



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MACHALA
FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERÍA**

**TESIS DE GRADO PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

TEMA:

**FACTORES ASOCIADOS A LA AMENAZA DE PARTO PREMATURO EN
ADOLESCENTES GESTANTES QUE ACUDIERON AL ÁREA GINECO-
OBSTETRICIA DEL HOSPITAL MARÍA LORENA SERRANO DE ENERO
- ABRIL 2013.**

AUTORA:

MARIA LORENA CRUZ IZQUIERDO

DIRECTORA DE TESIS:

LCDA. KATTY OCAÑA GALLARDO

MACHALA

EL ORO

ECUADOR

2014

CERTIFICACIÓN

LCDA. KATTY OCAÑA GALLARDO

CERTIFICA:

Haber revisado la tesis titulada:**FACTORES ASOCIADOS A LA AMENAZA DE PARTO PREMATURO EN ADOLESCENTES GESTANTES QUE ACUDIERON AL ÁREA GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL MARÍA LORENA SERRANO DE ENERO - ABRIL 2013**.Cuya autora la Egresada,**MARIA LORENA CRUZ IZQUIERDO**, la que se encuentra con los requisitos técnicos estipulados por la Escuela De Enfermería de la Facultad De Ciencias Químicas y de la Salud por lo que autorizo su presentación.

LCDA. KATTY OCAÑA GALLARDO

DIRECTORA DE TESIS

CESIÓN DE DERECHO DE AUTORÍA

Yo, **MARIA LORENA CRUZ IZQUIERDO** , con cédula de identidad 070299316-3, Egresada de la Escuela de Enfermería de la Facultad de Ciencias Químicas y de Salud, de la Universidad Técnica de Machala, responsable de la presente memoria técnico científica titulada: “:**FACTORES ASOCIADOS A LA AMENAZA DE PARTO PREMATURO EN ADOLESCENTES GESTANTES QUE ACUDIERON AL ÁREA GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL MARÍA LORENA SERRANO DE ENERO - ABRIL 2013**”, certifico que la responsabilidad de la investigación, resultados y conclusiones del presente trabajo pertenecen exclusivamente a mi autoría; una vez que ha sido aprobado por mi tribunal de sustentación de tesis autorizando la presentación.

Deslindo a la Universidad Técnica de Machala de cualquier delito de plagio y cedo mis derechos de autor a la Universidad Técnica de Machala para que ella proceda el uso que crea conveniente.

Atentamente

MARIA LORENA CRUZ IZQUIERDO

C.I. 070299316-3

AUTORA

RESPONSABILIDAD

Todas las opiniones, criterios, conclusiones, recomendaciones, análisis, estadísticas vertidas en el presente trabajo de investigación es de absoluta responsabilidad del autor.

Atentamente

MARIA LORENA CRUZ IZQUIERDO

C.I. 070299316-3

AUTORA

DEDICATORIA

Dedico con todo mi Amor este trabajo principalmente a Dios, por haberme dado la vida y permitirme el haber llegado hasta este momento tan importante de mi formación profesional a, mis hijos Tatiana y Steven que son mi fuente de inspiración.

A mi madre, por ser el pilar más importante y por demostrarme su cariño y apoyo incondicional sin importar nuestras diferencias de opiniones.

A mi padre, a pesar de nuestra distancia, siento que estás conmigo siempre y aunque nos falta muchas cosas por vivir juntos, sé que este momento es tan especial para ti como lo es para mí, a mis hermanos que los amo infinitamente en especial a ti Darío mi Ángel que con su luz guía mi camino y que seguro te sentirías orgulloso de mi.

A mis compañeros y amigos porque sin el equipo que formamos, no habiéramos logrado esta meta.

LORENA ...

AGRADECIMIENTO

Mi eterno agradecimiento a las autoridades de la de la Universidad Técnica De Machala Facultad de Ciencias Químicas y de La Salud por haberme acogido en sus aulas A, mis tutores y maestros, a la Lada. Katty Ocaña por haber confiado en mí, por la paciencia y por la dirección de este trabajo, a ustedes por siempre mi corazón y mi agradecimiento. Agradezco infinitamente, a esas personas importantes en mi vida, que siempre estuvieron listas para brindarme toda su ayuda y que hicieron todo en la vida para que yo pudiera lograr mis sueños , en especial a mis hijos y esposo , por motivarme y darme la mano cuando sentía que el camino se terminaba, gracias por su paciencia y comprensión por los momentos no vividos juntos, ahora me toca regresar un poquito de todo lo inmenso que me han otorgado.

LA AUTORA

INDICE

CARATULA

CERTIFICACION

RESPONSABILIDAD

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTO

RESUMEN.....	1
INTRODUCCIÓN	2
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	4
FORMULACION DEL PROBLEMA	6
SISTEMATIZACIÓN.	6
OBJETIVO GENERAL	7
OBJETIVOS ESPECIFICOS	7
JUSTIFICACION.	8

CAPITULO 1

MARCO TEORICO

1.1 GENERALIDADES.....	9
1.1.1 DEFINICIONES.....	9
1.1.2 EPIDEMIOLOGIA.....	10
1.2 FACTORES DE RIESGO EN AMANAZA DE PARTO PREMATURO	11
1.2.1. CARACTERÍSTICAS PERSONALES Y SOCIO – ECONÓMICAS..	12
1.2.2. EDAD EXTREMA.	122
1.2.3. LUGAR DE RESIDENCIA.....	13
1.3 RIESGOS GINECO-OBSTETRICOS.....	133
1.3.1. CORIOAMNIONITIS :.....	133
1.3.2. OLIGOAMNIOS.....	144
1.3.3. ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS.	144

1.3.4. HEMORRAGIAS DURANTE EL EMBARAZO.	144
1.3.5. DESPRENDIMIENTO PLACENTARIO.	155
1.3.6. PLACENTA PREVIA.	155
1.3.7. LA VAGINOSIS BACTERIANA.	166
1.3.8. INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS (IVU).	166
1.3.9. PIELONEFRITIS.	166
1.3.10. PREECLAMPSIA	17
1.4. ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS.	17
1.4.1. ABORTOS.	17
1.4.2. ANORMALIDADES CONGÉNITAS UTERINAS.	18
1.4.3. PERÍODO INTERGENESICO.	18
1.4.4. MULTIPARIDAD	18
1.4.5. ESTADO NUTRICIONAL.	19
1.4.6. CONTROL PRENATAL.	19
1.4.7. DIAGNOSTICO	21
1.5. TEORÍAS DE ENFERMERIA	221
1.5.1. TEORÍA DEL AUTOCUIDADO – DOROTHEA OREM	222
1.5.2. FLORENCE NIGHTINGALE TEORÍA DE ENTORNO	222
1.6. PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA.	223
1.6.1. VALORACION DE LA EMBARAZADA	223
1.6.2. DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:	25
1.6.3. PLANIFICACIÓN.	26
1.6.4. EJECUCION:	26
1.6.5. EVALUACION.	28
HIPOTESIS.	29
VARIABLES.	300
VARIABLE DEPENDIENTE.	300
VARIABLE INDEPENDIENTE	300

CAPITULO 2
MATERIALES Y METODOS

2.1	METODOLOGÍA.	311
2.1.1	TIPO DE INVESTIGACIÓN O ESTUDIO.....	311
2.1.2	DISEÑO DE ESTUDIO.....	311
2.1.3	ÁREA DE ESTUDIO.....	311
2.2.	UNIVRSO Y MUESTRA.....	32
2.3.	MÉTODOS DETÉCNICAS E INSTRUMENTOS.....	34
2.3.1.	FASE DE INVESTIGACIÓN.....	34
2.4.	PROCEDIMIENTO DE LA RECOLECCIÓN DE DATOS.....	35
2.4.1.	TABULACIÓN, PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS.....	35
2.5.	RECURSOS Y MATERIALES.	35
2.6.	FASE DE INTERVENCIÓN.....	36
2.7.	FASE DE EVALUACIÓN.....	36
	OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES.	38

CAPITULO 3
PROCESAMIENTO DE DATOS

3.1 RESULTADOS DE LA FASE DE INVESTIGACIÓN.....41

CUADRO # 1 EDAD RELACIONADA CON LA SEMANA DE GESTACIÓN EN LA QUE SE ENCUENTRAN LAS ADOLESCENETES CON AMENAZA DE PARTO PREMATURO, ATENDIDAS EN EL AREA DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL MARIA LORENA SERRANO DE ENERO - ABRIL 2013..... 41

CUADRO # 2EDAD RELACIONADA CON LA ETNIAS DE LAS EMBARAZADAS ADOLESCENTES CON AMENAZA DE PARTO PREMATURO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MARÍA LONERA SERRANO DE ENERO – ABRIL 2013. 422

CUADRO # 3 EDAD RELACIONADA CON EL TIPO DE GESTA DE LAS EMBARAZADAS ADOLESCENTES CON AMENAZA DE PARTO PREMATURO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MARÍA LONERA SERRANO DE ENERO – ABRIL 2013 **43**

CUADRO # 4 ASISTENCIA A LOS CONTROLES PRENATALES RELACIONADA CON LA EDAD DE LAS ADOLESCENTES CON AMENAZA DE PARTO PREMATURO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MARIA LORENA SERRANO DE ENERO - ABRIL 2013..... **44**

CUADRO # 5 EDAD RELACIONADA CON NUMERO DE ABORTOS EN ADOLESCENTES GESTANTES CON AMENAZA DE PARTO PREMATURO, ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MARÍA LORENA SERRANO DE ENERO – ABRIL 2013 **45**

CUADRO # 6 INFECCIONES VAGINALES RELACIONADA CON EL ESTADO CIVIL DE LAS ADOLESCENTES QUE CAUSARON AMENAZA DE PARTO PREMATURO EN LAS ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MARÍA LORENA SERRANO DE ENERO – ABRIL 2013..... **46**

CUADRO # 7 SEMANAS DE GESTACIÓN RELACIONADO CON EL SANGRADO TRANSVAGINAL, QUE PRESENTARON LAS ADOLESCENTES CON AMENAZA DE PARTO PREMATURO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MARIA LORENA SERRANO DE ENERO - ABRIL 2013 **47**

CUADRO # 8 EDAD RELACIONADA CON LA CONDICION SOCIOECONOMICA DE LAS ADOLESCENTES CON AMENAZA DE PARTO PREMATURO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MARÍA LORENA SERRANO DE ENERO A ABRIL 2013 ... **48**

CUADRO # 9 EDAD RELACIONADO CON EL ESTADO NUTRICIONAL DE LAS ADOLESCENTES CON AMENAZA DE PARTO PREMATURO ATENDIDOS EN EL HOSPITAL MARÍA LORENA SERRANO DE ENERO A ABRIL 2013 **49**

**CUADRO # 10 EDAD RELACIONADA CON EL CONSUMO DE SUSTANCIAS
TOXICAS EN ADOLESCENTE CON AMENAZA DE PARTO PREMATURO
ATENDIDOS EN EL HOSPITAL MARÍA LORENA SERRANO DE ENERO A ABRIL
2013 500**

CONCLUSIONES.....51

RECOMENDACIONES..... 52

BIBLIOGRAFÍA..... 53

ANEXOS 54

RESUMEN

La prematuréz puede llegar a producir secuelas neurológicas que repercuten en la vida futura del neonato, de la madre, y de la sociedad en general, además que representa un costo económico y un problema social considerable para el gobierno, En el mundo el 70% de mortalidad neonatal, es a causa del parto prematuro. dicho problema puede tener un origen multifactorial pero en la mayoría de casos, se desconoce la causa desencadenante sin embargo otras veces, existe una razón más o menos obvia que explique la aparición de la dinámica, motivo por el cual se plateo el siguiente estudio que tuvo como objetivodeterminar los factores asociados a la amenaza de parto prematuro en adolescentes gestantes que acudieron al área gineco-obstetricia del Hospital María Lorena Serrano de Enero - Abril 2013, con un diseño metodológico, descriptivo de corte transversal y retrospectivo, para la recolección de los datos se utilizó un instrumento que consta de tres ítems: historias clínicas, los antecedentes patológicos personales y el cuestionario de salud , los datos se procesaron, analizaron y presentados en tablas estadísticas, obteniendo los siguientes resultados; de las 87 adolescentes estudiadas el 93% fueron de raza mestiza , el 46% de condición económica bajaotro factor de riesgo fue que 45 (51.72%) de ellas se encontraron en bajo peso, influyendo el estado nutricional en la amenaza de parto prematuro además el 99% tuvieron algún tipo de infección vaginal el 38% tuvieron IVU seguido por la vaginitis con un 28.74%.el cuál es el mayor factor de riesgo de una amenaza de parto prematuro,finalmente se intervino con un plan educativo para luego medir el nivel de conocimiento adquirido mediante un pre y pos test y así poder sustentar o refutar la hipótesis planteada, para con ello emitir las conclusiones y recomendaciones esperando contribuir con la disminución de la morbi-mortalidad materna y perinatal .

INTRODUCCIÓN

El embarazo en la adolescencia es considerado como un problema social y de salud pública, a pesar de las grandes contribuciones a la perinatología el parto pretérmino continúa siendo uno de los problemas clínicos más importantes de la obstetricia asociado con mortalidad perinatal, morbilidad neonatal severa tanto por las dificultades relacionadas con la fisiología, patología y atención de los pretérmino, con pronóstico a largo plazo como discapacidad infantil moderada a severa.

La organización mundial de la salud (OMS), define al parto prematuro como aquel nacimiento de más de 20 semanas y menos de 37 semanas de gestación. Identificar la incidencia de esta patología permitirá efectuar estrategias orientadas a la promoción, prevención, rehabilitación, y tratamiento precoz e ideal. Cada año, en el mundo, ocurren cerca de 13 millones de partos la frecuencia varía de 5 a 11% en las regiones desarrolladas y hasta 40% en algunas regiones muy pobres, en Estados Unidos representó en el 2005, 9.4% de los embarazos lo que significa un aumento de más de 30%.

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la vulnerabilidad de un embarazo en la adolescencia conlleva a mayor riesgo de complicaciones durante la gestación, parto y puerperio, además la morbi-mortalidad perinatal y neonatal es mayor en hijos de madres adolescentes según estudios del Departamento de Obstetricia y Ginecología en el Hospital “Dr. Adolfo Prince Lara”, Estado Carabobo, realizaron estudios retrospectivos sobre epidemiología del parto prematuro encontraron que la IVU, asociada en 7,47% de los casos, la amenaza de parto pretérmino fue la segunda causa responsable de ingresos con 25,39% contribuyendo con la morbilidad y la mortalidad.

En Ecuador según datos oficiales del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), la tasa de natalidad a nivel nacional es del 18,2 por mil habitantes, en el Hospital "Patronato Municipal San José de Quito" en el 2008 se observó, en un total de 7702 mujeres embarazadas un 3,1% con amenaza de parto prematuro, de igual forma en el Hospital Gineco - Obstétrico "Isidro Ayora" de Quito, en el año 2011 se reportó un total de 11551 nacimientos, de los cuales 11221 nacieron vivos y 236, muertos; el 79,7% de estos fueron neonatos pretérmino, es decir 1 de cada 59,5 nacimientos.

De acuerdo con lo antes expuesto y el progresivo aumento del porcentaje de amenaza de parto pretérmino a nivel mundial y la alta prevalencia a nivel nacional, resulta de interés determinar las causas de amenaza de parto pretérmino en adolescentes gestantes que acudieron al área Gineco-Obstetricia del hospital María Lorena.

El estudio es de tipo descriptivo, prospectivo de tipo transversal cuenta con 3 capítulos se trabaja con adolescentes en etapa gestacional diagnosticadas con amenaza de parto prematuro. Con el permiso de las autoridades de la institución se revisan las historias clínicas para obtener datos necesarios, se elabora un cuestionario con preguntas abiertas y de elección múltiple, se mide el nivel de conocimiento adquirido mediante un pre y pos test, los datos obtenidos se tabularon y analizaron estadísticamente de acuerdo con ello se elabora una propuesta educativa, esperando contribuir de esta forma con el objetivo del buen vivir que plantea el gobierno de reducir, la mortalidad materna – infantil, entre 1990 y 2015.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La amenaza de parto pretérmino además de ser la causa principal de la mortalidad neonatal y cerca de la mitad de la morbilidad neurológica a largo plazo, constituye un gran problema de salud pública para los obstetras y neonatólogos, tanto por las dificultades relacionadas con la fisiología, patología y atención de los pretérmino, como el pronóstico a largo plazo de la misma, a pesar de la implementación de la normatización sobre la amenaza de parto prematuro la cual permite disminuir las complicaciones que se desencadenan en esta patología obstétrica; en la sala de cuidados intensivos neonatales (UCIN) de los hospitales casi siempre hay un alto porcentaje de bebés prematuros.

De todas las complicaciones en el embarazo, la Amenaza de Parto Pretérmino es una de las más alarmantes y difíciles de prevenir durante la gestación, la misma es de etiología multifactorial e idiopática. Es por ello que el presente estudio permitió instaurar la importancia y determinar la prevalencia de las causas de Amenaza de Parto Pretérmino

En el ministerio de salud pública (MSP) desde que se implementó el programa de atención a adolescentes en 1972, sus normas estuvieron encaminadas en brindar una atención integral a este importante grupo de edad , teniendo en consideración que la problemática que le envuelve es multicausal y si no hay una intervención multisectorial coordinada difícilmente podría ser solucionada

Según el Congreso Internacional de Medicina perinatal se encontró una incidencia del 16% por otra parte en los países latinoamericanos su incidencia elevada de mortalidad

En el Ecuador viven cerca de dos millones y medio de adolescentes entre 10 y 19 años , de estas 2 de cada 3 adolescentes son madres o están embarazadas, por lo que Ecuador lidera la lista de embarazo en adolescente, con resultados trágicos como: complicaciones médicas, aborto ilegal, muerte materna, niños abandonados, educación interrumpida y aún suicidio, sumado a esto la vulnerabilidad de un embarazo en la adolescencia lo cual conlleva a mayor riesgo de complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio, además la morbi-mortalidad perinatal y neonatal es mayor en hijos de madres adolescentes.

Este problema repercute también en la provincia de El Oro, y en el hospital María Lorena serrano del cantón el Guabo no podía ser la excepción pues en el año 2012 se reportó un total de 985 nacimientos, de los cuales 6 nacieron muertos; 979 nacieron vivos de estos 112 fueron pretérmino, por otra parte durante los primeros 4 meses del año 2013 se han atendido 310 adolescentes embarazadas, en el hospital María Lorena Serrano de las cuales 182 fueron diagnosticadas con de amenaza de parto prematuro.

La realidad estadística con respecto a la explosión demográfica de la población adolescente tiene expectativas futuras alarmantes, situación que conduce a desarrollar un estudio investigativo sobre dicho problema durante el periodo de enero - abril 2013.

FORMULACION DEL PROBLEMA

- ¿Cuáles son los factores asociados a la amenaza de parto prematuro en adolescentes gestantes que acudieron al área de Gineco-Obstetricia del Hospital María Lorena Serrano de Enero-Abril 2013?

SISTEMATIZACIÓN.

- ¿Cuáles son las características individuales de las pacientes con amenaza de parto prematuro atendidas en el Hospital María Lorena Serrano?
- ¿Cuáles son los riesgos obstétricos que presentan las pacientes con amenaza de parto prematuro?
- ¿cuáles son los antecedentes gineco-obstétricos que inciden con la amenaza de parto prematuro en las usuarias atendidas en el hospital María Lorena Serrano de Enero – Abril 2013?

OBJETIVO GENERAL

- Determinar los factores asociados a la amenaza de parto prematuro en adolescentes gestantes que acudieron al área de Gineco-Obstetricia del Hospital María Lorena Serrano de enero-abril 2013.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Describir las características individuales y socio-económicas de las adolescentes gestantes.
- Establecer los riesgos obstétricos que inciden con la amenaza de parto prematuro en las adolescentes gestantes.
- Determinar los antecedentes gineceo-obstétricos que inciden con la amenaza de parto prematuro.
- Planificar y ejecutar un programa educativo sobre prevención de amenaza de parto prematuro en adolescentes gestantes.

JUSTIFICACION.

La adolescente tiene poca conciencia de la salud, resultándole muy difícil asumir un autocuidado, menos comprenderá el significado de tener un hijo. El parto prematuro representa no sólo un morbilidad neonatal, tanto inmediata como a largo plazo, manifestada sobre todo por secuelas neurológicas que repercuten en la vida futura del neonato, de la madre, de las familias y de la sociedad no solo es un problema obstétrico, sino un problema de salud pública y de alto riesgo, ya que contribuye hasta en el 70% de la mortalidad perinatal a nivel mundial y produce una elevada

Es importante conocer los factores de riesgo y métodos diagnósticos actuales, que permitan identificar de manera oportuna, a las pacientes con riesgo de parto prematuro en nuestra población, ya que por las características del mismo, el porcentaje representa alrededor de la tercera parte de la atención obstétrica, la importancia de esta tesis, estriba en la atención de un problema muy frecuente en nuestro medio, y por ende en el cantón el Guabo y sus parroquias, ocasionando altos costos al sector salud y congestionando las salas de Gineceo-Obstetricia del Hospital María Lorena Serrano con un alto índice de morbilidad y mortalidad neonatal. Por otro lado es también de importancia identificar los factores predictivos existentes en las pacientes que culminaron su embarazo mediante parto prematuro, su diagnóstico oportuno y el mejor manejo disponible para tratar de disminuir este problema de salud pública, cuya incidencia no se ha logrado modificar en mucho tiempo.

CAPITULO I

MARCO TEÓRICO.

1.1 GENERALIDADES.

La prematuridad condiciona actualmente gran parte de la morbilidad materna fetal su etiología y fisiopatología es compleja, y es el resultado de numerosos factores que incluyen predisposición genética, estrés, respuestas inflamatorias factores mecánicos. Su frecuencia varía de 6 al 15% del total de los partos dependiendo de la población estudiada.[¹Cabrero, Luis. Pág. 91. 2010.]

1.1.1 DEFINICIONES

- **Adolescencia.** La OMS define como el "período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio – económica" y fija sus límites entre los 10 y 20 años.
- **Parto pretérmino.** La Organización Mundial de Salud (OMS), lo define como aquel nacimiento de más de 20 semanas y menos de 37 semanas de gestación, evidenciándose sangrado intrauterino de causa no precisada con dinámica uterina, contracciones uterinas dolorosas mínimo 3 en 20 minutos o ruptura prematura de la membranas y modificaciones del cuello con un borramiento de más del 70% y/o dilatación de 2 cm. del cuello uterino.
- **Amenaza de parto prematuro.** Se caracteriza por la presencia de dinámica uterina regular asociada a modificaciones cervicales progresivas desde las 22 hasta las 36 semanas de gestación, con frecuencia de 1 contracción cada 10 minutos, de 30 segundos de duración palpatoria, que se mantienen durante un lapso de 60 minutos, con borramiento del cérvix uterino del 50% o menos y una dilatación igual o menor a 3 cm, la amenaza de parto prematuro puede tener un origen multifactorial. En la

mayoría de casos, se desconoce la causa desencadenante. Otras veces, existe una razón más o menos obvia que explique la aparición de la dinámica.

- **Riesgo materno.** Es aquella situación que se da antes, durante o después de la gestación que se ve de alguna manera complicada por problemas médicos, quirúrgicos, obstétricos, sociales o psicológicos que pudieran conducir a la morbilidad materna fetal. [²Alto Riesgo Obstétrico. -6967-986]

1.1.2 EPIDEMIOLOGIA

La incidencia de APP en el mundo permanece constante entre el 5% y el 10%. y presenta en un 8-10% de los partos y es la principal causa de morbilidad y mortalidad neonatal.

(OMS Año 2005:) 12,9 millones de partos prematuros 9,6% de todos los nacimientos a nivel mundial. América Latina y el Caribe, 0,9 millones. Constituye 70% de mortalidad perinatal. 50% de anomalías neurológicas

La prematuridad en Europa en nacidos vivos es bastante homogénea, en general se sitúa entre el 5 y 8%. Estos datos contrasta con lo que ocurre en otros países como EE.UU, que presenta uno de los mayores porcentajes de prematuridad, situándose en el 13.06% en el 2002, en los últimos decenios (2012) se puede observar un incremento del porcentaje de prematuros de 15.2% no obstante ambos casos se mantiene una tendencia de incremento progresivo del indicador probablemente estas diferencias estén relacionadas con causas demográfica, sociales, clínicas pero también con diferencias en los sistemas nacionales de registro.

Las cifras de prematuridad en nuestro país según el MSP es de 8.16% esta proporción fue bajando en gran parte debido a la atención oportuna de los controles prenatales durante el embarazo. Según un informe presentado por las Naciones Unidas, que analiza los índices de nacimientos prematuros en 184 países, en Ecuador el 5,1% de los bebés viene al mundo antes de lo previsto.

Los embarazos a temprana edad o el tener más de cinco hijos también traen consecuencias en el tiempo que dura la gestación las madres que tienen más de tres partos se encuentran en situación de riesgo en la Maternidad Isidro Ayora, de Quito, diariamente se atienden un promedio de 30 y 40 partos, de los cuales 5 son prematuros.[³telégrafo, 2008]

1.2 FACTORES DE RIESGO EN AMANAZA DE PARTO PREMATURO

La amenaza de parto pretérmino puede tener un origen multifactorial en la mayoría de casos, desconocemos la causa desencadenante (causa idiopática). Otras veces, existe una razón más o menos obvia como son: características personales, nivel socio-económico, edad peso y estatura, lugar de residencia extrema actividad laboral, riesgos obstétricos como: anomalía cervical, hemorragias, placenta previa; ruptura prematura de membranas corioamnionitis, factores infecciosos: pielonefritis y apendicitis, infecciones de vías urinarias, vaginitis, candidiasis, Trichomoniasis, virus del papiloma humano toxoplasmosis, preeclampsia, hipertensión arterial, nefropatías, inasistencia al control prenatal, antecedentes obstétricos como: parto prematuro, aborto tardío, anomalías congénitas uterinas. Primigesta, la multiparidad, período intergenesico, hábitos tóxicos; etc. [⁴Iams JD. Preterm birth. En: Gabbe SG, Niebyl 2002]

En los marcos de las observaciones anteriores, el enfoque del riesgo reproductivo debe comenzar antes de la concepción denominando esta etapa riesgo preconcepcional, seguidamente, durante la gestación y en el parto con amenaza obstétrica, para las 28 semanas de gestación hasta la primera semana de vida del neonato, definirle como riesgo perinatal. La unificación de estos enfoques de riesgo va a constituir un punto de vista coherente e integrado. [⁵Baeza W B., 2007]

La Organización Mundial de la Salud estima que el riesgo de morir a consecuencia de problemas relacionados con el embarazo es el doble para las mujeres entre 15 a 19 años que para las mujeres de 20 a 24 años. Para las adolescentes de 10 a 14 años, la tasa de

mortalidad materna puede llegar a superar hasta cinco veces la de las mujeres embarazadas que tienen entre 20 a 24 años.

1.2.1. CARACTERÍSTICAS PERSONALES Y SOCIO – ECONÓMICAS

En la incidencia de amenaza de parto prematuro influyen los factores socio-económicos, entre los que destaca la frecuencia significativamente mayor en embarazadas jóvenes (sobre todo menores de 17 años de edad), de bajo nivel socioeconómico, solteras o sin apoyo social, el riesgo de parto prematuro durante el embarazo es superior en las mujeres que interrumpen sus estudios antes de los 15 años, por lo que debido a sus condiciones no son capaces de generar recursos para el mantenimiento de la familia

En el estudio multicéntrico EUROPOP (European Program of Occupational Risks and Pregnancy Outcome), realizado en España entre el 1 de octubre de 1999 y el 31 de septiembre de 2006, se demostró que las diferencias sociales representadas por el grado de escolaridad materna y los ingresos familiares son factores que influyen en el riesgo de parto prematuro.

1.2.2. EDAD EXTREMA.

Las adolescentes aún tienen inmadurez fisiológica, y no están preparadas emocionalmente para asumir la responsabilidad de un bebé, el inicio de la vida sexual activa; se observa cada día un incremento en el número de adolescentes embarazadas, llegando esto a generar un impacto negativo sobre la condición física, emocional y económica de las adolescentes, además de condicionar y perturbar su proyecto de vida, lo que conlleva entre otros a una problemática de índole médico, pues las jóvenes muchas veces asisten a los centros de

salud con las complicaciones del embarazo y el parto, por no haber tenido un debido control prenatal y por ende con un mayor riesgo de presentar amenaza de parto prematuro.

1.2.3. LUGAR DE RESIDENCIA.

Los registros y aumentos del embarazo en adolescentes se presentan mayormente en mujeres con menor nivel educativo y que viven en áreas rurales. Las mujeres que residen en áreas urbanas acuden a más consultas que algunas que viven en áreas rurales dichas áreas tienen menos oportunidad de cuidados especializados y por consecuencia existe una incidencia mayor de mortalidad materna.

1.3 RIESGOS GINECO-OBSTETRICOS.

1.3.1. CORIOAMNIONITIS

La corioamnionitis es una infección del líquido amniótico y las membranas que lo contienen, puede ir acompañada de una ruptura prematura de membranas o con el saco amniótico completo.

Se asocia a una mayor morbimortalidad materna y neonatal. Puede causar parto pretérmino, donde las complicaciones son más frecuentes, entre el 2 y el 11% de todos los embarazos y en aproximadamente el 5% de los casos el feto está infectado. Siendo esto más común en los partos prematuros. [⁶<http://es.wikipedia.org/wiki/Corioamnionitis>]

1.3.2. OLIGOAMNIOS.

Significa poco líquido amniótico y afecta a menos del 10% de los embarazos, y aunque es más común que se desarrolle en el último trimestre, puede aparecer en cualquier etapa del embarazo. La falta de líquido amniótico permite la compresión del abdomen del feto, lo que limita el movimiento de su diafragma, además de la fijación de la pared torácica, la falta de líquido amniótico que fluye dentro y fuera del pulmón fetal lleva a hipoplasia pulmonar. Oligohidramnios también se asocia con manchas de meconio sobre el líquido amniótico, anomalías de la conducción eléctrica del corazón fetal, la compresión del cordón umbilical, la mala tolerancia durante el trabajo de parto, restricción en crecimiento uterino, disfunción placentaria, y ruptura prematura de membranas

1.3.3. ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS.

La rotura prematura de membranas es quizá la enfermedad que más se asocia con el parto prematuro y con complicaciones neonatales. Cuando la ruptura ocurre antes de las 37 semanas de gestación, suele ser provocada por múltiples factores entre ellos infecciones, provocando salida de líquido amniótico espontáneo, teniendo complicaciones maternas y fetales, se destacan la prematuridad, amnionitis, endometritis, aumento del índice de cesárea, infecciones fetales y neonatales, hipoxia, deformidades fetales, hipoplasia etc.

1.3.4. HEMORRAGIAS DURANTE EL EMBARAZO.

Aquella que determina una pérdida excesiva de sangre, generalmente superior a los 500 cc de sangre. Existen numerosas y diversas razones por las cuales una mujer podría padecer de sangrados o hemorragias vaginales durante el transcurso de su embarazo. Algunas mujeres pueden tener períodos continuos o pérdidas de sangre leves durante sus embarazos.

1.3.5. DESPRENDIMIENTO PLACENTARIO.

La separación parcial o total de la placenta de su inserción decidua en el fondo uterino, previa al nacimiento del feto, es la segunda causa de metrorragia en el tercer trimestre. Se origina por disrupción de los vasos sanguíneos de la decidua basal, condicionada por una arteriolitis.

Los vasos sanguíneos de la decidua se rompen y se produce hemorragia en el espacio retroplacentario. Otro mecanismo implica un aumento del tono y la presión intramiometrial, con lo que se produce el colapso de las venas, de esta manera, la sangre que llega al útero, tiene dificultades para ser evacuada, aumenta entonces la presión sanguínea dentro de los espacios intervelllosos alcanzando valores muy altos, hasta que se rompen y dan origen al hematoma y al desprendimiento. Se considera una urgencia obstétrica, ya que pone en peligro la vida tanto de la madre como la del feto

1.3.6. PLACENTA PREVIA

La placenta previa causante de hemorragia ante parto es una complicación del embarazo que pone en riesgo la vida del binomio madre- niño y un importante problema de salud pública en todo el mundo. Se habla de placenta previa cuando está implantada en el segmento inferior uterino y en el cuello, pudiendo obstruir el orificio cervical parcial o completamente.

La hemorragia puede producir en el feto una anemia importante que aumenta la morbilidad y mortalidad fetales. [LEXUS, 2008. Página 663.]

1.3.7. LA VAGINOSIS BACTERIANA.

Considerada anteriormente como un proceso benigno, es un factor de riesgo para desarrollar una amenaza de parto prematuro. La asociación de infecciones vaginales y cervicales y embarazo han sido documentado desde hace muchos años, se ha relacionado con trabajo de parto prematuro (APP) de un 5-10%.

1.3.8. INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS (IVU).

Debido a las modificaciones anatómicas y funcionales que se producen durante la gestación, aproximadamente de un 5 a un 10% de las gestantes presentan infección urinaria sintomática o asintomática. Este proceso puede influir de forma negativa en la evolución de la gestación por varios mecanismos. Está demostrado que en la infección urinaria sintomática o no, existe un incremento de la incidencia de amenaza de parto prematuro.

1.3.9. PIELONEFRITIS.

Es la infección bacteriana grave más común que compromete el tracto urinario alto y puede llevar a complicaciones perinatales y maternas como: parto pretérmino, bajo peso al nacer, anemia, insuficiencia renal temporal, etc. Presente en 1-2%, recurrencia de 10-20% en la misma gestación.

1.3.10. PREECLAMPSIA

La preeclampsia se puede manifestar a partir de la semana 20 de embarazo de hipertensión, acompañada de proteinuria. Sólo el 20% de las mujeres que desarrollan hipertensión por encima de las 20 semanas serán diagnosticadas de preeclampsia y el 80% restante se clasificará como hipertensión gestacional o transitoria, siendo la proteinuria el signo clínico utilizado para diferenciar estas dos entidades.

Es la hipertensión arterial propia del embarazo y se caracteriza además por proteinuria, asociada o no a edemas, esta enfermedad afecta de preferencia a las primigestas y con predisposición genética; aparece después de las 24 semanas de gestación y es típicamente reversible en el posparto inmediato. La preeclampsia es una enfermedad de origen desconocido y multifactorial cuyo tratamiento definitivo es el parto, además de ser causal de repercusiones sobre la madre y el recién nacido. La preeclampsia afecta al organismo principalmente en el sistema sanguíneo, riñones, hígado, cerebro y otros órganos.[⁸Natalia Paola Quintana, Diego Federico Rey, Tamara Gisela Sisi, Carlos Adrián Antonelli, 2003Pág.162].

1.4. ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS.

1.4.1. ABORTOS.

Interrupción espontánea o provocada del embarazo antes de las 20 semanas de gestación y/o el feto pesa menos de 500 gramos.

Aborto espontáneo o natural se entiende por la interrupción abrupta del embarazo por causas naturales, y ocurre por lo general dentro de las primeras 20 semanas del embarazo, cuando el feto todavía no es capaz de sobrevivir fuera del útero. Cuando un embarazo es deseado y esperado y termina en un aborto, se produce una situación generalmente

devastadora y traumática para la mujer y su pareja, pudiendo prevenir este mediante un control periódico y preciso con profesional médico. Por desgracia, los abortos espontáneos son muy comunes, sobre todo en el primer trimestre del embarazo. Cerca del 20 % de los embarazos detectados terminan en un aborto espontáneo.

1.4.2. ANORMALIDADES CONGÉNITAS UTERINAS.

Los úteros dobles, bicorne, unicornes, septos e hipoplásicos se relacionan de manera relevante con la amenaza de parto prematuro, en cuya etiología se implican varios factores: deficiente volumen uterino, déficit miometrial y vascular y defecto secretor endometrial. Los miomas uterinos provocan alteraciones mecánicas, irritación del miometrio, alteraciones endometriales, y déficit del flujo sanguíneo uterino, que puede comprometer la viabilidad del embrión o del feto, presentándose de esta manera una amenaza de parto prematuro.

1.4.3. PERÍODO INTERGENESICO.

Menor de 12 meses el número de embarazos previos es un factor de riesgo que se asocia con la edad e incluye todos los primeros embarazos en cualquiera de los extremos del aspecto de la edad fértil

1.4.4. MULTIPARIDAD

Más 3 partos. La mujer que ha tenido seis o más embarazos, tiene mayores probabilidades de tener contracciones leves durante el parto y hemorragias después del mismo, debido al debilitamiento de sus músculos uterinos.

1.4.5. ESTADO NUTRICIONAL

El embarazo constituye una de las etapas de mayor vulnerabilidad nutricional en la vida de la mujer. Existe una importante actividad anabólica que determina un aumento de las necesidades nutricionales con relación al periodo preconcepcional

La relación del peso corporal de ganancia muy escasa de este durante la gestación como factor de riesgo en la prematuridad Es decir, el estado nutricional deficiente puede también correlacionarse ya que la misma puede presentar un déficit de vitamina y minerales, por lo que la obesidad es de importancia más no conlleva a un nacimiento pretérmino directamente pero se asocia con la diabetes y la hipertensión arterial los cuales s si lo son.[⁹escuela.med.puc.cl/paginas/Departamentos/Obstetricia/]

- **Anemia.** “Las anemias durante el embarazo suelen ser ferropénicas en el 90% de los casos, hipofolatémicas en el 6% y el 4% restante engloba cuadros poco frecuentes como la anemia de células falciformes”(Lopez, 2001). Durante el embarazo se necesita comer mejor, para evitar la mal nutrición de la madre.

La anemia se clasifica en:

- Anemia leve hb: 10,1- 10,9 g/dl
- Anemia moderada hb: 7,1 – 10,0 g/dl
- Anemia severa hb: < 7,0 g/d

1.4.6. CONTROL PRENATAL

Son actividades y procedimientos que el equipo de salud ofrece a la embarazada con la finalidad de identificar factores de riesgo en la gestante, enfermedades que puedan afectar el curso normal del embarazo y la salud del recién nacido, los controles prenatales son

parte de la meta del ministerio de salud pública (MSP) para así evitar la muerte materna infantil en el Ecuador pero muchas embarazadas sobretodo adolescentes le prestan poca importancia a sus controles prenatales durante su embarazo. [¹⁰http://www.medicinafetalbarcelona.org/clinica/images/protocolos/patologia_materna_y_obstetrica/Amenaza_parto_pretermino.pdf]

Los componentes que abarca son: promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud materna y neonatal con enfoques de interculturalidad, género y generacional. Este es un procedimiento médico, que tiene como propósito atender a la mujer durante la gestación a objeto de reducir la morbi-mortalidad materno-fetal a su mínima expresión.

Un control prenatal eficiente debe cumplir con cuatro requisitos básicos:Precoz periódico, completo, de amplia cobertura.

- **Precoz:** Tratando que sea en el primer trimestre de la gestación, esto permite la ejecución oportuna de las acciones de fomento, protección y recuperación de la salud que constituyen la razón fundamental del control. Además torna factible la identificación temprana de los embarazos de alto riesgo aumentando por lo tanto la posibilidad de planificar eficazmente el manejo de cada caso.
- **Periódico:** La frecuencia de los controles prenatales varía según el riesgo que presenta la embarazada. En embarazos normales la frecuencia del control prenatal es:
 - 1 vez por mes hasta el sexto mes
 - 1 vez cada 15 días en el séptimo y octavo mes
 - 1 vez por semana hasta el nacimiento.
- **Completo:** los contenidos mínimos del control deberán garantizar el cumplimiento efectivo de las acciones de fomento, protección, recuperación, y rehabilitación de la salud.

- **Amplia cobertura:** Solo en la medida que el porcentaje de población controlada sea alto (lo ideal es que abarque a todas las embarazadas) se podrán disminuir las tasas de morbi –mortalidad materna y perinatal. El control prenatal adecuado en cantidad, calidad, contenidos y oportunidad, diferenciado, acorde al riesgo, tiene un enorme potencial de contribución a la salud familiar y es un claro ejemplo de medicina preventiva, es importante que la embarazada comience su control prenatal en el primer trimestre, es decir que a la falta de menstruación durante dos periodos consecutivos concurra al servicio de salud. Lo mínimo son 5 controles prenatales; según normas del Ministerio de Salud Pública.

1.4.7 DIAGNOSTICO

Se consideró que el diagnóstico de la amenaza de parto pretérmino en embarazo con feto único, se basa en las modificaciones del cuello, la cuales evaluada mediante el tacto vaginal así mismo mediante el uso de ultrasonido.

1.5 TEORÍAS DE ENFERMERÍA

Las teorías son un conjunto de conceptos interrelacionados que permiten describir, explicar y predecir el fenómeno de interés para la disciplina, por lo tanto se convierten en un elemento indispensable para la práctica profesional, ya que facilitan la forma de describir y explicar y predecir el fenómeno del cuidado.

Tanto los modelos conceptuales como las teorías están elaboradas por conceptos y fawcett (1996) los define como palabras que describen imágenes mentales de los fenómenos, no se limitan a un grupo, situación e individuo en particular, son generales, estos se relacionan para explicar distintos fenómenos de interés para la disciplina como lo hicieron: Orem

sobre el déficit de autocuidado, Roy; adaptación y estímulo, Henderson; Necesidades básicas, Pender; Conducta promotora de salud.

1.5.1. TEORÍA DEL AUTOCUIDADO – DOROTHEA OREM

Teoría del déficit de autocuidado Es una expresión que expone la relación entre la capacidad de acción de una persona y sus necesidades de autocuidado. El déficit de autocuidado es un concepto abstracto que si se expresa en términos de limitaciones de la acción orienta la selección de métodos de ayuda y de comprensión del papel que tiene el paciente en la labor de autocuidado.

Las teorías de enfermería se ocupan y especifican las relaciones que existen entre cuatro conceptos principales: persona, entorno, salud/enfermedad.

Orem revela importantes pasos en la validación de las proposiciones y tiene gran potencial para relacionarlas, para Orem la prioridad de la investigación es construir un cuerpo de conocimiento útil para la práctica de enfermería y no probar su teoría, las actividades de autocuidado son aprendidas de acuerdo con los comportamientos, hábitos y prácticas que caracterizan la vida cultural del grupo donde crecen los individuos.

1.5.2. FLORENCE NIGHTINGALE. “TEORIA DEL ENTORNO”

Florence Nightingale inició su instrucción como enfermera en 1851 en Kaiserwerth, Alemania, su experiencia en el trato con soldados enfermos y heridos durante la Guerra de Crimea, influyó enormemente en su filosofía de la enfermería. Formuló sus ideas y valores gracias a los años de trabajo caritativo en enfermería hospitalarias y militares. En 1852 Florence Nightingale con su libro “Notas de Enfermería” sentó las bases de la enfermería

profesional; Su espíritu de indagación se basa en el pragmatismo. El objetivo fundamental de su modelo es conservar la energía vital del paciente y partiendo de la acción que ejerce la naturaleza sobre los individuos, colocarlo en las mejores condiciones posibles para que actuara sobre él. Su teoría se centra en el medio ambiente, creía que un entorno saludable era necesario para aplicar unos adecuados cuidados de enfermería. Ella afirma”, que hay cinco puntos esenciales para asegurar la salubridad: el aire puro, agua pura, desagües eficaces, limpieza y luz”. Otro de sus aportes hace referencia a la necesidad de la atención domiciliaria, las enfermeras que prestan sus servicios en la atención a domicilio, deben de enseñar a los enfermos y a sus familiares a ayudarse a sí mismos a mantener su independencia. [¹¹Esmas <http://www.esmas.com>]

1.6. PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA

Es un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería, compuesto de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.

Actuar para cubrir y resolver los problemas, prevenir o curar la enfermedad Proceso organizado y sistemático de recogida y recopilación de datos sobre el estado de salud del paciente a través de diversas fuentes.[¹²<http://www.dametareas.com/proceso-de-atencion-de-enfermeria-aplicado-al-embarazo-en-la-adolescencia/>]

1.6.1. VALORACION DE LA EMBARAZADA

Para la valoración de la edad gestacional existe elementos clínicos que se utilizan para el cálculo de la misma, los cuales son: el tiempo de amenorrea a partir del primer día de menstruación (Fecha de Ultima Regla F.U.R.) a través de la regla de Naegele la cual permite calcular la fecha prevista para una gestación normal y la altura uterina. Para que estos elementos tengan importancia estos elementos deben ser precoz así evitar riesgos

obstétricos debido a que la relación volumen uterino/edad gestacional siempre que el examen obstétrico se efectúen antes del quinto mes.

Del mismo modo se cuenta con el recurso ultrasonográfico el mismo se debe practicar para certificar la edad gestacional tomando como referencia su efectividad diagnóstica es máxima antes del quinto mes (error 7 días) y deficiente a partir del sexto mes (21 días)

Seguidamente se realiza la valoración de la condición fetal por medio de las maniobras de Leopoldo que permiten determinar la presentación, situación y posición del feto, acompañada la auscultación del foco cardíaco fetal perceptible con el estetoscopio Pinard a partir de las 20 semanas de gestación y con el ultrasonido desde las 10 semanas variando este entre 130 y 160 latidos por minutos, la percepción de movimientos fetales a partir de las 18 a 22 semanas, al igual que la medición de altura uterina desde las 12 semanas de amenorrea donde el fondo uterino se localiza sobre la sínfisis pubiana y puede ser medida en su eje longitudinal, se incluye un examen ginecológico en el cual se debe inspeccionar la zona perineal y vulvovaginal al igual que la toma de Papanicolaou por lo que se realizara seguimiento de la evaluación nutricional control de presión arterial, albuminuria, hematología completa y examen físico según sintomatología.[¹³González Y, Hernández I, Conde M, Hernández R, Brizuela M. 2010]

En base a lo anteriormente descrito, existen diversos exámenes paraclínicos de seguimiento y orientación con respecto al estado general de la gestante:

- Gonadotropina Corionica Humana.
- Hematología completa.
- Grupo sanguíneo y factor Rh
- Uroanálisis y urocultivo (de ser necesario).
- Coproanálisis y coprocultivo (de ser necesario).
- HIV y serología para hepatitis B
- VDRL
- Glicemia

- Perfil lipídico
- Test para Toxoplasma gondii
- Perfil Renal y hepático
- Tiempo de coagulación
- Papanicolaou
- Ultrasonido obstétrico.

1.6.2. DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:

El diagnóstico de enfermería es un enunciado del problema real o potencial del paciente que requiere de la intervención con el objetivo de disminuirlo.

Enfocándonos en la amenaza de parto prematuro tenemos:

- Alteración de la protección relacionada con factores asociados al embarazo.
- Alteración de los procesos familiares relacionados con situaciones de crisis secundaria a embarazo en la adolescencia.
- Alteración de la nutrición por defecto relacionado con aporte insuficiente de alimentos en relación con las necesidades metabólicas.
- Alteración del mantenimiento de la salud relacionado con falta demostrada de conocimientos secundario al embarazo en la adolescencia.

1.6.3. PLANIFICACIÓN

Consiste en la elaboración de estrategias diseñadas para reforzar las respuestas de la embarazada para evitar, reducir o corregir las respuestas identificadas en el diagnóstico de enfermería

Expectativas.

Restablezca nutrición incorporando dieta adecuada en la embarazada adolescente observando aumento del peso corporal.

Restablezca el mantenimiento de la salud constatando conocimiento adecuado sobre el embarazo en la adolescencia.

Mejore la protección modificando factores asociados al embarazo.

Restablezca procesos familiares adecuados observando cambio de conductas positivas de la familia hacia el embarazo de la adolescente.

1.6.4. EJECUCION:

Es la cuarta etapa del plan de cuidados, en esta etapa es cuando realmente se pone en práctica el plan de cuidados elaborados. En este caso la propuesta educativa, dirigido primeramente a inhibir o reducir la fuerza y la frecuencia de las contracciones, retrasando el momento del parto, y segundo mejorar el estado fetal antes del Parto Pretérmino por medio del reposo en cama, la hidratación/sedación, el uso de progesterona así mismo el uso de tocolíticos, antibióticos, corticoides y finalmente el parto.

Por ende, toda esta variedad anteriormente mencionada es de tomarse en cuenta por todo aquel que atienda partos por lo que debe poner todos sus esfuerzos hasta agotarse los mismos, sin embargo la mayor parte de estos para prevenir y detener el parto pretérmino no han probado tener efectividad.

Por otra parte, se define que en el tratamiento de la Amenaza de Parto Pretérmino, se utilizan los agentes tocolíticos para inhibir las contracciones uterinas dolorosas, por lo que destaca el uso del sulfato de magnesio, Fenoterol, Nifedipina; igualmente el uso de esteroides parenterales entre la semanas 28 y 34 para inducir a la madurez pulmonar.

Acciones de enfermería:

- Brindar apoyo emocional y atender la esfera psicológica
- Explicar importancia del régimen dietético según el índice de masa corporal
- Explicar importancia del reposo durante el embarazo.
- Mantener la privacidad de la gestante
- Orientar a la adolescente sobre los riesgos y complicaciones
- Orientar sobre la importancia del seguimiento adecuado en consultas
- Orientar sobre la importancia de realización de complementarios y pruebas diagnósticas a realizar durante el embarazo.
- Capacitar a la adolescente gestante sobre los cursos de preparación psicoprofiláctica,
- Sensibilizar a la adolescente en aras de mejorar el estado de salud del binomio madre-hijo.
- Brindar atención integral con el apoyo familiar a la adolescente.
- Involucrar a la familia en el proceso salud sexual y reproductiva.
- Promover dinámicas familiares sobre valores, conductas y patrones de los adolescentes.
- Orientar sobre las consultas de planificación familiar, así como lograr persuadir a la gestante en cuestiones complejas de salud reproductiva. Identificar y educar a la población de riesgo con el fin de disminuir la incidencia de los embarazos en etapas tan tempranas de la vida.

1.6.5. EVALUACION

Se la define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud y los resultados esperados.

Expectativas.

- La embarazada mantiene una dieta balanceada evitando el exceso de carbohidratos y dulces y/o mantener el peso ideal.
- Acude a los controles prenatales
- Elimina el hábito de fumar
- No ingerir alcohol ni drogas
- Alterna el trabajo de pie con sentada, periodos cortos andando y/o pausas de descanso.
- Utiliza medidas de mecánica corporal.
- Aplica todas las vacunas.
- Desarrollar las prácticas de higiene personal..

En fin todas estas acciones generaran beneficios a la madre y al feto y evitar que pueda nacer antes de estar a término es por ello que las pacientes diagnosticadas oportunamente tendrán el beneficio de estas medidas terapéuticas.

HIPOTESIS.

Los antecedentes gineco-obstétricos y el déficit de control prenatal son los factores de riesgo de amenaza de parto prematuro en las adolescentes embarazadas que ingresaron al área de gineco- obstetricia del hospital María Lorena Serrano de enero - abril del 2013.

VARIABLES.

VARIABLE DEPENDIENTE

- Amenaza de parto prematuro

VARIABLE INDEPENDIENTE

- Características individuales
- Riesgos obstétricos
- Antecedentes gineco-obstétricos

CAPITULO II

2. MATERIALES Y MÉTODOS.

2.1 METODOLOGÍA.

2.1.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN O ESTUDIO.

La siguiente investigación se la realizó mediante un tipo de estudio descriptivo, porque se basa en la obtención de información a través de documentos y fuentes directas, las cuales se pueden comprobar, así también se explora la realidad actual. Es de corte transversal porque se desarrolla en un tiempo determinado de Enero a Abril 2013.

2.1.2 DISEÑO DE ESTUDIO.

El diseño de estudio fue no experimental ya que el investigador no manipulo las variables en estudio.

2.1.3 ÁREA DE ESTUDIO.

La presente investigación se realizara en El Hospital Básico María Lorena Serrano el cual se encuentra ubicado en el Cantón El Guabo, provincia de El Oro, en las calles: 9na norte entre Panamericana sur, y 3 de noviembre.

El moderno hospital, que está dotado de una infraestructura actualizada brinda atención necesaria a la comunidad. El centro, cuya construcción comenzó el 12 de diciembre de 2005, cuenta con las especialidades básicas: medicina general, cirugía neonatología, pediatría, obstetricia y ginecología. Traumatología, odontología, psicología, ecografía y laboratorios, el área de ginecología funciona en el primer piso alto de esta edificación, la misma que consta de 3 cubículos destinados para hospitalización, y un cubículo para pacientes infectados o contaminados.

En este servicio ingresan diariamente mujeres embarazadas presentando diversas patologías o en la etapa final del embarazo. Cuenta con personal médico residentes, médico especialista en neurología, enfermeras y auxiliares de enfermería que brindan la atención integral al cliente.

2.2. UNIVERSO Y MUESTRA

El universo estuvo constituido por 182 casos de adolescentes embarazadas, atendidas durante el primer cuatrimestre del 2013. Del cual se tomó una muestra representativa para realizar el estudio.

Formula
$$n = \frac{NZ^2(p*q)}{e^2(N-1)+Z^2(p*q)}$$

N: Universo. 182

Z₂: Nivel de confianza: (2,57)²

e: Margen de error: 0,1

p: Prevalencia: 0,5

q: Incidencia: 0,5

DESARROLLO:

$$n = \frac{182(2.57)^2(0.5 * 0.5)}{(0.1)^2 (182 - 1) + (2.57)^2 * (0.5 * 0.5)}$$

$$n = \frac{182 * 6.60 * 0.25}{0.01 * 181 + 6.60 * 0.25}$$

$$n = \frac{300.3}{1,81 + 1,65}$$

$$n = \frac{300.3}{3,46}$$

$$n = 86.79$$

$$n = 87 \text{ R//}$$

MUESTRA.

La muestra resultante fue de **87** casos de adolescentes embarazadas, atendidas durante el primer cuatrimestre del 2013

Aspecto ético:

Para estar dentro del marco legal, se solicitara permiso a las autoridades de la institución, poniendo en conocimiento los objetivos del estudio y beneficios:

A la directora de la institución hospitalaria, para poder desarrollar el estudio investigativo.
A la líder del departamento de estadística para poder ejecutar investigación y tener acceso a las fichas clínicas para extraer los datos, de la guía clínica.

2.3. MÉTODOS DE TÉCNICAS E INSTRUMENTOS.

El proceso se desarrolló en 3 fases.

2.3.1. FASE DE INVESTIGACIÓN.

Se obtendrá información científica actualizada extraída desde las bibliotecas virtuales.

Se aplicará el método observacional, descriptivo, para determinar los riesgos obstétricos, factores predisponentes, que presentan las adolescentes embarazadas.

Se medirán las variables del estudio, en forma cualitativa y cuantitativa.

Se obtendrán los datos directamente de fuentes primarias.

Técnicas.

Se recogerá la información mediante las técnicas: indagativa, observación; los instrumentos a utilizarse serán: Guía clínica, con preguntas relacionadas con los riesgos obstétricos, y factores predisponentes.

Instrumentos.

Encuesta que se basó en las siguientes variables:

- Características individuales

- Riesgos gineco-obstétricos
- Antecedentes obstétricos

2.4.PROCEDIMIENTO DE LA RECOLECCIÓN DE DATOS.

El procedimiento a seguir fue el siguiente:

- Pedir permiso a las autoridades del hospital María Lorena Serrano
- Pedir apoyo al personal del área de Gineco- obstetricia
- Comunicar a los usuarios mediante un papelografo informativo.
- Aplicar guía de encuesta
- Buscar datos estadísticos
- Consignación de datos

2.4.1. TABULACIÓN, PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS.

La tabulación de datos recolectados se hará bajo la estadística, los que serán presentados en cuadros simples expresados en porcentajes; una vez analizados los datos se emitirán las conclusiones y recomendaciones. Todo este proceso será elaborado bajo los programas Excel, y Microsoft Word.

2.5. RECURSOS Y MATERIALES.

El recurso humano: se tendrá un facilitador quien proporcionará la charla el autor del estudio, y las adolescentes embarazadas.

Los recursos materiales: proyector, computadora, diapositivas, formulario de pre- test y post test, formulario de registro de cobertura, cámara fotográfica, trípticos, lápices, marcadores, papelería y refrigerio.

2.6.FASE DE INTERVENCIÓN.

El análisis del contexto investigativo revela los riesgos maternos a que estuvieron expuestas las adolescentes embarazadas atendidas en el hospital María Lorena Serrano durante el primer cuatrimestre del 2013. Hecho que servirá para realizar un programa educativo, dirigido a prevenir dichos factores asociados a la amenaza de parto prematuro en la embarazada adolescente y por ende en el feto. Se certificara el desarrollo de los procesos mediante verificadores, visuales y documentados.

2.7.FASE DE EVALUACIÓN.

Revela el impacto del programa educativo, siguiendo los siguientes indicadores.

Indicador de Proceso: Prueba la eficiencia midiendo:

- ✓ Calidad de los materiales educativos (material audiovisual, contenidos, trípticos).
- ✓ Claridad de exposición del facilitador.
- ✓ Material audiovisual.
- ✓ Claridad de exposición.
- ✓ Ambiente donde se realizará la charla.

Indicador de producto: Mide:

- ✓ Cumplimiento de objetivos
- ✓ Cumplimiento de actividades.
- ✓ Calidad de las actividades.

Indicador de impacto: Prueba la eficacia del programa educativo.

- ✓ Cobertura.
- ✓ Actitud de los asistentes, para saber el apoyo que ha tenido el programa.
- ✓ Conducta de participación de los integrantes del grupo.
- ✓ Grado conocimientos del grupo a intervenir, antes y después.
- ✓ Recomendaciones o sugerencia, para conocer en que ha fracasado la intervención

OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES.

VARIABLES	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA	ITEM
Amenaza de parto prematuro	Es todo parto que ocurra antes de la semana 37 o antes de los 259 días posconcepcionales.	Prematuro.	Nº semanas de gestación.	< 37	¿En qué semanas de gestación se encuentra?
		Prematuro Tardío.	Nº semanas de gestación.	34 a 36	
		Muy prematuro.	Nº semanas de gestación.	32 a 33 30 a 31 28 a 29	
		Extremadamente prematuro.	Nº semanas de gestación.	< 28	

Características individuales y socio-económicas	Son caracteres que distinguen a las personas en relación a la edad, etnia, ocupación, instrucción educativa, etc	Edad	Nº de años cumplidos	<ul style="list-style-type: none"> • 12-15 • 16-18 • 19-21 	¿Cuántos años Ud. tiene?
		Etnia	tipo de etnia	<ul style="list-style-type: none"> • Mestiza • Indígena • Afro ecuatoriano 	¿Cuál es su etnia?
		Ocupación	Nº de embarazadas según su ocupación	<ul style="list-style-type: none"> • Q.D. • Estudiante • E. privada • Comerciante • Otros 	¿Qué actividad realiza usted?
		Instrucción educativa	Nº de embarazadas según su instrucción.	<ul style="list-style-type: none"> • Primaria • Secundaria • Superior 	¿Cuál es su instrucción educativa?
		Residencia	Nº de personas		

		Estado marital Nivel socioeconómico	según lugar de residencia. Nº de embarazadas según su estado marital Condiciones socioeconómicas	<ul style="list-style-type: none"> • Ninguna • Z. urbana • Z. rural • Casada • Divorciada • U. L. • Soltera • Baja • Media • Alta. 	¿Dónde habita usted? ¿Cuál es su estado civil? Cómo considera usted sus condiciones económicas?
Riesgos obstétricos	Son acciones que están destinadas principalmente a detectar condiciones gineco-obstétricas de las adolescentes con amenaza de parto prematuro tal como el inicio de su actividad sexual, gestas previas, etc.	Inicio de la actividad sexual.	Edad en la que la adolescente inicio su actividad sexual.	13-15 16-17 18-19	¿Qué edad tenía usted cuando inició su actividad sexual?
		Gestas Previas	Nº de embarazos previos	Primigesta. Multigesta.	¿Cuántos embarazos ha tenido, contando este?
		Control prenatal	Nº de controles Prenatales	Ninguno 2 3 Más de 3	¿Cuántos controles médicos se ha realizado en este embarazo?
		Rotura prematura de membranas	Nº de embarazadas que han tenido ruptura prematura de membranas	Si no	¿Ha tenido ruptura prematura de membranas?
			Nº de veces con infección vaginal	1 2 Más de 3	¿Cuántas veces ha presentado infección vaginal en su embarazo?

Antecedentes gineco- obstétricos	Acciones que influyen en una adolescente embarazada y están destinadas a detectar condiciones de salud general que puedan ser optimizadas desde una perspectiva reproductiva	Infecciones vaginales.	Tipo de infección vaginal.	Vaginitis. Ivu. Candidiasis.	¿Qué tipo infección vaginal ha tenido?
		Metrorragias.	Característica del sangrado transvaginal	Activo. Mínimo. Escaso.	¿Cómo determina usted el sangrado transvaginal?
		Abortos	N° de abortos tenidos	Si no	Ha tenido algún aborto antes de este embarazo?
		Alimentación	Tipo de alimentación	Almidones. Grasas. Enlatados. Colas.	¿Cómo puede determinar su alimentación, Subraye una?
		Peso.	Estado nutricional de la embarazada	Bajo peso. Normal. Sobrepeso. Obesidad.	¿Determinar el peso en el que se encuentra la paciente adolescente con APP?
		Hábitos.	Tipos de hábitos de consumo.	Alcohol. Tabaco. Café. Ninguno.	¿Cuál de las siguientes sustancia consume usted con más frecuencia?

CAPITULO III

PROCESAMIENTO DE DATOS

3.1 RESULTADOS DE LA FASE DE INVESTIGACIÓN

CUADRO # 1

EDAD RELACIONADA CON LA SEMANA DE GESTACIÓN EN LA QUE SE ENCUENTRAN LAS ADOLESCENETES CON AMENAZA DE PARTO PREMATURO, ATENDIDAS EN EL AREA DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL MARIA LORENA SERRANO DE ENERO - ABRIL 2013.

EDAD	SEMANA DE GESTACIÓN								TOTAL	
	> 37		36 a 34		33 a 31		<28 a 29			
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
12-15	10	11,5	5	5,75	2	2,30	15	17,24	32	36,78
16-17	2	2,30	8	9,20	6	6,90	13	14,94	29	33,33
18-19	0	0	10	11,5	12	13,79	4	4,60	26	29,89
TOTAL	12	13,8	23	26,43	20	22,99	32	36,78	87	100 %

FUENTE: HISTORIAS CLÍNICAS

ANÁLISIS:En el siguiente cuadro nos indica que el 36.78% de las adolescentes con amenaza de parto prematuro se presenta a partir 28 a 29 sg de ellas 17,24 es a partir de 12 -15 años de edad, mientras que 13.8 se da en embarazadas de 37 SG de ellas solo un 2,30 son entre 16 17 años

CUADRO # 2

EDAD RELACIONADA CON LA ETNIAS DE LAS EMBARAZADAS ADOLESCENTES CON AMENAZA DE PARTO PREMATURO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MARÍA LONERA SERRANO DE ENERO – ABRIL 2013.

EDAD	ETNIA DE LAS GESTANTES						TOTAL	
	MESTIZA		AFROECUATORIANA		INDIGENA			
	F	%	F	%	F	%	F	%
12-15	32	36,78	0	0%	0	0	32	36,78
16-17	23	26,44	0	0%	6	6,90	29	33,33
18-19	26	29,90	0	0%	0	0%	26	29,89
TOTAL	81	93,10	0	0%	6	6,90	87	100 %

FUENTE: HISTORIAS CLÍNICAS QUE REPOSAN EN ESTADISTICA

ANÁLISIS:

El siguiente cuadro nos indica que el 93,10% de las gestantes adolescentes pertenecen a la etnia mestiza de las cuales con 36,78% es a partir de 12-15 años de edad, mientras que el 6,90% son de etnia indígena a partir de 16-19 años de edad.

CUADRO # 3

EDAD RELACIONADA CON EL TIPO DE GESTA DE LAS EMBARAZADAS ADOLESCENTES CON AMENAZA DE PARTO PREMATURO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MARÍA LORENA SERRANO DE ENERO – ABRIL 2013.

EDAD	TIPO DE GESTA					
	PRIMIGESTA		MULTIGESTA		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
12-15	26	30	2	2,30	28	30
16-17	15	17	18	21	33	37
18-19	15	17	11	13	26	30
TOTAL	56	64%	31	36%	87	100

FUENTE: HISTORIAS CLÍNICAS

ANÁLISIS:

Al analizar el siguiente cuadro notamos que el 64% de adolescentes gestantes con amenaza de parto prematuro son Primigesta de las cuales el 30% es a partir de 12-15 años de edad, mientras que el 36% son Multigesta de las cuales 16% es a partir de 16-17 años de edad y solo un 2,30% son Multigesta de entre 12 y 15 años.

CUADRO # 4

ASISTENCIA A LOS CONTROLES PRENATALES RELACIONADA CON LA EDAD DE LAS ADOLESCENTES CON AMENAZA DE PARTO PREMATURO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MARIA LORENA SERRANO DE ENERO - ABRIL 2013.

EDAD	CONTROLES PRENATALES					TOTAL		
	Ninguno		TRES		MAS DE TRES			
	F	%	F	%	F	%	F	%
12-15	12	13,79	7	8,05%	3	3,45	32	36,78
16-17	0	0	20	22,99	7	8,05	29	33,33
18-19	16	18,39	0	0%	22	25,29	26	29,89
TOTAL	28	32,18	27	31,03	32	36,78	87	100 %

FUENTE: HISTORIAS CLÍNICAS

ANALISIS.

El siguiente cuadro indica que el 25,29% de las adolescentes con amenaza de parto prematuro se han realizado más de tres controles prenatales corresponden a las edades de 18-19 años, mientras que 22,99% de las adolescentes se han realizado tres controles prenatales las adolescentes de 16-17 años de edad y además vemos que hay un 32,18 % de adolescentes que no acudieron al control prenatal.

CUADRO # 5

EDAD RELACIONADA CON NUMERO DE ABORTOS EN ADOLESCENTES GESTANTES CON AMENAZA DE PARTO PREMATURO, ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MARÍA LORENA SERRANO DE ENERO – ABRIL 2013.

EDAD	ABORTOS					
	SI		NO		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
12-15	10	11,49	22	25,29	32	36,78
16-17	5	5,75	24	27,59	29	33,33
18-19	9	10,43	17	19,54	26	29,89
TOTAL	24	27,59	63	72,41	87	100

FUENTE: HISTORIAS CLÍNICAS QUE REPOSAN EN ESTADÍSTICA.

ANÁLISIS:

El siguiente cuadro indica que el 72,41% de las adolescentes gestantes no presentaron abortos de ellas el 27,59 % es partir de 16-17 años de edad, mientras que el 11,49% si presentan abortos las adolescentes de 12-15 años de edad.

CUADRO # 6

INFECCIONES VAGINALES RELACIONADA CON EL ESTADO CIVIL DE LAS ADOLESCENTES QUE CAUSARON AMENAZA DE PARTO PREMATURO EN LAS ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MARÍA LORENA SERRANO DE ENERO – ABRIL 2013.

Tipo de infecciones vaginales	ESTADO CIVIL								TOTAL	
	SOLTERA		CASADO		UNION LIBRE		SEPARADA			
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
IVU	9	10,34	12	13,79	12	13,79	0	0	33	38
VAGINITIS	12	13,79	2	2,30	8	9,20	3	3,45	25	29
CANDIDIACIS	3	3,45	5	5,75	3	3,45	2	2,30	13	15
TRICHOMONIASIS	3	3,45	5	5,75	5	5,75	2	2,30	10	17
HPV	0	0	1	1,15	0	0	0	0	1	1,15
TOTAL	27	31,03	25	28,74	28	32,18	7	8,05	82	99%

FUENTE: HISTORIAS CLÍNICAS.

ANÁLISIS

El siguiente cuadro indica que el 99% de las adolescentes gestantes en estudio tuvieron algún tipo de infección vaginal de estas el 38% tuvieron IVU en relación con su estado civil nos indica que 13,79% eran casadas al igual que de unión libre, el cual es el mayor factor de riesgo de una amenaza de parto prematuro, seguido por la vaginitis con un 28.74%. a diferencia del HPV que solo hubo el 1,15% en las adolescentes gestantes casadas

CUADRO # 7

SEMANAS DE GESTACIÓN RELACIONADO CON EL SANGRADO TRANSVAGINAL, QUE PRESENTARON LAS ADOSCENTES CON AMENAZA DE PARTO PREMATURO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MARIA LORENA SERRANO DE ENERO - ABRIL 2013.

SEMANAS DE GESTACIÓN	SANGRADO TRANSVAGINAL,							
	AUSENTE		MINIMO		ACTIVO		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%	F	%
<37	0	0	9	10,34	3	3,45	12	13,8
34 a 36	3	3,45	8	9,20	12	13,79	23	26,43
32 a 33	4	4,60	5	5,75	11	12,64	20	22,99
30 a 31	3	3,45	12	13,79	2	2,30	17	19,54
28 a 29	7	8,05	1	1,15	7	8,05	15	17,24
TOTAL	17	19,54	35	40,23	35	40,23	87	100

FUENTE: HISTORIAS CLÍNICAS QUE REPOSAN EN ESTADÍSTICA.

ANÁLISIS.

El siguiente cuadro indica que el 13,79% presenta mínimo sangrado transvaginal a partir de las 30-31 semanas de gestación, mientras que el con el mismo porcentaje no presenta sangrado transvaginal a partir de las 34a36 semanas de gestación. Y solo un 8% presento sangrado entre la semana 28 a 29.

CUADRO # 8

EDAD RELACIONADA CON LA CONDICION SOCIOECONOMICA DE LAS ADOLESCENTES CON AMENAZA DE PARTO PREMATURO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MARÍA LORENA SERRANO DE ENERO A ABRIL 2013.

EDAD	CONDICIONES SOCIOECONOMICAS						TOTAL	
	Baja		Media		Alta		F	%
	F	%	F	%	F	%		
12-15	20	22,99	2	2,30	7	8,05	32	36,78
16-17	10	11,49	13	14,94	6	6,90	29	33,33
18-19	10	11,49	15	17,24	4	4,60	26	29,89
TOTAL	40	45,98	30	34,48	17	19,54	87	100 %

FUENTE: HISTORIAS CLÍNICAS QUE REPOSAN EN ESTADISTICA

ANALISIS.

En el siguiente cuadro indica que el 45,98% de las adolescentes gestantes son de condiciones socioeconómicas bajas y con el 22,99% es a partir de 12-15 años de edad, mientras que el 34,48% son de condiciones socioeconómicas media del cual 17,24% es a partir de 18-19 años de edad.

CUADRO # 9

EDAD RELACIONADO CON EL ESTADO NUTRICIONAL DE LAS ADOLESCENTES CON AMENAZA DE PARTO PREMATURO ATENDIDOS EN EL HOSPITAL MARÍA LORENA SERRANO DE ENERO A ABRIL 2013.

EDAD	Estado nutricional						TOTAL	
	normal		Bajo peso		Sobre peso		F	%
	F	%	F	%	F	%		
12-15	2	2,30	10	11,49	20	22,99	32	36,78
16-17	10	11,49	13	14,94	6	6,90	29	33,33
18-19	0	0	22	25,30%	4	4,60	26	29,89
TOTAL	12	13,80%	45	51,72	30	34,48	87	100 %

FUENTE: HISTORIAS CLÍNICAS QUE REPOSAN EN ESTADÍSTICA

ANÁLISIS.

El siguiente cuadro notamos el 34,48% de las adolescentes gestantes presentan sobre peso de las cuales el 22,99% se encuentran entre los 12-15 años de edad al igual que el bajo peso con el 34,48% de estas el 17,24 % entre las edades de 18- 19 años ,mientras que el 31,03% que se encontraban con peso normal el 8,05% de las gestantes adolescentes se encontraban entre los 18-19 añosde edad.

CUADRO # 10

EDAD RELACIONADA CON EL CONSUMO DE SUSTANCIAS TOXICAS EN ADOLESCENTE CON AMENAZA DE PARTO PREMATURO ATENDIDOS EN EL HOSPITAL MARÍA LORENA SERRANO DE ENERO A ABRIL 2013.

EDAD	CONSUMO DE SUSTANCIAS TOXICAS						TOTAL	
	Alcohol Y Tabaco		CAFÉ		NINGUNA		F	%
	F	%	F	%	F	%		
12-15	0	0	3	2,30	29	33,33	32	36,78
16-17	1	1,15	13	14,94	16	18,39	29	33,33
18-19	7	8,05	15	17,24	4	4,60	26	29,89
TOTAL	8	9,20	30	34,48	49	56,32	87	100 %

FUENTE: HISTORIAS CLÍNICAS

ANÁLISIS.

El siguiente cuadro indica que 56,32 en las adolescentes gestantes no consume sustancia toxica del cual el 33,33% se encuentran entre los de 12-15 años de edad, mientras que 34,48% consume sustancias toxicas como el café del cual 17,24% son de 18-19 años de edad, mientras que un 9,20% consumen alcohol y tabaco de ellas el 0% fueron adolescentes entre 12 y 15 años de edad.

CONCLUSIONES

Al culminar este trabajo investigativo el cual es una meta al culminar la carrera de enfermería en donde se impuso un tema acerca de “factores de riesgo asociados a la amenaza de parto prematuro en adolescentes atendidas en el hospital María Lorena Serra, se llegaron a las siguientes conclusiones:

- Según el rango de edad de las embarazadas adolescentes con amenaza de parto prematuro la mayor incidencia se encontraban las adolescentes entre los 12 a 15 años de edad, lo más probable que esta incidencia se debiese a el grado de conocimiento acerca del tema, cuidado y control de la sexualidad de las embarazadas adolescentes que se encontraban dentro de este rango de estudio así como también el nivel socioeconómico el cual se evidenció que pertenecían a un nivel económico bajo.
- En cuanto a las patologías asociadas a amenaza de parto prematuro se encuentran que el 38% de las adolescentes gestantes tuvieron IVU en relación con su estado civil nos indica que 13,79% eran casadas al igual que de unión libre, el cual es el mayor factor de riesgo de una amenaza de parto prematuro, seguido por la vaginitis con un 28.74%.
- Según el estilo de vida de las adolescentes más el tipo de alimentación, la cual es a base de almidones y grasas esto agregándole el estado nutricional de las pacientes las cuales 50 (57,46%) de ellas se encontraron en bajo peso, influyeron a la amenaza de parto prematuro.
- Se finaliza concluyendo y agregando que el programa educativo fue un éxito ya que el 100% de los beneficiarios manifestaron que el material y la información utilizada fue satisfactorios y además que llenaron sus expectativas tanto del expositor como el de los espectadores.

RECOMENDACIONES

Al concluir esta investigación, como investigador del tema debo impartir las siguientes recomendaciones las cuales van dirigidas hacia:

Hospital María Lorena Serrano y sus Unidades Operativas.

A que fortalezcan lo que son las charlas comunitarias, el seguimiento de casos de embarazos de riesgo y porque no al fortalecimiento del programa de planificación familiar y control prenatal ya que las mujeres tomaran conocimiento y concientización acerca de los riesgos que se presenten en una amenaza de parto prematuro y formaran parte del proyecto. Las mujeres que no reciben consejería acerca de conductas saludables en el prenatal tienen más probabilidades de tener un niño de bajo peso al nacer y aún más riesgo de partos prematuros.

Amplificar el programa de Gineco – Obstetricia del ambulatorio con el fin de brindar a las pacientes una mejor consulta tanto prenatal como ginecológica. Es indispensable que se trabaje en forma conjunta con el personal de salud y la comunidad, a través de talleres educativos continuos, que permitan poner en práctica los estilos de vida saludables.

A la comunidad.

A la comunidad pedir y lograr que se forme un ente donde salud y comunidad sean un solo equipo, formar o crear participantes de salud los y que también sean ellos nuestro informantes en casos de embarazos en adolescentes, apoyar y pedir el apoyo de las parteras y curanderas de las comunidades para que sean ellas quienes nos orienten e informen casos de amenaza de partos prematuros en adolescentes dentro del sector.

BIBLIOGRAFÍA

- ⁵Baeza W B, *Identificación de Factores de Riesgo y Factores Protectores del Embarazo en Adolescentes de la Novena Región*. 2007 Rev. chilenaobstet. ginecol. Citado 27 Abril 2013; Disponible: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262007000200002&lng=es. doi: 10.4067/S0717-75262007000200002.
- ¹Cabrero, Luis. Parto Prematuro. Pág. 91. Editorial Médica Panamericana. Buenos Aires Argentina 2010.
- ¹²dametareas <http://www.dametareas.com/proceso-de-atencion-de-enfermeria-aplicado-al-embarazo-en-la-adolescencia/>
- ¹¹Esmas <http://www.esmas.com/salud/home/noticiashoy/616352.html>
- ⁹escuela.med.puc.cl, <http://escuela.med.puc.cl/paginas/Departamentos/Obstetricia/AltoRiesgo/nutricion.html>, 2008.
- ¹³González Y, Hernández I, Conde M, Hernández R, Brizuela M. 2010. *El embarazo y sus riesgos en la adolescencia*. Buenos Aires. Editorial Panamericana. <http://www.embarazada.com/articulo/riesgos-y-complicaciones-obstetricas>
- ⁴Iams JD. Preterm birth. En: Gabbe SG, Niebyl JR, Simpson JL, eds. *Obstetrics: Normal and problem pregnancies*. 4th ed. Philadelphia: Churchill and Livingstone, 2002: 755-826 ³
- ⁷LEXUS, 2008. *Manual de Enfermería*. Madrid – España. Editorial Científica. Página 663

- ¹⁰ medicina fetal y perinatal servicio de medicina materno-fetal – icgon – hospital clínic Barcelona
http://www.medicinafetalbarcelona.org/clinica/images/protocolos/patologia_materna_y_obstetrica/Amenaza_parto_pretermino.pdf⁶
- ⁸ Natalia Paola Quintana, Diego Federico Rey, Tamara Gisela Sisi, Carlos Adrián Antonelli, Prof. Dr. Miguel H. Ramos. Preeclampsia. Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina - N° 133 – Noviembre, 2003 Pág. 1620, <http://www.med.unne.edu.ar/revista/revista133/preeclam.htm>
- ² Slideshare <http://www.slideshare.net/slapjack2385/alto-riesgo-obstetrico-6967986> 2010.
- ³ telegrafo, <http://www.telegrafo.com.ec/sociedad/item/51-de-los-bebes-es-prematuro-en-el-pais>
- ⁶ Wikipedia, <http://es.wikipedia.org/wiki/Corioamnionitis>

ANEXOS

a) Oficio de peticion para la recoleccion de datos



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MACHALA

"Calidad, Pertinencia y Calidez"

D.L. No. 69-04, DE 14 DE ABRIL DE 1969

PROV. DE EL ORO - REP. DEL ECUADOR

Casilla No. 989 - Teléfono 983361 - Telefax 983374

FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD

ESCUELA DE ENFERMERIA

Ofic. No. 0117-EE-FCQS-UTMACH

Machala, 23 de Abril 2014.

Sres.

HOSPITAL MARÍA LORENA SERRANO


Presente.-

De mi consideración:

A nombre de la Escuela de Enfermería de la Facultad de Ciencias Químicas y de la Salud de esta Institución, me permito solicitar a usted se aigne autorizar que la Srta. **CRUZ IZQUIERDO MARÍA LORENA**, Egresada de la Escuela de Enfermería, se le permita realizar la intervención y recopilación de datos de su tesis en la Institución que se encuentra bajo su acertada Dirección, y pueda continuar con el con el desarrollo del tema "**FACTORES ASOCIADOS A LA AMENAZA DE PARTO PREMATURO EN ADOLESCENTES GESTANTES QUE ACUDIERON AL ÁREA GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL MARÍA LORENA SERRANO DE ENERO - ABRIL 2013**", previo a la obtención de título de Licenciada en Enfermería.

Agradezco su atención.

Atentamente


Lina Johanna Linares Lora, R.E.N.
DIRECTORA DE LA ESCUELA DE ENFERMERIA

C.c. Archivo Carrera de Enfermería

Quito, E.C.

03/ Enero / 2014
1544


b) oficio de autorizacion para la recoleccion de datos



Ministerio
de Salud Pública

DIRECCIÓN PROVINCIAL DE SALUD DE EL ORO
ÁREA N° 3 EL GUABO HOSPITAL BASICO EL GUABO



Oficio N° 0027 MSP-A3HBG-D-2014
El Guabo Febrero 12, 2014

Licenciada

Jovanny Santos Luna, Mg. Gs.
DIRECTORA DE LA CARRERA DE ENFERMERIA
UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MACHALA
Machala.

Cordial saludo

En calidad de Directora Técnica del Área 3 El Guabo, comunico a usted que la Señora CRUZ IZQUIERDO MARÍA LORENA, portadora de la Cédula de Identidad N° 0702993163, cuenta con la autorización respectiva para que realice la intervención y recopilación de datos de tesis con el tema "Factores Asociados a la Amenaza de Parto Prematuro en Adolescentes Gestantes que acudieron al Área Gineco-Obstetricia del Hospital María Lorena Serrano de Enero - Abril del 2013", requisito previo para la obtención del Título de Licenciada en Enfermería, de acuerdo a lo solicitado.

Particular que comunico para los fines que correspondan.

Atentamente,



Priscilla Hurtado Chica
Obst. Priscilla Hurtado Chica
**DIRECTORA DEL ÁREA DE SALUD N°3
HOSPITAL BÁSICO EL GUABO**

C/c archivo

	NOMBRE	AREA	CARGO	FECHA	SUMILLA
Revisado	Obst. Priscilla Hurtado Chica	Despacho - Dirección A. 3	Directora	2014-02-12	<i>R</i>
Elaborado	Sra. Rosa Miranda Miguales	Despacho - Dirección A. 3	Secretaria	2014-02-12	

Oficio N° 0023 MSP-A3HBG-D-2014
Panamericana Sur entre Carchi y 9 de Mayo
Teléfonos: 2950-500 Fax. 2951-122
hbguabo@area3elguabo.gob.ec

c) CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	AÑO 2013						AÑO 2014				
	JUL	AGOST	SEPT	OCT	NOV	DIC	ENE	FEBR	MAR	ABR	MAY
Revisión de la Literatura	■	■									
Revisión de los datos	■	■	■								
Elaboración del Anteproyecto	■	■	■								
Presentación del Anteproyecto		■	■								
Elaboración tesis		■	■	■	■	■	■				
Revisión de la Literatura		■	■	■	■	■					
Aplicación de encuestas							■				
Tabulación de los datos							■				
Elaboración del Programa educativo						■	■				
Intervención del programa								■			
Presentación al H. Consejo Directivo el documento final								■		■	
Corrección del Informe							■	■	■	■	■
Sustentación de tesis											■

d) PRESUPUESTO DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	RECURSOS	VALOR	TOTAL
Revisión de la literatura	Libros	3,00	18,00
	Folletos	1,00	10,00
	Internet	0,02	11,00
Elaboración del Anteproyecto	7 movilizaciones	3,00	10,50
	Impresiones	0,05	35,00
	Internet	1,00	40,00
Aplicación de Encuestas	Materiales		
	12 movilizaciones	3,00	36,00
	Copias	0,02	10,00
	Internet	1,00	5,00
	Bolígrafos	0,25	20,00
	Humanos		
Ayudante	1,00	5,00	
Tabulación de los Datos	Internet	1,00	8,00
Elaboración del Programa Educativo	Movilizaciones	2,00	24,00
	Impresión	0.25	6,50
Intervenciones del programa educativo	Materiales		
	Trípticos	0,08	10,40
	Encuestas	0,03	6,00
	Bolígrafos	0,25	3,00
	Refrigerio	60,00	60,00
	Invitaciones	2,00	2,00
	Marcadores	0,30	1,20
	Humanos		
Investigador			
Asesora de Tesis			
Colaborador			
Usuarías			
Correcciones del informe de tesis	Impresiones	0.25	5,00
Empastado de tesis	4 tesis empastadas	8,00	32,00
Sustentación de tesis	Dispositivas	5,00	5,00
	Infocus	25,00	25,00
	Refrigerio	1,50	45,00
		Subtotal	439,00
	Imprevistos		40,00
TOTAL			479,00

e) RESULTADOS DE LA FASE DE INTERVENCIÓN

PROCESO

CUADRO N° 1

INTERÉS DE LOS TEMAS POR PARTE DE LOS USUARIOS QUE ASISTIERON A LA CHARLA EDUCATIVA SOBRE RIESGOS Y SIGNOS DE ALERTA DE UN PARTO PREMATURO.

INTERÉS DE LOS TEMAS	N°	%
SI	87	100
NO	0	0
TOTAL	87	100%

FUENTE: ENCUESTA BENEFICIARIOS: USUARIOS DEL ÁREA DE GINECO-OBSTETRICIA

ANÁLISIS

El 100% de los usuarios del área de Gineco-Obstetricia que asistieron a la charla educativa manifestaron que sí estuvieron interesantes los temas expuestos porque aclararon sus dudas y conocieron cuales son los estilos de vida saludables.

CUADRO N° 2

f) **OPINIÓN SOBRE LA CLARIDAD DE LA EXPOSICIÓN POR PARTE DE LOS USUARIOS QUE ASISTIERON A LA CHARLA EDUCATIVA SOBRE RIESGOS Y SIGNOS DE ALERTA DE UN PARTO PREMATURO.**

CLARIDAD DE LA EXPOSICIÓN	N°	%
SI	87	100
NO	0	0
TOTAL	87	100%

FUENTE: ENCUESTA

BENEFICIARIOS: USUARIOS DEL ÁREA DE GINECO-OBSTETRICIA

ANÁLISIS

El 100% de los usuarios del área de Gineco-Obstetricia que asistieron a la charla educativa manifestaron que si hubo claridad en la exposición por parte del facilitador.

CUADRO N° 3

g) OPINIÓN SOBRE LA CLARIDAD DEL EXPOSITOR POR PARTE DE LOS USUARIOS QUE ASISTIERON A LA CHARLA EDUCATIVA SOBRE RIESGOS Y SIGNOS DE ALERTA DE UN PARTO PREMATURO.

CLARIDAD DE LA EXPOSITORA	N.-	%
SI	87	100
NO	0	0
TOTAL	87	100%

FUENTE: ENCUESTA
BENEFICIARIOS: USUARIOS DEL ÁREA DE GINECO-OBSTETRICIA

ANÁLISIS

El 100% de las usuarias del área de Gineco-Obstetricia que asistieron a la charla educativa manifestaron que si hubo claridad en el expositor porque se expresó con términos claros y adecuados.

CUADRO N° 4

h) OPINIÓN SOBRE LA CALIDAD DEL MATERIAL EDUCATIVO POR PARTE DE LOS USUARIOS QUE ASISTIERON A LA CHARLA EDUCATIVA SOBRE RIESGOS Y SIGNOS DE ALERTA DE UN PARTO PREMATURO

CALIDAD DEL MATERIAL EDUCATIVO	N°	%
BUENO	87	100
REGULAR	0	0
MALO	0	0
TOTAL	87	100%

FUENTE: ENCUESTA

BENEFICIARIOS: USUARIOS DEL ÁREA DE GINECO-OBSTETRICIA

ANÁLISIS

El 100% de las usuarias del área de Gineco-Obstetricia que asistieron a la charla manifestaron que el material fue el preciso, claro y concreto.

CUADRO N° 5

- i) **CALIDAD DEL AMBIENTE POR PARTE DE LOS USUARIOS QUE ASISTIERON A LA CHARLA EDUCATIVA SOBRE RIESGOS Y SIGNOS DE ALERTA DE UN PARTO PREMATURO.**

CALIDAD DEL AMBIENTE	N°	%
ADECUADO	87	100
INADECUADO	0	0
TOTAL	87	100%

FUENTE: ENCUESTA

BENEFICIARIOS: USUARIOS DEL ÁREA DE GINECO-OBSTETRICIA

ANÁLISIS

El 100% de las usuarias del área de Gineco-Obstetricia que asistieron a la charla manifestaron que el ambiente fue adecuado y les gustó mucho y sugirieron que sigan realizando más charlas.

CUADRO N° 6

j) ACTIVIDADES PROGRAMADAS EN INTERVENCIÓN REALIZADA EN LA SALA DE GINECO-OBSTETRICIA

GRUPO DE META		ASISTENTES	
N°	%	N°	%
87	100	87	100

FUENTE: HOJA DE ASISTENCIA

ANALISIS

De las actividades programadas en las charlas educativas fue ejecutado el 100%.

CUADRO N° 7

k) MATERIAL EDUCATIVO ENTREGADO A LOS USUARIOS QUE ASISTIERON A LA CHARLA EDUCATIVA SOBRE RIESGOS Y SIGNOS DE ALERTA DE UN PARTO PREMATURO.

MATERIAL EDUCATIVO	
PROGRAMADOS A ENTREGAR	ENTREGADOS
87	87

FUENTE: HOJA DE ASISTENCIA

ANALISIS

En la charla se entregaron 87 trípticos programados a los asistentes.

PRODUCTO

CUADRO N° 8

I) EVALUACIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS PRE-POST TEST ALAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS DEL AREA DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL MARIA LORENA SERRANO

TEMAS DE LA CHARLA EDUCATIVA	PRE-TEST						POST-TEST					
	CORRECTO		INCORRECTO		TOTAL		CORRECTO		INCORRECTO		TOTAL	
	N.-	%	N.-	%	N.-	%	N.-	%	N.-	%	N.-	%
PARTO PREMATURO	0	0	87	100	87	100	87	100	0	0	87	100
SIGNOS Y SÍNTOMAS	0	0	87	100	87	100	87	100	0	0	87	100
FACTORES DE RIESGO	0	0	87	100	87	100	87	100	0	0	87	100
DIETA ADECUADA	0	0	87	100	87	100	87	100	0	0	87	100
COMPLICACIONES	0	0	87	100	87	100	87	100	0	0	87	100
CONTROL Y AUTOCUIDADO	0	0	87	100	87	100	87	100	0	0	87	100
PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES	0	0	87	100	87	100	87	100	0	0	87	100

FUENTE: ENCUESTA PRE TEST-POS TEST

Análisis: la siguiente tabla nos demuestra el pre y post test de lo que se observa que antes de la charla había un deficiente conocimiento y luego de la charla aumento notablemente llenando las expectativas de los usuarios y de la autora.

IMPACTO

CUADRO N° 9

m) EVALUACIÓN DEL TRATO RECIBIDO POR PARTE DE LOS USUARIOS QUE ASISTIERON A LA CHARLA EDUCATIVA SOBRERIESGOSY SIGNOS DE ALERTA DE UN PARTO PREMATURO EN EL ÁREA DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL MARÍA LORENA SERRANO.

TRATO RECIBIDO	N°	%
BUENO	87	100
REGULAR	0	0
MALO	0	0
TOTAL	87	100

FUENTE: EVALUACION DEL PROCESO

ANALISIS

El 100% de los usuarios que asistieron a la charla educativa manifiestan que el trato fue bueno y expresaron su agradecimiento por la atención recibida, por parte de la expositora.

UNIVERSIDAD DE MACHALA
FACULTAD DE CIENCIAS QUIMICAS Y DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERIA

TEMA: Factores asociados a la amenaza de parto prematuro en adolescentes gestantes que acudieron al área gineco-obstetricia del Hospital María Lorena Serrano de Enero Abril 2013.

OBJETIVO: Obtener información acerca de cuáles podrían ser los factores asociados a la amenaza de parto prematuro con el fin de dar valor a las variables en estudio. Se solicitara permiso a la Directora del Hospital, y estos datos serán exclusivos solo para el investigador.

INSTRUCTIVO: Dígnese a contestar las siguientes preguntas, respondiendo con sinceridad, marque con una (x) la respuesta que usted considere correcta.

1. ¿En qué grupo de edad usted se encuentra?	
[]	• 14-15
[]	• 16-17
[]	• 18-19
2. ¿Cuál es su etnia?	
[]	• Mestiza
[]	• Indígena
[]	• Afro ecuatoriano
3. ¿Qué actividad realiza usted?	
[]	• Q.D.
[]	• Estudiante
[]	• E. privado
[]	• Comerciante
[]	• Otros
4. ¿Cuál es su instrucción educativa?	
[]	• Primaria
[]	• Secundaria
[]	• Superior
[]	• Ninguna
5 ¿Dónde habita usted? []	
	zona urbana
	Zona rural
[]	Z. marginal

6.- ¿En qué semanas de gestación se encuentra?	< 37	()
	34 a 36	()
	32 a 33	()
	30 a 31	()
	28 a 29	()
	< 28	()
7.- ¿Qué edad tenía usted cuando inició su actividad sexual?	13-15	()
	16-17	()
	18-19	()
8.- ¿Cuántos embarazos ha tenido, contando este?	Primigesta.	()
	Multigesta.	()
9.- ¿Cuántos partos ha tenido?	Nulípara	()
	Primípara	()
10.- ¿ha tenido algún aborto antes de este embarazo?	Si	()
	No	()
11.- ¿Cuántas veces ha presentado infección vaginal en su embarazo?	1	()
	2	()
	Mas 3	()
12.- ¿Determinar el tipo de secreción vaginal mediante cultivo?	Vaginitis.	()
	Ivu.	()
	Candidiasis.	()
	Trichomoniasis	()
	HPV	()
13.- ¿Cómo determina usted el sangrado transvaginal?	Activo	()
	Mínimo	()
	Escaso	()
14.- ¿Cuántos controles médicos se ha realizado en este embarazo	Ninguno	()
	2	()
	3	()
	Más de 3	()
15.- ¿Cómo considera usted sus condiciones económicas?	Baja	()
	Media	()
	Alta	()
16.- ¿Cómo puede determinar su alimentación, Subraye una?	Almidones.	()
	Grasas.	()
	Enlatados	()
	Colas	()
	Balanceda.	()
17.- ¿Determinar el peso en el que se encuentra la paciente adolescente con APP?	Bajo Peso	()
	Normal	()
	Sobre peso	()
	Obesidad	()
	Alcohol	()
	Tabaco	()

18.- ¿Cuál de las siguientes sustancia consume usted con más frecuencia?	Café	()
	Ninguno	()

**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MACHALA
FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERÍA**

n) PRETEST

CONTENIDO

1.- ¿cuál de la siguiente lista considera que terminaría en parto prematuro?	Antecedentes de partos prematuros en embarazos previos.	()
	Enfermedades previas	()
	Edad.	()
	Infecciones recurrentes de Vía Vaginal	()
	Abortos .	()
	Vaginosis.	()
	Tricomoniasis.	()
	Sangrado por vagina	()
	HPV	()
	Todas.	()
3.- ¿considera que el uso de jabón íntimo durante el embarazo ayuda a prevenir infecciones vaginales?	Sí.	()
	No.	()
	No lo se	()
4.- ¿considera usted importante el control prenatal?	Sí.	()
	No.	()
	No lo sé.	()
5.- ¿Considera que el estilo de vida, alimentación inclusive ropa que se usa podrían provocar una amenaza de parto prematuro?	Si	()
	No	()

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MACHALA
FALCULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERÍA

ñ) POST TEST.

CONTENIDO

1.- ¿cuál de la siguiente lista considera que terminaría en parto prematuro?	Antecedentes de partos prematuros en embarazos previos.	()
	Enfermedades previas	()
	Edad.	()
	Infecciones recurrentes de Vía Vaginal	()
	Abortos .	()
2.- ¿Cuál de las siguientes alternativas, considera usted que son signos de un parto prematuro?	Ivu	
	Vaginosiis.	()
	Tricomoniiasis.	()
	Sangrado por vagina	()
	HPV	()
3.- ¿considera que el uso de jabón íntimo durante el embarazo ayuda a prevenir infecciones vaginales?	Todas.	()
	Sí.	()
	No.	()
4.- ¿considera que el uso de jabón íntimo durante el embarazo ayuda a prevenir infecciones vaginales?	No lo se	()
	Sí.	()
	No.	()
5.- ¿considera usted importante el control prenatal?	No lo sé.	()
	Sí.	()
	No.	()
5.- ¿Considera que el estilo de vida, alimentación inclusive ropa que se usa podrían provocar una amenaza de parto prematuro?	Si	()
	No	()

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MACHALA
FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERÍA

o) EVALUACIÓN DEL PROCESO:

1.- ¿Los temas expuestos fueron de interés y llenaron sus expectativas?	Sí.	()
	No.	()
2.- ¿La expositora fue clara con su intervención?	Si	()
	No	()
3.- ¿Cómo le pareció la calidad del material educativo y la ayuda audiovisual utilizada en la charla educativa?	Bueno	()
	Malo	()
	Regular	()
4.- ¿La calidad del ambiente físico dónde se realizó la charla fue?	Adecuada	()
	Inadecuada	()
5.- ¿El trato que recibió antes, durante, y después de la charla por parte de la expositora fue?	Bueno	()
	Regular	()
	Malo	()

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

- **RESPONSABLE:** MARIA LORENA CRUZ IZQUIERDO
- **GRUPO BENEFICIARIO:** ADOLESCENTES GESTANTES QUE ACUDEN AL AREA GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL MARIA LORENA SERRANO.

1.- JUSTIFICACIÓN:

Los problemas de las adolescentes como consecuencia de los embarazos son muchos: toxemias, anemias, partos prematuros, deserción escolar, los riesgos y consecuencias posteriores a la interrupción de embarazo, etc.

Cada año se registran más de 13 millones de partos prematuros en el mundo. Cualquier mujer embarazada es susceptible, pero en la mayoría de los casos, el nacimiento antes de 37 semanas de gestación se asocia a quienes cuentan con determinados factores de riesgo. Minimizar o eliminar algunos de estos agentes predictores y estar alerta ante los síntomas y signos que señalan el inicio de un parto pre término es fundamental para lograr que el bebé permanezca en el vientre materno el mayor tiempo posible.

La educación logra, reducir factores de riesgo modificables y satisfacción a las mujeres al aumentar sus conocimientos sobre los cambios que en ella provoca. Las mujeres que no reciben consejería acerca de conductas saludables en el prenatal tienen más probabilidades de tener un niño de bajo peso al nacer.

.OBJETIVOS GENERALES

1. Motivar a las adolescentes para la adquisición de conocimientos en prevención de los riesgos durante el embarazo.
2. Proporcionar información para actuar responsablemente y lograr así la concienciación sobre su embarazo, mejorando su calidad de vida y salud.

ESPECÍFICOS

1. Orientar a la embarazada sobre la identificación precoz de signos de alarma para un parto prematuro.
2. Obtener una modificación y/o mejora de sus hábitos de vida
3. Adecuar el nivel de los conocimientos que se desea transmitir a la capacidad de comprensión del grupo.

2. METODOLOGÍA

- Técnicas de exposición
- Procedimiento de prevención
- Charla educativa

3. DEMOSTRACIÓN

- Video Comportamientos adecuados
- Trípticos

4. ESTRATEGIAS

- Se coordinó con las autoridades del Hospital Teófilo Dávila; para fijar día, hora, lugar donde se Llevó a cabo la intervención.
- Se colocó un aviso en la entrada del área de ginecología informando sobre la charla educativa a realizar.
- Se entregó invitaciones a las usuarias embarazadas para que asistan al programa educativo.
- Entrego material educativo a los usuarios.

5. EDUCACIÓN

Exposición oral y audiovisual de los temas de interés

1. RECURSOS HUMANOS:

- Personal de salud
- Usuarias embarazadas
- Autoridades del Área
- Autora: MARIA CRUZ I.

7. RECURSOS MATERIALES:

- Lápiz
- Papel periódico.
- Cinta adhesiva
- Encuestas
- Infocus
- Computadora
- Pendrive
- Trípticos
- Cámara.
- Transporte
- Refrigerio
- Invitaciones
- Copia

8. RECURSOS ECONÓMICOS:

Charla educativa	10.00
Movilización	20.00
Refrigerio	25.00
Copias	15.00
Imprevistos	20.00
TOTAL	90.00

9. EVALUACIÓN:

La fase de intervención fue evaluada por medio de los siguientes criterios y utilizando los indicadores de:

- **Proceso:** Calidad de la intervención referente a la aplicación de la charla educativa.
- **Producto:** Cumplimiento de las actividades y de los objetivos propuestos.
- **Impacto:** - Se valoró la satisfacción de la intervención por parte de los usuarios, mediante un post test y el registro de asistencia

10.- PLANIFICACIÓN DE LAS CHARLAS.

El tiempo empleado en cada una de ellas será variable, de 30 a 45 minutos por término medio, pudiéndose ampliar, si es necesario, según las circunstancias y participación de las asistentes.

En primer lugar, expondremos en general el tema que vamos a tratar para pasar a continuación a su desarrollo, ayudándonos con dibujos y esquemas sencillos, y/o si se considera adecuado con la utilización de papelografos y/o diapositivas.

Durante el desarrollo de la sesión, estaremos abiertos a cualquier tipo de duda o pregunta que las asistentes quieran plantear, y si no surgen durante el transcurso de la charla se dedicará al final un tiempo para que puedan expresarlas.

El número de charlas planificadas son dos:

- ✓ **PRIMERA CHARLA:** Signos de alerta y riesgos de un parto prematuro.

- ✓ **SEGUNDA CHARLA:** Prevención ; alimentación, higiene y cuidados durante el embarazo

TEMA: RIESGOS Y SIGNOS DE ALERTA DE UN PARTO PREMATURO

Propósito: Que posea unos mínimos conocimientos para saber discernir cuando debe acudir al hospital.

Contenido

El parto que comienza después de la semana 20 y antes de la semana 37 se llama "pre término" o "prematuro".

El parto prematuro puede tener consecuencias importantes para el bebé, por eso es importante identificar los factores de riesgo y estar atenta a las señales de alarma.

Factores de riesgo

- ✓ Antecedentes de parto prematuro en embarazo previo
- ✓ Enfermedades crónicas en la madre
- ✓ Anomalías en el cuello uterino
- ✓ Edades extremas (menores de 18).
- ✓ Amenaza de aborto durante la gestación o abortos previos.
- ✓ Embarazo múltiple.
- ✓ Anomalías congénitas o cromosómicas en el feto.
- ✓ Insuficiencia placentaria.
- ✓ Rotura prematura de la bolsa.
- ✓ Placenta previa.
- ✓ -Infección urinaria y bacteriuria asintomática

Los problemas de salud de la madre o las opciones de estilo de vida que pueden conducir a un parto prematuro abarcan

- ✓ El hábito de fumar y consumo de drogas
- ✓ Estrés físico o psicológico grave
- ✓ Bajo de peso durante el embarazo
- ✓ Obesidad

Síntomas: Debes estar atenta a la presencia de alguno de los siguientes síntomas

- Sangrado y cólicos en el vientre.
- Contracciones con lumbago o presión en la ingle o los muslos.
- Líquido que se filtra desde su vagina en gotas o en chorro.
- Una secreción espesa y mucosa con sangre.
- rompe fuente (membranas estructuradas).
- Más de cinco contracciones por hora o contracciones que son regulares y dolorosas.
- Contracciones que se vuelven más prolongadas, más fuertes y más próximas.

SIGNOS DE ALERTA EN UN PARTO PREMATURO

A. Hemorragia por los genitales mayor o igual que una regla, con o sin molestias o dolor

Si la hemorragia se produce al principio del embarazo, podemos estar ante un desprendimiento prematuro de placenta o una placenta previa. En ambos casos hay que actuar de inmediato.

Si la placenta se desprende antes de tiempo, no le va a llegar al niño suficiente sangre y su vida peligra, al igual que la vida de la madre por una gran pérdida de sangre.

B. Hinchazón en cara, manos, pies, con visión borrosa y dolor de cabeza (esquema 20): todos estos síntomas suelen ir unidos a una tensión (arterial) alta

C. Rotura de la bolsa de las aguas cuando se rompe la bolsa de las aguas, sale líquido por la vagina. Puede ser una salida brusca o que salgan poco a poco, lo más seguro es que hayamos roto las membranas.

Cuando esto ocurra es importante que nos fijemos en el color de las aguas y en la hora en que se ha producido. Generalmente las aguas son claras y no huelen, pero pueden aparecer verdosas-amarillentas, con mal olor y excesivamente calientes

D. Dolor en el vientre si aparece un dolor intenso y agudo debemos ir al hospital. En cualquier caso, ante un dolor grande que no desaparece, debemos acudir al hospital lo antes posible

E. Contracciones (si son rítmicas, involuntarias y se van haciendo poco a poco más intensas (al principio cada 10', luego cada 7' u 8', luego cada 5',...)) y no ceden con el reposo Si estamos a mitad del embarazo podemos estar ante una APP y si no acudimos nuestro hijo puede tener problemas (antes de los 7 meses de embarazo). Si estamos al final del embarazo (7 a 9 meses) quizás nos estemos poniendo de parto y es necesario también acudir al hospital para confirmarlo

Fiebre alta es signo de que tenemos una infección y por ello debemos acudir al médico para que nos ponga el tratamiento oportuno y no afecte al bebe.

G. Vómitos intensos que no ceden en unas horas, debéis ir al hospital por el peligro de deshidratación que corréis.

H. Si no notamos moverse generalmente el bebé se va a mover más cuando esté acostada y relajada. Si en 12-24 horas apenas lo ha sentido acudir inmediatamente al hospital.

Cuando vaya al hospital por cualquiera de los motivos que hemos nombrado, recuerde llevar su carnet materno, y todas las ecografías que tenga, además de cualquier otro papel relacionado con su embarazo.

Diagnóstico: Ante uno o varios de estos síntomas, hay que acudir al obstetra de urgencias que será quien te evalúe para diagnosticar si se está produciendo o no un parto prematuro. Comprobará si hay una dilatación mayor de 2 cm o borramiento del cérvix del 50% o más y contracciones uterinas compatibles con el inicio de trabajo de parto.

Tratamiento: Dependerá de lo avanzado que esté el trabajo de parto, es decir, de lo intensas que sean las contracciones, del nivel de borramiento del cérvix, de la dilatación, etc. y, sobre todo, de las semanas de gestación. No es lo mismo que la amenaza comience en la semana 24 que en la 34. Un bebé de 34 semanas tiene un 99% de posibilidades de supervivencia sin secuelas, mientras que uno de menos 26 semanas tiene más del 50% de probabilidades de presentar secuelas a causa de su prematuréz.

Para todos los casos se recomienda reposo absoluto hasta que el bebé sea viable y no corra peligro. En muchos casos, y sobre todo si el embarazo es menor a 33 semanas, la paciente requerirá hospitalización para evaluación continua, recibir medicación endovenosa para tratar de detener el parto y administrar glucocorticoides que ayudan a madurar rápidamente los pulmones del bebé en caso de que no se pueda detener el parto.

TEMA:

PREVENCION; ALIMENTACIÓN Y AUTOCUIDADOS DURANTE EL EMBARAZO

PROPÓSITO

Que la adolescente embarazada lleve a cabo autocuidados que faciliten la adaptación del organismo materno a los cambios ocasionados por el embarazo y establezca conductas encaminadas a satisfacer sus necesidades alimenticias modificadas a consecuencia de su nueva situación.

CONTENIDO:

Prevención: Hay varios factores que pueden colaborar en la prevención del parto prematuro:

- El control prenatal

Estos controles tienen como fin cuidar la salud de la mujer y del hijo durante el embarazo. Se intenta que la madre esté sana para que nazca un niño sano y no surjan complicaciones

Debes acudir a las citas aunque te encuentres bien ya que pueden aparecer complicaciones que no producen síntomas.

LA HIGIENE, TRES PUNTOS IMPORTANTES QUE DEBES CONOCER

a) **La boca** no es cierto que “cada hijo te cueste un diente”. Lo que sí es verdad es que la saliva durante el embarazo se vuelve más ácida, lo cual si no nos lavamos los dientes, va a propiciar que aparezca una caries y si ésta tampoco se cuida puede provocar incluso que perdamos ese diente con el tiempo.

b) **El cuerpo** la mujer embarazada suele sudar mucho, debido a los cambios de temperatura y cambios internos que sufre. Por lo tanto, recomendamos una ducha diaria que eliminará el sudor y nos hará sentirnos más cómodas y frescas.

c) **La zona genital:** el aumento de flujo, de secreciones en la embarazada, puede provocar además de mal olor una mayor humedad y así hacer que esta zona sea más propicia a las infecciones. Por lo menos, hay que lavarse una vez al día; lo podemos hacer al tiempo que nos duchamos por la mañana.

OTROS CUIDADOS:

La ropa debe ser amplia y cómoda, que no oprima ni apriete. No deben llevarse cinturones.

No se deben llevar calcetines de media que aprieten en la pierna y dificultan la circulación, favoreciendo la aparición de varices.

No se deben llevar tacones altos, sino zapatos cómodos

Se deben llevar sujetadores cómodos, que sujeten y que se adapten bien al tamaño de la mama.

El descanso y la actividad hay que evitar el cansancio. Debes descansar y dormir todo lo que necesites.

Lleva una vida lo más relajada posible, duerme 8 horas todos los días, una dieta sana y no realices esfuerzos excesivos

Las relaciones sexuales se pueden seguir manteniendo siempre que nuestro médico no nos lo haya contraindicado. Por ejemplo, en caso de hemorragia (puede aumentarla), en APP (puede provocar contracciones), en caso de amenaza de aborto (puede provocarlo) o en caso de RPM (por el riesgo de infección).

Las drogas: evitarlas, porque no hay ninguna que sea inofensiva ni para la madre ni para el niño. Las drogas (cualquiera) pasan de la madre al hijo y le afectan gravemente.

El tabaco: Él bebe se “fuma” los cigarrillos que la madre consume. No fumes. Has de saber que al fumar disminuye el oxígeno que llega al niño y crecerá menos.

El alcohol: pasa a la sangre del bebé en la misma cantidad que se encuentra en la sangre de la madre. Si te bebes una cerveza, tu hijo se está bebiendo esa misma cerveza y le está dañando)

El peso: muchas veces hemos oído eso de que “la embarazada tiene que comer por dos”, pero esto no es así. No es cuestión de comer más, sino de COMER MEJOR. No es comer por dos, es COMER PARA DOS.

La alimentación de cualquier embarazada tiene que ser sana, ha de comer de todo pero en su justa medida.

Una mujer durante el embarazo, que previamente tenía un peso normal, debe ganar entre **9 y 12 Kg.** una mujer delgada debe ganar algo más y en caso de que esté “gordita” debe ganar menos.

En el caso de mujeres muy jóvenes, muy delgadas o cuando el embarazo es múltiple (gemelos, trillizos...) se necesita más energía, y esto significa un aumento ligeramente mayor de peso a lo largo de estos 9 meses.

ALIMENTACIÓN ADECUADA:

Hidratos de carbono con ellos tendremos toda la energía que necesitamos tanto para nosotras como para nuestro hijo, y también tienen fibra que ayudará a la digestión y a evitar el estreñimiento

Proteínas: son también fuente de energía y contribuyen a la formación de las células de nuestro hijo. Como proteínas animales tenemos: Huevo, carnes, pescado, aves, leche las vegetales están las legumbres (garbanzos, judías y lentejas).

Grasas: nos dan una gran cantidad de calorías por lo que será mejor que no abusemos de ellas.

vitaminas podemos encontrarlas en mayores cantidades en: -la fruta y zumos naturales la verdura y leche.

El hierro: es muy importante tanto para el crecimiento de nuestro hijo como para la formación de su sangre. Alimentos que contienen hierro son: -lentejas y espinacas
hígado -carnes rojas

El ácido fólico: los folatos son unas vitaminas especialmente necesarias durante el embarazo.

Calcio: es necesario para la formación de los huesos del feto Podemos encontrarlo en: la leche bueno tomar entre medio litro y un litro de leche al día-yogures naturales y quesos. [. Zaragoza: E. Fabré González, 1993]

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MACHALA
FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERÍA

p) **AGENDA DE CAPACITACIÓN SOBRE;** PREVENCIÓN DE RIESGOS DE UN PARTO PREMATURO y PREVENCIÓN; ALIMENTACIÓN, HIGIENE Y CUIDADOS DURANTE EL EMBARAZO

LUGAR: HOSPITAL MARIA LORENA SERRANO (sala de espera consulta externa)

FECHA: febrero 2014.

1. Saludo y Bienvenida a las asistentes, por la responsable del programa d'intervención.
2. Presentación del expositor.
3. Aplicación del PRE Test de evaluación a las presentes.
4. Exposición de los temas.
5. Entrega de trípticos.
6. Aplicación del POST Test de evaluación a los presentes.
7. Levantamiento de firmas de las asistentes a la charla.
8. Refrigerio.
9. Agradecimiento a las presentes y colaboradoras del programa.
10. Evaluación de las actividades planificadas

q) **CRONOGRAMA DE CHARLAS**

TEMA	TÉCNICA	RECURSOS		TIEMPO	RESPONSABLE	FECHA
		HUMANOS	MATERIALES			
<ul style="list-style-type: none"> • PRIMERA CHARLA: RIESGOS Y SIGNOS DE ALARMA DE UN PARTO PREMATURO. • SEGUNDA CHARLA: PREVENCIÓN ; ALIMENTACIÓN Y AUTOCUIDADOS DURANTE EL EMBARAZO 	Oral, audiovisual y escrita	<p>Autora</p> <p>Personal de salud</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Lápiz • Papel • Cinta adhesiva • Infocus • Computadora • Pem drive • Trípticos • Cámara. • Transporte • Refrigerio • Copias 	30 min	Egresada: MARIA LORENA CRUZ	Febrero/2014

r) FOTOS DE LA INTERVENCION

CHARLA PERSONALIZADA MAS VALORACION PACIENTE INGRESADA CON APP

