de proporcionar cuidados al individuo, familia o comunidad, encaminados a preservar y promocionar la salud, prevenir la enfermedad y ayudarle a recuperarse de la misma. El interés social del Título de Grado en Enfermería, debe atender las actuales demandas sociales, con unas enseñanzas globales que integren aspectos teóricos, como la conceptualización, metodología y evaluación de los problemas de salud derivados de las Necesidades Humanas alteradas y su cuidado.

Partiendo de la base que la Enfermería como profesión constituye un servicio encaminado a satisfacer las necesidades de salud de las personas sanas o enfermas, individual o colectivamente, y teniendo en cuenta los factores que influyen en las profesiones sanitarias como es la interculturalidad, el movimiento mundial sobre el desarrollo sostenible, la cultura por la paz y el rechazo a la violencia en todas sus formas debemos tener presente que los graduados en Enfermería por la Universidad de Murcia, han de estar en disposición de propiciar una respuesta adecuada a los procesos de cambio que experimente la atención de salud respetado, en todo momento, la Declaración Universal de los Derechos Humanos promulgada el 10 de diciembre de 1948. (Cabero, Operatoria Obstétrica (1ra edición)., 2009)

La enfermería es una profesión científica y humanista, que tiene como rol asumir la gestión del cuidado de las personas en todo aquello que dice relación con la promoción, mantención, restauración de su salud y la prevención de enfermedades y lesiones; incluye acciones derivadas del diagnóstico y tratamiento médico y la administración de los recursos necesarios.

La enfermera es la persona que cumple con un rol importante dentro de la unidad operativa médica, es por ello que debe estar preparada para cualquier cambio en lo que respecta a salud, y como valor agregado brindar una atención eficaz al paciente.

La enfermera tiene la responsabilidad de cuidar la salud de las personas y tiene que ponerla en la mejor forma posible para que la naturaleza pueda actuar sobre ella. (Nightingale, 1859).

Baldera (1998) define a la enfermería como el conjunto de conocimientos y acciones necesarias para prestar atención de enfermería a las personas que lo requieran, en actividades de promoción de salud, diagnóstico de enfermería, tratamiento y rehabilitación. La enfermería es una profesión dinámica, dedicada a mantener el bienestar físico, psicosocial y espiritual de las personas. (Lowdermilk, Enfermería materno infantil, 1998)

2.4.1.4. Controles Prenatales

Es un conjunto de acciones, procedimientos sistemáticos, periódicos, y asistenciales del equipo de salud, a fin de controlar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y la crianza del recién nacido con la finalidad de disminuir los riesgos de este proceso fisiológico.

La atención prenatal permite identificar algunas complicaciones del embarazo y admite establecer medidas preventivas oportunas de acuerdo con la situación de la

embarazada, lo que significa un costo menor en su atención posterior, mejorando la atención y la calidad de vida de las gestantes y sus hijos.

Control prenatal es el conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar morbilidad materna y perinatal.

Esquema de los controles prenatales en un embarazo normal

- **Nivel mínimo eficiente:** 5 controles.
- Una mensual hasta las 32 semanas gestacionales.
- Una cada 2 semanas hasta las 36 semanas gestacionales.

Una cada semana hasta el momento del parto. (Perpelicia, L. (2010). Enfermería materno-infantil y neonatal. (1ra edición). Argentina.: Editorial Corpus. Págs.15)

Características del control prenatal

- **Precoz:** se realiza la primera visita en el primer trimestre, lo que posibilita la ejecución oportuna de acciones de promoción, protección, y recuperación de la salud, permitiendo además la detección temprana de embarazos de riesgo.
- **Periódico:** La frecuencia dependerá del nivel de riesgo: para la población de bajo riesgo se requieren un mínimo de cinco controles.
- **Integral:** Este garantiza las acciones de fomento, protección, recuperación y rehabilitación de la salud de la embarazada.
- **Con enfoque de riesgo:** sus necesidades se podrán resolver con una atención continua evitando complicaciones durante todo el periodo del embarazo. (Zurro, M. y. (2008). Atención primaria . Barcelona.(6ta. edición): Editorial El Selvier. Pág. 56.)

Las consultas prenatales deben ser completas en contenidos de evaluación del estado general de la mujer, de la evolución del embarazo y de los controles e intervenciones requeridos según edad gestacional.

El cuidado prenatal es una guía para la práctica del cuidado preconcepciones y del control prenatal. Ministerio de Salud de la Nación de Argentina. 2001. (12/12/05)
Polenta O y col. Antropometría materna y factores de riesgo para peso bajo, talla baja y pre madurez del recién nacido.

Objetivos del control prenatal

Promover hábitos de vida saludable, factores protectores a las gestantes y sus familias.

- Vigilar el proceso de la gestación para prevenir y controlar oportunamente los factores de riesgo biológicos psicológicos y sociales.
- Detectar tempranamente las complicaciones del embarazo y orientar el tratamiento adecuado de los mismos.
- Ofrecer educación a la pareja.

Propósitos del control prenatal

- **Identificar factores de riesgo**

Biológico, ambiental o social que cuando está presente se asocia con un aumento de la posibilidad de sufrir un daño la madre, el feto o ambos.

Morbimortalidad: la prematuridad, la asfixia perinatal, las malformaciones congénitas y las infecciones. De ahí que las estrategias del control prenatal están orientadas a la prevención, diagnóstico oportuno y tratamiento de las patologías que condicionan los problemas anteriormente.

Son la hemorragia obstétrica, las infecciones, el síndrome hipertensivo del embarazo y las enfermedades maternas pre gestacionales. (Jean, E. (2008). Enfermería materno infantil (2da edición). .England. : Publicación Harcourt Brace. Pág. 155.)

- **Diagnosticar la edad gestacional**

El registro preciso de la fecha de la última menstruación las fechas de relaciones sexuales y la temperatura basal es de gran valor para diagnosticar con precisión el embarazo. No obstante puede ser necesario examinar a las dos o cuatro semanas para verificación del diagnóstico.

Es importante conocer las semanas gestacionales, a partir de la última fecha de la menstruación (FUM) descontamos a partir de esto el resto de día del mes. Inicialmente sacamos la diferencia del mes correspondiente con la fecha de la última menstruación, colocamos los días de los meses siguientes hasta la fecha actual, dividimos para 7 (días que tiene la semana) y este resultado nos da la semana de gestación.

- **Diagnosticar la condición fetal**

Los latidos cardiacos fetales son auscultables con estetoscopio desde el quinto mes de embarazo (20 semanas). Con equipos portátiles de ultrasonido pueden ser identificados desde las 10 semanas. Su presencia es un signo de vida fetal, mientras que la aceleración de la frecuencia cardíaca con los estímulos externos, o con movimientos fetales espontáneos, es un signo de salud fetal. La frecuencia cardíaca fetal se considera como normal en el rango de 120 - 160 latidos por minuto; valores inferiores o superiores, se denominan bradicardia y taquicardia fetal, respectivamente, y son signos sospechosos de hipoxia fetal.

- **Diagnóstico de la condición materna**

La evaluación de la condición materna se inicia con una anamnesis personal y familiar, en busca de patologías médicas que puedan influir negativamente en la gestación. De igual forma se recopilarán antecedentes obstétricos previos, especialmente antecedentes de recién nacidos de bajo peso, macrosomía, mortalidad perinatal, malformaciones congénitas, etc. Es importante obtener la información del nivel educacional materno, actividad laboral como trabajos con esfuerzo físico importante, contactos con tóxicos, radiaciones o material biológico, con fines de solicitar a su empleador una readecuación laboral o

suspender su actividad. Se practicará un examen físico general y segmentario con fines de diagnosticar patologías asintomáticas y derivar a especialistas.

El examen físico incluye un examen ginecológico en el cual se hace una inspección perineal (descartar hemorroides, parásitos externos anales y pubianos, vulvovaginitis, condilomas, etc.) y vulvovaginal. Posteriormente, en cada control prenatal, se hará la evaluación nutricional según índice peso/talla, control de presión arterial, albuminuria, hematocrito y examen físico según síntomas maternos. (Hacker L. y Moore J. (2010). Ginecología y Obstetricia (5ta edición). México: Editorial Manual Moderno. Págs. 25.)

2.4.1.5. La Familia

La familia es la unidad básica de la sociedad humana; centro fundamental del desarrollo de la vida afectiva y moral del individuo. La Constitución de la República, capítulo 2, artículo 42 menciona que: “La familia es el núcleo fundamental de la sociedad, se constituye por vínculos naturales o jurídicos, por la decisión libre de un hombre y una mujer de contraer matrimonio o por la voluntad responsable de conformarla”.

La familia es un conjunto de personas que conviven bajo el mismo techo, organizadas en roles fijos (padre, madre, hijos) con vínculos consanguíneos o no, con un modo de existencia económico y social comunes, con sentimientos afectivos que los unen y aglutinan. Naturalmente pasa por el nacimiento, luego crecimiento, multiplicación, decadencia y trascendencia. A este proceso se le denomina ciclo vital de vida familiar. Tiene además una finalidad: generar nuevos individuos a la sociedad.

2.4.1.6. Madre Gestante

Madre gestante es la mujer que lleva la formación de un nuevo ser, conocido como gestación, esto constituye el mayor esfuerzo fisiológico al que está sometida

la mujer en el curso de su vida. Sin embargo, con frecuencia se ha olvidado el derecho de la mujer a una buena alimentación, nutrición y salud durante esta etapa.

Embarazo

El embarazo es el período que transcurre entre la implantación en el útero del óvulo fecundado y el momento del parto en cuanto a los significativos cambios fisiológicos, metabólicos e incluso morfológicos que se producen en la mujer encaminados a proteger, nutrir y permitir el desarrollo del feto, como la interrupción de los ciclos menstruales, o el aumento del tamaño de las mamas para preparar la lactancia.

La duración aproximada de un embarazo es de 280 días. Son 40 semanas desde el primer día de la última menstruación o 38 semanas (aproximadamente nueve meses) desde el momento de la fecundación. Se considera un embarazo a **término** aquel que transcurre entre la semana 37 (259 días cumplidos) y la semana 42 de gestación (294 días cumplidos). Un embarazo de menos de 37 semanas se considera **pre-término**, mientras que uno de más de 42 semanas se considera **post-término**.

Existe una fórmula para conocer la fecha probable de parto, conocida como Regla de Nagele, que consiste en restarle tres meses y añadirle siete días a la fecha (el primer día) de la última menstruación.

El embarazo se divide en trimestres. El primer trimestre abarca hasta la semana 14 de embarazo (12 semanas de gestación), el segundo trimestre de la semana 14 a la semana 28 de embarazo y el tercer trimestre desde la semana 28 a la semana hasta el nacimiento.

El período embrionario se extiende desde la implantación del cigoto en las paredes del útero hasta la décima semana de gestación, cuando se han completado las estructuras principales y pasa a considerarse feto.

Cambios de la mujer en el embarazo

El aumento de peso en el embarazo es de 12 kilos de media. Está provocado principalmente por el peso del bebé, la placenta y el líquido amniótico, así como también por el aumento del tamaño del útero, de las mamas y del líquido extracelular.

Además de los cambios físicos más obvios como es el aumento de peso y el crecimiento del abdomen, hay otros menos visibles responsables en gran medida de las molestias más frecuentes en el embarazo como el edema, el dolor de espalda, los cambios en la piel y el estreñimiento.

Se producen modificaciones a nivel hormonal, pero también a nivel respiratorio, hormonal, digestivo, circulatorio, renal, óseo y nervioso. El volumen sanguíneo de la embarazada se incrementa entre un 50 y un 80 por ciento para satisfacer las necesidades de crecimiento del bebé, propiciando la dilatación de los vasos sanguíneos, la aparición de varices, las palpitaciones y la taquicardia.

A medida que el útero va aumentando de tamaño, los órganos internos se desplazan ligeramente de su posición. A su vez, se producen cambios posturales del esqueleto que se adapta al embarazo y se prepara para el parto.

Riesgos en el período gestacional

Los riesgos de salud más frecuentes durante el período gestacional son:

Riesgos médico-obstétricos: patología hipertensiva, anemia, bajo peso neonatal, parto prematuro, nutrición insuficiente, mayor probabilidad de muerte infantil y materna, aborto, preeclampsia.

Riesgos Psicosociales.- Altera su dinámica familiar, abandono de su pareja, explotación laboral, deserción escolar, dificultad para tomar decisiones que

afectan el proyecto de vida, poca o ninguna solvencia económica para educar y criar a su hijo(a).

Riesgos afectivos.- Temor, rechazo de su embarazo, estados de angustia y a veces depresión, inestabilidad emocional, abandono de su pareja, negación de la paternidad.

El hijo también afronta riesgos como morbi-mortalidad, prematuridad, e incidencia de anomalías congénitas, desconocimiento del padre o presentación de una figura negativa de un padre que los abandonó, que no los quiere, la alteración en la formación de patrones de identificación con el sexo masculino, la sobreprotección materna, o su expresión inversa: abandono, violencia, agresión, la dependencia de los abuelos y exposición a patrones de autoridad en muchos casos contradictorios y conflictivos; escasez o insuficiencia de recursos económicos y bajos niveles de vida.

Además los riesgos se aumentan cuando las madres embarazadas no acuden oportunamente a los servicios de salud y atención prenatal, debido a los factores de orden psicosocial relacionaos con su maternidad, potenciando así el desarrollo de los riesgos de salud propios de su estado.

2.4.1.7. Parto y Puerperio

Parto

El parto es el proceso por el cual el feto sale del cuerpo de la madre. Tiene tres etapas: dilatación, expulsión y alumbramiento. El parto es la etapa culminante del embarazo, en el cual se contempla de igual manera cuidados para que el feto y para la madre con la finalidad de que el alumbramiento sea normal y sin complicaciones

Etapas del parto

Dilatación

Se producen dolorosos movimientos de contracción muscular, con intervalos de 30 a 15 minutos. Se expulsa un tapón mucoso que se halla en el cuello del útero; este se dilata y se rompe la bolsa amniótica (fuente) y, en consecuencia, sale el líquido por la vagina.

Expulsión

La dilatación del cuello de la matriz llega al máximo (10 cm); las contracciones se vuelven más intensas, empujando al feto hacia el exterior a través de la vagina; sale la cabeza. El ahora bebé inicia procesos nuevos de circulación y respiración, pues antes los hacía solamente a través de la placenta y el cordón umbilical, pero a partir de este momento ya es independiente. • Después de la expulsión se inician los cuidados médicos, limpiando al bebé y cortando el cordón umbilical.

Alumbramiento

Consiste en la expulsión de la placenta y las membranas fetales. A partir de la salida de éstas se producen cambios hormonales que estimulan a las glándulas mamarias para la producción de leche.

Las etapas del parto determinan una minuciosa vigilancia desde la dilatación, hasta el alumbramiento para de esta manera poder llegar a términos finales sin ninguna complicación ni para la madre ni para el recién nacido.

Mecanismos del trabajo de parto

Mecanismos del trabajo de parto Es la serie de movimientos que realiza la presentación durante su tránsito por el canal del parto.

Encajamiento

Encajamiento Proceso dinámico mediante el cual el polo cefálico del producto, que se encuentra por arriba del estrecho superior de la pelvis, desciende y penetra

en la excavación pélvica se requiere flexión, orientación y asinclitismo últimas semanas de la gestación o presentarse ya una vez establecido el trabajo de parto

Flexión

Flexionar el polo cefálico Cuando la cabeza fetal encuentra una resistencia, que puede estar dada por las paredes de la pelvis, el suelo de la misma o por el cérvix Es por este mecanismo que el mentón del feto es comprimido contra su tórax y el diámetro sub occipital bregmático es sustituido por el diámetro occipital frontal.

Orientación

Orientación En el estrecho superior de la pelvis, la cabeza fetal tiende a orientar su diámetro mayor (occipital-frontal) con uno de los diámetros mayores de la pelvis (oblicuos) Ley de Selheim “dos óvalos desiguales únicamente pueden quedar orientados conjugando sus ejes mayores”

Asinclitismo

La sutura sagital del feto frecuentemente se encuentra desviada hacia el promontorio o hacia la sínfisis púbica esta desviación hacia la parte posterior o anterior de la pelvis recibe el nombre de asinclitismo.

Descenso

Descenso fuerzas presión ejercida por el líquido amniótico la presión ocasionada por la dinámica uterina sobre el feto la contracción que ejercen los músculos abdominales maternos la extensión y alineamiento del cuerpo fetal

Rotación Interna

Rotación Interna Ocurre al girar la cabeza fetal en el interior de la pelvis, el occipucio se va moviendo hacia la sínfisis del pubis o hacia la cavidad del sacro tratando de regresar a su posición original.

Expulsión

Expulsión Extensión Ocorre cuando la presentación fetal alcanza la vulva y el occipucio entra en contacto directo con el borde inferior de la sínfisis del pubis. Fuerza ejercida por la contracción uterina actúa dirigiendo la presentación hacia atrás Resistencia del piso pélvico hace que ésta se vaya hacia adelante Extensión la cual sigue la curva de Carus.

Restitución

Restitución Realiza la cabeza fetal una vez que se encuentra en el exterior Inverso al que realizó durante la rotación interna Rotación Externa Inmediatamente después de la restitución, haciendo que la sutura sagital vaya a una posición transversa Ocasiona que el diámetro biacromial se relacione con el diámetro antero posterior del orificio de salida y así facilitar la salida de los hombros.

Expulsión de los hombros

Expulsión de los hombros Al terminar la rotación externa el hombro anterior desciende y se apoya en el arco subpúbico de la pelvis, lo cual permite que con facilidad el hombro posterior se deslice por la concavidad sacra. Expulsión del resto del cuerpo fetal Al salir los hombros prácticamente cesa el obstáculo, no ofrecen dificultad alguna para su nacimiento.

Comienzo del Trabajo de Parto

Comienzo del Trabajo de Parto 48 horas antes del inicio del trabajo de parto se producen contracciones con intensidad de 20 mm Hg, aunque puede llegar a 30 mm Hg, en intervalos de 5 a 10 minutos. En la fase latente al trabajo de parto ocurren de 2 a 4 contracciones con intensidad de 20 a 30 mm Hg cada 10 minutos. (Cabero, L. S. (.2009). México.Operatoria Obstétrica (1ra edición): Editorial Médica panamericana. Págs.211-226.)

Complicaciones del Trabajo del Parto

- **Parto Prematuro**

Se define como trabajo de parto prematuro a las contracciones uterinas con dilatación antes de las 37 semanas de gestación. Aproximadamente el 9% de los embarazos. Aunque es silenciosa, se supone que la infección es la causa más común del trabajo de parto pre término.

- **Rotura Prematura de Membranas**

Es la rotura de las membranas ovulares antes de la semana 37 de gestación. Aproximadamente el 1.7% de los embarazos hay rotura prematura de membranas, en la mayoría de las pacientes el trabajo de parto comienza en plazo no mayor de 48 horas. En caso de rotura de membrana, informar inmediatamente a su especialista

- **Meconio**

Es el producto final de la digestión que realiza el feto en su vida intrauterina y que se expulsa durante la defecación, se observa frecuentemente en fetos pos término (42 semanas) y puede ser un signo de sufrimiento fetal agudo en el trabajo de parto, o crónico al final de la gestación.

- **Sufrimiento Fetal**

Se presenta durante el trabajo de parto o en el parto, es ocasionado por un insuficiente aporte de oxígeno de la madre al feto, puede ser debido a daño en la placenta, el cordón umbilical o problemas cardiovasculares del feto, se pone en riesgo la vida del bebé, se diagnostica por diversos medios ausencia de movimientos del bebé, caída de la frecuencia cardíaca del bebé y líquido amniótico meconiado. Requiere de terminación rápida del parto.

- **Prolapso de Cordón Umbilical**

Surge cuando hay ruptura de membranas y el cordón llega al cuello uterino o se desplaza hacia abajo por delante del feto, quedando comprimido entre este y la pelvis de la mamá, se interrumpe el aporte de oxígeno al feto, puede generar daño

cerebral o muerte del bebé. Lo único que evita daños al bebé es el parto urgente por cesárea.

- **Distocia de Hombros**

Se produce cuando después de la salida de la cabeza del bebé, los hombros se encajan en la pelvis y no pueden ser expulsados, el cordón es expulsado hacia la pelvis y queda comprimido con grave peligro para él bebe, el obstetra debe realizar unas maniobras específicas para liberarlo.

Puerperio

Es el período que sigue al parto, ya sea por vía vaginal o cesárea. Dura aproximadamente 40 días o 6 semanas, por eso también se llama cuarentena. Durante este período los cambios efectuados por el embarazo (fisiológico, anatómico y endocrino) desaparecerán poco a poco. (Lowdermilk, L. y. (1998). *Enfermería materno infantil* . England. (6ta edición).: Publicación HarcourtBrace. Págs. 123-132.)

Clasificación del puerperio

Puerperio inmediato: Primeras 24 horas.

Es un periodo crítico con un alto riesgo de complicaciones. La madre permanecerá en la sala de recuperación, se valorará profilaxis farmacológica de la hemorragia. Las complicaciones más frecuentes son hemorragia y shock, por lo que deberemos valorar signos y síntomas. Una vez estabilizada pasa a la sala de hospitalización general.

Puerperio mediato: Desde el segundo día hasta el séptimo día.

Transcurre desde el egreso Institucional, hasta la consulta al médico obstetra que corresponde a los 10 días del nacimiento. En esta etapa el aparato genital comienza a presentar las características previas al parto.

- Se debe sospechar cuando aparece un Síndrome febril de 38 ° C, durante más de 24 horas, pasadas las primeras 48 horas del puerperio.

Puerperio tardío: De los 7 días hasta los 40 días.

Se considera complicaciones post parto cuando la evolución de las circunstancias posteriores al parto se aleja de los parámetros normales, se relaciona con alguna patología como una infección o una hemorragia. Es decir es el encuentro de diversos problemas, mezcla de cosas diversas además de la patología base. Estas complicaciones pueden ser: Sangrado vaginal abundante o fuera de lo normal, infección urinaria, fiebre 39°C o más, dolores intensos bajo del vientre, tromboflebitis, mastitis puerperal, depresión post parto, endometritis, herida quirúrgica. (Zurro, M. y. (2008). Atención primaria (6ta. edición) . Barcelona. : Editorial El Selvier. Pág.170.)

Modificaciones de los órganos genitales en el puerperio

Útero: Después de la salida de la placenta continúan las contracciones uterinas, las que pueden ser muy intensas. Estas contracciones son esenciales para la hemostasia al comprimir los vasos sanguíneos del lecho placentario y lograr su obliteración. Pueden distinguirse tres tipos de contracciones uterinas durante el puerperio:

Contracción permanente o retracción uterina: Ocurre en las primeras horas del puerperio inmediato. Clínicamente se detecta al palpar el útero en el hipogastrio de consistencia dura y firme.

Contracciones rítmicas espontáneas: Se superponen a la contracción permanente y se les ha denominado "entuestos". Ocurren también durante el puerperio inmediato y en los primeros días del puerperio temprano. En las primeras 24 horas postparto estas contracciones son regulares y coordinadas, posteriormente

disminuyen su intensidad y frecuencia. Clínicamente son más evidentes en las multíparas que en las primíparas.

Contracciones inducidas: Se producen durante la succión como respuesta al reflejo mama - hipotálamo - hipófisis, debido a la liberación de oxitócica por la hipófisis posterior. Estas contracciones ocurren durante todo el puerperio y mientras persista la lactancia. (Martínez, E. P. (1994). Manual de procedimiento de enfermería materno-infantil. (1ra edición) . Murcia: Secretariado de publicaciones editorial. Pág. 19.)

El resultado de las contracciones fisiológicas descritas es la disminución de peso y tamaño del útero con regresión de su gran masa muscular. El útero pesa alrededor de 1.000 a 1.200 gramos después del alumbramiento, disminuye rápida y progresivamente a 500 gramos al 7º día postparto y a menos de 100 gramos al terminar la involución en la 6º - 8º semana después del parto. Esta acentuada pérdida de peso y volumen uterino se debe a una disminución en el tamaño de las células miometriales y no a reducción del número de ellas.

El endometrio se reconstituye rápidamente exceptuando el lecho placentario. Al 7º día ya hay una superficie epitelial bien definida y el estroma muestra características pre gestacionales. Al 16º día postparto el endometrio es proliferatelo, casi similar al de una mujer no gestante. El lecho placentario requiere de 6 a 8 semanas para su total restauración. Disminuye de 9 cm² después del parto a 4 cm² a los 8 días, para recubrirse del nuevo endometrio alrededor de la 6º semana.

El cuello uterino reduce rápidamente su dilatación a 2 -3 centímetros en las primeras horas postparto y permanece así durante la primera semana del puerperio para luego disminuir a 1 cm.El orificio cervical externo adquiere una disposición transversal diferente al aspecto circular de las mujeres nulíparas. Histológicamente se reduce progresivamente la hiperplasia e hipertrofia.

Loquios: Se denomina "loquios" al contenido líquido normal expulsado por el útero en su proceso de involución y curación de la superficie cruenta dejada por el lecho placentario. Los loquios no tienen mal olor y son variables en cantidad y características a lo largo del puerperio. Los primeros tres días contienen una mezcla de sangre fresca y decidua necrótica (loquios hemáticos), luego disminuye el contenido sanguíneo tornándose más pálido (loquios serohemáticos). Ya en la segunda semana el líquido se aclara transformándose a color blanco amarillento (loquios serosos). La pérdida de loquios dura aproximadamente 4 a 6 semanas coincidente con el término de la involución uterina.

Vagina: En el postparto inmediato, recién suturada la episiotomía, la vagina se encuentra edematosa, de superficie lisa y relativamente flácida. Después de 3 semanas comienzan a observarse los pliegues característicos con desaparición del edema y ya a las 6 semanas existe reparación completa de las paredes e introito vaginal. En este momento ya es posible incluso obtener citología exfoliativa normal anular persistiendo el edema más allá de la 6ª semana.

Trompas de Falopio: Los cambios puerperales en las trompas son histológicos. Las células secretoras se reducen en número y tamaño y hacia la 6ª semana ya han recuperado los cilios retornando a la estructura epitelial de la fase folicular.

Mamas: Durante el embarazo, la mama es preparada para el proceso de la lactancia. Después del parto, con la salida de la placenta, se produce un descenso brusco de los esteroides y lactógeno placentarios. Esto elimina la inhibición de la acción de la prolactina en el epitelio mamario y se desencadena la síntesis de leche. Las células pre secretoras se transforman en secretoras.

(<http://www.monografias.com/trabajos93/embarazo-parto-y-puerperio/embarazo-parto-y-puerperio.shtml>)

Entre el segundo y cuarto día post parto, las mamas se observan aumentadas de volumen, ingurgitadas y tensas debido al aumento de la vascularización sanguínea y linfática apreciándose además un marcado aumento en la pigmentación de la

aréola y pezón. En este período, el flujo sanguíneo de la mama corresponde a 500-700 ml por minuto y es 400 a 500 veces el volumen de leche secretada. La mama de la nodriza representa aproximadamente el 3% del peso corporal.

Histológicamente se aprecia una gran hiperplasia de los lóbulos y lobulillos, como en una verdadera adenosis mamaria en que alvéolos y conductillos se encuentran en íntimo contacto y aparecen dilatados con abundante secreción en su interior. (Cloherty, J. E. (2004). Filadelfia. Manual de Cuidados Neonatales (4ta. edición).: Masson s.a. editorial. Págs. 50.)

Modificaciones de los sistemas cardiovascular y hematológico

El volumen sanguíneo disminuye en un 16% ya al tercer día postparto para continuar descendiendo gradualmente hasta llegar a un 40% en la sexta semana. El gasto cardíaco aumenta después del alumbramiento en aproximadamente 13% y se mantiene así por una semana. Posteriormente desciende paulatinamente hasta llegar a un descenso de 40% a la 6ª semana.

Estos cambios permiten que la frecuencia cardíaca y la presión arterial regresen a valores pre gestacionales. Desde el punto de vista hematológico, existe un aumento de la masa eritrocítica. Esta aumenta en un 15% en la primera semana postparto para llegar a los valores habituales 3 a 4 meses después. En la serie blanca, hay leucocitosis en la primera semana postparto con aumento de los granulocitos. Las plaquetas también aumentan significativamente en la primera semana después del parto.

Los factores de coagulación también se modifican. El fibrinógeno y el factor VIII aumentan a partir del segundo día manteniéndose elevados durante la primera semana post parto. Otros factores de coagulación disminuyen desde el primer día.

La actividad fibrinolítica del plasma materno aumenta rápidamente después del parto retornando a sus niveles normales y de esta forma mantiene el equilibrio en

el sistema de coagulación. (Cabero, L. S. (2009.). México. Operatoria Obstétrica (1ra edición).: Editorial Médica panamericana. Págs. 33-51.)

Agua y electrolitos

El aumento total del agua corporal durante el embarazo es de 8.5 litros. De estos, 6.5 litros corresponden al espacio extracelular: dos tercios se distribuyen en los tejidos maternos y un tercio en el contenido intrauterino. Durante el puerperio, el balance hídrico muestra una pérdida de 2 litros en la primera semana y de 1.5 litros por semana en las 5 semanas siguientes, a expensas del líquido extracelular. También se producen cambios en los electrolitos plasmáticos. Al descender los niveles de progesterona, disminuye el antagonismo con la aldosterona aumentando la reabsorción del sodio.

Aparato digestivo

En el postparto, al disminuir el tamaño uterino y la presión intra abdominal, se reubican las vísceras del tracto gastrointestinal. En la primera semana persiste discreta atonía intestinal por persistencia de la acción relajadora de la progesterona placentaria sobre la musculatura lisa intestinal. Posteriormente aumenta la motilidad intestinal, se acelera el vaciamiento del estómago con lo que desaparece el reflujo gastroesofágico y la pirosis. El metabolismo hepático regresa a su función pre gestacional aproximadamente a partir de la tercera semana postparto.

Tracto urinario

Las modificaciones morfológicas del tracto urinario que ocurren normalmente durante el embarazo pueden persistir en el puerperio hasta alrededor de la 4° a 6° semana postparto. Los riñones se mantienen aumentados de tamaño los primeros días y los uréteres persisten significativamente dilatados durante el primer mes, en

especial el derecho. La función renal retorna a su condición pre gestacional en las primeras semanas del puerperio.

Luego del periodo de alumbramiento el cuerpo de la madre debe ser constantemente controlado para que cada uno de sus órganos internos del cuerpo presenten un normal funcionamiento y entonces promover una salud corporal y emocional de buena calidad tanto para la madre como para el recién nacido. (Cahill, L. (2013). Nutrición de la mujer embarazada. . Recuperado el 15 de Agosto de 2013, de disponible en <http://nutricion-salud.euroresidentes.com/2013/05/nutricion-de-la-mujer-durante-la-edad-fertil.htm>)

2.4.1.8 Complicaciones posparto

Es decir es el encuentro de diversos problemas, mezcla de cosas diversas además de la patología base. Estas complicaciones pueden ser: Sangrado vaginal abundante o fuera de lo normal, infección urinaria, fiebre 39°C o más, dolores intensos bajo del vientre, tromboflebitis, mastitis puerperal, depresión post parto, endometritis, herida quirúrgica.

Las complicaciones del posparto contemplan eventos que no han sido tomados en consideración como las hemorragias, y la presencia de diversas patologías, de tal manera que es de vital importancia acudir al control permanente para evitar riesgos y complicaciones de alta trascendencia.

La psicosis postparto y otras complicaciones

Además de las posibles complicaciones de una depresión normal (como el riesgo que puede tener en tu salud, vida social, laboral y económica), durante el postparto tu condición puede también afectar a tu bebé, y ese es uno de los mayores riesgos. Si sufres depresión postparto quizá no seas capaz de cuidar a tu pequeño apropiadamente, seas negligente o le trasmitas sentimientos de

frustración, inseguridad e ira. Las consecuencias en el desarrollo de tu bebé incluyen falta de apego, retrasos en su progreso físico, afectivo, de lenguaje y cognitivo, llanto inconsolable, y problemas de comportamiento durante la infancia. En casos extremos, la depresión postparto puede convertirse en una psicosis postparto, que afecta de una a cuatro de cada mil mujeres después de dar a luz. Esta complicación incluye todos los síntomas de la depresión y además:

Alucinaciones (ver cosas y personas que no existen).

Confusión.

Cambios súbitos y extremos en tu estado de ánimo.

Intentos de lastimarte o lastimar a tu bebé.

Comportamiento errático o bipolar. (Reeder, S. M. (2005). México D.F. Enfermería materno-infantil. (17ma. edición). : Mc. Graw Hill-Interamericana. Págs. 826-833.)

Sangrado vaginal abundante

Es normal que la madre tenga un sangrado similar a la regla luego del parto, sólo que éste durará más días que la menstruación. El color de la sangre debe ser rojo, puede presentar coágulos que no serán síntoma de algo malo a menos que superen el tamaño de un limón, el olor debe ser igual al de la sangre menstrual, no debe haber dolor en el vientre y no es un sangrado continuo. Si se presenta otro tipo de síntoma debe acudir al médico.

Se debe estar alerta a este sangrado para estar seguros del bienestar de la madre, si se nota que baja sangre continuamente casi sin pausa se trata de una hemorragia, se debe colocarte una compresa helada en la parte baja de tu vientre, con el fin de que el útero esté contraído e ir inmediatamente al hospital. Asociación de médicos del hospital de ginecología obstetricia No. 3.

Infección urinaria

Es el más frecuente se da en un 15% de las mujeres embarazadas. En un 80% a 90% están causadas por la E. coli. En la mayoría de los casos se trata de una infección ascendente, desde la uretra hacia los riñones, favorecida por el reflujo vesicouretral y la estasis urinaria, que ya presentes en el embarazo persisten en el puerperio. (Bustos, G. P. (2010). Argentina. Enfermería materno infantil y neonatal.(1ra edición).: Corpus Editorial. Págs. 57-59.)

Endometritis

La Endometritis es una inflamación y/o irritación del endometrio (recubrimiento del útero). Es la infección puerperal más común. Los síntomas surgen del 2° al 5° día del puerperio. Aparece más frecuentemente en mujeres a las que se practica cesárea.

Pielonefritis

Se produce como una consecuencia de una infección renal. Se presenta con malestar general, fiebre alta, dolor lumbar (en uno o ambos riñones y en ocasiones micción dolorosa)

Cistitis

Infección e inflamación de la vejiga a causa de bacterias, principalmente la Escherichiacoli. Sus síntomas habituales influyen necesidad frecuente de orinar, asociadas a sensación de quemazón y expulsión de pequeñas cantidades de orina en cada micción.

Mastitis puerperal

La obstrucción del conducto lactífero (mastitis) causa dolor en los pechos, los mismos se sentirán duros e inclusive hinchados, pudiendo presentar enrojecimiento en la piel. Se debe colocar compresas calientes, o tomar un baño caliente masajeando el pecho, si no mejora se debe acudir al médico.

La paciente se queja de dolor o sensibilidad es una masa dura, localizada y enrojecida casi siempre en un solo seno. La infección va acompañada de fiebre, escalofríos y malestar general, y si no se trata adecuadamente puede dar lugar a un absceso.

Tromboflebitis

Es la inflamación de la pared de un vaso con un coágulo de sangre adherido a ella. Puede ser superficial (en la vena safena o en venas más superficiales) o trombosis venosa profunda (del sistema venoso profundo desde los pies hasta la región ileofemoral).

Después del alumbramiento se corre un riesgo elevado de trombosis debido a la hipercoagulación normal de la sangre durante el parto, que evita hemorragias importantes debido también al éxtasis venoso por la presión del útero grávido y a la inactividad.

Infección de la herida quirúrgica

En ocasiones se infectan las zonas donde se han practicado incisiones quirúrgicas, como el perineo (Episiotomía) y en el abdomen (Cesárea)

Fiebre 39°C o más

Fiebre de 39°C o más: puede estar indicando infección en la zona de la episiotomía o de la cesárea, como también una mastitis (infección en uno o ambos senos). Consulta al médico si la fiebre es de 39°C o más y si persiste por más de 24 horas. Es habitual padecer fiebre con la bajada de la leche, pero nunca dura más de 24 horas.

Dolores intensos bajo del vientre

También suele presentarse dolor en la parte baja del vientre, si los dolores en la zona abdominal persisten luego de los 5 días posteriores al parto. El dolor en el bajo vientre es normal, pues el útero está reacomodándose y volviendo a su tamaño natural, pero si el dolor es intenso puede estar indicando que la placenta no se ha expulsado en su totalidad. Consultar al médico. También si hay enrojecimiento de la herida de la cesárea o dolor anormal en el sitio de la episiotomía. (Martínez, E. P. (1994). Murcia. Manual de procedimiento de enfermería materno-infantil. (1ra edición) : Secretariado de publicaciones editorial. Pág. 57.)

Depresión post parto

Algunas madres se sienten mal o con cambios de humor debido a que luego del parto sus hormonas han bajado rápidamente (estrógeno y progesterona), esta condición pasa luego de 15 días; pero si persistiera, obstaculizando las labores del día a día, presenta pensamientos negativos, etc., puede tratarse de la temida depresión postparto, que para superarla se necesita de ayuda profesional y mucha fuerza de voluntad. La mayoría de los casos surge en el primer mes tras el parto, aunque en ocasiones este trastorno puede ocurrir luego de los seis meses más tarde.

Episiorrafia

El sitio más común es el perineo, donde se encuentran las episiotomías y las laceraciones. El riesgo de infección aumenta cuando se llevan a cabo varios exámenes vaginales.

Complicaciones de herida por cesárea

El útero o los órganos cercanos a la zona pélvica, la vejiga o los riñones podrían llegar a infectarse. Gran pérdida de sangre o hemorragia provocada por los partos por cesárea es dos veces mayor a la pérdida de sangre propia de los partos vaginales. Disminución del funcionamiento de los intestinos por varios días luego de haberse sometido a una cirugía, dando como resultado: distensión, hinchazón, y sensación de malestar. (Alcalá, M. (2013). Recuperado el 10 de Agosto de 2009, de Complicaciones post parto, cuidados de enfermería. : disponible en <http://www.unfpa.org/icpd/icpd-programme.cfm#ch7>.)

2.5. Hipótesis

La participación activa de la enfermera en los controles prenatales disminuirá las complicaciones en el post parto en mujeres que acuden al Subcentro de Salud de Augusto N Martínez.

2.6. Señalamiento de variables

2.6.1. Variable independiente: Participación de la enfermera en los controles prenatales

2.6.2. Variable dependiente: Complicaciones post parto

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. ENFOQUE INVESTIGATIVO

Al estar fundamentada la investigación en el paradigma critico-propositivo se ha delineado el enfoque cuali-cuantitativo, el cual permitió conocer la realidad social de la participación de la enfermera, mediante el conocimiento de la problemática de las escasas visitas a los controles prenatales, para así plantear los objetivos y la hipótesis que permitirá el cambio en la institución investigada en el contexto en el que se desenvuelve.

3.2. MODALIDAD DE INVESTIGACIÓN

En el proceso investigativo se utilizó un modelo cuali-cuantitativo, en el cual el aspecto de campo fue realizado por que se acudió al Subcentro Augusto N. Martínez, para conocer la realidad en referencia a la participación de la enfermera en los controles prenatales y como se enfrenta la realidad social, en tanto que en el aspecto bibliográfico se fundamentó las variables de estudio teóricamente para así conocer las conceptualizaciones que permitirán mejorar la problemática, utilizando las normativas del Ministerio de Salud Pública para valorar a las gestantes.

3.3 NIVEL O TIPO DE INVESTIGACIÓN

Este trabajo de investigación es de tipo:

Descriptiva, por cuanto se estableció el cruce de la información para su análisis en el tiempo estipulado en la investigación.

Retrospectiva, por cuanto se efectuó un análisis acerca de la participación de las enfermeras en los controles prenatales de las madres gestantes que acuden al Subcentro Augusto N. Martínez, año 2012.

3.4. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.4.1 Población

La población está constituida por 99 madres gestantes, 4 miembros del equipo de salud del Subcentro de Salud de Augusto N. Martínez. Por ser un número manejable se trabaja con el 100% de la población y no se procede al cálculo del tamaño de la muestra.

3.4.2 Muestra

Por tanto se determina que la muestra lo constituyen las 99 Madres gestantes que acudieron durante el período de enero a diciembre del 2012 a ser atendidas. Por ser una población manejable se constituye en un muestreo probabilístico regulado, en el cual la misma población se convierte en la muestra.

3.5 Operacionalización de las variables

3.5.1 Variable Independiente: Participación de la enfermera en los controles prenatales

Cuadro N° 01

| CONCEPTUALIZACIÓN | CATEGORÍAS | INDICADORES | ÍTEMS BÁSICOS | TÉCNICAS | INSTRUMENTOS |
|--|--|---|--|----------------------------|---|
| Es un conjunto de acciones, procedimientos sistemáticos, periódicos, y asistenciales para generar una eficiente atención a salud, a fin de controlar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el servicio de consulta prenatal para satisfacer las necesidades de atención. | Atención a la salud Servicios de consulta prenatal Necesidades de atención | Revisión historia clínica. Monitoreo del carnet Control de signo vital Inmunización Educación Normal Aguda Crónica | ¿Recibió educación prenatal cuando asistió al subcentro? Edad, Estrato social, Nivel de instrucción, N° de embarazos, N° de hijos, Ocupación ¿Cómo califica la atención del personal de enfermería? | La encuesta Observación | Historias clínicas Carnet prenatal Partes diarios Cuestionario |

Fuente: Luis Herrera (2010)
Elaborado por: Dilma Remache

3.5.2 Variable Dependiente: Complicaciones post parto

Cuadro N° 02

| CONCEPTUALIZACIÓN | CATEGORÍAS | INDICADORES | ÍTEMS BÁSICOS | TÉCNICAS | INSTRUMENTOS |
|---|--|---|--|---------------------------------------|--|
| Las complicaciones del posparto contemplan eventos que no han sido tomados en consideración como las hemorragias, y la presencia de diversas patologías, de tal manera que es de vital importancia acudir al control permanente para evitar riesgos y complicaciones de alta trascendencia. | <p>Psicosis post-parto</p> <p>Depresión postparto</p> <p>Psicología Puerperal</p> <p>Infección de vías urinarias</p> <p>Endometritis</p> <p>Pielonefritis</p> <p>Cistitis</p> <p>Mastitis</p> <p>Tromboflebitis</p> <p>Infección de la herida quirúrgica</p> <p>Fiebre Puerperal</p> | <p>Porcentaje de mujeres que padecen complicaciones post-parto de tipo PSICOLÓGICAS</p> <p>Porcentaje de mujeres que padecen complicaciones post-parto de tipo FISIOLÓGICAS</p> | <p>¿Presentó usted complicaciones después del parto?</p> <p>¿Qué problemas de salud presentó después del parto?</p> <p>¿Presentó molestias en sus senos después del parto?</p> <p>¿Luego del parto que tipo de secreción vaginal presentó?</p> <p>¿Cuál de estos síntomas presentó en el aparato genitourinario?</p> | <p>La encuesta</p> <p>Observación</p> | <p>Historias clínicas</p> <p>Carnet prenatal</p> <p>Partes diarios</p> <p>Cuestionario</p> |

Fuente: Luis Herrera (2010)
 Elaborado por: Dilma Remache

3.6 Técnicas e instrumentos

En el proceso de recolección de la información se recurrió a aplicar la técnica de la encuesta dirigida a las madres gestantes y la participación o no de ellas en los controles prenatales para conocer el nivel de colaboración de las enfermeras en el proceso prenatal, y su impacto en las complicaciones post parto.

También se utilizó la guía de observación en la cual se plasmó los datos de las madres que acuden a efectuarse un control prenatal para obtener información válida para el reproceso investigativo, el cual fue registrado en las historias clínicas y carné perinatal.

3.7 Recolección de información

La recolección de la información se realizó mediante dos instrumentos:

- Aplicación del cuestionario de Encuesta (ANEXO 1)
- Datos recopilados de las historias clínicas detallados a continuación (ANEXO 3)
- Carné Perinatal (ANEXO 4)
- Ficha de Observación en que se anotaron los datos anteriores (ANEXO 2)

3.8 Plan de procesamiento y análisis de información

En el proceso de análisis, luego e recolectada la información en la investigación de campo se procedió a generar una tabulación de la información, la cual permitió conocer las tendencias y las perspectivas en referencia al control prenatal y las complicaciones post parto, para posteriormente establecer una interpretación específica mediante cada pregunta planteada, dando a conocer así los resultados de la encuesta realizada.

CAPÍTULO IV

4.1. ANALISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

En este capítulo se procederá a analizar los datos recolectados en las encuestas realizadas a las madres gestantes y parturientas que acudieron al sub-centro de salud de Augusto N. Martínez con la finalidad de interpretar la información sobre el grado de escolaridad, número de hijos, número de partos entre otras, para identificar el aspecto y salud general de la madre, mediante la identificación del grado de participación del personal de enfermería en posibles complicaciones posteriores al parto, es decir se busca relacionar la variable dependiente e independiente.

4.1.1 ANÁLISIS DE RESULTADOS DE LA PARTICIPACIÓN DE LA ENFERMERA EN LA COMPLICACIONES POST-PARTO

El objetivo principal de la investigación es “Analizar la participación de la enfermera en los controles prenatales y su incidencia en las complicaciones post parto en el Subcentro Augusto N. Martínez, año 2012”. Para el cumplimiento como primer paso se realizó una revisión del número de madres gestantes y parturientas en los registros de las Historias Clínicas que corresponden a un número de 99, este grupo de mujeres en particular acuden al sub-centro de salud de Augusto N. Martínez, en base a ello se obtuvo los siguientes resultados:

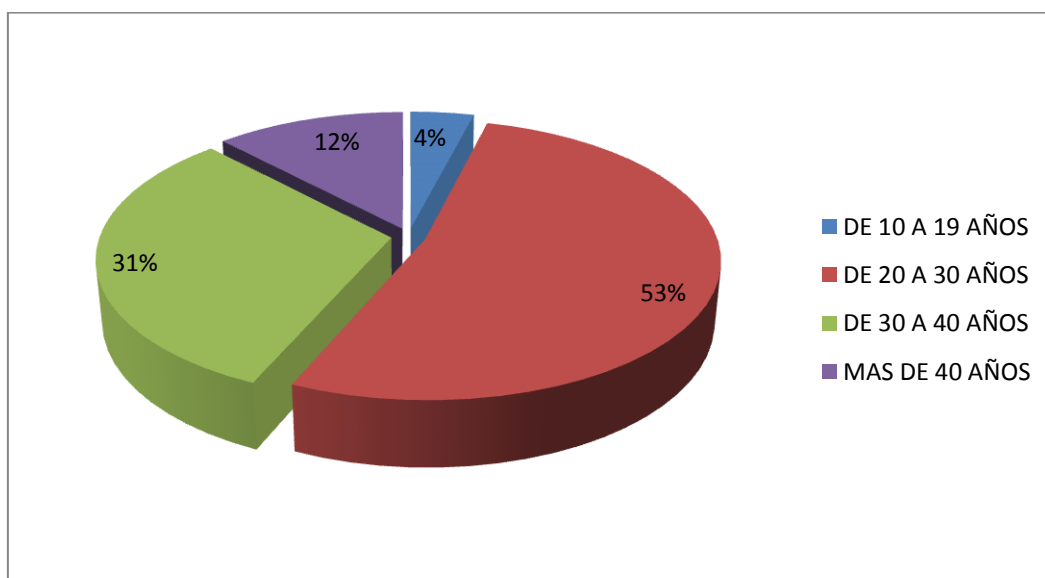
TABLA N° 01
EDAD DE LAS MADRES GESTANTES QUE ACUDEN AL SUB-CENTRO
DE SALUD DE AUGUSTO N. MARTÍNEZ

| Edad | Frecuencia | Porcentaje |
|-----------------|------------|-------------|
| DE 10 A 19 AÑOS | 4 | 4% |
| DE 20 A 30 AÑOS | 52 | 53% |
| DE 30 A 40 AÑOS | 31 | 31% |
| MAS DE 40 AÑOS | 12 | 12% |
| TOTAL | 99 | 100% |

Fuente: Encuesta realizada a las madres gestantes que acuden al SCS de Augusto N. Martínez

Elaborado Por: Remache Chicaiza Dilma Germania

GRÁFICO N° 01
EDAD DE LAS MADRES GESTANTES QUE ACUDEN AL SUB-CENTRO
DE SALUD DE AUGUSTO N. MARTÍNEZ



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

El 53% del total de madres encuestadas tienen entre 30 a 40 años, lo que nos indica que la edad de las mujeres influye positivamente en la asistencia a los controles prenatales ya que se encuentran en estado fértil lo que permite tener una mejor concientización con relación a su estado gestacional para el desarrollo normal de su embarazo en condiciones de salud integral y nutrición saludable.

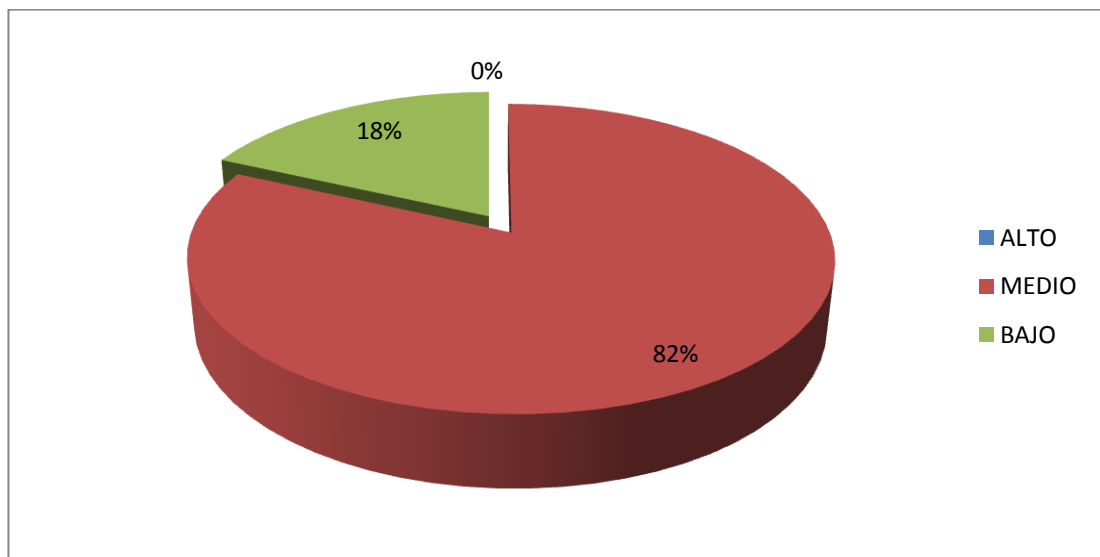
TABLA N° 02
ESTRATO SOCIAL DE LAS MADRES GESTANTES QUE ACUDEN AL
SUB-CENTRO DE SALUD DE AGUSTO N. MARTÍNEZ

| Estado Civil | Frecuencia | Porecentaje |
|--------------|------------|-------------|
| ALTO | 0 | 0% |
| MEDIO | 81 | 82% |
| BAJO | 18 | 18% |
| TOTAL | 99 | 100% |

Fuente: Encuesta realizada a las madres gestantes que acuden al SCS de Augusto N. Martínez

Elaborado Por: Remache Chicaiza Dilma Germania

GRÀFICO N° 02
ESTRATO SOCIAL DE LAS MADRES GESTANTES QUE ACUDEN AL
SUB-CENTRO DE SALUD DE AGUSTO N. MARTÍNEZ



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

La mayoría de las madres que acuden al sub-centro corresponden en un 82% al estrato social medio con lo cual se deduce que tiene el acceso a la canasta familiar básica y por tanto pueden satisfacer las necesidades más importantes de alimentación de la mujer embarazada lo que también ayuda a que haya menos riesgo de sufrir complicaciones posteriores al parto, además por su estrato social pueden comprender la importancia de los controles prenatales y estar al cuidado de su salud y la del futuro bebé.

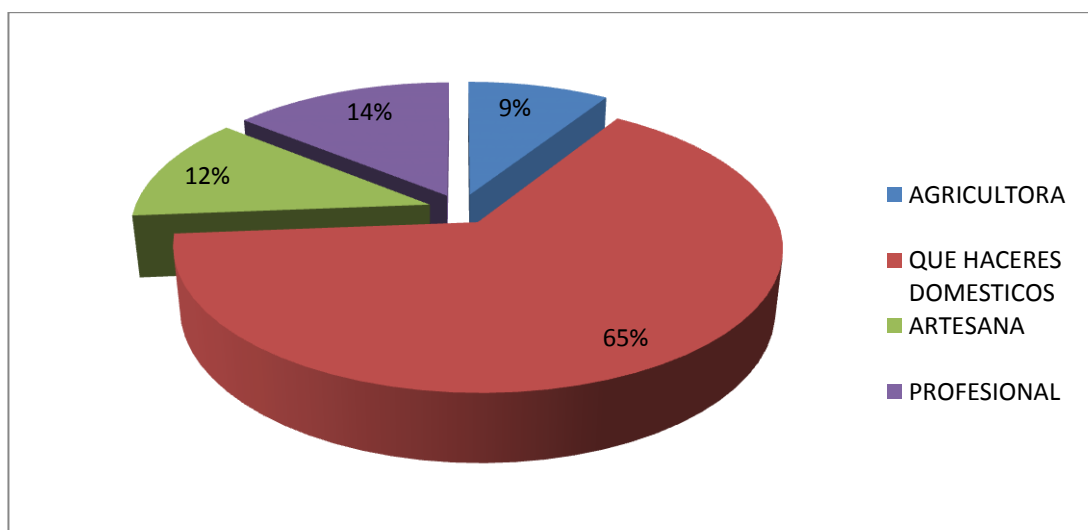
TABLA N° 03
**OCUPACIÓN DE LAS MADRES GESTANTES QUE ACUDEN AL SUB-
 CENTRO DE SALUD DE AUGUSTO N. MARTÍNEZ**

| Ocupación | Frecuencia | Porcentaje |
|------------------------|------------|-------------|
| AGRICULTORA | 9 | 9% |
| QUE HACERES DOMESTICOS | 64 | 65% |
| ARTESANA | 12 | 12% |
| PROFESIONAL | 14 | 14% |
| TOTAL | 99 | 100% |

Fuente: Encuesta realizada a las madres gestantes que acuden al SCS de Augusto N. Martínez

Elaborado Por: Remache Chicaiza Dilma Germania

GRÁFICO N° 03
**OCUPACIÓN DE LAS MADRES GESTANTES QUE ACUDEN AL SUB-
 CENTRO DE SALUD DE AUGUSTO N. MARTÍNEZ**



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

La mayoría de las madres que acuden al sub-centro en un porcentaje del 65% se dedican a las actividades diarias en su hogar mejor entendidas como quehaceres domésticos, lo que significa que disponen del tiempo necesario para acudir a los controles prenatales de manera oportuna, a la vez que disminuye las probabilidades de las complicaciones post-parto al estar menos expuestas a realizar esfuerzos físicos, disponer de la alimentación a las horas adecuadas y poder descansar el tiempo necesario.

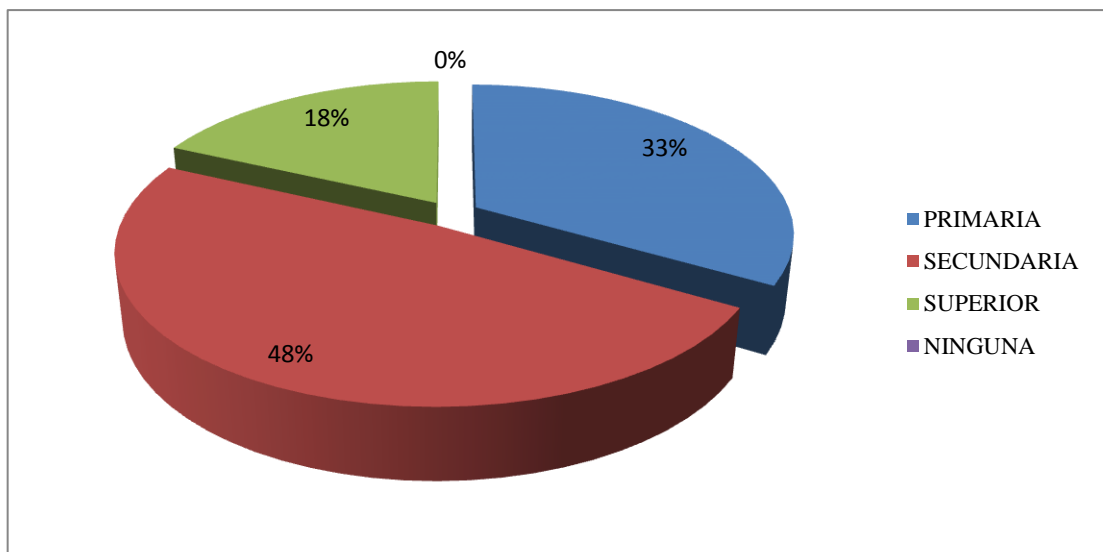
TABLA N° 04
GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LAS MADRES GESTANTES QUE
ACUDEN AL SUB-CENTRO DE SALUD DE AUGUSTO N. MARTÍNEZ

| Grado de Instrucción | Frecuencia | Porcentaje |
|-----------------------------|-------------------|-------------------|
| PRIMARIA | 33 | 33% |
| SECUNDARIA | 48 | 49% |
| SUPERIOR | 18 | 18% |
| NINGUNA | 0 | 0% |
| TOTAL | 99 | 100% |

Fuente: Encuesta realizada a las madres gestantes que acuden al SCS de Augusto N. Martínez

Elaborado Por: Remache Chicaiza, Dilma Germania

GRÁFICO N° 04
GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LAS MADRES GESTANTES QUE
ACUDEN AL SUB-CENTRO DE SALUD DE AUGUSTO N. MARTÍNEZ



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

El 48% del total de madres encuestadas tienen instrucción secundaria; respecto a su formación se puede crear una concientización de la importancia de realizarse los controles prenatales acudiendo al subcentro a tiempo, por lo que facilita también el entendimiento de medidas preventivas para las complicaciones postparto dando paso a un embarazo responsable dentro del marco de una vida saludable.

TABLA N° 05

NÚMERO DE EMBARAZOS DE LAS MADRES GESTANTES QUE ACUDEN AL SUB-CENTRO DE SALUD DE AUGUSTO N. MARTÍNEZ

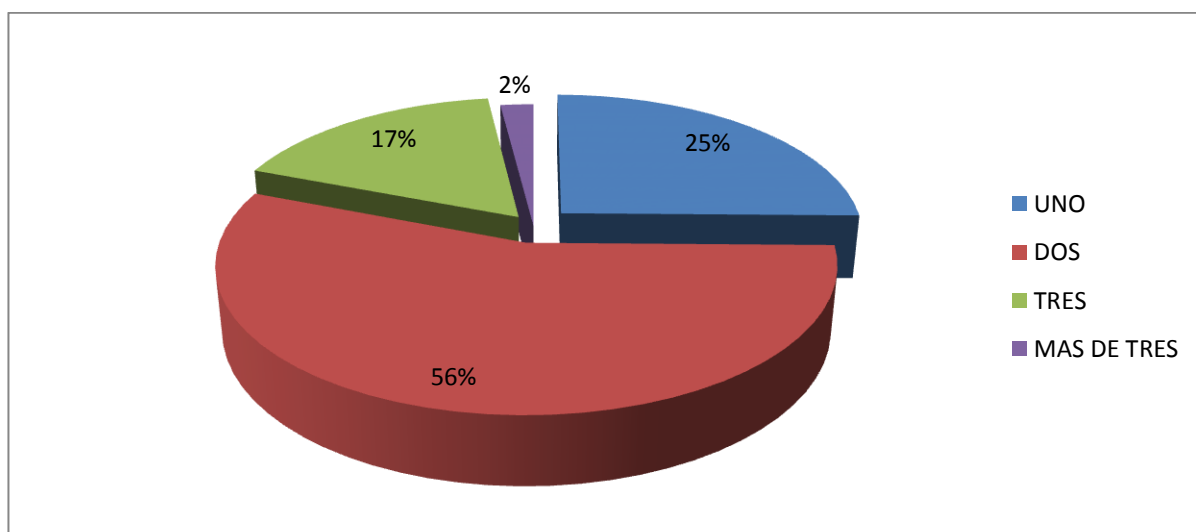
| Número de Embarazos | Frecuencia | Porcentaje |
|---------------------|------------|------------|
| UNO | 25 | 25% |
| DOS | 55 | 56% |
| TRES | 17 | 17% |
| MAS DE TRES | 2 | 2% |
| TOTAL | 99 | 100 |

Fuente: Encuesta realizada a las madres gestantes que acuden al SCS de Augusto N. Martínez

Elaborado Por: Remache Chicaiza, Dilma Germania

GRÁFICO N° 05

NÚMERO DE EMBARAZOS DE LAS MADRES GESTANTES QUE ACUDEN AL SUB-CENTRO DE SALUD DE AUGUSTO N. MARTÍNEZ



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

El 56% de las madres encuestadas, presentaron dos embarazos, lo cual merece especial atención debido a que esto facilita el trabajo de enfermería al existir una experiencia anterior por parte de la madre gestante, y a la vez conoce la importancia de los controles prenatales para evitar cualquier complicación durante y posterior al parto, permitiendo que tanto el embarazo como el parto se presenten en condiciones normales.

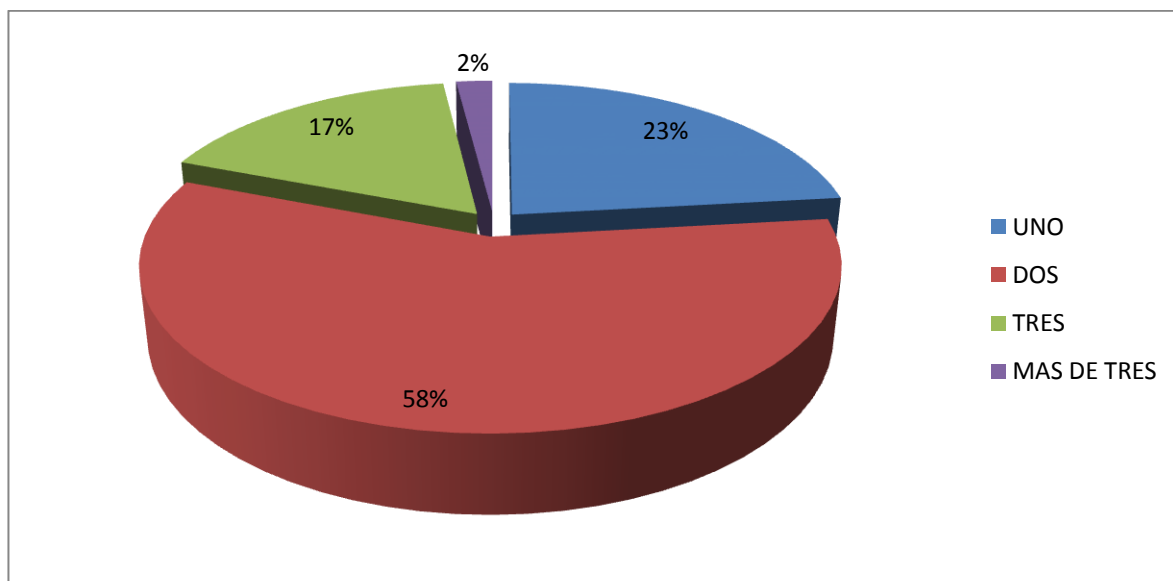
TABLA N° 06
NÚMERO DE HIJOS DE LAS MADRES GESTANTES QUE ACUDEN AL
SUB-CENTRO DE SALUD DE AGUSTO N. MARTÍNEZ

| Número de Hijos | Frecuencia | Porcentaje |
|-----------------|------------|-------------|
| UNO | 21 | 22% |
| DOS | 56 | 58% |
| TRES | 17 | 17% |
| MAS DE TRES | 2 | 2% |
| TOTAL | 99 | 100% |

Fuente: Encuesta realizada a las madres gestantes que acuden al SCS de Augusto N. Martínez

Elaborado Por: Remache Chicaiza, Dilma Germania

GRÁFICO N° 06
NÚMERO DE HIJOS DE LAS MADRES GESTANTES QUE ACUDEN AL
SUB-CENTRO DE SALUD DE AGUSTO N. MARTÍNEZ



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Para el 58% de las madres el actual embarazo corresponde a su segundo hijo, lo que favorece a los cuidados de la madre en el desarrollo del embarazo y posterior a esto surge una mejor preparación para la lactancia materna y la crianza del recién nacido dentro de los parámetros que comprenden el desarrollo integral del niño sano en el marco de la asistencia de salud primaria.

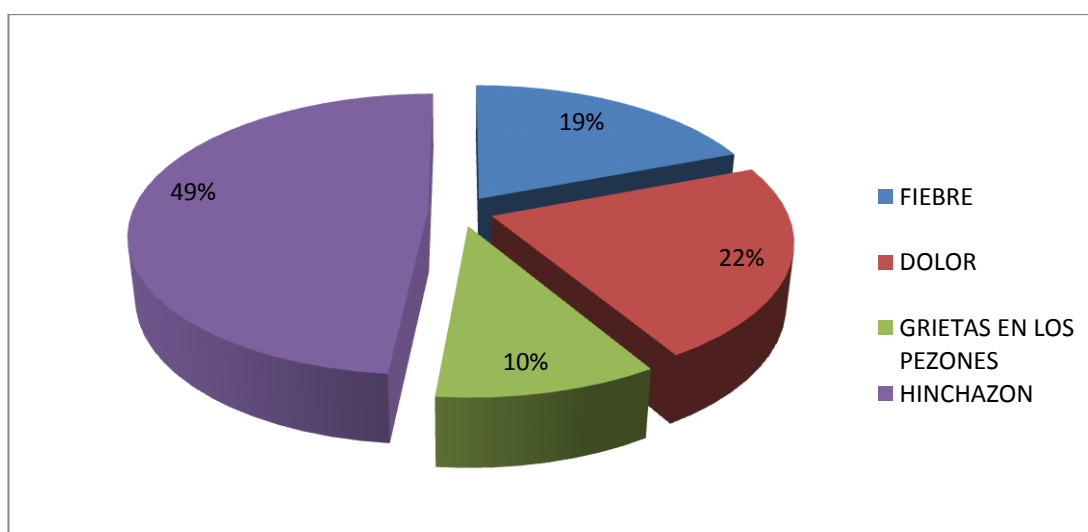
TABLA N° 07
MOLESTIAS EN LOS SENOS DESPUES DEL PARTO DE LAS
MADRES QUE ASISTEN AL SCS DE AUGUSTO N. MARTINEZ

| Molestias en los Senos | Frecuencia | Porcentaje |
|------------------------|------------|-------------|
| FIEBRE | 19 | 19% |
| DOLOR | 22 | 22% |
| GRIETAS EN LOS PEZONES | 10 | 10% |
| HINCHAZÓN | 48 | 49% |
| TOTAL | 99 | 100% |

Fuente: Encuesta realizada a las madres gestantes que acuden al SCS de Augusto N. Martínez

Elaborado Por: Remache, Germania

GRÁFICO N° 07
MOLESTIAS EN LOS SENOS DESPUES DEL PARTO DE LAS
MADRES QUE ASISTEN AL SUBCENTRO DE SALUDE AUGUSTO N.
MARTINEZ



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Según el 49% del total de personas encuestadas consideran que la principal molestia que han tenido en los senos es la hinchazón que corresponde a una sensación de llenura por la leche acumulada debido a que las madres no tienen una buena práctica respecto a la lactancia materna, por lo cual se les complica fisiológicamente creando una condición incómoda tanto para el lactante porque no se está alimentando debidamente y puede dar lugar a un niño desnutrido y con ello acarear complicaciones más fuertes para la madre.

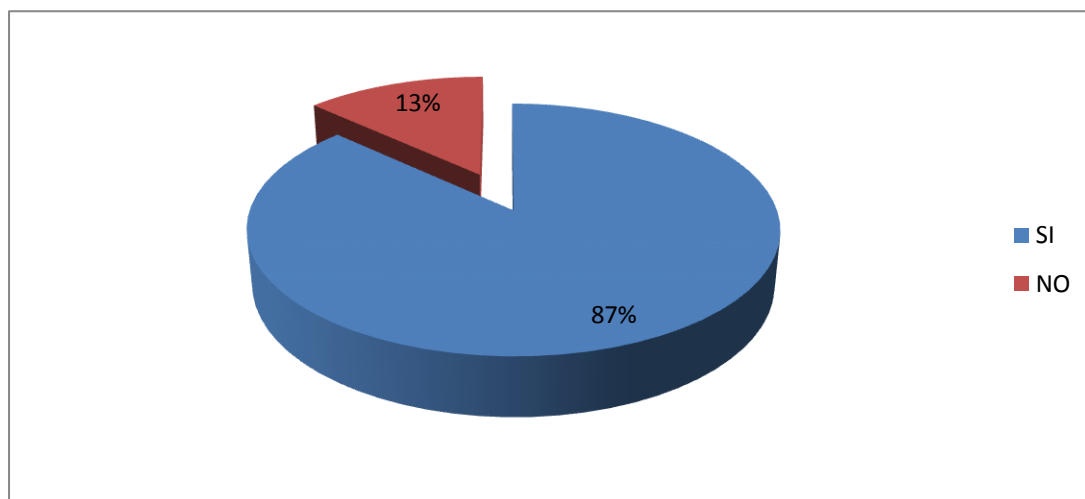
TABLA N° 08
EDUCACIÓN SOBRE CONTROL PRENATAL PARA LAS MADRES
GESTANTES QUE ACUDEN AL SUB-CENTRO DE SALUD DE A.N.M.

| Educación en Controles Prenatales | Frecuencia | Porcentaje |
|--|-------------------|-------------------|
| SI | 86 | 87% |
| NO | 13 | 13% |
| TOTAL | 99 | 100 % |

Fuente: Encuesta realizada a las madres gestantes que acuden al SCS de Augusto N. Martínez

Elaborado Por: Remache Chicaiza Dilma Germania

GRÁFICO N° 08
EDUCACIÓN SOBRE CONTROL PRENATAL PARA LAS MADRES
GESTANTES QUE ACUDEN AL SUB-CENTRO DE SALUD DE A.N.M.



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

El 87% de las madres gestantes han recibido educación sobre control prenatal, lo que significa que el porcentaje restante no tiene dicha información por la inasistencia a los chequeos periódicos, de tal manera que la mayoría de madres están preparadas para los efectos de un embarazo saludable, sin embargo esto no las exime de tener complicaciones post-parto; debido a que hace falta tener una nutrición adecuada, asistir a los controles en las fechas indicadas y tomar los cuidados pertinentes, para poder llegar al término de un embarazo sano disminuyendo los factores de riesgo.

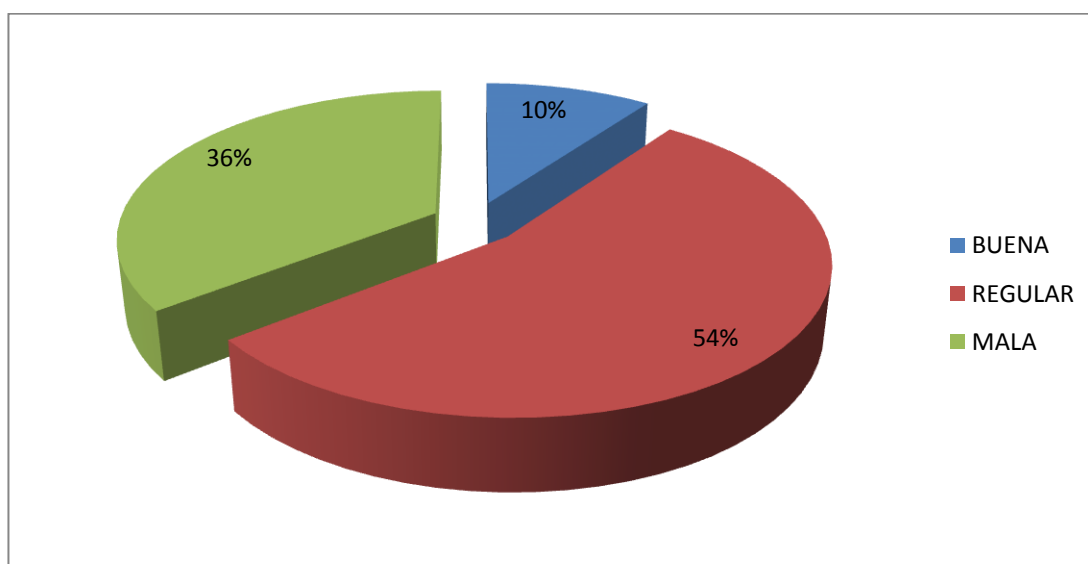
TABLA N° 09
CALIDAD DE ATENCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA A LAS
MADRES GESTANTES QUE ACUDEN AL SCS DE A.N.M.

| Calidad de Atención | Frecuencia | Porcentaje |
|----------------------------|-------------------|-------------------|
| BUENA | 53 | 54% |
| REGULAR | 36 | 36% |
| MALA | 10 | 10% |
| TOTAL | 99 | 100 % |

Fuente: Encuesta realizada a las madres gestantes que acuden al SCS de Augusto N. Martínez

Elaborado Por: Remache Chicaiza Dilma Germania

GRÁFICO N° 09
CALIDAD DE ATENCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA A LAS
MADRES GESTANTES QUE ACUDEN AL S.C.S. DE A.N.MARTINEZ



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En un aceptable 54% las mujeres reconocen que recibieron una atención de calidad por parte del personal de enfermería, este parámetro es importante debido a que la información debe llegar a las usuarias de manera oportuna porque la enfermera comunitaria juega un papel muy importante al informar y capacitar a las gestantes en los controles prenatales ya que de ello depende el normal desarrollo del embarazo y evita las condiciones que complican y conllevan a la morbilidad materno y neonatal.

TABLA N° 10
TIPO DE SECRECIÓN VAGINAL POST-PARTO QUE PRESENTARON
LAS MADRES GESTANTES QUE ASITIERON AL SUBCENTRO DE

| Secreción Vaginal | Frecuencia | Porcentaje |
|-------------------|------------|------------|
| SANGUINOLENTO | 9 | 9% |
| BLANCO | 49 | 50% |
| VERDOSO | 32 | 32% |
| MAL OLOR | 9 | 9% |
| TOTAL | 99 | 100 % |

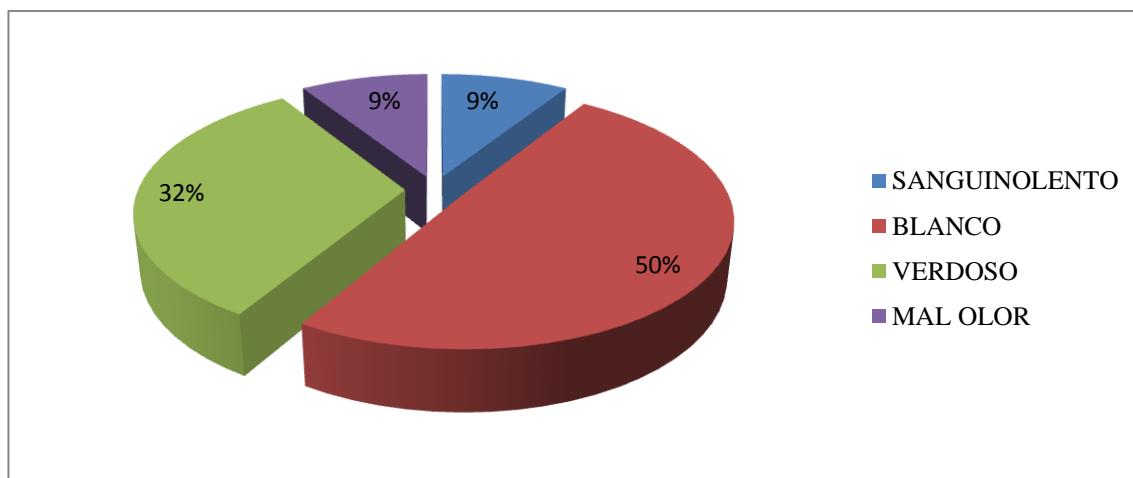
A.N.M.

Fuente: Encuesta realizada a las madres gestantes que acuden al SCS de Augusto N. Martínez

Elaborado Por: Remache Chicaiza Dilma Germania

GRÁFICO N° 10
TIPO DE SECRECIÓN VAGINAL POST-PARTO QUE PRESENTARON
LAS MADRES GESTANTES QUE ASITIERON AL SUBCENTRO DE

A.N.M.



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

El 50% de las mujeres presentaron una secreción de tipo blanquecina, sin embargo este flujo está dentro de los procesos fisiológicos normales de la mujer en condiciones de post-parto alejado, sin embargo la secreción verdosa se presenta en un porcentaje alto lo cual es preocupante, por tanto se debe indicar a la madre que acuda al médico especialista para que reciba la medicación correspondiente para mejorar el estado de salud y las condiciones de higiene vaginal en consecuencia se procura salvaguardar el cuidado y la salud de la madre.

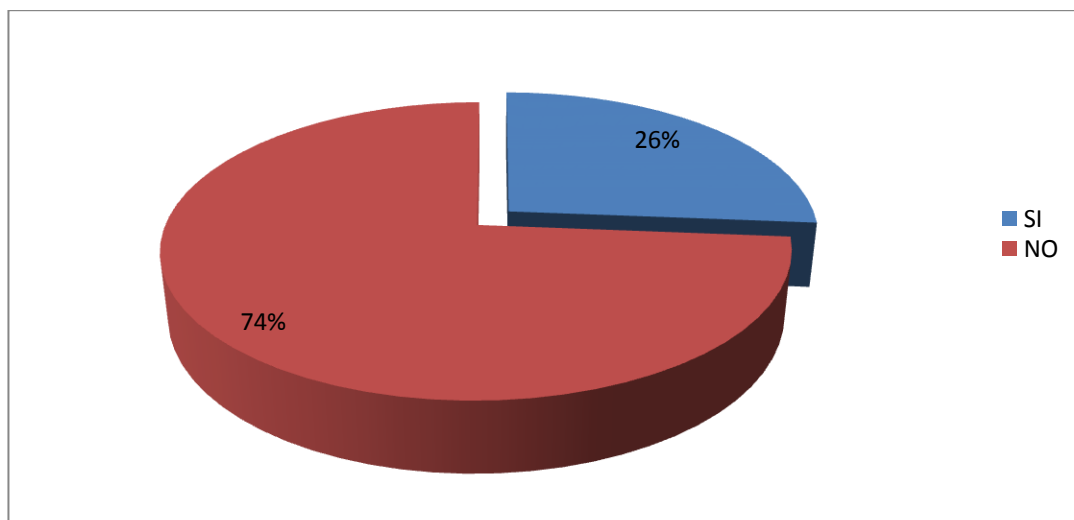
TABLA N°11
PRESENCIA DE COMPLICACIONES POST-PARTOEN MADRES QUE
ACUDEN AL SUBCENTRO DEL AGUSTO N. MARTÍNEZ

| Complicaciones Post-Parto | Frecuencia | Porcentaje |
|----------------------------------|-------------------|-------------------|
| SI | 26 | 26% |
| NO | 73 | 74% |
| TOTAL | 99 | 100 % |

Fuente: Encuesta realizada a las madres gestantes que acuden al SCS de Augusto N. Martínez

Elaborado Por: Remache Chicaiza Dilma Germania

GRÁFICO N°11
PRESENCIA DE COMPLICACIONES POST-PARTOEN MADRES QUE
ACUDEN AL SUBCENTRO DEL AGUSTO N. MARTÍNEZ



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

El 74% de madres que acuden al subcentro de Augusto N. Martínez no presentaron complicaciones postparto, sin embargo el porcentaje de mujeres restante corresponde a un número similar al de las madres que no acudieron oportunamente a los controles prenatales, por lo cual no disponían de la información necesaria para prevenir las complicaciones posteriores al parto, debido a que esta preparación es de suma importancia por los cambios que enfrenta la mujer en su cuerpo y las condiciones físicas y psicológicas que involucra llevar a término un embarazo.

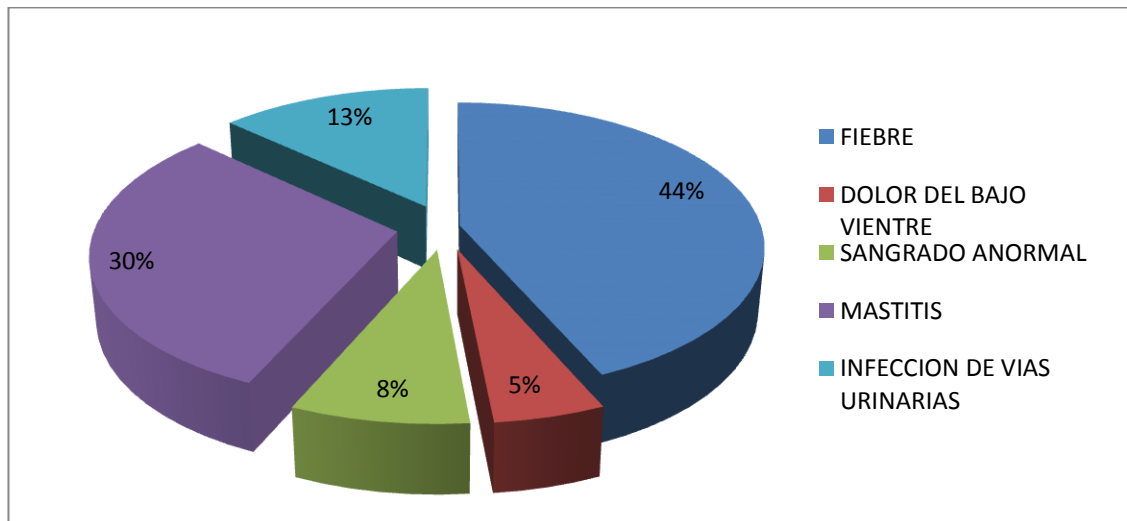
TABLA N°12
PROBLEMA DE SALUD POSTERIORES AL PARTO EN LAS MADRES
QUE ACUDEN AL SUBCENTRO DEL AGUSTO N. MARTÍNEZ

| Problemas de Salud | Frecuencia | Porcentaje |
|-----------------------------|------------|------------|
| FIEBRE | 43 | 44% |
| DOLOR DEL BAJO VIENTRE | 5 | 5% |
| SANGRADO ANORMAL | 8 | 8% |
| MASTITIS | 30 | 30% |
| INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS | 13 | 13% |
| | 99 | 100% |

Fuente: Encuesta realizada a las madres gestantes que acuden al SCS de Augusto N. Martínez

Elaborado Por: Remache Chicaiza Dilma Germania

GRÁFICO N°12
PROBLEMA DE SALUD POSTERIORES AL PARTO EN LAS MADRES
QUE ACUDEN AL SUBCENTRO DEL AGUSTO N. MARTÍNEZ



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

El principal problema de salud que presentaron las madres en el período post-parto es la fiebre con un 44% debido a que es el primer síntoma de cualquier otra dolencia o complicación, dando lugar al malestar general de la madre como aviso de un proceso infeccioso que debe ser controlado oportunamente por el personal médico, para su recuperación inmediata, debido a que una madre que está en estas condiciones no cumple a cabalidad con las funciones de lactancia y cuidado del recién nacido dificultando el desarrollo saludable de la recuperación post-parto.

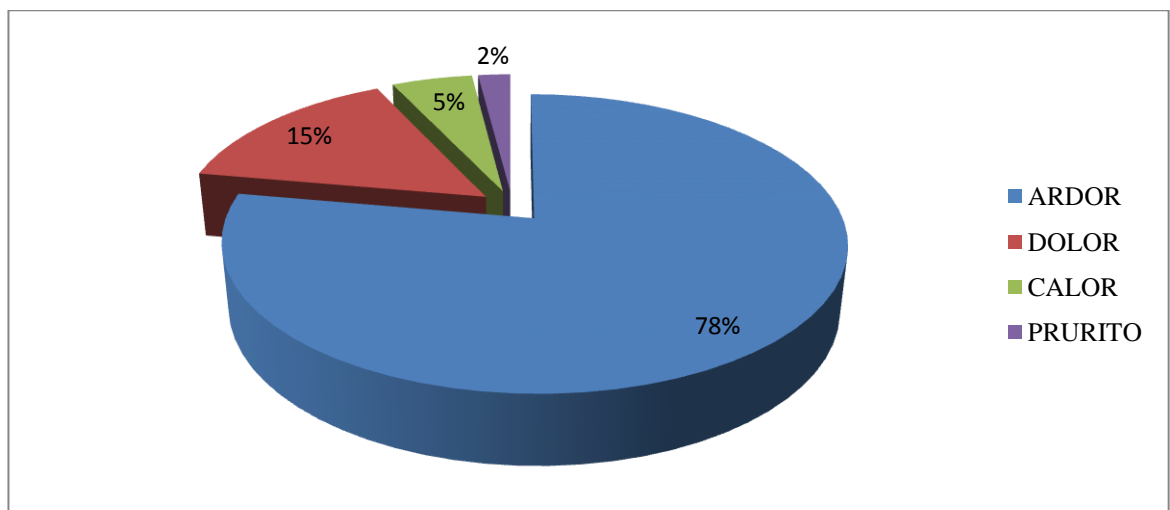
TABLA N°13
SÍNTOMAS QUE PRESENTARON EN EL APARATO GENITO-URINARIO LAS MADRES GESTANTES QUE ACUDEN AL SCS DE A.N. MARTÍNEZ

| Síntomas | Frecuencia | Porcentaje |
|----------|------------|------------|
| ARDOR | 77 | 78% |
| DOLOR | 15 | 15% |
| CALOR | 5 | 5% |
| PRURITO | 2 | 2% |
| TOTAL | 99 | 100 % |

Fuente: Encuesta realizada a las madres gestantes que acuden al SCS de Augusto N. Martínez

Elaborado Por: Remache Chicaiza Dilma Germania

GRÁFICO N°13
SÍNTOMAS QUE PRESENTARON EN EL APARATO GENITO-URINARIO LAS MADRES GESTANTES QUE ACUDEN AL SUB-CENTRO DE SALUD DE AGUSTO N. MARTÍNEZ



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

El ardor es el síntoma más representativo de la infección de vías urinarias con un porcentaje del 78%; debido a los malos hábitos de higiene de las madres y la descompensación de defensas que surge el momento del parto, con lo que el organismo se manifiesta de manera inmediata, creando una sensación de malestar en el aparato genito-urinario; esta infección debe ser tratada de manera inmediata para no provocar complicaciones más graves, por la condición delicada de la parturienta.

4.2 COMBINACIÓN DE FRECUENCIAS

PRESENCIA DE COMPLICACIONES POST-PARTO EN MADRES QUE ACUDEN AL SUBCENTRO DEL AGUSTO N. MARTÍNEZ

| | FRECUENCIA | PORCENTAJE | PORCENTAJE VÁLIDO | PORCENTAJE ACUMULADO |
|----|------------|------------|-------------------|----------------------|
| SI | 73 | 73% | 73 | 73 |
| NO | 26 | 26% | 26 | 100,0 |
| | 99 | 100,0 | 100,0 | |

Fuente: Encuesta realizada a las madres gestantes que acuden al SCS de Augusto N. Martínez

Elaborado Por: Remache Chicaiza Dilma Germania

EDUCACIÓN SOBRE CONTROL PRENATAL PARA LAS MADRES GESTANTES QUE ACUDEN AL SUB-CENTRO DE SALUD DE A.N.M.

| | FRECUENCIA | PORCENTAJE | PORCENTAJE VÁLIDO | PORCENTAJE ACUMULADO |
|-------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| SI | 86 | 86% | 86 | 86,0 |
| NO | 13 | 13% | 13 | 100,0 |
| Total | 99 | 100,0 | 100,0 | |

Fuente: Encuesta realizada a las madres gestantes que acuden al SCS de Augusto N. Martínez

Elaborado Por: Remache Chicaiza Dilma Germania

TABLA N° 14
FRECUENCIAS OBSERVADAS

| PREGUNTAS | SI | NO | TOTAL |
|-------------|-----|----|-----------|
| Pregunta 8 | 73 | 26 | 99 |
| Pregunta 11 | 86 | 13 | 99 |
| | 159 | 39 | 198 |

Fuente: Encuesta realizada a las madres gestantes que acuden al SCS de Augusto N. Martínez

Elaborado Por: Remache Chicaiza Dilma Germania

TABLA N° 15
FRECUENCIAS ESPERADAS

| PREGUNTAS | SI | NO | TOTAL |
|--------------------|-----------|-----------|--------------|
| Pregunta 8 | 50 | 49 | 99 |
| Pregunta 11 | 50 | 49 | 99 |
| | 100 | 98 | 198 |

Fuente: Encuesta realizada a las madres gestantes que acuden al SCS de Augusto N. Martínez

Elaborado Por: Remache Chicaiza Dilma Germania

4.3. Modelo Lógico

Ho = - La participación activa de la enfermera en los controles prenatales no disminuirá las complicaciones en el post parto en las mujeres que acuden al Subcentro Augusto N Martínez.

H1= La participación activa de la enfermera en los controles prenatales si disminuirá las complicaciones en el post parto en las mujeres que acuden al Subcentro Augusto N Martínez.

Nivel de Significación

El nivel de significación con el que se trabaja es del 5%, es decir la probabilidad de aceptación de la Hipótesis alternativa o positiva es del 95%.

Fórmula del chic cuadrado

$$X^2 = \sum \left[\frac{(O-E)^2}{E} \right]$$

En donde:

- X^2 = Chi-cuadrado
- \sum = Sumatoria
- O = Frecuencia observada
- E = Frecuencia esperada o teórica

TABLA N° 16
APLICACIÓN DEL CHI CUADRADO

| O | E | O-E | (O-E) ² | (O-E) ² /E |
|----|-------|-------|--------------------|-----------------------|
| 73 | 50,00 | 23.00 | 529 | 10.58 |
| 26 | 49,00 | -23 | 529 | 10.80 |
| 65 | 50,00 | 15 | 225 | 4.50 |
| 34 | 49,00 | -15 | 225 | 4.59 |
| | | | TOTAL | 30.47 |

Fuente: Encuesta realizada a las madres gestantes que acuden al SCS de Augusto N. Martínez

Elaborado Por: Remache Chicaiza Dilma Germania

Grado de Libertad

Para determinar los grados de libertad se utiliza la siguiente fórmula:

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

$$GL = (2-1) (2-1)$$

$$GL = 1*1$$

$$GL = 1$$

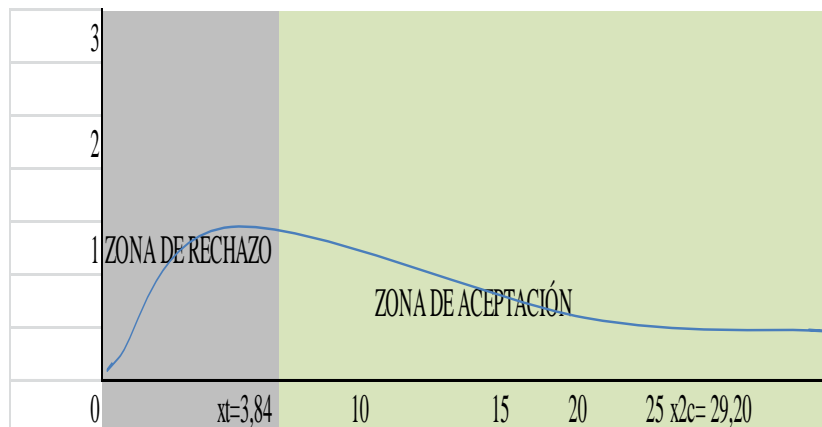
Con un nivel de significancia del 5% y 1 grados de libertad χ^2_t : 3.84

Regla de Decisión

Si $X^2_c > \chi^2_t$: entonces rechazo H0 y acepto H1

GRÁFICO DE VERIFICACIÓN

GRÁFICO N° 12



Fuente: Encuesta realizada a las madres gestantes que acuden al SCS de Augusto N. Martínez

Elaborado Por: Remache Chicaiza Dilma Germania

4.4 Conclusión

$X^2_c = 30.47 > X^2_t = 3.84$ y de acuerdo a la regla de decisión, se acepta la Hipótesis alternativa y rechazo hipótesis nula es decir que se confirma que la participación activa de la enfermera en los controles prenatales disminuirá las complicaciones en el post parto en mujeres que acuden al Subcentro de Salud Augusto N Martínez.

4.5. Verificación de la hipótesis

Para verificar la hipótesis se utilizó la prueba estadística del chi-cuadrado que es un estadígrafo no paramétrico o de distribución libre que nos permite establecer correspondencia entre valores observados y esperados, llegando hasta la comparación de distribuciones enteras, es una prueba que permite la comprobación global del grupo de frecuencias esperadas calculadas a partir de la hipótesis que se quiere verificar.

Se verifica:

Si $X^2_c > x^2_t$: entonces rechazo H_0 y acepto H_1

Entonces:

RECHAZO H_0 = - La participación activa de la enfermera en los controles prenatales no disminuirá las complicaciones post parto en mujeres que acuden al Subcentro de Salud Augusto N Martínez.

ACEPTO H_1 = La participación activa de la enfermera en los controles prenatales si disminuirá las complicaciones post parto en mujeres que acuden al Subcentro de Salud Augusto N Martínez.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

- La mayoría de madres consideran que los controles prenatales son muy importantes para la salud de ellas y del futuro bebé para prevenir posible complicaciones post parto sin embargo se descuidan de los controles prenatales periódicos, por esta razón son pocas las mujeres embarazadas que se realizan los controles prenatales óptimos establecidos por el Ministerio de Salud Pública, lo que demuestra que existe descuido por parte de las usuarias.
- El 40% de madres que acudieron a los controles prenatales al subcentro de Salud de Augusto N. Martínez, presentaron algún tipo de complicación posterior al parto, debido a que no recibieron la información completa por parte del personal de enfermería.
- El personal de enfermería cumple con las normas establecidas por el Ministerio de Salud Pública, por lo que sí existe la atención necesaria y el servicio es de calidad, sin embargo hay mujeres que por su inasistencia a los controles prenatales no reciben ningún tipo de información.
- Existe una prioridad en el trabajo conjunto entre el personal de enfermería y las usuarias, debido a que la enfermera es el principal vínculo social que genera buenas prácticas de salud y de esta forma minimiza la morbimortalidad materna y neonatal, por lo que se concluye que no existe la educación adecuada por parte de las enfermeras para evitar las complicaciones post parto en las usuarias.

5.2 Recomendaciones

- Las mujeres en estado de gestación deberían acudir periódicamente a los controles prenatales como lo establece el Ministerio de Salud Pública, para prevenir posibles complicaciones y precautelar la vida de la madre y el futuro bebé y pedir información de manera oportuna al personal de enfermería quienes son las personas idóneas y con la preparación técnica para respaldar un proceso prenatal.
- Se debería llevar un control de la información que las madres reciben por parte del personal de enfermería para medir consecuentemente la disminución de las complicaciones post-parto debido a una información adecuada y oportuna.
- Se deberá incentivar a las madres para que acudan a los controles prenatales y charlas educativas, para no descuidar la salud del feto ni la integridad de la madre, concientizando sobre la importancia del control periódico y la información que el personal de enfermería se encuentra presto a impartir estableciendo prioridades en función de las necesidades de atención.
- Se deberían organizar programas de capacitación mediante talleres educativos para buscar alternativas conjuntas entre las enfermeras y las usuarias en temas sobre control pre-natal y post-parto, para de esta forma disminuir las complicaciones posteriores al parto de las madres que asisten al Subcentro de Salud de Augusto N. Martínez.

CAPÍTULO VI

PROPUESTA ALTERNATIVA DE SOLUCIÓN

6.1 Datos informativos

Título

Proponer un programa de capacitación mediante talleres educativos para buscar alternativas conjuntas entre las enfermeras y las usuarias en temas sobre control pre-natal y post-parto, para de esta forma disminuir las complicaciones posteriores al parto de las madres que asisten al Subcentro de Salud en el cuarto trimestre del 2013.

Institución Ejecutora

Universidad Técnica de Ambato
Facultad de Ciencias de la Salud
Carrera de Enfermería

Beneficiarios

Los beneficiarios directos son el personal de enfermería del Subcentro de Salud de Augusto N. Martínez, y las madres en edad fértil que reciben la información adecuada y oportuna para contar con un proceso integral el cual oriente la salud gestacional para generar un control prenatal de calidad.

También se beneficiarán indirectamente las madres gestantes, ya que se les motivará a un control prenatal integral, el cual fortalecerá su salud y la del niño minimizando las complicaciones post-parto en la localidad. Para el subcentro de salud de Augusto N. Martínez también se constituirá en un instrumento de educación, el cual permitirá generar la concientización en la colectividad, lo cual proyectará en el entorno una imagen de eficiencia en salud pública.

Finalmente la comunidad será la beneficiada, por cuanto se podrá establecer parámetros de integración ciudadana para generar elementos de colaboración y entonces minimizar riesgos de salud en las madres gestantes, lo cual conllevará a mejorar su calidad de vida y contribuir activamente al buen vivir de la comunidad.

Provincia: Tungurahua

Ciudad: Ambato

Dirección: Subcentro de Salud de Augusto N Martínez

Tiempo estimado para la ejecución: El tiempo de desarrollo está comprendido en el último trimestre del año 2013.

Equipo Responsable

Investigadora: Dilma Remache

Costo

| | |
|------------------------|-----|
| Material de Escritorio | 20 |
| Trasporte | 80 |
| Material Didáctico | 100 |

6.2 Antecedentes de la Propuesta

En el Subcentro de Salud de Augusto N. Martínez no existen programas o jornadas de capacitación para el personal de enfermería y las mujeres usuarias, lo que limita el flujo de información hacia las madres en edad fértil que asisten al control prenatal, situación que ha provocado que exista un nivel importante de complicaciones post-parto que puede conllevar a desenlaces fatales, lo cual también afecta a la comunidad, ya que el personal a cargo en ocasiones no proporciona un servicio integral y de calidad.

6.3 Justificación

La finalidad de la propuesta es generar capacitación al personal de enfermería conjuntamente con las usuarias sobre los controles prenatales para prevenir las complicaciones post-parto, debido a que las enfermeras y las madres gestantes construyen un vínculo importante respecto a las condiciones óptimas de información, que a su vez genera una concientización hacia la realización de los controles prenatales y el cuidado de la salud del bebé y de la madre en las diferentes etapas del embarazo.

Es importante la propuesta por cuanto se pretende generar una sociabilización entre el personal de la institución de salud y las mujeres en edad fértil para motivar a los controles prenatales y entonces fortalecer la imagen institucional en la colectividad, en el cual el servicio y la participación de la enfermera sean el eje transversal de la educación.

Es útil, por cuanto se establecerá una relación entre la institución y los habitantes para cambiar la actual costumbre en el manejo del control prenatal y así contribuir a un mejor estilo de vida saludable.

Es factible por cuanto existe la apertura del equipo de trabajo involucrado en el desarrollo de la propuesta, así como de los habitantes para generar una concientización y un cambio generalizado en la comunidad.

6.4 Objetivos

6.4.1. Objetivo General

Realizar programas de capacitación mediante talleres educativos para buscar alternativas conjuntas entre las enfermeras y usuarias en temas sobre control prenatal y complicaciones post-parto, para de esta forma disminuir las novedades por descuido en la atención a las madres que asisten al subcentro de salud en el cuarto trimestre del 2013.

6.4.2. Objetivos Específicos

- Realizar una planificación de los programas de capacitación dirigido para las madres gestantes y para el personal de enfermería, para establecer tiempos y costos.
- Determinar los recursos disponibles para desarrollar los programas de capacitación para el personal de enfermería y para las mujeres en edad fértil y en estado de gestación.
- Establecer un sistema de información y comunicación dirigido a las madres, para complementar el trabajo del personal de enfermería.

6.5 Análisis de factibilidad

Es factible la investigación, por cuanto existe la disponibilidad de los recursos institucionales para efectuar los programas de capacitación de manera conjunta, en el cual se concientice al personal de enfermería sobre la importancia de su papel en el correcto desarrollo del período de gestación y se instruya a las madres gestantes a través de la información brindada en los controles prenatales y disminuir de esta forma las complicaciones post-parto, de las mujeres que acuden la sub-centro de salud de la parroquia Augusto N. Martínez

En tanto a que la factibilidad legal está sustentada en las normativas del Ministerio de Salud del Ecuador en base a la Política de la salud y derechos sexuales y reproductivos, plan de reducción de la mortalidad materna, plan nacional de reducción acelerada de la mortalidad materna y neonatal, ya que se cumplirá cada una de sus artículos en bienestar de la mujer en ciclo gestacional.

También es factible por cuanto existe la apertura de la autoridad cantonal, para generar un espacio seguro al desarrollo de la propuesta sustentado también en la necesidad que surge en la comunidad en base a los resultados que arrojaron las encuestas realizadas.

6.6 Fundamentación

La investigación se presenta significativa por cuanto se pretende generar talleres en los cuales se dé capacitación e información completa al personal de enfermería acerca de los controles prenatales y estos a su vez en la socialización con la comunidad se conviertan en el instrumento potencial para generar concientización en las mujeres en edad fértil y así evitar las complicaciones post-parto y mejorar su calidad de vida; además se busca llegar directamente con información a las mujeres en edad fértil y mujeres en estado de gestación con lo cual se completa el trabajo profesional de la enfermera, en busca de cumplir los objetivos planteados.

De tal manera que la propuesta se enfoca en la planificación de actividades encaminadas a generar la participación del personal de enfermería en la comunicación adecuada de las normas de control prevenido y de esta forma motivar al cuidado prenatal, en el cual se generará información acerca del embarazo sus cuidados, sus riesgos para posteriormente establecer acciones de seguimiento y tratamiento ginecológico que posteriormente se brindará a las madres que acuden al sub-centro de salud.

6.7. Modelo Operacional

Cuadro N° 03

| FASES | ETAPAS | METAS | ACTIVIDADES | RECURSOS | TIEMPO | PRESUPUESTO | RESPONSABLE |
|---------------|---|---|--|--|---|--|--|
| Planificación | Reuniones de trabajo con las autoridades de salud del Centro de Salud y autoridades parroquiales. | Establecer el 100% de participación del personal de enfermería del subcentro de salud de Augusto N. Martínez y de las madres embarazadas de la parroquia. | Desarrollar una planificación de actividades y un plan de trabajo orientado a la formación de las enfermeras y concientización del papel que desempeñan en el control prenatal y las complicaciones post-parto. | Humanos Materiales e Institucionales | Días Lunes y martes de la primera semana | Computadora \$2,00 Impresiones \$2,00 Material de Oficina \$3,00 Transporte \$3,00 Aperitivo \$10,00 | Director del Centro de Salud, personal de salud, teniente político. Sra. Germania Remache |
| | Información y comunicación al personal y a la comunidad | Difundir información al 100% del personal de enfermería del subcentro de salud de Martínez, y hacer la convocatoria pública a las mujeres gestantes | - Convocar por escrito a cada una de las enfermeras a través de la firma de un registro en el momento de entrada. -Socializar la convocatoria a la capacitación en toda la comunidad | Humanos Materiales e Institucionales | Días Jueves y Viernes de la primera semana | Computadora \$2,00 Internet \$2,00 Material de Oficina \$2,00 Impresiones \$12,00 Transporte \$2,00 | Director del Centro de Salud, personal de salud, teniente político. Sra. Germania Remache |
| Ejecución | Desarrollo de jornadas de capacitación al personal de enfermería y a las madres en período de gestación | Brindar la capacitación práctica al 100% del personal de enfermería y a las madres gestantes con toda la información de control prenatal y complicaciones postparto | -Realizar un requerimiento para otorgación de recursos fiscales. -Solicitar un instructor competente al ministerio de salud pública para que brinde la capacitación. -Realizar las jornadas de capacitación en los horarios establecidos en la planificación | Humanos Materiales e Institucionales | Días Viernes y Sábados cada quince días durante 6 semanas | Trámite Capcitat. \$50,00 Material Tecnológ. \$20,00 Material Impreso \$80,00 Esferos y Carpetas \$40,00 Refrigerios \$70,00 | Director del Centro de Salud, personal de salud, teniente político. Sra. Germania Remache |

| FASES | ETAPAS | METAS | ACTIVIDADES | RECURSOS | TIEMPO | PRESUPUESTO | RESPONSABLE |
|-------------------|--|---|---|--|--|---|---|
| Ejecución | Desarrollo de programas de las visitas domiciliarias. | Acceder al 100% de los hogares en los cuales existen mujeres en período de gestación. | - Desarrollar material impreso de apoyo para los participantes de las jornadas de visitas domiciliarias y para las mujeres y madres en general. | Humanos Materiales e Institucionales | Una semana posterior al programa de capacitaciones | Transporte 20,00 Material Impreso \$30,00 | Director del Centro de Salud, personal de salud, teniente político. Sra. Germania Remache |
| Evaluación | Seguimiento de los resultados en las madres después de las jornadas de capacitación y las visitas domiciliarias. | Acceder al 100% de las mujeres en estado gestacional para verificar el estado de salud y la atención recibida aparte de verificar la entrega de información | -Control de los carnets perinatales -Verificación en las historias clínicas de la existencia de complicaciones post-parto -Entrega de folletos informativos | Humanos Materiales e Institucionales | Un trimestre posterior a las jornadas de visitas domiciliarias | Computadora \$20,00 Internet \$5,00 Material de Escritorio \$ 5,00 Impresiones \$10,00 Transporte \$10,00 | Director del Centro de Salud, personal de salud, teniente político. Sra. Germania Remache |
| | | | TOTAL | | | 400,00 | |

Fuente: Luis Herrera (2010)
Elaborado por: Dilma Remache

PLANIFICACIÓN DE TALLERES

Este programa está dirigido al personal de los establecimientos de salud, a las mujeres en edad fértil y a las autoridades de la parroquia para trabajar con el compromiso de promover el desarrollo integral de las comunidades rurales de la provincia.

Su contenido está dirigido a servir de guía para el trabajo comunitario que exige la promoción del desarrollo, que en este caso tiene como eje la acción de salud materno infantil, cuyo objetivo fundamental es reducir las complicaciones post parto y por ende generar una mejor calidad de vida.

Entonces es importante establecer la promoción del control prenatal mediante procedimientos claros y sencillos sobre cómo realizar dichas actividades, para lo cual se ha establecido las siguientes acciones:

Planificación de talleres Cuadro N° 04

| | |
|---|--|
| Reunión de plan de trabajo | <ul style="list-style-type: none">• Director del centro de salud• Teniente Político• Personal de salud |
| Desarrollo del programa de capacitación a las enfermeras sobre los controles prenatales para prevenir las complicaciones post-parto | <ul style="list-style-type: none">• Establecimiento del cronograma de asistencia a la capacitación.• Sociabilización por parte del instructor al personal de enfermería del tema de la capacitación.• Entrega de folletos y material didáctico para respaldar el desarrollo de las jornadas de capacitación. |

Fuente: Investigación Propia
Elaborado por: Dilma Remache

**INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN AL PERSONAL DE
ENFERMERÍA DEL SUB-CENTRO DE SALUD DE AUGUSTO N.
MARTÍNEZ**

Para llevar a cabo las jornadas es importante que todo el personal involucrado sea convocado para que estén informados de las jornadas de las que van a formar parte.

El formato de la convocatoria sería el que presento a continuación:

Hoja de información y comunicación

Gráfico N° 13



EL SUB CENTRO AUGUSTO N. MARTÍNEZ

Te invita participar en su plan de trabajo anual para fortalecer el control prenatal en las mujeres en edad fértil para evitar complicaciones post parto

CONVOCATORIA

Dirigida a las usuarias y al personal de enfermería que labora en todos los horarios en el sub-centro de salud de la parroquia Augusto N. Martínez a realizarse con N°154872-3 otorgada por el Ministerio De Salud Pública y de asistencia obligatoria.

Lugar: Auditorio del Sub Centro de Salud de Augusto N. Martínez.
Fecha: 4,11 y 18 de diciembre del 2013
Hora: de 3 a 4 de la tarde
Responsable: Sra. Dilma Remache

Fuente: Investigación Propia
Elaborado por: Dilma Remache

ESTABLECIMIENTO DE TALLERES DE MOTIVACIÓN Y CONCIENTIZACIÓN AL CONTROL PRENATAL.

Los talleres estarán constituidos de la siguiente forma:

PROCEDIMIENTOS PREVENTIVOS

Objetivo: proporcionar información a las enfermeras sobre los procedimientos preventivos en la primera etapa del embarazo para generar una mayor participación al control prenatal de las madres en edad fértil

Duración: el tiempo de duración del taller es de 60 minutos (de 3 pm a 4 pm)

Contenido:

Que es el embarazo

Se conoce como embarazo al período de tiempo comprendido que va, desde la fecundación del óvulo por el espermatozoide, hasta el momento del parto

Maternidad Segura

Maternidad Segura es la promoción y protección del derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud de mujeres, madres y recién nacidos.

Control Prenatal

Control Prenatal es el conjunto de acciones médicas y asistenciales que se concretan en entrevistas o visitas programadas de la embarazada:

Ser precoz: debe iniciarse en el primer trimestre de gestación, en cuanto se haya diagnosticado el embarazo

Ser periódico: la frecuencia varía según el riesgo,

Ser Completo: en contenidos de evaluación del estado general de la mujer, de la evolución del embarazo.

Actividades durante el control prenatal

- Intensificar la captación precoz
- Garantizar que las embarazadas tengan acceso a un control de salud mensual, estableciendo un mínimo de 7 controles en el bajo riesgo.
- Mejorar la calidad de atención, con el uso de tecnologías apropiadas
- Facilitar el acceso a los estudios complementarios de diagnóstico
- Evaluar el estado nutricional materno
- Prevenir, diagnosticar y tratar oportunamente enfermedades clínicas de la madre y complicaciones del embarazo.
- Preparar a la embarazada física y psíquicamente para la maternidad.
- Recomendar desde el embarazo la lactancia materna y preparar a la madre para la lactancia exclusiva.
- Realizar asesoramiento en anticoncepción para la prevención de embarazos inoportunos o inesperados.

ACTIVIDADES DEL CONTROL PRENATAL

Objetivo: desarrollar actividades para conocer cómo se efectúa el control prenatal en cada una de sus consultas y proporcionar la información necesaria a las mujeres de edad fértil.

Duración: el tiempo de duración del taller es de 60 minutos (de 3 pm a 4 pm)

Contenido:

1.- Primera consulta

Deberá realizarse precozmente (antes de las 14 semanas). De no ser posible, se seguirá la rutina propuesta en esta guía en cualquier edad gestacional a la que concurra la embarazada por primera vez.

- Confirmación del embarazo.
- Calculo de amenorrea sujeto a confirmación.

- Apertura de Historia Clínica Perinatal.
- Apertura del Carnet. perinatal
- Evaluación del Riesgo obstétrico
- Apertura del Fichero
- Examen Clínico completo.
- Examen Gineco-Obstétrico.
- Educación para la salud de la embarazada y su futuro bebe.

Tiempo mínimo estimado para la consulta de primera vez: 15 a 25 minutos

2.- Consultas siguientes o ulteriores

Están dirigidas, a evaluar el impacto del embarazo en la salud materna y vigilar el normal desarrollo y vitalidad fetales, tratando de detectar permanentemente la aparición de factores de riesgo desde un enfoque integral que pudiera complicar la normal evolución del embarazo.

Tiempo mínimo estimado para consultas siguientes o anteriores: 30 minutos.

Últimas consultas

Se considerarán aquellas realizadas desde la semana 36 en adelante.

Además de las acciones llevadas a cabo en las consultas precedentes, se evaluarán las condiciones favorables para el parto y la lactancia.

De ser posible, alrededor de las 36 semanas se realizara el ultimo rastreo ecográfico, para descartar anomalías, evaluar correcto crecimiento fetal y parámetros tales como cantidad de líquido amniótico, madurez y ubicación placentaria, confirmar modalidad de presentación.

Cronología de Actividades

Las actividades para el control prenatal se realizaran de acuerdo al cronograma elaborado, dado que tiene contenidos específicos a diferentes edades gestacional

para detectar precozmente desvíos de la normalidad que permitan la intervención oportuna.

CONTROL DEL PUERPERIO NORMAL

Objetivo: informar acerca de las complicaciones post-pato, sus efectos y sus cuidados para mejorar la calidad de vida de las usuarias a la institución de salud.

Duración: el tiempo de duración del taller es de 60 minutos (de 3 pm a 4 pm)

Contenido:

Puerperio es el período que transcurre después del período placentario hasta los 42 o 45 días posteriores al parto, en donde se producen una serie de modificaciones anatómicas y funcionales que por un proceso de involución, restituyen a la mujer a su estado anterior al parto.

Desde el punto de vista clínico al puerperio se lo clasifica en:

Puerperio inmediato: Comprende las primeras 24 horas posteriores al parto y transcurre habitualmente durante la internación de la grávida.

Puerperio mediato: Corresponde a los primeros 7 días posteriores al parto, por ello se recomienda que el primer control puerperal se realice en este periodo.

Registro en la Historia Clínica la fecha y forma de terminación del embarazo, peso del recién nacido etc.,

Promoción de la Lactancia Materna.

Consejería sobre anticoncepción por el profesional encargado de dicho programa.

Puerperio alejado: que se extiende hasta los 45 días posteriores al parto o hasta la reaparición menstrual, siempre que este comprendida en este lapso.

Puerperio tardío: abarca desde los 45 días siendo de duración variable ya que está asociado a la lactancia materna.

6.8 Administración

La propuesta está administrada de la siguiente manera:

- La propuesta será administrada por la Universidad Técnica De Ambato
- Investigadora: Dilma Germania Remache Chicaiza.
- Es la responsable de estructurar, buscar los recursos y poner en marcha todos los procedimientos que harán posible el cumplimiento de la misma.
- Tutora del Proyecto Investigativo: Msc. Teresa Calero
- Se encargó de dar su ayuda investigativa teórica durante la realización del trabajo y apoyó con fundamento científico para establecer la propuesta de solución al problema.

6.9 Previsión de la evaluación

La fase de evaluación de la propuesta estará determinada por las siguientes etapas:

Previsión de la evaluación

Cuadro N° 05

| PREGUNTAS BÁSICAS | EXPLICACIÓN |
|-----------------------------|--|
| ¿Quiénes solicitan evaluar? | Director del centro de Salud |
| ¿Por qué evaluar? | Para mejorar la cobertura en el control prenatal |
| ¿Para qué evaluar? | Para alcanzar los objetivos planteados en la propuesta |
| ¿Qué evaluar? | Asistencia a controles prenatales |
| ¿Quién evalúa? | Comunidad y personal de salud |
| ¿Cuándo evaluar? | En el tercer trimestre del año 2013 |
| ¿Cómo evaluar? | Se evaluará en el Subcentro de Salud |
| ¿Con que evaluar? | La Encuesta, Entrevista y la Observación |

Fuente: Luis Herrera (2010)

Elaborado por: Dilma Remache

Referencias Bibliográficas

- Bustos, G., Perepelucia, L. (2010). Enfermería materno infantil y neonatal. (1ra edición). Argentina. Corpus Editorial.
- Cabero, L., Zaldívar D. (2009). Operatoria Obstétrica (1ra edición). México. Editorial Médica panamericana.
- Cloherty, J., Eichenwald, E. y Stark A. (2004). Manual de Cuidados Neonatales (4ta. edición). Filadelfia. Masson s.a. editorial.
- Gladys, B. y Perpelicia, L. (2010). Enfermería materno-infantil y neonatal. (1ra edición) Argentina: Editorial Corpus.
- González Merlo, J. y González Bosquet, J.(2000). Ginecología Oncológica (2da edición). Barcelona: Ediciones Masson.
- Hacker L. y Moore J., (2010) Ginecología y Obstetricia (5ta edición). México. Editorial Manual Moderno.
- Jean, E. (2008). Enfermería materno infantil (2da edición). England. Publicación Harcourt Brace.
- Jean, E., Lang, B., Olsen, M. (2008). Enfermería materno infantil. (2da. edición) Madrid. Harcourt Brace editorial.
- Lowdermilk, L. y Sharon, P. (1998).Enfermería materno infantil (6ta edición). England. Publicación Harcourt Brace
- Martínez, E., Pina, F., Gómez, C. (1994). Manual de procedimiento de enfermería materno-infantil. (1ra edición) Murcia: Secretariado de publicaciones editorial.

- Reeder, S., Martin, L. y Koniak, D. (2005). Enfermería materno-infantil. (17ma. edición). México D.F. Mc. Graw Hill-Interamericana.
- Seguranyes, G. (2006). Enfermería Maternal (1ra edición). Barcelona: Masson s.a. ediciones.
- Tamayo, M. (2004) El Proceso de la Investigación Científica (4ta edición). México. Editorial Limusa.
- Zurro, M. y Pérez C. (2008). Atención primaria (6ta. edición) Barcelona. Editorial El Selvier.

Linkografía

- Aguilar, R. (2009) Que es la enfermería. Recuperado el 10 de Julio del 2013, disponible en <http://www.slideshare.net/anghelaXD/que-es-enfermeria>.
- Alcalá, M. (2013) Complicaciones post parto, cuidados de enfermería. Recuperado el 10 de agosto, 2009, disponible en <http://www.unfpa.org/icpd/icpd-programme.cfm#ch7>.
- Cahill, L. (2013) Nutrición de la mujer embarazada. Recuperado el 15 de Agosto del 2013, disponible en <http://nutricionsalud.euroresidentes.com/2013/05/nutricion-de-la-mujer-durante-la-edad-fertil.html>.
- Comunidad Virtual (2013) Etapas del Embarazo. Recuperado el 10 de Julio del 2013, disponible en http://www.proyecto-bebe.es/etapas_del_embarazo.htm

- Serrano, A. (2013) Edad Fértil. Recuperado el 13 de Julio del 2013, disponible en <http://www.invitroTV.com/diccionario/edad-fertil>.

- World Health Organization (2013) Manual de enfermería neonatal cuidados y procedimientos. Recuperado el 9 de Junio del 2013, disponible en <http://www.who.int/topics/nursing/es/>

**CITAS BIBLIOGRÁFICAS – BASE DE DATOS UTA
APA – RECURSOS ELECTRÓNICOS**

- **EBRARY:** García B., Hernández A., La infección y la madurez pulmonar fetal en las gestaciones pretérmino con rotura prematura de las membranas amnióticas. 2005., España Universidad Complutense de Madrid, Número de clasificación de la Biblioteca del Congreso: RJ250 -- G215 1994eb. <http://escuela.med.puc.cl/paginas/departamentos/obstetricia/altoriesgo/RPM.html>

- **EBRARY:** Cabezas P., Dávila A. Hemorragia obstétrica posparto., 2009, Cuba, Centro Provincial de las Ciencias Médicas en Cienfuegos, Biblioteca del Congreso: R735.A1 -- H489 2004, <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/rt/capture/Cite/56/0>

- **EBRARY;** Pérez G., 2007., El recién nacido con bajo peso: algunos factores de riesgo asociados. <http://site.ebrary.com/lib/alltitles/docDetail.action?docID=10565706&p00=CONTROLES+PRENATALES>

- **SCIELO:** Karlsson, H.; Pérez Sanz, C. Hemorragia postparto/ Postpartum haemorrhage. Anales Sis San Navarra 32: 159-167, ILUS, TAB. 2009.

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272009000200014&lang=pt

- **SCIELO:** Ramírez-Villalobos, Dolores; Hernández-Garduño, Adolfo; Salinas, Aarón; González, Dolores; Walker, Dilys; Rojo-Herrera, Guadalupe; Hernández-Prado, Bernardo. Early hospital discharge and early puerperal complications/ Egreso temprano postparto y complicaciones en el puerperio mediato. Salud pública Méx 51(3): 212-218, ILUS, TAB. 2009 Jun.
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342009000300011&lang=pt
- **SCIELO:** Giacomini-Carmioli, Loretta; Leal-Mateos, Manrique. Características del control prenatal de pacientes adolescentes atendidas en la consulta de obstetricia Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia, 2010/ Characteristics of Prenatal Care of Pregnant Adolescents, Department of Obstetrics, Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia, 2010. Acta méd. costarric 54(2): 97-101, TAB. 2012 Jun.
http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-60022012000200005&lang=pt
- **TDR:** Alcalá B., Herranz, B., Gallardo L. Influencia relativa de la glucemia y el peso de mujeres con diabetes gestacional sobre complicaciones obstétricas, morbilidad neonatal y alteraciones metabólicas maternas en el posparto inmediato., 2012., http://digitool-uam.greendata.es:1801/webclient/DeliveryManager?pid=55840&custom_att_2=simple_view

GLOSARIO

Aborto no seguro – El procedimiento para terminar un embarazo no deseado, ya sea por personas que no cuentan con la capacidad necesaria o en un entorno que no cumple con los mínimos estándares médicos, o ambos.

Cuidados obstétricos de emergencia – Personal médico calificado que cuenta con las medicinas, suministros de sangre segura y otros equipos necesarios para atender complicaciones de embarazo y parto, incluyendo cirugía obstétrica y resucitación neonatal.

Derechos humanos – Los derechos inalienables, universales y eternos que las personas tienen simplemente por ser seres humanos. La ciudadanía, nacionalidad, raza, etnia, idioma, género, sexualidad y capacidades son irrelevantes.

Derechos sexuales y reproductivos – Los derechos de todas las personas, libres de coerción, discriminación y violencia, hasta el estándar de salud más alto alcanzable en relación con lo siguiente: sexualidad, incluyendo acceso a servicios de atención de salud sexual y reproductiva; información y educación sobre sexualidad; respeto a la integridad física; elección de compañero sexual; la decisión de ser sexualmente activo o no; relaciones sexuales consensuadas y matrimonio; la decisión de si tener hijos y cuándo; y la consecución de una vida sexual satisfactoria, segura y placentera. Estos derechos están reconocidos en leyes nacionales y documentos sobre derechos humanos y consensos internacionales.

Iniciativa de maternidad segura – Campaña global lanzada en 1987 por la OMS, UNICEF, UNFPA, el Banco Mundial, Family Car International y otras organizaciones, para asegurar que todos los embarazos sean deseados, que todas las mujeres puedan llegar de forma segura al final del embarazo y parto, y que los niños nazcan vivos y saludables.

Maternidad segura – Entorno familiar, comunitario y social que permite a las mujeres llegar al final del embarazo sin intervenciones innecesarias, y el nacimiento de un niño con un periodo post-parto con respaldo médico y social para todas las necesidades de la mujer, el niño y la familia en su totalidad.

Morbilidad materna – Lesión o incapacidad que ocurre durante el embarazo, parto o dentro de los 42 días posteriores al parto, ya sea aguda (como eclampsia o hemorragia) o crónica (como infertilidad), o ambas (fístula).

Muerte materna – La muerte de una mujer debido a complicaciones del embarazo o parto, durante el embarazo o dentro de los 42 días posteriores al término de éste. Algunas definiciones especifican que la mujer debe haber estado embarazada dentro de las 3 a 12 semanas anteriores a la muerte.

Mujeres en edad reproductiva (o fértil) – Mujeres de entre 15 y 49 años de edad, según la OMS.

Neonatal – Se refiere a las cuatro primeras semanas de vida de un niño.

Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) – Agenda compuesta de ocho puntos para reducir la pobreza y mejorar las condiciones de vida en todo el mundo, acordada por los líderes mundiales en la Cumbre del Milenio del año 2000. Por cada objetivo se han establecido una o más metas, en su mayoría para el 2015, utilizando el año 1990 como referencia de base. [Ver el documento: El ABC de los ODM].

Planificación familiar – El esfuerzo consciente de parejas o individuos de planificar el número de hijos y regular los intervalos y momento de los nacimientos, mediante métodos anticonceptivos y tratamiento de infertilidad.

Preferencia por hijos (o preferencia por niños) – El deseo de tener hijos varones más que mujeres. Esto usualmente se debe a la percepción de que los

hijos varones contribuyen más a sus familias y/o le cuestan a las familias menos que las niñas, porque aportan dinero, continúan la línea familiar, transmiten ritos y rituales y asumen el cuidado de los padres a medida que éstos envejecen.

Proporción de mortalidad materna – Número de muertes maternas por cada 100.000 nacimientos vivos durante el mismo periodo de tiempo.

Salud de la madre y el recién nacido – La salud de los bebés recién nacidos está tan íntimamente ligada a la salud y supervivencia de la madre que la Organización Mundial de la Salud (OMS) ahora se refiere a la salud de los recién nacidos sólo de esta manera.

Salud reproductiva – ver salud sexual y reproductiva, a continuación.

Salud sexual y reproductiva – Toda la gama de suministros y servicios de educación e información, asequibles y eficaces, necesarios para permitir que todas las personas decidan responsablemente (libres de coerción, discriminación y violencia) el número de hijos, y el intervalo y momento para tenerlos. No consiste solamente en la ausencia de dolencias, sino un estado completo de bienestar físico, mental y social en todas las materias relacionadas con el sistema reproductor y sus funciones y procesos.

Tasa de morbilidad – Número de individuos que sufren una enfermedad particular dentro de una población susceptible durante un periodo específico de tiempo.

Agosto de 2009 | Las opiniones expresadas en esta hoja informativa no representan necesariamente el punto de vista de una organización determinada.

Tasa de mortalidad – Proporción del número de muertes causadas por una enfermedad con referencia al total de casos de dicha enfermedad.

Tasa de mortalidad materna – Número de muertes maternas por cada 100.000 mujeres en edad reproductiva (15 a 49).

Violencia basada en el género – Violencia que se enfoca en cualquier persona en base a su género u orientación sexual. Incluye, de manera enunciativa pero no limitativa, los ataques sexuales y la violencia intrafamiliar, y a menudo es empleada como arma en una guerra.

ANEXOS

Anexo N°01

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

FORMULARIO DE ENCUESTAS DIRIGIDAS A LAS MADRES

GESTANTES EN EL SUB CENTRO AUGUSTO N. MARTÍNEZ

Objetivo: Recolectar información acerca de la participación de la enfermera en los controles prenatales y su impacto en las complicaciones post-parto

1.- ¿Cuál es su Edad?

- a) De 10 a 19 años
- b) De 20 a 30 años
- c) De 30 a 40 años
- d) Más de 40 años

2.- ¿Cuál es su estrato social?

- a) Alto
- b) Medio
- c) Bajo

3.- ¿Cuál es su ocupación?

- a) Agricultora
- b) Quehaceres domésticos
- c) Artesana
- d) Profesional

4.- ¿Qué nivel de instrucción tiene usted?

- a) Primaria
- b) Secundaria
- c) Superior
- d) Ninguna

5.- ¿Cuántos embarazos ha tenido?

- a) Uno
- b) Dos
- c) Tres
- d) Más de tres

6.- ¿Cuántos hijos tiene usted?

- a) Uno
- b) Dos
- c) Tres
- d) Más de tres

7.- ¿Presentó molestias en sus senos después del parto?

- a) Fiebre
- b) Dolor
- c) Grietas en los pezones
- d) Hinchazón

8.- ¿Recibió educación sobre control prenatal cuando asistió al subcentro?

- a) Si
- b) No

9.- ¿Cómo califica la calidad de atención del personal de enfermería del subcentro?

- a) Buena
- b) Regular
- c) Mala

10.- ¿Luego del parto que tipo de secreción vaginal presentó?

- a) Sanguinolento
- b) Blanco
- c) Verdoso
- d) Mal olor

11.- ¿Presentó usted complicaciones después del parto?

- a) Si
- b) No

12.- ¿Qué problemas de salud presentó después del parto?

- a) Fiebre
- b) Dolor del bajo vientre
- c) Sangrado anormal
- d) Mastitis
- e) Infección de vías urinarias

13.- ¿Cuál de estos síntomas presento en el aparato genito-urinario?

- a) Ardor
- b) Dolor
- c) Calor
- d) Prurito

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

Anexo N° 02

Ficha de Observación

| |
|--|
| <p>Ficha de Campo:</p> <p>Lugar:.....</p> <p>Fecha:.....</p> <p>Investigador:.....</p> |
| <p>Objeto de estudio:</p> <p>-----</p> <p>-----</p> |
| <p>Interpretación/ Valoración -----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> |

HISTORIA CLINICA


Anexo N°3

| | | |
|------------------|------------------|---------|
| APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | NOMBRES |
|------------------|------------------|---------|

N° HISTORIA CLÍNICA

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|

| CONTROL | |
|---------|-----|
| AÑOS | VER |
| 2011 | |
| 2012 | |
| 2013 | |
| 2014 | |
| 2015 | |
| 2016 | |
| 2017 | |
| 2018 | |
| 2019 | |
| 2020 | |
| 2021 | |



Ministerio de Salud Pública

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
DIVISIÓN NACIONAL DE ESTADÍSTICAS
ECUADOR

N° HISTORIA CLÍNICA

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|

HOJA DE ADMISIÓN ANVERSO

Formulario 001

| | | | | | | |
|--------------------------------|-------------------------|----------------|--------------------------|--------|-----------|-----------------------------------|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA | UNIDAD OPERATIVA | COD. UO | COD. LOCALIZACIÓN | | | NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA |
| | | | PARROQUIA | CANTÓN | PROVINCIA | |

| 1 REGISTRO DE PRIMERA ADMISIÓN | | | | | | | | | | | | |
|---|---------------------|-----------------------|------------------|-----------------------|-------------------------|----------------------------------|-----------|--------------|---------------------------------|--------------|--|---------------------------|
| APELLIDO PATERNO | | | APELLIDO MATERNO | | | PRIMER NOMBRE | | | SEGUNDO NOMBRE | | | Nro. CÉDULA DE CIUDADANÍA |
| DIRECCIÓN DE RESIDENCIA HABITUAL (CALLE Y No. MANZANA Y CASA) | | | | BARRIO | PARROQUIA | CANTÓN | PROVINCIA | ZONA (U/R) | No. TELÉFONO | | | |
| FECHA NACIMIENTO | LUGAR DE NACIMIENTO | NACIONALIDAD (PAÍS) | GRUPO CULTURAL | EDAD AÑOS CUMPLIDOS | SEXO H M | ESTADO CIVIL SOL CAS DIV VIU U-L | | | INSTRUCCIÓN ÚLTIMO AÑO APROBADO | | | |
| FECHA DE ADMISIÓN | OCUPACIÓN | EMPRESA DONDE TRABAJA | | | TIPO DE SEGURO DE SALUD | | | REFERIDO DE: | | | | |
| EN CASO NECESARIO LLAMAR A: | | | | PARENTESCO - AFINIDAD | | | DIRECCIÓN | | | No. TELÉFONO | | |

CÓDIGO

COD = CÓDIGO U=URBANA R=RURAL M=MASCULINO F=FEMENINO SOL=SOLTERO CAS=CASADO DIV=DIVORCADO VIU=VIUDO U-L=UNION LIBRE

| | |
|--------------|--|
| ADMISIONISTA | |
|--------------|--|

| 2 REGISTRO DE NUEVAS ADMISIONES PARA ATENCIONES DE PRIMERA VEZ Y SUBSECUENTES | | | | | | | | | | | | | |
|---|-------|------|--------------|---------|--------------|---------------------|-----|-------|------|--------------|---------|--------------|---------------------|
| No. | FECHA | EDAD | REFERIDO DE: | PRIMERA | SUB SECUENTE | CÓDIGO ADMISIONISTA | No. | FECHA | EDAD | REFERIDO DE: | PRIMERA | SUB SECUENTE | CÓDIGO ADMISIONISTA |
| 1 | | | | | | | 11 | | | | | | |
| 2 | | | | | | | 12 | | | | | | |
| 3 | | | | | | | 13 | | | | | | |
| 4 | | | | | | | 14 | | | | | | |
| 5 | | | | | | | 15 | | | | | | |
| 6 | | | | | | | 16 | | | | | | |
| 7 | | | | | | | 17 | | | | | | |
| 8 | | | | | | | 18 | | | | | | |
| 9 | | | | | | | 19 | | | | | | |
| 10 | | | | | | | 20 | | | | | | |

| 3 REGISTRO DE CAMBIOS | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|--|--------------|-------------|-----------|---------|-------------------------|-----------|--------|-----------|--------------|--|
| 1 | FECHA | ESTADO CIVIL | INSTRUCCIÓN | OCUPACIÓN | EMPRESA | TIPO DE SEGURO DE SALUD | | | | | |
| | DIRECCIÓN DE RESIDENCIA HABITUAL (CALLE Y NÚMERO O MANZANA Y CA) | | | | BARRIO | ZONA | PARROQUIA | CANTÓN | PROVINCIA | No. TELÉFONO | |
| 2 | FECHA | ESTADO CIVIL | INSTRUCCIÓN | OCUPACIÓN | EMPRESA | TIPO DE SEGURO DE SALUD | | | | | |
| | DIRECCIÓN DE RESIDENCIA HABITUAL (CALLE Y NÚMERO O MANZANA Y CA) | | | | BARRIO | ZONA | PARROQUIA | CANTÓN | PROVINCIA | No. TELÉFONO | |
| 3 | FECHA | ESTADO CIVIL | INSTRUCCIÓN | OCUPACIÓN | EMPRESA | TIPO DE SEGURO DE SALUD | | | | | |
| | DIRECCIÓN DE RESIDENCIA HABITUAL (CALLE Y NÚMERO O MANZANA Y CA) | | | | BARRIO | ZONA | PARROQUIA | CANTÓN | PROVINCIA | No. TELÉFONO | |
| 4 | FECHA | ESTADO CIVIL | INSTRUCCIÓN | OCUPACIÓN | EMPRESA | TIPO DE SEGURO DE SALUD | | | | | |
| | DIRECCIÓN DE RESIDENCIA HABITUAL (CALLE Y NÚMERO O MANZANA Y CA) | | | | BARRIO | ZONA | PARROQUIA | CANTÓN | PROVINCIA | No. TELÉFONO | |

| 4 INFORMACIÓN ADICIONAL | ESPACIO RESERVADO PARA REGISTRAR OTROS DATOS ESPECÍFICOS DEL USUARIO REQUERIDOS POR LA INSTITUCIÓN QUE CONSTA EN EL ENCABEZAMIENTO |
|-------------------------|--|
| | |

HOJA DE ALTAS O EGRESO REVERSO

Formulario 001

| 5 ALTA AMBULATORIA | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------|---|-------------------------|------------------------------|---------------------------|-------------------|--------------------------|-----|------------------------------------|-------------|------------|------------|--------------------|---|------------------------|
| NÚMERO DE ORDEN | CARACTERÍSTICAS | | | | DIAGNÓSTICO | | | | TRATAMIENTO | | | | | |
| | FECHAS DE ADMISIÓN Y ALTA DÍAS/MES/AÑO | CONSULTAS DE EMERGENCIA | NÚMERO DE CONSULTAS EXTERNAS | ESPECIALIDAD DEL SERVICIO | CONDICIÓN AL ALTA | DIAGNÓSTICOS O SÍNDROMES | CIE | DIAGNÓSTICO O SÍNDROMES DEFINITIVO | CIE | PRESUNTIVO | DEFINITIVO | CLÍNICO QUIRÚRGICO | PROCEDIMIENTOS CLÍNICOS O QUIRÚRGICOS PRINCIPALES | CÓDIGO DEL RESPONSABLE |
| 1 | | | | | CURADO | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | IGUAL | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | PEOR | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | MUERTO | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | | | |

| 6 EGRESO HOSPITALARIO | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|---|---------------------------|---------------------|----------|--------------------------|--------------------------|-----|------------------------------------|-------------|------------|------------|--------------------|---|------------------------|
| NÚMERO DE ORDEN | CARACTERÍSTICAS | | | | DIAGNÓSTICO | | | | TRATAMIENTO | | | | | |
| | FECHAS DE ADMISIÓN Y EGRESO DÍAS/MES/AÑO | NÚMERO DE DÍAS DE ESTADIA | CONDICIÓN AL EGRESO | SERVICIO | ALTA | DIAGNÓSTICOS O SÍNDROMES | CIE | DIAGNÓSTICO O SÍNDROMES DEFINITIVO | CIE | PRESUNTIVO | DEFINITIVO | CLÍNICO QUIRÚRGICO | PROCEDIMIENTOS CLÍNICOS O QUIRÚRGICOS PRINCIPALES | CÓDIGO DEL RESPONSABLE |
| 1 | | | | | MUERTE MENOS DE 48 HORAS | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | MUERTE MAS DE 48 HORAS | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | | | | |

ALTA - EGRESO

HISTORIA CLÍNICA PERINATAL ANVERSO

Formulario 051

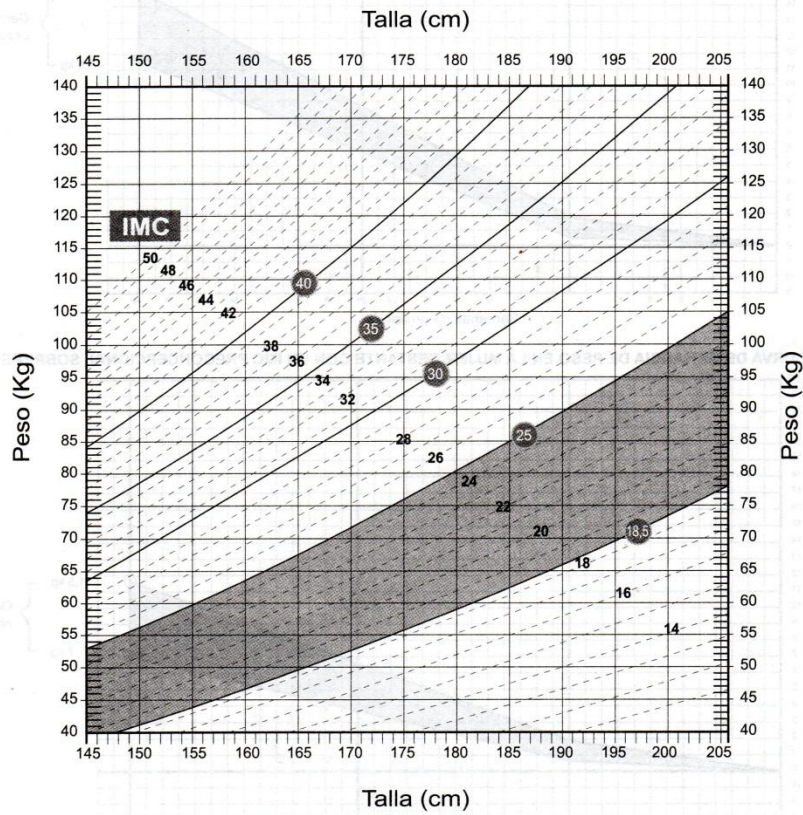
| HISTORIA CLÍNICA PERINATAL - CLAP/SMR - OPS/OMS | | | | FECHA DE NACIMIENTO | | | ETNIA | | ALFA BETA | | ESTUDIOS | | ESTADO CIVIL | | Lugar de Control Prenatal | | | |
|---|--|--|--|---|--|--|---|--|--|--|---|--|--|--|---------------------------|--|--|--|
| NOMBRE _____ APELLIDO _____ | | | | dia mes año | | | blanca <input type="radio"/> indígena <input type="radio"/> mestiza <input type="radio"/> negra <input type="radio"/> otra <input type="radio"/> | | ninguno <input type="radio"/> primaria <input type="radio"/> secund. <input type="radio"/> univers. <input type="radio"/> años en el mayor nivel <input type="radio"/> | | casada <input type="radio"/> unión estable <input type="radio"/> soltera <input type="radio"/> otro <input type="radio"/> vive sola <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | Lugar del Parto _____ N° Historia Clínica _____ | | | | | |
| DOMICILIO _____ TELF. _____ | | | | EDAD (años) <input type="radio"/> < de 15 <input type="radio"/> > de 35 | | | | | | | | | | | | | | |
| LOCALIDAD _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. ANTECEDENTES | | | | FAMILIARES | | | PERSONALES | | | OBSTÉTRICOS | | | FIN EMBARAZO ANTERIOR | | | | | |
| | | | | no si <input type="radio"/> TBC <input type="radio"/> diabetes <input type="radio"/> hipertensión <input type="radio"/> preclampsia <input type="radio"/> eclampsia <input type="radio"/> otra cond. médica grave <input type="radio"/> | | | no si <input type="radio"/> I G <input type="radio"/> cirugía genio-urinaría <input type="radio"/> infertilidad <input type="radio"/> cardiopat. <input type="radio"/> nefropatía <input type="radio"/> violencia <input type="radio"/> | | | gestas previas <input type="radio"/> abortos <input type="radio"/> vaginales <input type="radio"/> nacidos vivos <input type="radio"/> nacidos muertos <input type="radio"/> vivos <input type="radio"/> muertos 1ª sem. <input type="radio"/> después 1ª sem. <input type="radio"/> | | | gestas previas <input type="radio"/> abortos <input type="radio"/> vaginales <input type="radio"/> nacidos vivos <input type="radio"/> nacidos muertos <input type="radio"/> vivos <input type="radio"/> muertos 1ª sem. <input type="radio"/> después 1ª sem. <input type="radio"/> | | | día mes año <input type="radio"/> menos de 1 año <input type="radio"/> | | |
| | | | | ULTIMO PREVIO <input type="radio"/> n/c <input type="radio"/> < 2500g <input type="radio"/> normal <input type="radio"/> ≤ 4000g <input type="radio"/> | | | 3 espont. consecutivos <input type="radio"/> emb. ectópico <input type="radio"/> | | | partos <input type="radio"/> cesáreas <input type="radio"/> | | | EMBARAZO PLANEADO no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | | FRACASO MÉTODO ANTICONCEP. no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | |
| | | | | Antecedente de gemelares <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | | | | | | | | no <input type="radio"/> barrera DIU <input type="radio"/> hormonal <input type="radio"/> emier-gencia <input type="radio"/> natura <input type="radio"/> | | | | | |
| 2. GESTACIÓN ACTUAL | | | | PESO ANTERIOR _____ Kg | | | TALLA (cm) _____ | | | EG CONFIABLE por FUM Eco < 20 s. <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | | FUMA ACT. <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | | FUMA PAS. <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | |
| | | | | DÍA MES AÑO _____ | | | DÍA MES AÑO _____ | | | DROGAS <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | | ALCOHOL <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | | VIOLENCIA <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | |
| | | | | FPP _____ | | | CERVIX <input type="radio"/> normal <input type="radio"/> no se hizo <input type="radio"/> | | | ANTIRUBEOLA <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | | ANTITETÁNICA <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | | EX. NORMAL <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | |
| | | | | GRUPO Rh _____ | | | TOXOPLASMOSIS <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | | Hb < 20sem <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | | VDRL/RPR < 20sem <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | | SIFILIS confirmada por FTA <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | |
| | | | | GLICEMIA EN AYUNAS <input type="radio"/> < 20 sem. <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | | TEST DE O'SULLIVAN <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | | ESTREPTOCOCCO B <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | | PREPARACIÓN PARA EL PARTO <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | | CONSEJERÍA LACTANCIA MATERNA <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | |
| | | | | BACTERIURIA <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | | GLICEMIA EN AYUNAS <input type="radio"/> < 20 sem. <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | | ESTREPTOCOCCO B <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | | PREPARACIÓN PARA EL PARTO <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | | CONSEJERÍA LACTANCIA MATERNA <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | |
| | | | | GLICEMIA EN AYUNAS <input type="radio"/> < 20 sem. <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | | TEST DE O'SULLIVAN <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | | ESTREPTOCOCCO B <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | | PREPARACIÓN PARA EL PARTO <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | | CONSEJERÍA LACTANCIA MATERNA <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | |
| | | | | GLICEMIA EN AYUNAS <input type="radio"/> < 20 sem. <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | | TEST DE O'SULLIVAN <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | | ESTREPTOCOCCO B <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | | PREPARACIÓN PARA EL PARTO <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | | CONSEJERÍA LACTANCIA MATERNA <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | |
| | | | | GLICEMIA EN AYUNAS <input type="radio"/> < 20 sem. <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | | TEST DE O'SULLIVAN <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | | ESTREPTOCOCCO B <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | | PREPARACIÓN PARA EL PARTO <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | | CONSEJERÍA LACTANCIA MATERNA <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | |
| | | | | GLICEMIA EN AYUNAS <input type="radio"/> < 20 sem. <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | | TEST DE O'SULLIVAN <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | | ESTREPTOCOCCO B <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | | PREPARACIÓN PARA EL PARTO <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | | CONSEJERÍA LACTANCIA MATERNA <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | |
| | | | | GLICEMIA EN AYUNAS <input type="radio"/> < 20 sem. <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | | TEST DE O'SULLIVAN <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | | ESTREPTOCOCCO B <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | | PREPARACIÓN PARA EL PARTO <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | | CONSEJERÍA LACTANCIA MATERNA <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | |
| | | | | GLICEMIA EN AYUNAS <input type="radio"/> < 20 sem. <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | | TEST DE O'SULLIVAN <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | | ESTREPTOCOCCO B <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | | PREPARACIÓN PARA EL PARTO <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | | CONSEJERÍA LACTANCIA MATERNA <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | |
| | | | | GLICEMIA EN AYUNAS <input type="radio"/> < 20 sem. <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | | TEST DE O'SULLIVAN <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | | ESTREPTOCOCCO B <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | | PREPARACIÓN PARA EL PARTO <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | | CONSEJERÍA LACTANCIA MATERNA <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | |
| | | | | GLICEMIA EN AYUNAS <input type="radio"/> < 20 sem. <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | | TEST DE O'SULLIVAN <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | | ESTREPTOCOCCO B <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | | PREPARACIÓN PARA EL PARTO <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | | CONSEJERÍA LACTANCIA MATERNA <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | |
| | | | | GLICEMIA EN AYUNAS <input type="radio"/> < 20 sem. <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | | TEST DE O'SULLIVAN <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | | ESTREPTOCOCCO B <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | | PREPARACIÓN PARA EL PARTO <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | | CONSEJERÍA LACTANCIA MATERNA <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | |
| | | | | GLICEMIA EN AYUNAS <input type="radio"/> < 20 sem. <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | | TEST DE O'SULLIVAN <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | | ESTREPTOCOCCO B <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | | PREPARACIÓN PARA EL PARTO <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | | CONSEJERÍA LACTANCIA MATERNA <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | |
| | | | | GLICEMIA EN AYUNAS <input type="radio"/> < 20 sem. <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | | TEST DE O'SULLIVAN <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | | ESTREPTOCOCCO B <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | | PREPARACIÓN PARA EL PARTO <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | | CONSEJERÍA LACTANCIA MATERNA <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | |
| | | | | GLICEMIA EN AYUNAS <input type="radio"/> < 20 sem. <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | | TEST DE O'SULLIVAN <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | | ESTREPTOCOCCO B <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | | PREPARACIÓN PARA EL PARTO <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | | CONSEJERÍA LACTANCIA MATERNA <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | |
| | | | | GLICEMIA EN AYUNAS <input type="radio"/> < 20 sem. <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | | TEST DE O'SULLIVAN <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | | ESTREPTOCOCCO B <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | | PREPARACIÓN PARA EL PARTO <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | | CONSEJERÍA LACTANCIA MATERNA <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | |
| | | | | GLICEMIA EN AYUNAS <input type="radio"/> < 20 sem. <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | | TEST DE O'SULLIVAN <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | | ESTREPTOCOCCO B <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | | PREPARACIÓN PARA EL PARTO <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | | CONSEJERÍA LACTANCIA MATERNA <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | |
| | | | | GLICEMIA EN AYUNAS <input type="radio"/> < 20 sem. <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | | TEST DE O'SULLIVAN <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | | ESTREPTOCOCCO B <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | | PREPARACIÓN PARA EL PARTO <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | | CONSEJERÍA LACTANCIA MATERNA <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | |
| | | | | GLICEMIA EN AYUNAS <input type="radio"/> < 20 sem. <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | | TEST DE O'SULLIVAN <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | | ESTREPTOCOCCO B <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | | PREPARACIÓN PARA EL PARTO <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | | CONSEJERÍA LACTANCIA MATERNA <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | |
| | | | | GLICEMIA EN AYUNAS <input type="radio"/> < 20 sem. <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | | TEST DE O'SULLIVAN <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | | ESTREPTOCOCCO B <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | | PREPARACIÓN PARA EL PARTO <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | | CONSEJERÍA LACTANCIA MATERNA <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | |
| | | | | GLICEMIA EN AYUNAS <input type="radio"/> < 20 sem. <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | | TEST DE O'SULLIVAN <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | | ESTREPTOCOCCO B <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | | PREPARACIÓN PARA EL PARTO <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | | CONSEJERÍA LACTANCIA MATERNA <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | |
| | | | | GLICEMIA EN AYUNAS <input type="radio"/> < 20 sem. <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | | TEST DE O'SULLIVAN <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | | ESTREPTOCOCCO B <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | | PREPARACIÓN PARA EL PARTO <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | | CONSEJERÍA LACTANCIA MATERNA <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | |
| | | | | GLICEMIA EN AYUNAS <input type="radio"/> < 20 sem. <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | | TEST DE O'SULLIVAN <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | | ESTREPTOCOCCO B <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | | PREPARACIÓN PARA EL PARTO <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | | CONSEJERÍA LACTANCIA MATERNA <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | |
| | | | | GLICEMIA EN AYUNAS <input type="radio"/> < 20 sem. <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | | TEST DE O'SULLIVAN <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | | ESTREPTOCOCCO B <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | | PREPARACIÓN PARA EL PARTO <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | | CONSEJERÍA LACTANCIA MATERNA <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | |
| | | | | GLICEMIA EN AYUNAS <input type="radio"/> < 20 sem. <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | | TEST DE O'SULLIVAN <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | | ESTREPTOCOCCO B <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | | PREPARACIÓN PARA EL PARTO <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | | CONSEJERÍA LACTANCIA MATERNA <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | |
| | | | | GLICEMIA EN AYUNAS <input type="radio"/> < 20 sem. <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | | TEST DE O'SULLIVAN <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | | ESTREPTOCOCCO B <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | | PREPARACIÓN PARA EL PARTO <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | | CONSEJERÍA LACTANCIA MATERNA <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | |
| | | | | GLICEMIA EN AYUNAS <input type="radio"/> < 20 sem. <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | | TEST DE O'SULLIVAN <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | | ESTREPTOCOCCO B <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | | PREPARACIÓN PARA EL PARTO <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | | CONSEJERÍA LACTANCIA MATERNA <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | |
| | | | | GLICEMIA EN AYUNAS <input type="radio"/> < 20 sem. <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | | TEST DE O'SULLIVAN <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | | ESTREPTOCOCCO B <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | | PREPARACIÓN PARA EL PARTO <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | | CONSEJERÍA LACTANCIA MATERNA <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | |
| | | | | GLICEMIA EN AYUNAS <input type="radio"/> < 20 sem. <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | | TEST DE O'SULLIVAN <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | | ESTREPTOCOCCO B <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | | PREPARACIÓN PARA EL PARTO <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | | CONSEJERÍA LACTANCIA MATERNA <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | |
| | | | | GLICEMIA EN AYUNAS <input type="radio"/> < 20 sem. <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | | TEST DE O'SULLIVAN <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | | ESTREPTOCOCCO B <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | | PREPARACIÓN PARA EL PARTO <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | | CONSEJERÍA LACTANCIA MATERNA <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | |
| | | | | GLICEMIA EN AYUNAS <input type="radio"/> < 20 sem. <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | | TEST DE O'SULLIVAN <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | | ESTREPTOCOCCO B <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | | PREPARACIÓN PARA EL PARTO <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | | CONSEJERÍA LACTANCIA MATERNA <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | |
| | | | | GLICEMIA EN AYUNAS <input type="radio"/> < 20 sem. <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | | TEST DE O'SULLIVAN <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | | ESTREPTOCOCCO B <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | | PREPARACIÓN PARA EL PARTO <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | | CONSEJERÍA LACTANCIA MATERNA <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | |
| | | | | GLICEMIA EN AYUNAS <input type="radio"/> < 20 sem. <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | | TEST DE O'SULLIVAN <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | | ESTREPTOCOCCO B <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | | PREPARACIÓN PARA EL PARTO <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | | CONSEJERÍA LACTANCIA MATERNA <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | |
| | | | | GLICEMIA EN AYUNAS <input type="radio"/> < 20 sem. <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | | TEST DE O'SULLIVAN <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | | ESTREPTOCOCCO B <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | | PREPARACIÓN PARA EL PARTO <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | | CONSEJERÍA LACTANCIA MATERNA <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | |
| | | | | GLICEMIA EN AYUNAS <input type="radio"/> < 20 sem. <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | | TEST DE O'SULLIVAN <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | | ESTREPTOCOCCO B <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | | PREPARACIÓN PARA EL PARTO <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | | CONSEJERÍA LACTANCIA MATERNA <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | |
| | | | | GLICEMIA EN AYUNAS <input type="radio"/> < 20 sem. <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | | TEST DE O'SULLIVAN <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | | ESTREPTOCOCCO B <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | | PREPARACIÓN PARA EL PARTO <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | | CONSEJERÍA LACTANCIA MATERNA <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | |
| | | | | GLICEMIA EN AYUNAS <input type="radio"/> < 20 sem. <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | | TEST DE O'SULLIVAN <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | | ESTREPTOCOCCO B <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | | PREPARACIÓN PARA EL PARTO <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | | CONSEJERÍA LACTANCIA MATERNA <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | |
| | | | | GLICEMIA EN AYUNAS <input type="radio"/> < 20 sem. <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | | TEST DE O'SULLIVAN <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | | ESTREPTOCOCCO B <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | | PREPARACIÓN PARA EL PARTO <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | | CONSEJERÍA LACTANCIA MATERNA <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | |
| | | | | GLICEMIA EN AYUNAS <input type="radio"/> < 20 sem. <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | | TEST DE O'SULLIVAN <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | | ESTREPTOCOCCO B <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | | PREPARACIÓN PARA EL PARTO <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | | CONSEJERÍA LACTANCIA MATERNA <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | |
| | | | | GLICEMIA EN AYUNAS <input type="radio"/> < 20 sem. <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | | TEST DE O'SULLIVAN <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | | ESTREPTOCOCCO B <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | | PREPARACIÓN PARA EL PARTO <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | | CONSEJERÍA LACTANCIA MATERNA <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | |
| | | | | GLICEMIA EN AYUNAS <input type="radio"/> < 20 sem. <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | | TEST DE O'SULLIVAN <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | | ESTREPTOCOCCO B <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | | PREPARACIÓN PARA EL PARTO <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | | CONSEJERÍA LACTANCIA MATERNA <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | |
| | | | | GLICEMIA EN AYUNAS <input type="radio"/> < 20 sem. <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | | TEST DE O'SULLIVAN <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | | ESTREPTOCOCCO B <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | | PREPARACIÓN PARA EL PARTO <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | | CONSEJERÍA LACTANCIA MATERNA <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | |
| | | | | GLICEMIA EN AYUNAS <input type="radio"/> < 20 sem. <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | | TEST DE O'SULLIVAN <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | | ESTREPTOCOCCO B <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | | PREPARACIÓN PARA EL PARTO <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | | CONSEJERÍA LACTANCIA MATERNA <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | |
| | | | | GLICEMIA EN AYUNAS <input type="radio"/> < 20 sem. <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | | TEST DE O'SULLIVAN <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | | ESTREPTOCOCCO B <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | | PREPARACIÓN PARA EL PARTO <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | | CONSEJERÍA LACTANCIA MATERNA <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | |
| | | | | GLICEMIA EN AYUNAS <input type="radio"/> < 20 sem. <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | | TEST DE O'SULLIVAN <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | | ESTREPTOCOCCO B <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | | PREPARACIÓN PARA EL PARTO <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | | CONSEJERÍA LACTANCIA MATERNA <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | |
| | | | | GLICEMIA EN AYUNAS <input type="radio"/> < 20 sem. <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | | TEST DE O'SULLIVAN <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | | ESTREPTOCOCCO B <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | | PREPARACIÓN PARA EL PARTO <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | | CONSEJERÍA LACTANCIA MATERNA <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | |
| | | | | GLICEMIA EN AYUNAS <input type="radio"/> < 20 sem. <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | | TEST DE O'SULLIVAN <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | | ESTREPTOCOCCO B <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | | PREPARACIÓN PARA EL PARTO <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | | CONSEJERÍA LACTANCIA MATERNA <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | |
| | | | | GLICEMIA EN AYUNAS <input type="radio"/> < 20 sem. <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | | TEST DE O'SULLIVAN <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | | ESTREPTOCOCCO B <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | | PREPARACIÓN PARA EL PARTO <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | | CONSEJERÍA LACTANCIA MATERNA <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | |
| | | | | GLICEMIA EN AYUNAS <input type="radio"/> < 20 sem. <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | | TEST DE O'SULLIVAN <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | | ESTREPTOCOCCO B <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | | PREPARACIÓN PARA EL PARTO <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | | CONSEJERÍA LACTANCIA MATERNA <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | |
| | | | | GLICEMIA EN AYUNAS <input type="radio"/> < 20 sem. <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | | TEST DE O'SULLIVAN <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | | ESTREPTOCOCCO B <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | | PREPARACIÓN PARA EL PARTO <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | | CONSEJERÍA LACTANCIA MATERNA <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | |
| | | | | GLICEMIA EN AYUNAS <input type="radio"/> < 20 sem. <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | | TEST DE O'SULLIVAN <input type="radio"/> no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> | | | | | | | | | | | |

HOJA DE CURVA DE GANANCIA DE PESO DE LA MUJER GESTANTE
ANVERSO

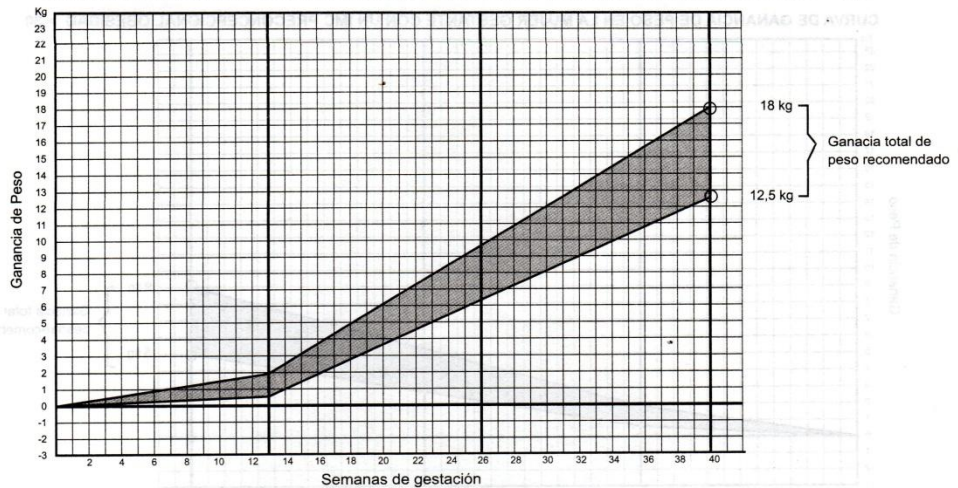
Formulario 051-A

| ESTABLECIMIENTO | NOMBRE | APELLIDO | EDAD | N° HISTORIA CLINICA |
|-----------------|--------|----------|------|---------------------|
| | | | | |

CURVA PARA VALORACIÓN DEL INDICE DE MASA CORPORAL PRE GESTACIONAL HASTA EL PRIMER TRIMESTRE



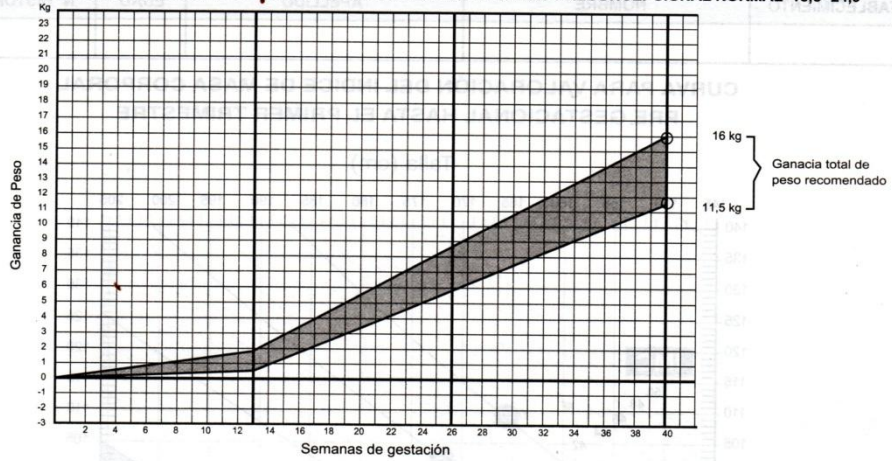
CURVA DE GANANCIA DE PESO EN LA MUJER GESTANTE CON UN IMC PRECONCEPCIONAL BAJO < 18,5



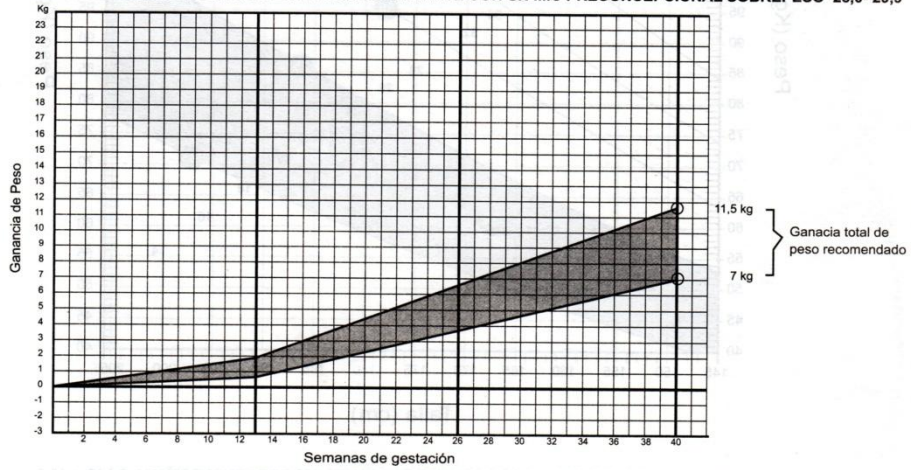
HOJA DE CURVA DE GANACIA DE PESO DE LA MUJER GESTANTE REVERSO

Formulario 051-A

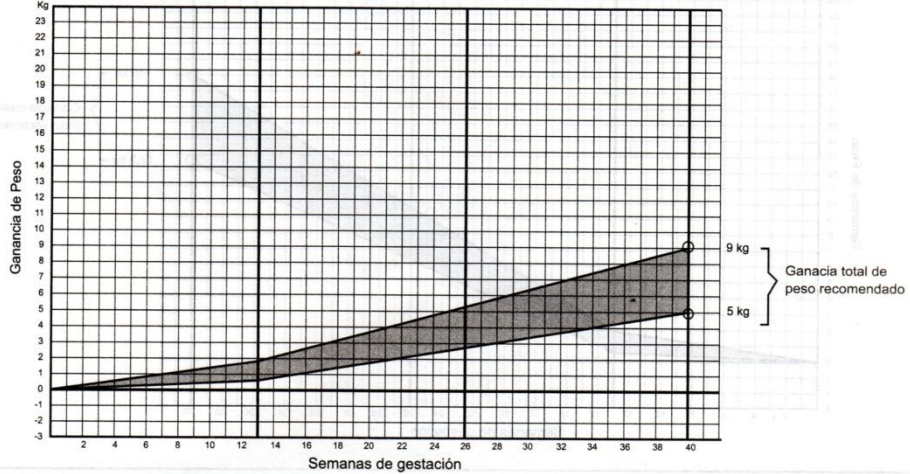
CURVA DE GANACIA DE PESO EN LA MUJER GESTANTE CON UN IMC PRECONCEPCIONAL NORMAL 18,5-24,9



CURVA DE GANACIA DE PESO EN LA MUJER GESTANTE CON UN IMC PRECONCEPCIONAL SOBREPESO 25,0-29,9



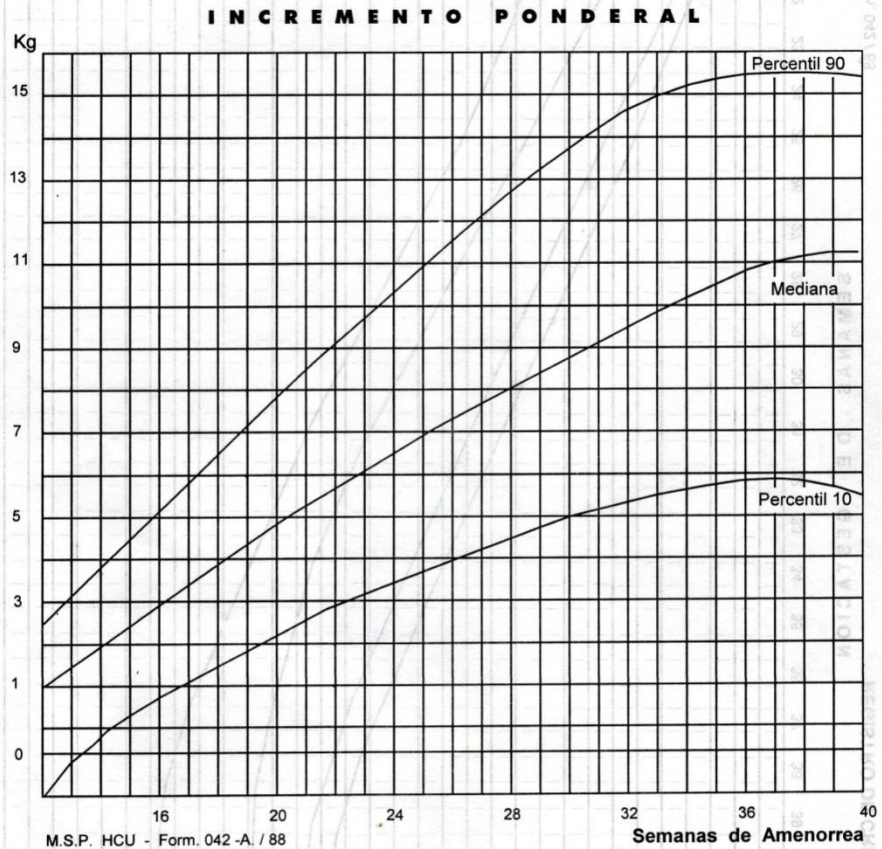
CURVA DE GANACIA DE PESO EN LA MUJER GESTANTE CON UN IMC PRECONCEPCIONAL OBESIDAD > 30



INCREMENTO PODERAL ANVERSO

Formulario 042-A / 88

| | | | |
|------------------|---------|---------|------------------------|
| APELLIDO PATERNO | MATERNO | NOMBRES | N° DE HISTORIA CLINICA |
|------------------|---------|---------|------------------------|

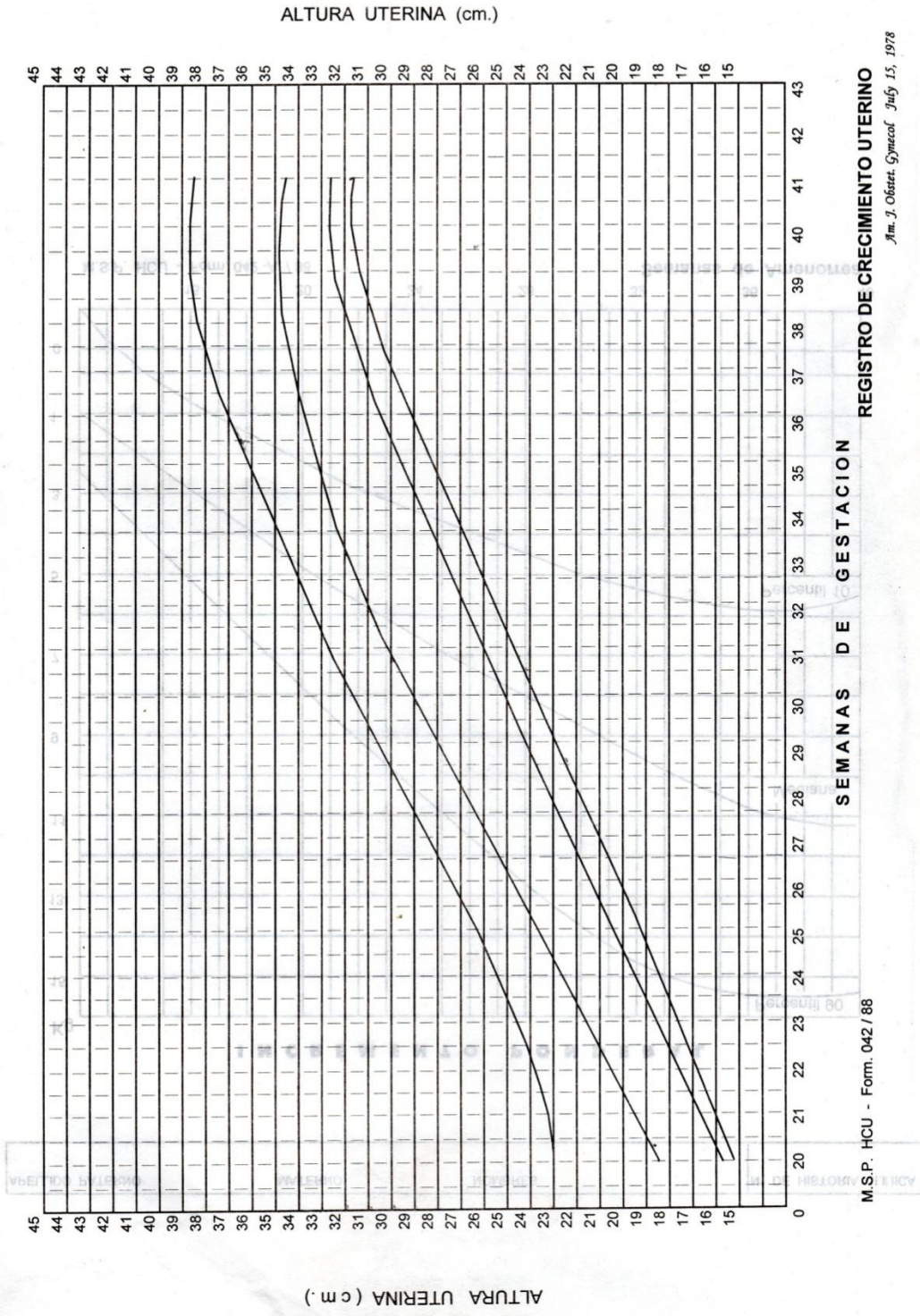


| | | | |
|------------------|---------|---------|---------------------|
| APELLIDO PATERNO | MATERNO | NOMBRES | N° HISTORIA CLINICA |
|------------------|---------|---------|---------------------|

INCREMENTO PODERAL REVERSO

Formulario 042-A / 88

| | | | |
|------------------|---------|---------|---------------------|
| APELLIDO PATERNO | MATERNO | NOMBRES | N° HISTORIA CLINICA |
|------------------|---------|---------|---------------------|



CARNÉ PERINATAL

CARNÉ PERINATAL



Historia Clínica N° _____

Cédula de Identidad _____

Apellidos y Nombres _____

Dirección domiciliaria _____

Provincia **DIRECCIÓN PROVINCIAL DE SALUD**

Parroquia y/o Localidad **DE TUNGURAHUA**

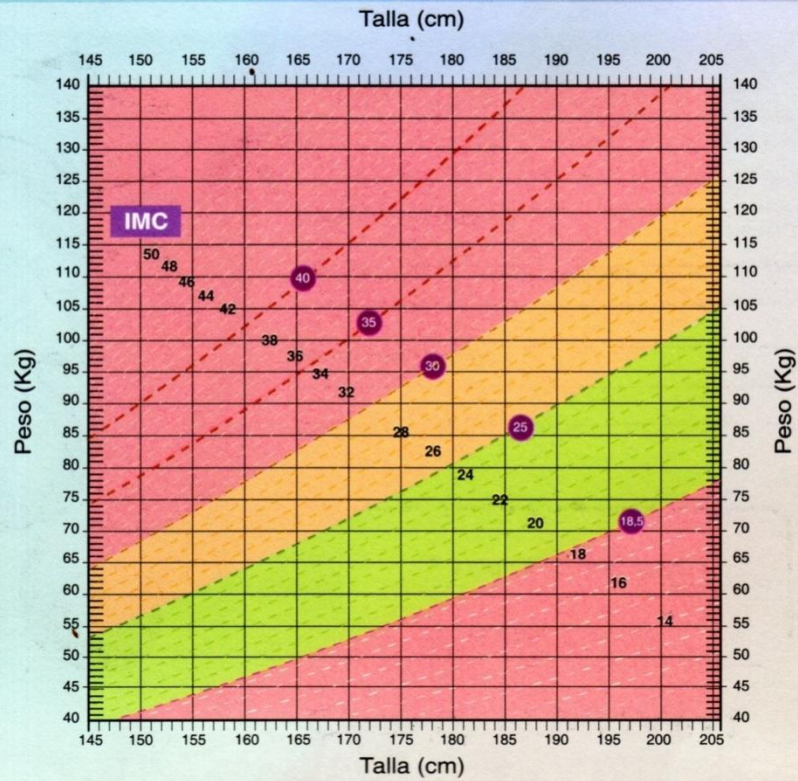
CENTRO DE SALUD

AUGUSTO N. MARTINEZ

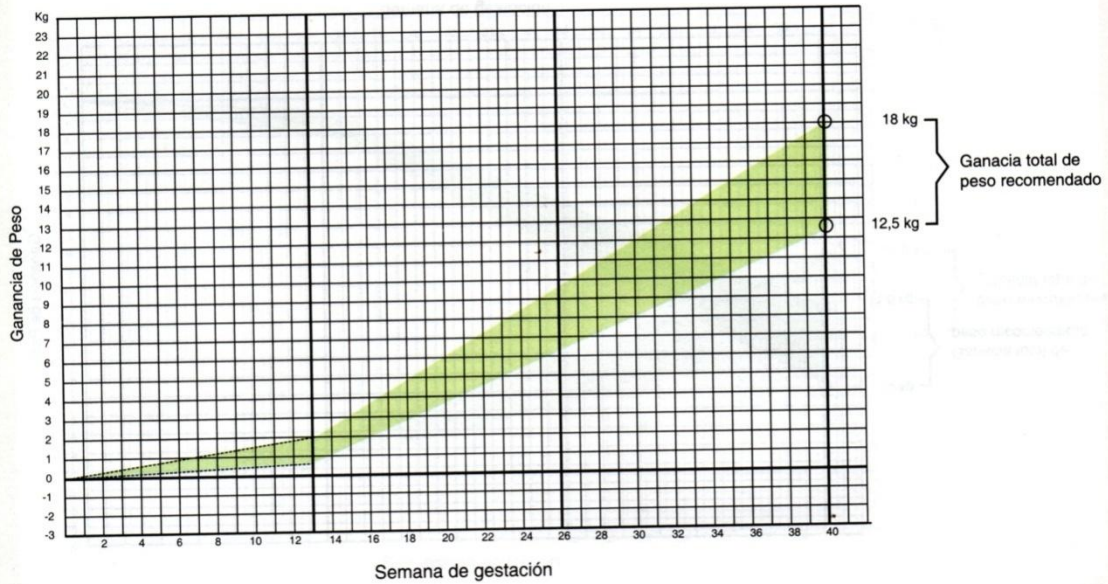
LA R = VOLUCIÓN
CIUDADANA
Avanza!



CURVA DE VALORACIÓN DEL IMC PRE GESTACIONAL O DEL PRIMER TRIMESTRE

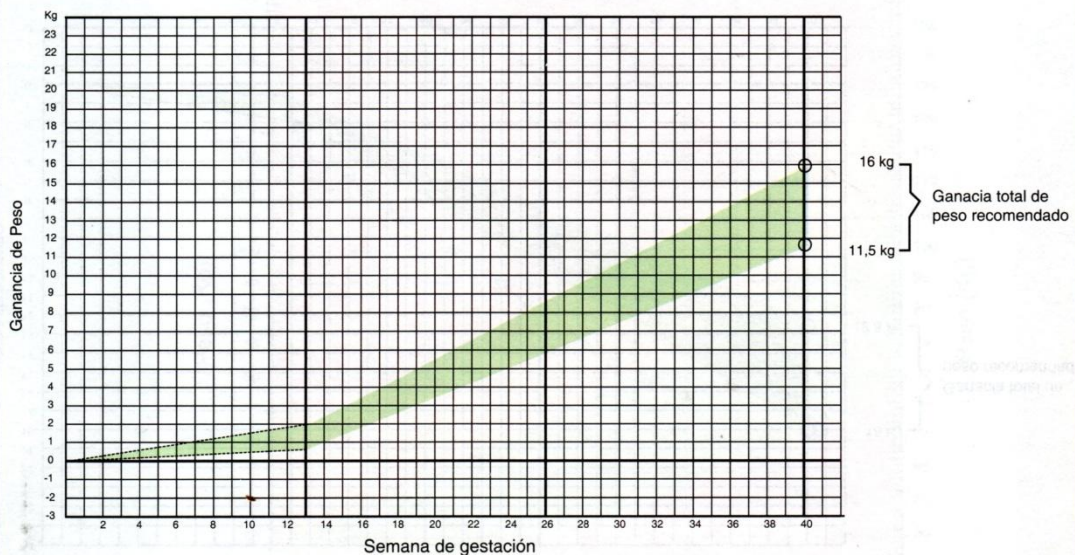


CURVA DE GANANCIA DE PESO EN LA MUJER GESTANTE CON UN IMC PRECONCEPCIONAL BAJO (< 18,5)



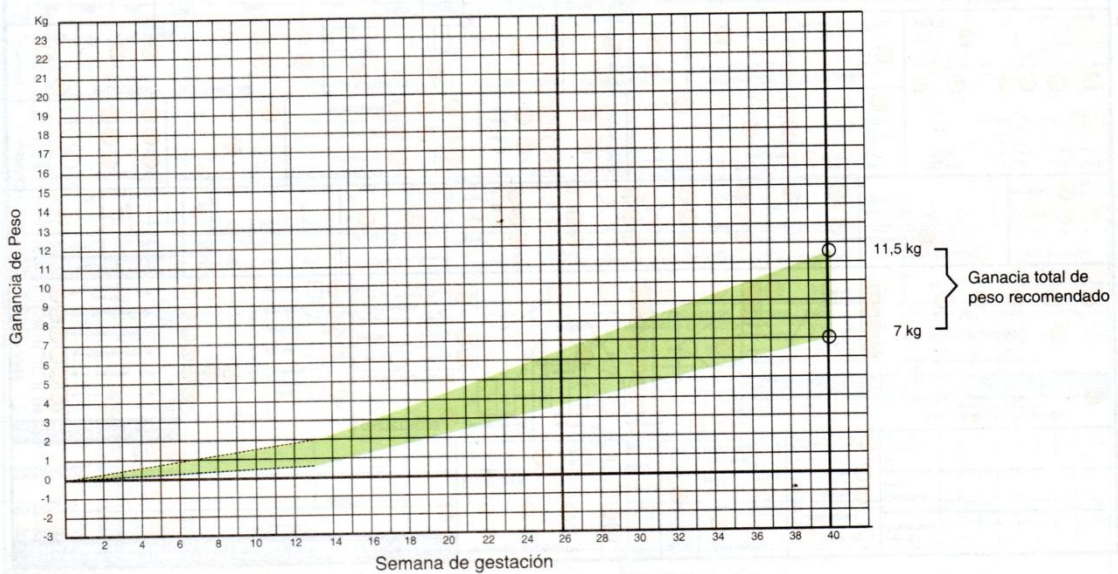
Ganancia semanal 0.35 a 0.50 Kg en segundo y tercer trimestre

**CURVA DE VALORACIÓN DEL PESO PRE
GESTACIONAL: NORMAL IMC 18,5 - 24,9**



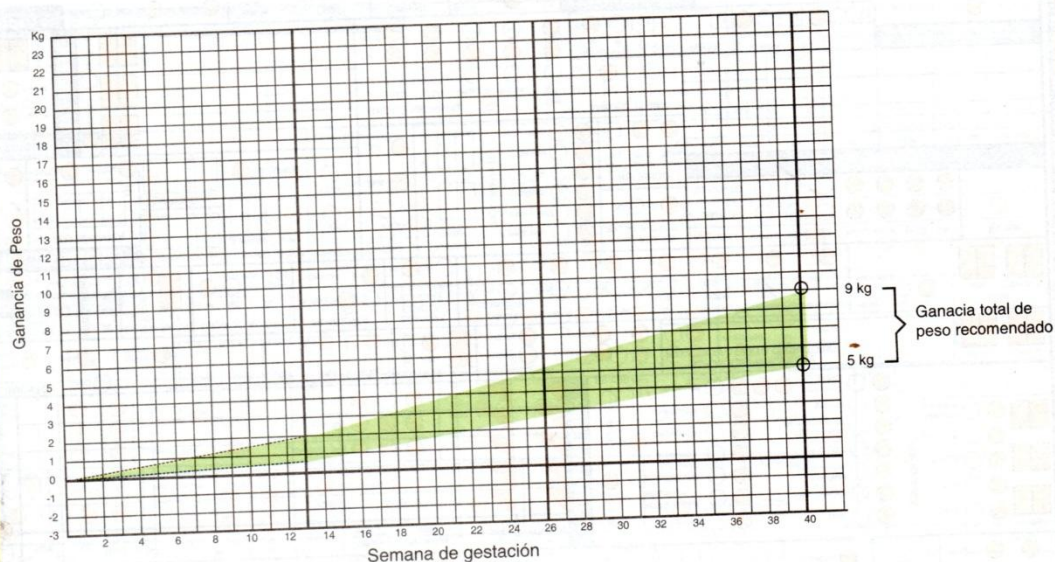
Ganancia semanal 0.35 a 0.50 Kg en segundo y tercer trimestre
Mujeres embarazadas de fetos múltiples debe ganar de 17-25 kg.

**CURVA DE GANACIA DE PESO EN LA MUJER GESTANTE
CON UN IMC PRECONCEPCIONAL SOBREPESO 25,0 - 29,9**



Ganancia semanal 0.23 – 0.33 Kg en segundo y tercer trimestre
Embarazadas de fetos múltiples debe ganar de 14 -23 Kg

CURVA DE GANANCIA DE PESO EN LA MUJER GESTANTE CON UN IMC PRECONCEPCIONAL OBESIDAD > 30



Ganancia semanal 0.17 a 0.27 Kg en segundo y tercer trimestre
Embarazadas de fetos múltiples debe ganar de 11-19 Kg.

CONSEJOS A LA MUJER EMBARAZADA PARA MANTENER O MEJORAR SU GANANCIA DE PESO

Ganancia adecuada

Consuma diariamente:

- 3 porciones de frutas y 2 de verduras.
- Alimentos ricos en calcio como leche, queso, yogurt, chocho, col.
- Alimentos ricos en hierro como carnes rojas, fréjol, lenteja, hojas verdes acompañado con alimentos ricos en vitamina C, como: guayaba, naranja, limón piña.
- Consumir alimentos como pescado, aguacate que contiene ácidos grasos omega 3 y omega 6.

Ganancia de peso inadecuado

Bajo

- Consuma las comidas principales que usted habitualmente come y agregue 2 a 3 refrigerios por ejemplo: fruta con yogurt, chochos con tostado, bolón de verde con queso entre otros.

Alto

- Preferir el consumo de frutas y vegetales.
- Limite el consumo alimentos y bebidas azucaradas como gaseosas, jugos, snacks.
- Consuma con moderación alimentos ricos en grasa como margarina, mantequilla.
- Seleccione estos métodos de cocción de alimentos: al vapor, al horno, asado, hervido.

Actividad Física

Consulte al médico sobre el tipo de actividad física que puede realizar.

Se recomienda la natación, danza, baile, caminata.

La actividad física mejora la postura y alivia el dolor de espalda, tensión muscular, ayuda a prevenir el

rollo de varices y hemorroides, facilita la recuperación después del parto, previene el aumento excesivo de grasa corporal, aumenta la aptitud, fuerza y flexibilidad generales.

Control de Salud

- Tu control prenatal debe empezar durante los 3 primeros meses de embarazo.
- Toma tabletas de ácido fólico antes del embarazo.
- Para prevenir la anemia toma diariamente hierro.
- Durante los controles prenatales y después del parto solicita consejería y métodos de planificación familiar.
- Debes asistir mensualmente al control del embarazo.

Durante el parto

- Pide al doctor/a que corten el cordón umbilical cuando este ha dejado de latir.
- Pide que te coloquen oxitocina para evitar la hemorragia posparto.
- Apenas nace tu hijo debe permanecer en contacto contigo piel a piel.
- Aliméntalo con leche materna en la primera hora después del parto.

**La mujer embarazada debe realizar actividad física
previa consulta médica**

**SI PRESENTAS ALGUNO DE ESTOS SIGNOS ACUDE AL
CENTRO DE SALUD DE FORMA INMEDIATA**



- Dolor abdominal
- Palidez marcada
- Náusea y vómito frecuente
- Fiebre, escalofrío
- Dolor o ardor al orinar
- Edema (hinchazón) de las piernas, cara o manos
- Salida de líquido por la vagina
- Disminución o ausencia de movimientos del bebé dentro del útero
- Dolor de cabeza

El control prenatal identifica factores de riesgo enfermedades que pueden afectar a tu embarazo y al niño o niña.

**Es tu derecho
exígelo**

REGISTROS DIARIOS

| NE | HCI | NOMORES | DIRECCION | TUM | F.P.P. | N | D | E | F | M | A | M | J | J | A | S | year | 2do | Dist |
|-------------|---------|---------|-------------|----------|----------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|------|-----|------|
| 62 | 11032 | Quiruzo | San Vicente | 16-07-11 | 26-04-12 | X | | | | | | | | | | | 2011 | | |
| 63 | 10560 | Quiruzo | San Vicente | 26-07-11 | 3-04-12 | X | | | | | | | | | | | 2011 | | |
| 64 | 05617 | Quiruzo | San Vicente | ? | 9 | X | | | | | | | | | | | 2011 | | |
| 65 | 04134 | Quiruzo | San Vicente | 23-05-11 | 8-02-12 | | X | | | | | | | | | | 2011 | | |
| 66 | 08357 | Quiruzo | San Vicente | 5-04-11 | 15-01-12 | | X | | | | | | | | | | 2011 | | |
| 67 | 10992 | Quiruzo | San Vicente | 16-03-11 | 23-12-11 | | X | | | | | | | | | | 2011 | | |
| 68 | 06920 | Quiruzo | San Vicente | 23-05-11 | | | | X | | | | | | | | | 2011 | | |
| 2012 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | 11118 | Quiruzo | San Vicente | 11-07-07 | 9 | | X | | | | | | | | | | 2012 | | |
| 2 | 006244 | Quiruzo | San Vicente | 9 | 9 | | X | | | | | | | | | | 2012 | | |
| 3 | 02813 | Quiruzo | San Vicente | 04-07-11 | 09-06-12 | | X | | | | | | | | | | 2012 | | |
| 4 | 0654011 | Quiruzo | San Vicente | ? | ? | | X | | | | | | | | | | 2012 | | |
| 5 | 03664 | Quiruzo | San Vicente | 09-08-11 | 16-05-12 | | X | | | | | | | | | | 2012 | | |
| 6 | 11112 | Quiruzo | San Vicente | 02-11-11 | 07-08-12 | | X | | | | | | | | | | 2012 | | |
| 7 | 8807 | Quiruzo | San Vicente | 28-11-11 | | | X | | | | | | | | | | 2012 | | |
| 8 | 03882 | Quiruzo | San Vicente | 29-09-11 | 5-06-12 | | X | | | | | | | | | | 2012 | | |
| 9 | +00532 | Quiruzo | San Vicente | 01-11-11 | 08-08-12 | | X | | | | | | | | | | 2012 | | |
| 10 | 04041 | Quiruzo | San Vicente | 30-10-11 | 07-07-12 | | X | | | | | | | | | | 2012 | | |
| 11 | 11118 | Quiruzo | San Vicente | 07-07-11 | 12-04-12 | | X | | | | | | | | | | 2012 | | |
| 12 | 09656 | Quiruzo | San Vicente | ? | ? | | X | | | | | | | | | | 2012 | | |
| 13 | 11064 | Quiruzo | San Vicente | ? | 10-06-12 | | X | | | | | | | | | | 2012 | | |
| 14 | 11050 | Quiruzo | San Vicente | 25-11-11 | 02-09-12 | | X | | | | | | | | | | 2012 | | |
| 15 | 10203 | Quiruzo | San Vicente | 10-11-11 | 17-08-12 | | X | | | | | | | | | | 2012 | | |
| 16 | 08592 | Quiruzo | San Vicente | 15-12-11 | 20-07-12 | | X | | | | | | | | | | 2012 | | |
| 17 | 09020 | Quiruzo | San Vicente | 08-12-11 | 15-04-12 | | X | | | | | | | | | | 2012 | | |
| 18 | 07383 | Quiruzo | San Vicente | 31-12-11 | 7-09-12 | | X | | | | | | | | | | 2012 | | |
| 19 | 10933 | Quiruzo | San Vicente | 1-05-11 | 9-03-12 | | X | | | | | | | | | | 2012 | | |
| 20 | 11233 | Quiruzo | San Vicente | 22-11-11 | 19-06-12 | | X | | | | | | | | | | 2012 | | |
| 21 | 07494 | Quiruzo | San Vicente | 6-12-11 | 13-05-12 | | X | | | | | | | | | | 2012 | | |

| No | HCI | NOMBRES Y APELLIDOS | DIRECCIÓN | FUN | FPP | A | M | J | A | S | O | N | D | E | No | gob | Rest |
|----|-------|-----------------------------------|------------------|----------|-----|---|---|---|---|---|---|---|---|---|-------|-----|------|
| 22 | 06227 | Mirian Teresa Poquiza Van | San Vicente | 15-02-12 | X | | | | | | | | | | 10-04 | | |
| 23 | 06845 | Sandra Vanesa Proquerun | San Luis | 5-01-12 | | | | | | | | | | | | | |
| 24 | 25844 | Tubon Muso Maxia Carmen | Tangaleo | 9-02-12 | | | | | | | | | | | | | |
| 25 | 10493 | Azmarino Saftos Tapia Mariana | Ingenios | 01-02-12 | | | | | | | | | | | | | |
| 26 | 6453 | Sarlemo Moya Elena Gladys Karan | San Vicente | 28-03-12 | | | | | | | | | | | | | |
| 27 | 07555 | Nuela Tipautaxi Yavia Teraude | San Vicente | 10-12-11 | | | | | | | | | | | | | |
| 28 | 08682 | Guaman Kopena Yvira Pabao | El Progreso | 22-02-12 | | | | | | | | | | | | | |
| 29 | 03332 | Tobous Taulama Manguito Saraiva | San Luis | 26-09-11 | | | | | | | | | | | | | |
| 30 | 00908 | Nata Tipautaxi Glaura Narciza | Yucapari | 31-03-12 | | | | | | | | | | | | | |
| 31 | 05546 | Ierez Peal Sandra Johana | San Vicente | 30-10-11 | | | | | | | | | | | | | |
| 32 | 04278 | Bombou Guanius Eska Mergaida | San Vicente | 31-12-11 | | | | | | | | | | | | | |
| 33 | 07383 | Mizara Padaric s Raquel Soavis | San Vicente | 31-12-11 | | | | | | | | | | | | | |
| 34 | 14287 | Santusa Contreras M. Elizabell | San José | 31-12-11 | | | | | | | | | | | | | |
| 35 | 02675 | Acosta Lopez Glaura Alejandra | Camino a Rey | 31-12-11 | | | | | | | | | | | | | |
| 36 | 11126 | Valle Villacas Alexandra Yaniel | Camino a Rey | 13-02-12 | | | | | | | | | | | | | |
| 37 | 11392 | Rosemar Pilo panta Delauido | Bambury Camino | 2-11-11 | | | | | | | | | | | | | |
| 38 | 03005 | Paules De la Cruz Nataly Gisela | B. Villavieja | 6-04-12 | | | | | | | | | | | | | |
| 39 | 03389 | Perez Carranco Alejandra Pierjail | A. B. Desecho | 25-11-11 | | | | | | | | | | | | | |
| 40 | 0707 | Piedad del Carmen Pelaez Gabriela | A. B. Desecho | 28-10-11 | | | | | | | | | | | | | |
| 41 | 01704 | Naval Racate Narel Estefania | B. Villavieja | 21-02-12 | | | | | | | | | | | | | |
| 42 | 03606 | Corcero Mondo Daniela Elizabeth | B. Villavieja | 12-04-12 | | | | | | | | | | | | | |
| 43 | 11341 | Chimbo Ruiz Olga Claveria | Laquey Camino | 23-04-12 | | | | | | | | | | | | | |
| 44 | 11300 | Espinoza Onogco Olga Marlene | San Vicente bajo | 20-02-12 | | | | | | | | | | | | | |
| 45 | 11403 | Cueva Guarnier Glenda Cecilia | B. San José | 28-03-12 | | | | | | | | | | | | | |
| 46 | 11409 | Flores Sailema Godys Rocie | B. Coquey Flores | 28-02-12 | | | | | | | | | | | | | |
| 47 | 10087 | Perez Uireu Jacqueline Pierjail | San Vicente | 29-11-12 | | | | | | | | | | | | | |
| 48 | 11464 | Kobach Lopez Narel Gabriela | San Vicente | 17-02-12 | | | | | | | | | | | | | |
| 49 | 02454 | Abiel Pucaco Gabriela Fabiola | San Vicente | 26-12-12 | | | | | | | | | | | | | |
| 50 | 11542 | Tibau Poliza Gabriela Elizabeth | San Vicente | 19-01-12 | | | | | | | | | | | | | |
| 51 | 11565 | Uera Cabezas Gina Andriana | San Vicente | 1-05-12 | | | | | | | | | | | | | |
| 52 | 11535 | Llundo Pafon Girma Natalia | San Vicente | 15-05-12 | | | | | | | | | | | | | |
| 53 | 03909 | Alvarez Puma Jessica Beatriz | Laquey | 05-05-12 | | | | | | | | | | | | | |
| | | | Laquey | 14-07-12 | | | | | | | | | | | | | |
| | | | San Vicente | 07-12 | | | | | | | | | | | | | |

| FECHA | | NO. DE LA HISTORIA CLINICA | | O | APELLIDOS Y NOMBRES | INYECCIONES | | | | | Curaciones | | Otros | OBSERVACIONES | INICIALES |
|-------|-----|----------------------------|---|---|---------------------|-------------|---|---|---|----|------------|----|-------|---------------|-----------|
| Mes | Dia | Hora | 5 | | | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | | | |
| 1 | 2 | 3 | | 4 | | | | | | | | | | | |
| 12 | 12 | | | | Gloria Aguilar | | | | | | | | | | |
| 12 | 12 | | | | Isabel Tapantzi | | | | | | | | | | |
| 12 | 12 | | | | Mela Guzman | | | | | | | | | | |
| 12 | 12 | | | | Maria Garcia | | | | | | | | | | |
| 12 | 12 | | | | Es. Hela Kucero | | | | | | | | | | |
| 12 | 12 | | | | Margareta Malgi | | | | | | | | | | |
| 12 | 17 | | | | Senec Gualdo | | | | | | | | | | |
| 12 | 13 | | | | Giula Tapantzi | | | | | | | | | | |
| 12 | 13 | | | | Leon Quisimazo | | | | | | | | | | |
| 12 | 13 | | | | Leon Quisimazo | | | | | | | | | | |
| 13 | 14 | | | | Aguilar Gloria | | | | | | | | | | |
| 13 | 14 | | | | Marela Monto | | | | | | | | | | |
| 12 | 14 | | | | Monica Suarez | | | | | | | | | | |
| 12 | 14 | | | | Matos Maza | | | | | | | | | | |
| 12 | 14 | | | | Vilma Gavilana | | | | | | | | | | |
| 12 | 14 | | | | Josef Tlabin | | | | | | | | | | |
| 12 | 14 | | | | Genia Velasco | | | | | | | | | | |
| 12 | 14 | | | | Maria Garcia | | | | | | | | | | |
| 12 | 14 | | | | Seneca Gualdo | | | | | | | | | | |
| 12 | 15 | | | | Maribel Acage | | | | | | | | | | |
| 12 | 15 | | | | Isabel Tapantzi | | | | | | | | | | |
| 12 | 17 | | | | Fanny Moyolema | | | | | | | | | | |
| 12 | 17 | | | | Juan Perez | | | | | | | | | | |
| 12 | 17 | | | | Gabriel Jena | | | | | | | | | | |
| 12 | 17 | | | | Maria Garcia | | | | | | | | | | |

M.S.P. - S.I. Form. 562

1 10 3 12

FOTOGRAFIAS

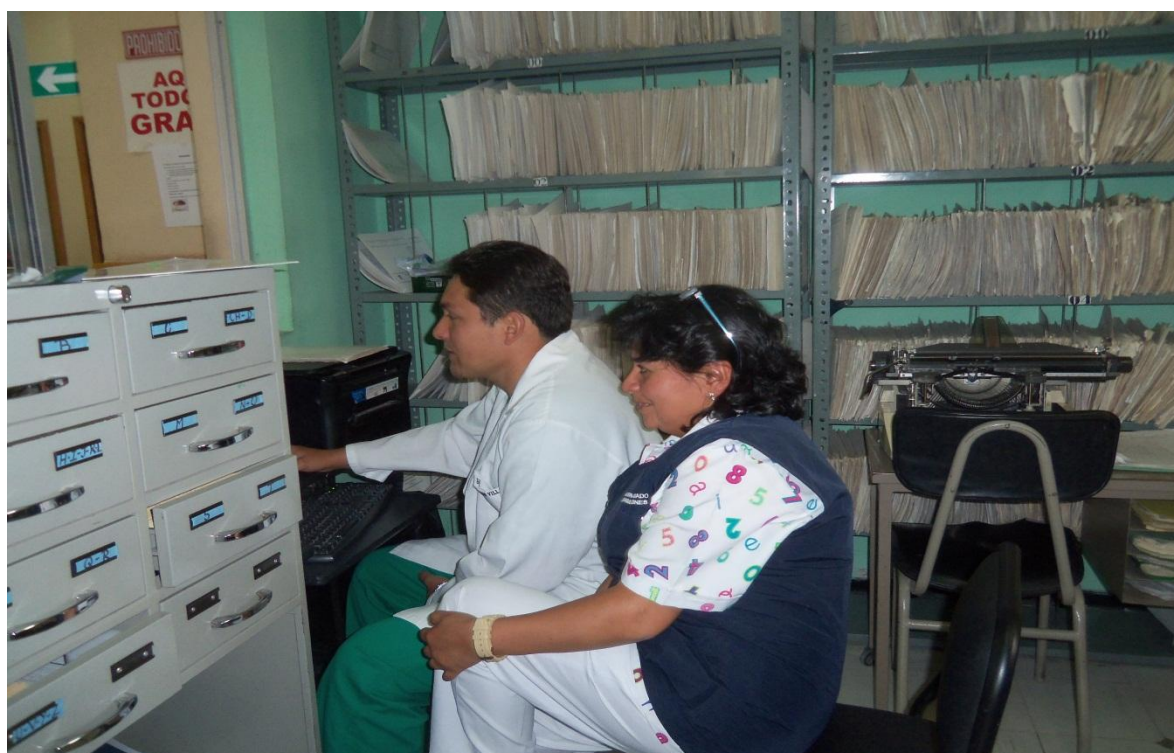
SUBCENTRO DE SALUD DE AUGUSTO N. MARTINEZ



PLANTA FÍSICA



PERSONAL QUE LABORA EN EL SUBCENTRO







USUARIOS QUE ACUDEN AL SUBCENTRO

