

INTRODUCCIÓN

La adolescencia es una etapa fundamental dentro del proceso de construcción de la personalidad y el tránsito hacia la edad adulta. Una visión simplista puede reducir ese proceso a un plano puramente biológico: la aparición de caracteres sexuales primarios y secundarios. Pero, en realidad, es mucho más compleja la experiencia en pos de la identidad de hombres y mujeres. Porque en él intervienen las personas, con toda su complejidad, y entran en juego los sistemas de relaciones y modelos sociales y culturales.

La etapa más conflictiva en la experiencia de padre e hijos suele ser la adolescencia. Por ello, tanto para unos y otros, es indispensable conocer mejor, en sus diversas dimensiones, las características y naturaleza del proceso en esta etapa vital.

Al respecto la Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la adolescencia como etapa que transcurre durante el segundo decenio de la vida de los seres humanos, es decir, entre los 10 y los 19 años, existiendo una diferencia entre su etapa temprana (10 – 14 años) y la tardía.

El embarazo en edades tempranas no es un proceso aislado del contexto individual, pareja, familia y sociedad; en la adolescente embarazada no es solamente la primigesta precoz que tiene una connotación puramente biológica, sino que desborda las acciones prenatales, de atención del parto, del recién nacido y del post

parto, situaciones que se enmarcan con características particulares propias de esta etapa del ciclo vital, "la adolescencia" (Molina, 1985 citado en Sernam, 1991).

El embarazo y la maternidad durante la adolescencia están asociados con significativos riesgos médicos y psicosociales, tanto para la madre como para el hijo, siendo de mayor peligro cuando la gestación ocurre durante los dos primeros años de edad ginecológica (tiempo transcurrido luego de la menarquía) también se lo llama Síndrome del Fracaso o Puerta a la Pobreza.

Las estadísticas muestran que en el año 2009 en el Hospital Gineco-Obstétrico Enrique Carlos Sotomayor (HECS) se atendieron 14.384 cesáreas de las cuales 2.947 son adolescentes de 12-19 años, 10.274 partos donde 3.229 son adolescentes y 3.162 legrados uterinos donde 777 se realizaron a menores de 19 años, lo que se ha convertido en uno de los principales problemas de salud pública.¹

El objetivo del presente trabajo de investigación es evaluar el programa de "Atención Integral de Adolescentes Embarazadas" que se desarrolla en el Hospital Gineco-Obstétrico "Enrique C. Sotomayor" para establecer su incidencia en los factores de riesgo en la morbi-mortalidad materno neonatal de las usuarias atendidas y además promocionarlo, para que la población beneficiaria vaya en aumento, paralelamente a la participación y educación de sus compañeros o esposos, proponer que al equipo interdisciplinario se incorpore otros profesionales como psicólogos, nutricionistas, legistas que contribuyan en el desarrollo de los cursos con nuevas

¹ Estadísticas Maternidad Enrique C. Sotomayor 2010.

temáticas y estrategias metodológicas para que el desarrollo del proyecto sea integral, participativo, con énfasis en la prevención y tratamiento de la adolescente embarazada.

El Programa de Atención se desarrolla en tres etapas:

1. Etapa preventiva: abarca educación en el embarazo, parto, cuidados del niño, maternidad y paternidad responsable, métodos de planificación familiar y ejercicios para preparación del parto. Todo esto sirve para bajar el índice morbi-mortalidad.

2. Etapa de tratamiento pre-natal: se ofrece consulta médica, toma de signos vitales y entrega de tratamiento por la auxiliar de enfermería. El desarrollo de estas actividades se lleva a cabo el mismo día del curso y dentro de las instalaciones del hospital, facilitando así comodidad, seguridad y confidencialidad a las participantes.

3. Etapa de seguimiento: este implica control post-parto, planificación y exámenes de laboratorio entre estos el Papanicolaou (PAP), para las madres adolescentes, control del recién nacido.

Este trabajo de investigación puede influir y ayudar a las adolescentes a protegerse y mejorar su salud, a comprender su sexualidad y sus necesidades de salud reproductiva, a responsabilizarse activamente y tomar decisiones informadas, basadas en orientaciones claras y oportunas.

En el hospital Gineco-Obstétrico Sotomayor se creó en el mes de febrero del año 2010 un consultorio exclusivo para adolescentes embarazadas, en la consulta

externa, complementándose la atención de dichas pacientes en el área de toco quirúrgico, la sala de partos de alto riesgo, brindando un mejor servicio Gineco-obstétrico, ya que años atrás a estas pacientes se les daba un trato generalizado como adultas sin tomar en cuenta que por su edad, su estado psicológico se ve afectado. Actualmente con la implementación del área y del programa las adolescentes reciben un mejor servicio de salud, con gestión moderna y auto sustentable destinada a convertirse en un centro de información que permite concienciar en aquellas adolescentes que enfrentan embarazos a temprana edad y de alto riesgo; obteniendo resultados favorables.

La investigación es de tipo **aplicada** porque sirve para resolver problemas prácticos concretos.

Es de nivel **descriptivo**. Descriptivo porque está encaminada a determinar el grado de relación existente entre las variables constituyentes,

Las fuentes a las que se recurre para recabar la información, es de **tipo campo o directa**. (Áreas de: consulta Externa, Emergencia y Embarazo de Alto Riesgo del Hospital Gineco-Obstétrico Enrique C. Sotomayor (HECS), para lo cual intervino el recurso humano como el director de la institución, jefes de áreas, médicos, licenciadas, y paramédicos, además contamos con un grupo de 200 pacientes.

El estudio es temporal, (Abril a Junio - 2014). Utilizamos la encuesta sobre los grupos de sujetos (adolescentes embarazadas).

CAPITULO I

2.-TEMA

“VALORACIÓN AL PROGRAMA ATENCIÓN INTEGRAL DE ADOLESCENTES EMBARAZADAS Y SU INCIDENCIA EN LOS FACTORES DE RIESGO EN LA MORBI-MORTALIDAD MATERNO NEONATAL DE LAS USUARIAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GINECO-OBSTÉTRICO ENRIQUE C SOTOMAYOR DE LA CIUDAD DE GUAYAQUIL, PROVINCIA DEL GUAYAS”.

3.- MARCO CONTEXTUAL

Se calcula que el 25 por ciento del total de los partos en diferentes hospitales del país corresponde a embarazadas adolescentes. Según la encuesta demográfica y de salud materna e infantil, Endemaín, y el Ministerio de Salud, en el Ecuador dos de cada tres adolescentes de 15 a 19 años sin educación son madres o están embarazadas por primera vez; la tasa de fecundidad de adolescentes aumenta en un 30 por ciento en las zonas rurales en comparación con las urbanas. (MSP, 2009).

El 67 por ciento de las madres adolescentes fueron hijas de madres adolescentes. Únicamente el 13.5 por ciento de las adolescentes que tuvieron su primera relación sexual usaron algún método anticonceptivo. (CEPAM, 2010).

El embarazo en la adolescencia se asocia con mayores tasas de morbilidad y mortalidad, tanto para la madre como para el niño. La muerte por violencia es la segunda causa principal de muerte durante el embarazo para adolescentes y es mayor en adolescentes que en cualquier otro grupo.

“Las madres adolescentes tienen más probabilidad de mostrar comportamientos malsanos, los cuales dejan al bebé en mayor riesgo de presentar crecimiento inadecuado, infección o dependencia de sustancias químicas. Igualmente, cuanto más joven sea la madre por debajo de los 20 años, mayor será el riesgo para el bebé de morir durante el primer año de vida”. (Baschat, Galan, Ross, Gabbe, 2010).

Factores como la pobreza, la desigual distribución de los recursos por territorio geográfico (urbano-rural), el bajo nivel educativo, las migraciones, la falta de vínculos afectivos, apoyo y seguridad familiares, las diversidades (de identidad, de edad, de orientación sexual), el ser mujer, indígena o afro descendiente, así como tener capacidades diferentes son, entre otros, los elementos que el personal de salud debe considerar en los procesos de abordaje de la salud adolescente y en los procesos de organización de la atención en la red de servicios de salud.

Hay que considerar que existen situaciones especiales como VIH-SIDA, diabetes, hipertensión, obesidad u otras problemáticas que combinan factores de desventaja diversos, vinculados a diferentes aspectos de la vida personal, social y cultural de los y las adolescentes, que los sitúan en condiciones de especial vulnerabilidad.

El H.E.C.S. es una institución acondicionada y cuenta además con una clínica privada para atender clientes que también se benefician de los adelantos médicos de la institución y contribuyen económicamente para permitir una recuperación de costos para la Honorable Junta de Beneficencia Guayaquil una organización social sin fines de lucro.

Consta de varias áreas:

- Emergencia
- Observación (monitoreo fetal)
- Pre-parto
- Parto
- Embarazo de alto riesgo (EAR)
- Cirugía
- Cuidados intermedio I
- Cuidado intermedio II
- Terapia
- Laboratorio clínico
- Banco de sangre
- Área de imagen
- Radiografía
- Ecografía
- Laparoscopia
- Colposcopia
- Urología
- Uroscopia
- Cardiología (electrocardiograma)
- Pensionado- semi-pensión
- Consulta externa
- Ginecología
- Obstetricia
- Infertilidad
- Perinatología
- Plan canguro
- Neonatología
- Genética
- Odontología
- Pediatría
- Mastologia

El desarrollo organizacional es de alto nivel; por ser un hospital de post-grado y especialidades y capacitaciones constantes al cliente interno, por congresos, talleres que se realizan por la institución durante todo el año.

Es un hospital docente, reconocido internacional y calificado por NORMA ISO 9001-2000, constituyéndose un hospital de **Cuarto nivel**, tiene como **misión** brindar servicios con calidad y calidez en las especialidades de Ginecología, Obstetricia y Neonatología a través de un equipo humano altamente capacitado, con tecnología apropiada.

Además se plantea la **visión** de ser un modelo de servicio del más alto nivel, Nacional e Internacional en nuestras especialidades, fortaleciendo el talento humano, la docencia e investigación.

El programa de adolescentes embarazadas ofrece información sobre temas de su cuerpo y las funciones normales y asesora detalladamente sobre los métodos anticonceptivos y la prevención de enfermedades de transmisión sexual (ETS).

4.- SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

Según datos de la Encuesta de Salud Materno Infantil (Endemain), del año 2009 impulsada por el Ministerio de Salud Pública (MSP), entre el 44% y 42% de las mujeres de entre 15 y 24 años que habitan en la provincia de Guayas, ha tenido al menos un embarazo.

La Maternidad Enrique Sotomayor ha registrado en lo que va del año 2014, 250 cesáreas, 280 partos normales y 40 abortos en mujeres de entre 15 y 19 años,

mientras que durante el año 2009 se contabilizaron 2.947 cesáreas, 3.229 partos y 777 legrados, presentándose 180 casos de pre-eclampsia, 50 óbitos fetales, 91 pacientes con enfermedades venéreas y 8 casos de VIH. (Revista Institucional Sotomayor. 2009)

“La cifra nacional es más reveladora. El Plan Nacional de Prevención del Embarazo en Adolescentes (PNPEA) ubica al Ecuador como el país andino con mayores niveles de fecundidad en este grupo de la sociedad. Este hecho se traduce en un promedio de 100 nacimientos por cada 1.000 mujeres”.²

Cabe destacar que en la nación según el censo del año 2009, viven cerca de dos millones y medio de jóvenes entre 10 años y 19 años, lo que significa que representan el 20% del total poblacional.

La directora de Información y Educación de Aprove, indica que la proliferación de embarazos precoces se ha incrementado debido a que "el inicio de la actividad sexual cada vez está descendiendo en edad".

Existen casos de niñas de 13 años que acuden al Departamento de Consulta Prenatal. A esta problemática, se suman otras situaciones, pues asegura que "mientras más temprano es el inicio sexual, más temprano también se pueden

² Plan Nacional de Prevención de Embarazo Adolescente. 2012.

presentar enfermedades como el cáncer cervical o el virus del papiloma humano" (Aprofe ,2012).

Además, el embarazo precoz está entre las primeras causas de muertes, debido a los problemas de malnutrición que afectan a más de un 55% de mujeres en edad fértil antes de embarazarse, y el 60% sufren de anemia cuando se embarazan, mientras que el 14% de recién nacidos nacen con bajo peso, factores que aumentan los riesgos de complicaciones y muerte durante el embarazo, parto, post-parto, y nacimiento a esto se suma la inadecuada calidad de atención obstétrica y neonatal según estudios realizados.

Entre los problemas médicos más comunes que sufren las jóvenes embarazadas están la anemia, infecciones en el tracto genitourinario e incluso el aborto. Con respecto a este último,

La Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar (ENIPLA, 2013) presentada al pueblo ecuatoriano por parte del Gobierno Nacional y ejecutada desde el Ministerio de Salud, Ministerio de Inclusión Social y Ministerio de Educación, es una política de salud acertada, que debe garantizar información, servicios, asesoría, para que las personas especialmente jóvenes, tomen decisiones en su vida sexual y reproductiva con autonomía, libertad, información.

En el Ecuador el promedio de hijos es de 3.3 hijos por mujer, sin embargo las más pobres y excluidas tienen hasta 5 hijos. Una de cada 5 mujeres adolescentes estuvo

embarazada o es madre y uno de cada 5 partos corresponde mujeres adolescentes menores de 19 años.

El embarazo en niñas entre 10 y 14 años ha aumentado en un 78% este último diez y se producen por lo menos 5 violaciones sexuales diarias.

Detrás de los embarazos en adolescentes se encuentran una serie de factores que inciden determinantemente en su desarrollo, siendo la falta de educación y la pobreza los que más se destacan.

Los datos del MSP indican que el 61% de adolescentes sin instrucción secundaria (en Guayas) tiene experiencia sexual y, de ese porcentaje, el 57% pertenece a Guayaquil.

La subsecretaria de Educación del Guayas, manifestó que la implementación de programas de educación sexual en los planteles de la provincia estaría contribuyendo a que las adolescentes "tengan un proyecto de vida claro, y no caigan en el embarazo".

Ante esto, El Plan Nacional de Prevención del Embarazo en Adolescentes (PNPEA) implementa el sistema de monitoreo y evaluación nacional, para poder actuar directamente sobre esta problemática en el Ecuador siendo de interés de educar y concienciar aquellas adolescentes embarazadas en un nuevo modelo de vida para tener una salud adecuada y conocer los riesgos que se enfrenta las adolescentes en esta etapa de vida.

La valoración al programa es una función importante en la práctica laboral, ya que nos permite verificar si los protocolos de atención a las adolescentes embarazadas se están aplicando en forma efectiva, evidenciándose resultados satisfactorios en la disminución de factores de riesgo.

5.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN

5.1.- Problema General

¿Cómo incide la aplicación del programa “Atención Integral de las adolescentes embarazadas”, en los factores de riesgo de morbi-mortalidad materno neonatal de las usuarias atendidas en el Hospital Gineco-Obstétrico Enrique C Sotomayor de la ciudad de Guayaquil, provincia del Guayas?

5.2.- Problemas Derivados

- ¿De qué manera las usuarias participan en el Programa “Atención Integral de las Adolescentes Embarazadas”?
- ¿Cómo el Programa de Salud Sexual y Reproductiva influye en los factores de riesgos de morbi-mortalidad materno neonatal de las adolescentes embarazadas?

- ¿Cuál es la metodología aplicada en el desarrollo de las actividades cognitivas del Programa “Atención Integral de Adolescentes Embarazadas”.

6.- DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

6.1.- Temporal

La investigación se realizó desde Junio de 2014.

6.2.- Espacial

- Hospital Gineco-Obstétrico Enrique C Sotomayor
- Ubicado en Pedro Pablo Gómez 206 entre Pio Montufar y 6 de marzo.
- Parroquia Bolívar
- Cantón Guayaquil
- Provincia Guayas

6.3.- Unidades de observación

- Director General (1)
- Administradora (1)
- Sub-administradora (1)
- Jefes de Áreas (3)
- Jefes de Guardias (3)
- Ginecólogos (3)

- Obstetras (2)
- Licenciadas en enfermería (3)
- Auxiliares de enfermería (5)
- Trabajadora Social (1)
- Usuaris (20)

7.- JUSTIFICACIÓN

El embarazo en adolescentes se ha convertido en un problema de salud pública importante, debido a que básicamente son las condiciones socioculturales las que han determinado un aumento considerable en su prevalencia, aconteciendo con mayor frecuencia en sectores socioeconómicos más disminuidos, aunque se presenta en todos los estratos económicos de la sociedad.

Este trabajo de investigación tiene gran **importancia** porque nos permite evaluar el desempeño de los profesionales de salud hacia la atención de las adolescentes con calidad, que es un grupo de población muy vulnerable ya que están atravesando por un proceso de cambios fisiológicos.

La evaluación constituye al proceso que determina, de manera sistemática y objetiva, la pertinencia, eficiencia, eficacia e impacto del programa en relación con los objetivos planteados para lo que fue creado, con la finalidad de mejorar el desarrollo de las acciones, que contribuya a la planificación, programación, toma de decisiones y participación de las adolescentes.

El riesgo potencial para las niñas adolescentes de llegar a quedarse embarazadas incluyen: Los tempranos contactos sexuales (la edad 12 años se asocia con un 91% de oportunidades de estar embarazadas antes de los 19 años, y la edad de 13 años se asocia con un 56% de embarazos durante la adolescencia). Según el Censo de 2010, en el país hay 346.700 niñas (de 10 años a 14 años). La cifra de embarazos trepó en la última década.

Las adolescentes se embarazan por falta de acceso a la educación e información a la sexualidad, en muchos hogares hablar del tema es todavía un tabú por el temor que tienen los padres de adelantar la idea de sexo en sus hijos.

La investigación es **factible** pues cuenta con el área de la consulta externa y la sala de alto riesgo, tiene el apoyo del director de la institución, jefes de área tocoquirúrgica, jefes de guardia, licenciadas de enfermería. y todo el personal médico y paramédico capacitado que por su amplia experiencia puede brindar al cliente una calidad de atención oportuna, evitando complicaciones posteriores, logrando de esta manera ubicar a la institución en primer lugar a nivel nacional.

Es **pertinente** este proyecto porque tiene la finalidad evaluar el antes y después de la aplicación del programa de atención a las adolescentes e identificar los factores de riesgo de este grupo de gestantes dentro de la institución, lograr que los jóvenes adolescentes reaccionen y vean con gran responsabilidad la sexualidad y el sexo su significado y las consecuencias que su práctica produce.

Las beneficiarias serán las adolescentes embarazadas, el personal de salud y la comunidad por la calidad de atención que se brindará en dicho centro hospitalario, además nos permitirá conocer la repercusión psicosocial en la madre adolescente y su hijo, siendo la base para generaciones de programas de estabilización familiar y desarrollo de políticas de salud tendientes a contrarrestar los factores, minimizar los riesgos a este grupo de la población.

8.- OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

8.1.- Objetivo General

Estudiar el efecto del Programa “Atención Integral de Adolescentes Embarazadas” sobre los factores de riesgos de morbi-mortalidad materno-neonatal de las usuarias atendidas en el hospital Gineco-Obstétrico Enrique C Sotomayor, de la ciudad de Guayaquil, provincia del Guayas.

8.2.- Objetivos Específicos

- Determinar la participación de las usuarias en el programa “Atención Integral de las Adolescentes Embarazadas”.
- Establecer la influencia del Programa de Salud Sexual y Reproductiva influye en la disminución de los factores de riesgos en la morbi-mortalidad materno-neonatal en las adolescentes.
- Analizar la metodología aplicada para el desarrollo de actividades cognoscitivas del Programa “Atención Integral de las Adolescentes Embarazadas”.

CAPITULO II

9.- MARCO TEÓRICO DE LA INVESTIGACIÓN.

9.1.- Marco Conceptual

Embarazo adolescente.-

Embarazo adolescente o embarazo precoz es aquel embarazo que se produce en una mujer adolescente, entre la adolescencia inicial o pubertad (comienzo de la edad fértil y final de la adolescencia).

La OMS establece la adolescencia entre los 11 y los 18 años El término también se refiere a las mujeres embarazadas que no han alcanzado la mayoría de la edad jurídica.

La mayoría de los embarazos en adolescentes son embarazos no deseados. El embarazo en una adolescente puede llegar a término, produciéndose el nacimiento, o interrumpirse por aborto, ya sea este espontaneo o inducido.

Programa de Atención Integral de la Mujer

El Programa Integral de Salud de la Mujer presenta los protocolos de atención y prestación de servicios de salud en relación con la atención del embarazo, parto y puerperio; la atención del recién nacido; la atención integral a la mujer, planificación familiar y métodos anticonceptivos, y guías para la vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna y perinatal.

Evaluación del Impacto de Salud

La OMS define la evaluación del impacto en la salud (EIS) como una combinación de procedimientos, métodos y herramientas a través de las cuales se puede juzgar una política, programa o proyecto en relación con sus efectos potenciales sobre la salud de la población y la distribución de tales efectos.

Procesos Cognitivos

Conjunto de procesos mentales que tienen lugar entre la recepción de estímulos y la respuesta a éstos.

Funciones complejas que operan sobre las representaciones perceptivas o recobradas de la memoria a largo plazo. Procesos cognitivos básicos:

1.- Sensación es el efecto inmediato de los estímulos en el organismo (recepción del estímulo) y está constituido por procesos fisiológicos simples.

2.- Percepción depende de la actividad neural del cerebro. Organización e interpretación de la información que provee el ambiente, interpretación del estímulo como objeto significativo.

3.- Atención y concentración es la capacidad de seleccionar la información sensorial y dirigir los procesos mentales.

- **Atención sostenida:** Capacidad para mantener atención localizada o dividida durante largos periodos de tiempo.
- **Atención alterna:** Capacidad de cambiar de una a otra tarea sin confundirse.
- **Atención selectiva:** Capacidad de anular distractores irrelevantes manteniendo la concentración en el estímulo relevante.
- **Atención dividida:** Atender a más de un estímulo sin pérdida en la ejecución. Explica los lapsus en la vida diaria.
- Alteraciones de la atención.

La atención sufre oscilaciones normales, debidas a fatigas, estrés, emociones diversas, y también por trastornos de la conciencia, la afectividad, la psicomotricidad, el daño orgánico cerebral, etc.

4.- Memoria es una condición de la identidad. Es un proceso por medio del cual la información se codifica, se almacena y se recupera. González (2012).

Norma de Atención

Es un término que proviene del latín y significa “escuadra”. Una norma es una regla que debe ser respetada y que permite ajustar ciertas conductas o actividades. Las adolescentes tienen derechos a la evaluación integral de crecimiento y desarrollo con énfasis en la detección de riesgos biopsicosociales y la identificación de factores protectores de su salud, actividad que debe realizar el médico, odontólogo, nutricionista, salud mental, trabajador social, enfermera y ayudantes de salud.

Normas y Técnicas Administrativas del Programa Nacional de Salud Integral de las Adolescentes. (2010).

Riesgos /vulnerabilidad en las Adolescentes

Se fundamenta en que no todos los individuos tienen la misma probabilidad o riesgo de padecer un daño determinado, sino que para algunos ésta probabilidad será mayor, lo que establece mayores necesidades de cuidados.

El enfoque de vulnerabilidad facilita la comprensión de la necesidad de seguimiento de salud y transformación de los entornos para mejorar las condiciones de vida, proporcionando educación, recursos técnicos y otras formas de apoyo social, se debe prestar atención al acceso de salud en extrema pobreza, indígenas, negros, migrantes, privados de libertad, los que viven en la calle, los alcohólicos, drogadictos, los que trabajan, los abandonados y los adolescentes con discapacidad.

Embarazo de bajo Riesgo

Es el embarazo habitual, que tiende a ser normal, en una mujer que no tiene factores de riesgo que hagan peligrar la salud de ella, ni de su bebé.

Embarazo de alto riesgo

Es aquel en que el riesgo de enfermedad o muerte, antes o después del parto es mayor que lo habitual, tanto para la madre como para el producto de la gestación.

Satisfacción de las Usuarías

“Grado de cumplimiento por parte del servicio de salud respecto de las expectativas del usuario en relación con los servicios que éste ofrece”. “El conocimiento del grado de satisfacción del usuario aporta un diagnóstico de los problemas de calidad de la atención, la gestión visualizada por el usuario” (MINSAL, 2010).

“Conocer la satisfacción del usuario permite focalizar las acciones y priorizar a la luz de la calidad de atención” (Donavedian, 2010, Caminal, 2010).

“Un mayor grado de satisfacción influye positivamente sobre el grado de aceptabilidad y cumplimiento de las recomendaciones terapéuticas” (Corbella y Maturana, 2010).

Mortalidad Materna

La OMS define la mortalidad materna como la muerte de una mujer durante su embarazo, parto, o dentro de los 42 días después de su terminación, por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo, parto o puerperio o su manejo. Por lo general se hace una distinción entre muerte materna directa, que resulta de una complicación del propio embarazo, parto o su manejo, y una causa de muerte indirecta, que es una muerte asociada al embarazo en una paciente con un problema de salud pre-existente o de reciente aparición.

La mortalidad materna es un evento centinela que vigila la calidad de los sistemas de salud en los estados y países del mundo.

Hay factores asociados a la muerte materna que no implican un buen o mal estado de salud general, como son el aborto provocado y las muertes relacionadas a la violencia contra la mujer.

Mortalidad Perinatal

Es un indicador de los riesgos de muerte ligados a la reproducción y es muy importante porque permite tener reflejo de la atención prenatal, durante el parto y post-parto actuando como demarcador tanto de la calidad del servicio de salud materno infantil como de la condición nutricional de la madre y del entorno en que ésta vive.

Enfoque Intercultural

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

9.2.- Marco referencial de la Investigación

9.2.1.- Antecedentes Investigativos

El control de salud integral de adolescente ha sido definido como la atención integral de adolescentes que permite evaluar el estado de salud, así como el crecimiento y desarrollo, identificando precozmente los factores de riesgo y problemas de salud, con el objeto de intervenir en forma oportuna, integrada e integral, con enfoque anticipatorio, participativo y de riesgo

Un antecedente de esta tesis es un Programa de Atención Integral de Adolescentes Embarazadas realizado en Chile. El Ministerio de Salud (MINSAL) ha priorizado la salud de adolescentes y jóvenes a partir del año 2010. En el año 2011 se formula la Estrategia Nacional de Salud para el logro de los Objetivos Sanitarios de la Década 2011 – 2020 y el Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes.

Los objetivos definidos por el MINSAL son: generar un vínculo con adolescentes, evaluar su crecimiento y desarrollo, promover el desarrollo saludable de adolescentes, pesquisar y tratar precozmente los problemas de salud, detectar factores y conductas de riesgos, prevenir hábitos y conductas de riesgos relacionadas con enfermedades prevalentes que generen morbimortalidad en esta etapa y en la adultez, entregar educación en salud de adolescentes y sus familias. Utilizaron la ficha CLAP para el control de salud integral de adolescentes.

Se analizaron 18.450 fichas clínicas de adolescentes controlados, de 10 a 14 años procedentes de los 29 Servicios de Salud. El promedio de edad fue de 12,4 años. Un 47,6% de adolescentes acuden sin acompañantes al control de salud. Un 88,8% vive con padres. Un 81,7% recibe una buena relación familiar.

Un 99,7% estudia. El 20% declara tener problemas escolares y un 14,5% refiere violencia escolar. Un 9,2% problemas psicológicos. El 11,9% presencia de enfermedades crónicas. Un 23% consumo de alcohol y/o drogas familiares. 11,4% violencia intrafamiliar y 14,5% refiere antecedente de madre adolescente³

El 6,1% del grupo adolescente controlado ya ha iniciado actividad sexual, de ellos el 19% ha tenido varias parejas, el 0,9% ha tenido relaciones sexuales bajo coerción, 40,3% ha utilizado condón y el 80,1% de ellos ha recibido consejería. Un 1,2% de ellos manifiesta ideación suicida.

Esto refleja que las preocupaciones de adolescentes y sus acompañantes no coinciden en el caso de los problemas de salud percibidos.

Otra investigación relativa al tema, es el trabajo de Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) y el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), Panorámica del Embarazo en adolescentes en México, se presentó un estudio en el año 2012, de 22.804.083 adolescentes de los cuales se entrevistaron a 21.519, se tiene que:

³ Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, 2012.

El 90% de 12 a 19 años de edad conoce o ha escuchado hablar de algún método anticonceptivo: el 23% ha iniciado vida sexual, del total de adolescentes sexualmente activos, el 14,7% de hombres y 33,4% de mujeres no utilizaron ningún método anticonceptivo en la primera relación sexual. El condón se ubica entre los métodos más utilizados por los adolescentes, el 80,6% indicó el uso de hormonales-

Del total de las mujeres adolescentes de 12 a 19 años de edad que tuvieron relaciones sexuales la mitad (51,9%) alguna vez ha estado embarazada y el 10,7% estaba cursando embarazo al momento de la entrevista. La tasa de fecundidad en 2011 de las mujeres de 12 a 29 años de edad fue de 37 nacimientos por cada mil mujeres, superior a la observada en el 2005 para la ENSANUT-2006 de 30 nacimientos por cada mil mujeres.

En relación con la Atención Prenatal, el 97,3% recibió atención durante su último embarazo, que se brindó por médicos en 91,2% y en 7,2% por enfermeras, el 1% de pacientes fueron atendidas por parteras.

La atención prenatal en el primer trimestre del embarazo en mujeres de 12 a 19 años tuvo un incremento de 10% en los últimos 12 años, aumento que fue más relevante en los últimos 6 años al pasar de 64,7% en el 2000 a 65,2% en el 2006, para alcanzar 74,4% en el 2012.

La proporción de cesáreas por urgencias en las adolescentes es mayor en áreas metropolitanas 29,7% que en las áreas urbanas 24,8%. Los resultados muestran que

ha habido un incremento en los nacimientos en mujeres adolescentes del 2005 al 2011 de 30 a 37 por cada mil mujeres, datos que indican que la promoción de la salud y educación sexual entre los adolescentes es de gran relevancia.

Otra investigación relativa al estudio es una tesis realizada por la psicóloga Silvia Romero O. en la ciudad de Quito, 2011, en centro de acogida para madre de adolescentes gestantes, denominado Proyecto Adoleisis. Estudio que busca identificar el proceso de apropiación del rol materno, dando énfasis en el modelo transgeneracional, para lo cual escogió como muestra a siete usuarias, dando como resultado:

La madres adolescente con un alto nivel de diferenciación es capaz de afirmar sus propias creencias maternas, sin la necesidad de atacar las creencias de terceros (madres), mediante el proceso de razonamiento intelectual puede considerar aquellos comportamientos maternos válidos y reproducirlos en su rol materno. La adolescente con un bajo nivel de diferenciación manifiesta conductas maternas propias, al adoptar una postura contraria al patrón de comportamiento materno, cuando ha vivenciado una relación frustrada con su madre.

La madre adolescente que ostenta un bajo nivel de diferenciación, establece con su hijo una relación basada en la ansiedad materna, esto hace que le niño sea considerado como objeto para calmar su angustia. Al no ser percibido como sujeto, esta relación no está dirigida por las necesidades reales del niño, consiguiendo que el proceso de apropiación del rol materno sea parcial.

Este patrón está destinado a repetirse en las generaciones futuras (madre adolescentes-hijo), para apaciguar la ansiedad generada por la indiferenciación materna.

La madre adolescente que no ha logrado un proceso de separación emocional en la relación con sus propios padres, desarrolla vínculos más estrechos con sus hijos (extrema cercanía), puesto que no puede separarse de estos y ser ella misma por su falta de self (dependencia emocional). Las madres adolescentes que han sido implicadas en procesos de triangulación en la entre sus padres, son afectadas por el nivel de diferenciación de éstos, lo que explica el desarrollo de conductas impulsivas y pérdida de autonomía debido a la sobreprotección.

Se entiende como alto nivel de diferenciación del self (independencia emocional): Mayor adaptabilidad, flexibilidad, seguridad en sí misma, evaluación realista (yo) y autonomía.⁴

Bajo nivel de diferenciación del self (dependencia emocional): menor adaptabilidad, flexibilidad, inseguridad en sí misma, evaluación distorsionada del (yo), dependencia parental, incapacidad para establecer metas.

⁴ “Proceso de apropiación del rol materno en madres adolescentes”. Romero S, 2011.

9.2.2.- Referencia Teórica

Definición De Evaluación Programa De Salud

Rossi y Freeman, (2008) consideran que la evaluación es la aplicación sistemática de procedimientos de investigación para determinar la conceptualización, el diseño, la implementación y la utilidad de los programas.

Patton, (2008) la define como la sistemática recopilación de información relacionada con las características y resultados de programas implementados en poblaciones específicas, y así mejorar la efectividad del programa y facilitar la toma de decisiones.

Cronbach, (2008) define la evaluación como la compilación y uso de la información que facilite la toma de decisiones en un programa.

Weiss, (2008) considera que el propósito de la investigación evaluativa es medir los efectos de un programa al compararlos con las metas que se propuso lograr y así contribuir a la toma de decisiones del programa y a la optimización futura de los recursos.

La definición de evaluación de programas de salud de acuerdo a Rossi, Freeman y Cronbach, (2008): Evaluación es la aplicación sistemática de procedimientos de

investigación para determinar la conceptualización, el diseño, la implementación y la utilidad de los programas, que facilite la toma de decisiones.

La evaluación de un programa sirve para determinar su continuidad, así como mejorar su desempeño, añadir o suprimir algunas actividades, asignar recursos, generar conocimiento y, muy importante, replicar el programa en otros lugares y otros contextos.

Según San Martín, (1998). "El objetivo primordial de la evaluación es probar en términos positivos y cuantitativos el progreso de salud conseguido por la acción". Esto quiere decir que deben ser muy claros y concisos a la hora de establecer los objetivos y metas.

La evaluación debe estar orientada a los siguientes objetivos.

- 1- Medir el grado en que se adecua a la realidad y lo que queremos conseguir (idoneidad)
- 2- Valorar la eficacia en la consecución de los objetivos.
- 3- Dar cuenta de la eficiencia con la que ha conseguido lo que se había propuesto.
- 4- Facilitar la toma de los participantes.
- 5- Fomentar un análisis prospectivo sobre cuáles y como deben ser las intervenciones futuras.

Se debe tener en cuenta:

- La capacidad de respuesta, según las situaciones concretas de los usuarios del programa. Es importante de no tratar de aplicar modelos preestablecidos, sino adaptarlas a las personas y contextos.
- La metodología debe ser flexible, esto quiere decir que debemos considerar diferentes métodos y elegir los más adecuados a cada momento.
- La planificación de los momentos de evaluación y sus resultados deben ser minuciosamente estudiados. El factor tiempo es muy importante. Una evaluación puede ser no útil si el tiempo que pasa entre la formulación de preguntas evaluativas y su contestación no es el adecuado.
- También debe tener en cuenta la sensibilidad social, es decir todos los sectores implicados, junto con los intereses y razones que tiene para la evaluación.
- La creatividad en la recogida información y en la resolución de situaciones de evaluación, requiere en muchos casos, escoger la opción más adecuada y eficiente.
- El proceso evaluativo debe ser continuo, ya que los resultados son utilizados para la mejora y cambio de programa.

Principios básicos

Los principios de la evaluación nos garantiza que esta se realice en forma sistemática, rigurosa y científica. Tenerlas en cuenta a la hora de planificarla nos

proporciona una seguridad en la información que nos ofrece. La evaluación debe ser objetiva, válida, confiable, oportuna y práctica.

- La evaluación será **objetiva** si mide, analiza y concluye sobre los hechos tal, y como se producen en la realidad, sin que los evaluadores la contaminen con su forma de pensar y sentir.
- El cumplimiento de este principio nos indica que nuestra evaluación es válida cuando mide de alguna manera demostrable lo que quiere medir, libre de distorsiones sistemáticas “Según Stufflebeam y Shinkfel (1989). Describir el objeto en su evolución y contexto .Debe revelar las virtudes y defectos del plan de evaluación, de los procedimientos y las condiciones .Debe de estar libre de influencias y proporcionar conclusiones válidas y fidedignas.
- Llevar acabo el principio de **confiabilidad** consiste en establecer si las diferencias de resultados se deben a inconsistencia de la medida.
- Es una evaluación **oportuna** si se aplica en el momento adecuado, a fin de que no se produzcan distorsiones en la situación evaluada como producto del trascurso del tiempo.
- Una evaluación es **práctica** si está condicionada en cuanto, a sus características, por el fin que se quiere dar a sus resultados y estos sirven de apoyo al proceso de toma de decisiones en relación con situación evaluada.

- Debe ayudar a identificar lo positivo y lo negativo del objeto evaluado, así como proporcionar una respuesta adecuada para mejorarlo.
- Cuando hablamos de principios básicos que fundamentan la evaluación todos entendemos que nos referimos a la fiabilidad y validez.

La fiabilidad hace referencia al grado de permanencia, estabilidad o consistencia de las mediciones. En consecuencia, una evaluación es fiable si, cada vez se aplica una prueba a personas que tienen las conductas que el instrumento pretende medir, se obtienen los mismos resultados.⁵

La validez es un principio de fundamentación para la evaluación de similar importancia de cara a la evaluación de los instrumentos. Se considera que una prueba es válida cuando mide lo que debe medir.

Ha de ser realista, en cuanto a que debe estar ajustada al tiempo y a los recursos que se posean. Siempre hay que dar prioridad a los aspectos más relevantes para nuestro trabajo.

Un aspecto necesario es la participación de todos los sectores implicados en el proyecto del programa en los momentos de evaluación establecidos.

⁵ Educación para la Salud. Evaluación de proyectos y programas, 2011.

Funciones que desempeña

Función diagnóstica. Esta función es propia de la evaluación inicial aunque no es exclusiva. El diagnóstico de los distintos aspectos y elementos de la estructura, proceso y producto de un programa es la base de adaptación de este a las características y exigencias concretas de cada situación, ofreciendo de este modo la posibilidad de tomar medidas correctivas y de recuperación precisas.

Función predictiva. El conocimiento del punto de partida, así como el rendimiento previo demostrado en cualquier situación, junto con las aptitudes de las personas, podrán servir de base para que el evaluador intente predecir o pronosticar rendimientos y posibilidades futuras. Dichas estimaciones predictivas, podrán realizarse intuitiva o técnicamente (utilizando métodos estáticos sencillos sobre ecuaciones de regresión simple o múltiple) pudiendo utilizar como base para su orientación. La evaluación debe estar siempre orientada al futuro.

Función orientadora. Esta función debe estar presente en todo proceso, en estructura y funcionamiento y, en todos los elementos de la planificación, tecnología recursos, etc., a través de la retroalimentación de la información conseguida.

Función de control. Esta función es inherente a la evaluación. Los proyectos y programas de educación para la salud se diseñan para ser eficaces en la consecución de sus metas consideradas a priori valiosas desde perspectivas sociales y educativas. Son intervenciones sociales que se orientan a la mejora, bien por la vía a

reducir efectos negativos, bien por los de potenciar los logros, o por la de optimizar tiempos y recursos.

La evaluación cualitativa se caracteriza:

- Orientarse más que a los resultados finales a los procesos, más que a un determinado momento, al desarrollo de capacidades. Para evaluar el desarrollo de estas últimas, necesitamos saber el punto de partida, la incidencia de los aprendizajes y el punto en que se encuentran. Es continua y adaptada al contexto.
- Está orientada a los valores, costumbres y creencias de las personas a las que evalúa. Implica conocer los aspectos internos y cualitativos del usuario. Bolívar 1998, afirma “Comprender un acción humana de los alumnos exige que estos nos tengan que expresar, en primera persona, los motivos intenciones y significados vividos. La auto interpretación de lo realizado y su expresión narrativa, son constituyentes de una evaluación cualitativa“.
- Al estar centrada en los procesos, tiene como referencia el progreso del alumno, no los resultados finales.
- La piedra angular de esta evaluación es la consideración del fenómeno observado como único y singular.

La evaluación cuantitativa se caracteriza:

- La búsqueda de objetividad en la evaluación.
- Está basada en el método hipotético-deductivo de las ciencias naturales y los métodos experimentales.
- Está sujeta a normas estrictas de la metodología estadística y al control de las variables.
- Enfocada a los resultados.
- Busca información cuantitativa medida con técnicas cuantitativas.
- Considera a la educación como proceso tecnológico.

Métodos De Evaluación

Las fases metodológicas sugeridas por Rottman, (2008) y colaboradores se sintetizan en lo siguiente:

- ✓ Descripción del programa a estudiar.
- ✓ Identificación de los temas o preguntas a tener en cuenta en la evaluación.
- ✓ Definición del proceso de obtención de la información requerida.
- ✓ Recolección de la información según lo definido.
- ✓ Análisis de la información recolectada.
- ✓ Recomendaciones a los tomadores de decisión.
- ✓ Divulgación de los hallazgos a los tomadores de decisiones y otras audiencias.

Elementos del Diseño de una Evaluación

Todos los diseños formales, ya sean formativos, de proceso, de resultados, de impacto o de una combinación de éstos, deben tener ocho elementos básicos:

1) Declaración de los Objetivos de la Comunicación

Si no existe una definición adecuada de los logros deseados, la evaluación no puede medirlos. Los evaluadores necesitan unos objetivos claros y definidos para medir los efectos del programa. El Programa de adolescentes si tiene los objetivos claros y definidos.

2) Definición de los datos que van a ser recopilados

Esta es la determinación de lo que va a ser medido en relación con los objetivos.

3) Metodología

Un diseño de estudio es formulado para permitir que la medición se haga en una manera válida y confiable. El programa es confiable y válido.

4) Instrumentación

Los instrumentos de recopilación de datos son diseñados y pre-evaluados. Estos instrumentos pueden ser simples páginas de llevar cuentas para contar las respuestas del público, hasta encuestas y formularios de entrevistas complejos. Para la valoración del programa se realizan encuestas y entrevistas.

5) Recopilación de Datos

Es el proceso actual de reunir la información.

6) Procesamiento de Datos

Es expresar la información en una forma que pueda ser utilizada para análisis.

7) Análisis de Datos

Es la aplicación de técnicas estadísticas para determinar relaciones significativas.

8) Documentación

Es recopilar y evidenciar los resultados de la evaluación. Estos resultados raramente señalan si el programa ha sido un éxito o un completo fracaso. Hasta cierto punto, todos los programas tienen elementos buenos y malos.

Instrucciones para el Diseño de una Evaluación

Ideas para Acciones. Apunte las ideas y estrategias que usted quisiera tratar en la evaluación de su propio programa de comunicación de riesgo a la salud.

Plan de Acción. Elija dos o tres de sus ideas de evaluación y desarrolle acciones específicas para implementarlas.

Escriba estas ideas en una forma de plan de acción. Cuando desarrolle su plan de acción, hágase a sí mismo las siguientes preguntas:

Planificación

- ¿Es la acción específica (Son usados verbos de acción)? SI
- ¿Cuánto tiempo éste tomará? Tres meses.
- ¿Está escrito de tal forma que cualquier persona puede entender cuando las acciones ocurrirán? Si

Recursos

- ¿Están disponibles las destrezas y los recursos para llevar a cabo las acciones? Si
- ¿Quién llevara a cabo las acciones? Personal Gineco-obstétrico y paramédico.
- ¿Se necesitan materiales o equipos especiales? No, solo participación del personal involucrado
- ¿Es requerido un monitoreo o seguimiento continuo? Si

“La evaluación es un instrumento útil para determinar efectividad. Esta es esencial porque provee retroalimentación acerca de si los mensajes de riesgo son recibidos, entendidos e internalizados por las personas a las cuales van dirigidos. Sin ella tendríamos que usar sus interpretaciones subjetivas acerca de que podría ser más efectivo y que no. Por lo tanto, la falta de evaluación afecta la calidad de servicios en riesgos específicos y la meta principal, que es mejorar la salud pública”.⁶

⁶ "Fundamentos de evaluación para los programas de comunicación de riesgo a la salud y sus resultados". 2 (1).

La mejor manera de aplicar los resultados de una evaluación es el mejorar las actividades de riesgos que estén en curso. La evaluación también es valiosa para lo siguiente:

- Proveer evidencia de la necesidad de fondos adicionales u otros recursos.
- Aumentar el entendimiento institucional y el apoyo de las actividades de comunicación de riesgo.
- Promover acuerdos cooperativos con otras organizaciones que estén en curso.
- Evitar el repetir los mismos errores en futuros esfuerzos de comunicación de riesgos.

Dentro del proceso gerencial que implica actividades que ordinariamente realizan los gerentes, llevándola a cabo en mayor o menor grado los evaluadores de todos los niveles, labor que incluye lo siguiente:

Planeación.- Se determinan metas y objetivos que incluyen políticas o guías de acción, procedimientos de operación, reglamentaciones y normas.

La AMERICAN MANAGEMENT ASSOCIATION, Ivancevich, Koncpaske, Matteson, 2013 sostiene el evaluador dedique el tiempo en el siguiente porcentaje:

- 38% a problemas del día
- 40% problemas a una semana
- 15% problemas de un mes adelante
- 5% problemas de tres a seis meses
- 2% problemas al año

Los Planes o Programas se clasifican usualmente según su duración y propósito en:

Planes de largo plazo los formula la alta gerencia y se espera que estén en operación de dos a cinco años.

Planes de corto plazo; los que más interesan al supervisor, se basan en operaciones por un año o menos.

A nivel departamental los planes a corto plazo pueden ser vigentes un día, una semana, un mes, un trimestre. El evaluador es responsable de los planes a corto plazo “tácticos”, los ejecutivos de nivel superior de los planes a largo plazo “estratégicos”.

Procedimientos Aplicados en la Atención de las Adolescentes Embarazadas

Procedimientos y actividades que los equipos de salud ofrecen a la adolescente embarazada y su pareja, así como a sus familias, para identificar factores de riesgo biopsicosociales o enfermedades en la gestante que puedan afectar al curso del embarazo y la salud del recién nacido/a.

Componentes:

Son: promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud materna, peri y neonatal e información sobre sus derechos, con enfoques de interculturalidad, género y generacional.

Normas de Atención a la Adolescente Embarazada

El control prenatal debe tener las siguientes características:

Completo E Integral

- Atención por personal calificado.
- Detección precoz del embarazo.
- Control periódico e integral de la embarazada.

Atención A

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

Precoz

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

Periódico

Toda mujer embarazada de BAJO RIESGO deberá completar mínimo 7 controles prenatales (uno de diagnóstico y seis de seguimiento), con el cumplimiento de todas las actividades que se registran en la Historia Clínica Perinatal del CLAP/SMR – OPS/OMS. MSP – HCU. Form. # 051.

Nivel mínimo eficiente: 7 controles

Dos en las primeras 20 semanas; uno entre las 22 y 27 semanas; uno entre las 28 y 33 semanas; dos entre las 34 y 37 semanas; uno entre las 38 y 40 semanas.

Afectivo

- Toda embarazada debe ser bienvenida y atendida con calidez y calidad.
- Los horarios de atención deben favorecer la concurrencia al control prenatal.
- Cuanto mayor el número de horas de atención, más elevado el número de mujeres que pueden concurrir.
- Cumplir con el horario de turnos y reducir el tiempo de espera de las pacientes.
- Se deben realizar exámenes y pruebas que respondan a un propósito inmediato y que se ha demostrado que son beneficiosas.

El Embarazo en Adolescente debe apoyarse también con:

Plan de parto; Seguimiento postnatal; Programa educativo y preventivo; Club de padres y madres adolescentes; Psicoprofilaxis del embarazo y parto; Promoción de la lactancia materna; Planificación familiar y salud reproductiva; Nutrición y crecimiento; Fomento del rol materno y paterno; Puericultura y cuidado del recién nacido; Sexualidad y salud reproductiva;

Fortalecimiento de la autoestima y toma de decisiones; Reinserción escolar y Orientación vocacional; Economía familiar.

Calidad de Atención

La calidad de atención al cliente es un proceso encaminado a la consecución de la satisfacción total de los requerimientos y necesidades de los mismos, así como también atraer cada vez un mayor número de clientes por medio de un posicionamiento tal, que lleve a éstos a realizar gratuitamente la publicidad de persona a persona. (Horovitz, J. 1997).

Normas de Calidad y Eficiencia

Calidad se emplea la mayoría de las veces con diferentes significados. Al hablar de bienes de calidad, la gente se refiere, normalmente, a bienes de lujo o excelentes. Pero su significado es ambiguo y muchas veces su uso depende de lo que cada uno entiende por calidad. (Paganini, J. 2010)

Definición de la calidad según Norma ISO 9000:2008

En la Norma ISO 9000:2008 se ofrece una definición de calidad bastante genérica y de aplicación en distintos campos:

Calidad: Grado en el que un conjunto de características inherentes cumple con los requisitos.

Esta norma hace referencia a dos grupos de requisitos:

- Las necesidades o expectativas establecidas (características que cada uno establece)
- Las implícitas u obligatorias (características que se presupone se deben cumplir)

La American Society For Quality, define la calidad como: "La totalidad de funciones y características de un producto que les permite satisfacer una determinada necesidad."

En España la Asociación Española para la Calidad (AEC) tiene como finalidad "fomentar y apoyar la cultura de la Calidad como vía para aumentar la competitividad de las empresas y organizaciones españolas". Representa a nuestro país en organismos internacionales.

Calidad de atención del Hospital Gineco-obstétrico Enrique C. Sotomayor

El Hospital Enrique C. Gineco-Obstétrico Enrique C. Sotomayor brinda: normas de prevención y atención médica en salud, reproductiva a población de escasos recursos económicos y a quien pueda contribuir a su presentación.

“El hospital se esfuerza por entregar sus servicios como procesos de atención en consulta externa, hospitalización, medicina crítica, docencia e investigación, procurando mejorar continuamente la satisfacción de sus clientes internos y externos”.⁷

Por tanto la calidad es disminuir la morbi-mortalidad materno-neonatal, además disminuir el índice de cesáreas en pacientes adolescentes.

Los servicios de salud deben incorporar progresivamente el enfoque de calidad que estará centrada en la satisfacción del usuario, como:

Universalidad, equidad, integralidad, eficacia, eficiencia, calidad, calidez, respeto, confidencialidad:

Estrategias:

- Visualización del Programa y de la situación de adolescentes.

⁷⁷ Hospital Gineco Obstétrico Enrique C. Sotomayor, Política de calidad. 2011.

- Información adecuada y oportuna sobre temas de promoción de la salud de adolescentes.
- Promotores juveniles de salud y desarrollo integral de adolescentes.
- Contribución, implementación y monitoreo de políticas relacionadas con la salud y el desarrollo integral de adolescentes.
- Incorporación del componente de salud y desarrollo integral de adolescentes en el plan curricular de carreras de pre y post grado.
- Desarrollo de Proyectos de Seguridad Alimentaria Nutricional.
- Detección y atención de discapacidades.

¿Por qué es necesario el control prenatal?

Un control ideal de embarazo se debe realizar precozmente antes de las 8 semanas de gestación, asegura la disminución de la morbi-mortalidad materna-neonatal, porque a través del control se puede detectar patologías maternas y fetales.

¿Cuáles son los problemas más frecuentes en el embarazo?

Los problemas que se asocian a morbi-mortalidad materna son: la hemorragia obstétrica, las infecciones de vías urinarias, enfermedades de transmisión sexual, rotura prematura de membranas, el síndrome hipertensivo del embarazo (pre-eclampsia y eclampsia) y las enfermedades maternas pre-gestacionales y todas estas complicaciones se pueden disminuir con un seguimiento continuo prenatal, el médico mediante exámenes de laboratorio, las ecografías, las vitaminas y

medicamentos necesarios, con el control prenatal, monitoriza el crecimiento y la vitalidad fetal, además se facilita la identificación temprana de posibles patologías en el embarazo.

Psico-profilaxis del embarazo y parto

La práctica de ejercicio físico mejora la condición cardiovascular y muscular, favorece la corrección postural y evita un aumento excesivo de peso, lo que proporcionará a la embarazada una mejor condición física general y le permitirá enfrentarse al trabajo del embarazo y parto con menos riesgos.⁸

Así mismo disminuye las molestias digestivas y el estreñimiento, aumenta el bienestar psicológico reduciendo la ansiedad, la depresión y el insomnio y crea hábitos de vida saludables.

Mejora la tensión arterial y protege frente a la diabetes gestacional, pudiendo ser empleado como tratamiento alternativo que permitiría disminuir o incluso suprimir el uso de insulina. Acorta el tiempo de hospitalización postparto y reduce el número de cesáreas.

El nivel de adaptación al ejercicio físico previo al embarazo será un factor determinante en la tolerancia y posibilidades de realizar actividad física: a mayor adaptación aeróbica, mayor eficiencia cardiorrespiratoria y energética, mejor vascularización de los tejidos y mayor capacidad de eliminar calor.

⁸ Beneficios del ejercicio físico en el embarazo. 2010.

Protocolo de Atención a la Adolescente Embarazada

Flujograma

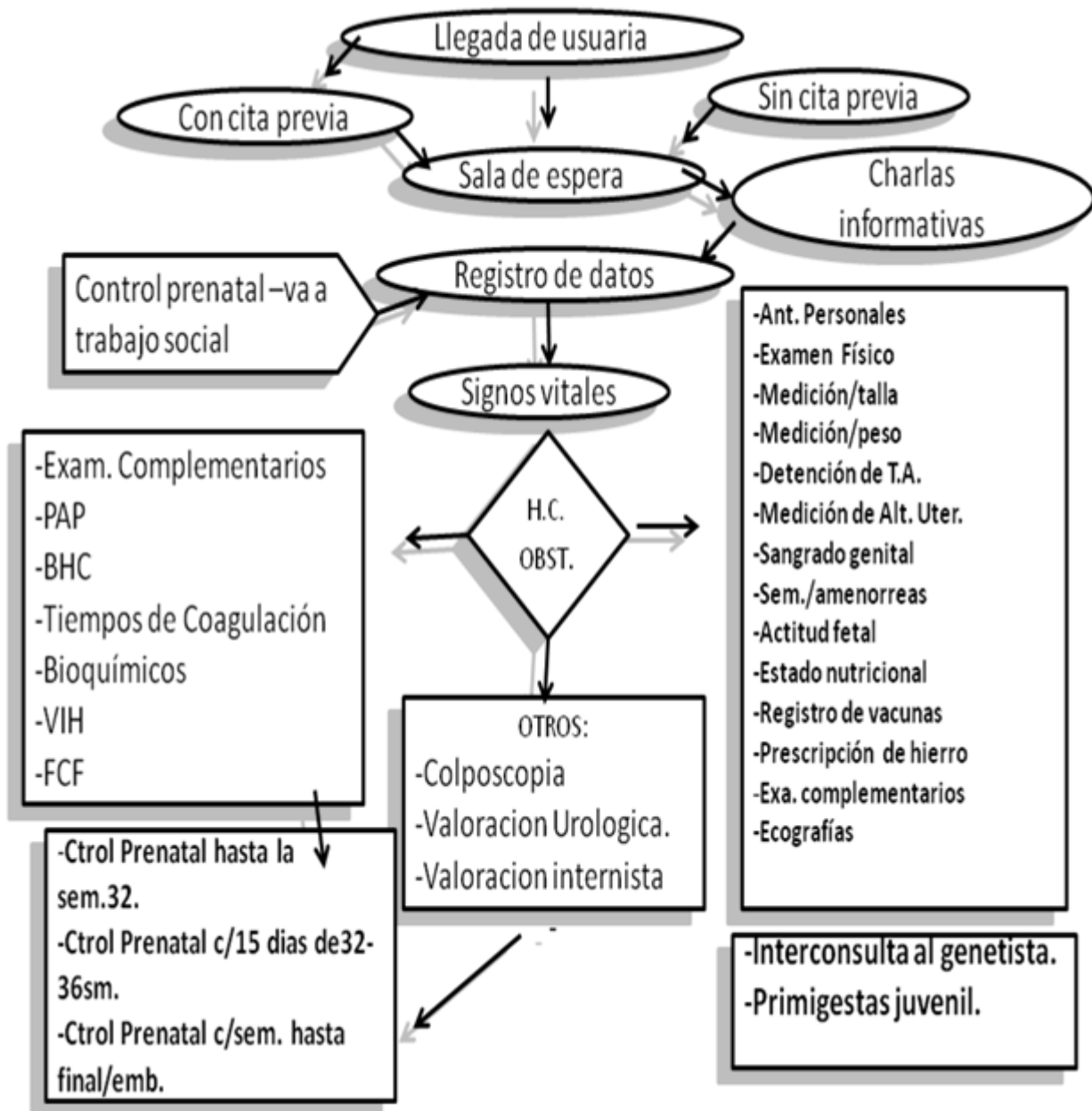


Figura 1. FLUJOGRAMA DE ATENCIÓN A LA ADOLESCENTE EMBARAZADA⁹

⁹ Hospital Gineco-Obstétrico E.C. Sotomayor, 2011

9.3- POSTURA TEÓRICA

Es importante considerar la evaluación del programa Atención Integral de Adolescentes Embarazadas, puesto que ésta permite establecer en qué medida tiene lugar el cumplimiento de metas y la correspondencia entre gasto y objetivos.

Es importante reconocer que la evaluación de los programas de salud permite medir los logros alcanzados, la utilidad de los mismos y en general, permite mejorar el desempeño e incluso el impacto del programa. Es imposible conocer la evolución de un programa o intervención en salud si no tenemos métodos de evaluación que nos permitan ajustar las estrategias, realizar cambios, optimizar los recursos y facilitar la toma de decisiones basadas en resultados

La evaluación constituye al proceso que determina, de manera sistemática y objetiva, la pertinencia, eficiencia, eficacia e impacto del programa en relación con los objetivos planteados para lo que fue creado, con la finalidad de mejorar el desarrollo de las acciones, que contribuya a la planificación, programación, toma de decisiones y participación de las adolescentes.

Con el fin de lograr concientizar a la población de adolescentes embarazadas, se muestra en esta investigación cual es la importancia que tienen la asistencia a los controles prenatales; especialmente enfatizar los riesgos que presenta la población antes mencionada ya que carecen de experiencia y conocimiento para enfrentar esta nueva situación en su vida a temprana edad.

Para las adolescentes el embarazo en esta edad las desafía a asumir nuevas responsabilidades, para las que aún no están preparadas, con frecuencia esto se acompaña del rechazo por parte de las personas cercanas, el abandono de la pareja, la estigmatización y censuras lo que conlleva al aislamiento social de la adolescente.

La importancia que tienen los controles prenatales en esta etapa, es fundamental; les brindan una excelente atención y capacitación, así como en la detección precoz de los factores de riesgos que pueden afectar la salud integral del binomio madre-hijo. Por tal motivo se busca dar a conocer por medio de charlas, encuestas pedagógicas y didácticas; orientar e informar a esta población escogida para que en su proceso de gestación ellas sientan un apoyo, más no rechazo.

10.- HIPÓTESIS

10.1.- Hipótesis general

La Aplicación del Programa “Atención Integral de las adolescentes Embarazadas” permitirá satisfacer los objetivos programados en las usuarias atendidas en el Hospital Gineco-Obstétrico Enrique C. Sotomayor, en la ciudad de Guayaquil, provincia del Guayas.

10.2.- Hipótesis particulares

- La participación de las usuarias en el Programa “Atención Integral de las Adolescentes Embarazadas” lograra reducir la morbi-mortalidad materno neonatal.

- Una evaluación profunda del Programa de Salud Sexual y Reproductiva nos permite identificar los métodos de planificación familiar apropiados.
- Si se elabora y aplica un modelo de metodología en el desarrollo de actividades cognoscitivas se mejoraría la calidad del Programa “Atención Integral de las Adolescentes Embarazadas”, logrando beneficiar las condiciones Psico-sociales de las adolescentes.

10.3.- VARIABLES

Variables Independientes

- Programa “Atención Integral de Adolescentes Embarazadas”.
- Metodología de las actividades cognoscitivas.

Variables Dependientes

- Factores de riesgo.
- Satisfacción de las usuarias.

CAPITULO III

11.- DISEÑO METODOLÓGICO

11.1- Por el propósito

La investigación es de tipo **aplicada** porque sirve para resolver problemas prácticos concretos.

11.2- Por el nivel de estudio

Es de nivel **descriptivo**. Descriptivo porque está encaminada a determinar el grado de relación existente entre las variables constituyentes.

11.3- Por el lugar

Por las fuentes a las que recurrirá el investigador para recabar la información es de **tipo campo o directa**. Porque la información necesaria que se reúne se toma del contacto directos con los hechos, ya sean estos ocurran de manera ajena al investigador o este los provoque con un adecuado control de las variables que intervienen. (Áreas de: consulta externa, emergencia y embarazo de alto riesgo del HECS).

La información clave en que se basan las conclusiones es tomada de la realidad misma, es decir del campo o lugar donde se ubican los informantes, no en documentos escritos.

11.4.- Diseño por la dimensión temporal

Es transversal porque en la investigación se utiliza la encuesta, los datos se recogen sobre los grupos de sujetos (adolescentes embarazadas).

En un solo momento temporal. Se trata del estudio en un determinado corte puntual en el tiempo. (Abril a Junio).

11.5.- Métodos de la investigación

La metodología que aplicamos para distinguir en la práctica la esencia de los procesos, hechos, fenómenos y objetos del mundo sobre la base de las manifestaciones externas, fenoménicas; por ello utilizáramos el pensamiento abstracto, el conocimiento hermenéutico para establecer la Valoración del Programa Atención Integral de Adolescentes Embarazada que se realiza en el Hospital Gineco Obstétrico Maternidad Enrique C. Sotomayor de la Ciudad de Guayaquil.

Los métodos que utilizamos los hemos resumido en los siguientes:

- Científico
- Descriptivo
- Deductivo-Inductivo
- Hermenéutico
- Estadístico

11.5.1.- Método Científico

El método científico nos permitirá a través de la conceptualización ubicar estratégicamente los objetivos, metas y valores para el establecimiento de la relación causa y efecto de la actuación comportamiento de lo investigado en el presente trabajo.

11.5.2.- Método Histórico Lógico

La aplicación de este método nos permite descubrir el devenir y desarrollo de los fenómenos centrándonos en sus aspectos fundamentales y en los dos procedimientos.

El Procedimiento histórico estuvo relacionado con el estudio de la trayectoria real de los fenómenos y acontecimientos en el recurrir de una etapa o período.

El procedimiento lógico se ocupa de investigar las leyes generales del funcionamiento y desarrollo del fenómeno, es decir el estudio de su esencia. Lo lógico y lo histórico se complementa y se vincula mutuamente.

Para descubrir cómo se suscitan los fenómenos, el método lógico se basa en los datos que proporciona el método histórico, de manera que no constituyó un simple razonamiento especulativo. De igual modo lo histórico no se limitó a describir los hechos, también descubrió la lógica objetiva del desarrollo histórico del objeto de la investigación.

11.5.3.- El Método Hipotético-Deductivo

Se aplica este método en la presente investigación, para reconocer, que a través de la hipótesis planteada, se demuestre como se aplica e incide la implementación de la educación sexual en la disminución de los embarazos en adolescentes. A través de la deducción de los resultados obtenidos.

11.5.4.- Método Inductivo y Deductivo

Con este método se analizan casos particulares a partir de los cuales se extraen conclusiones de carácter general. El objetivo es el descubrimiento de generalizaciones y teorías a partir de observaciones sistemáticas de la realidad.

La deducción fue la forma de razonamiento, mediante la cual pasamos de un conocimiento general a otro de menor generalidad. En este caso, el hecho nos hizo comprender que un conocimiento verdadero nos garantiza una conclusión verdadera, siempre y cuando estuviese bien fundamentadas las premisas iniciales.

Las etapas de este método pueden enumerarse de la siguiente forma:

- Recolección de datos
- Categorizar las variables observadas
- Establecer regularidades y relaciones entre los datos observados

- Emitir hipótesis mediante las observaciones realizadas en situaciones controladas.
- Sometimiento a prueba de las hipótesis a partir de observaciones controladas.
- Se obtiene una estructura de generalizaciones relacionadas sistemáticamente que posibiliten elaborar una teoría.

11.5.5.- Método descriptivo

Se usa este método en la investigación para clasificar y ordenar estadísticamente los datos conseguidos facilitando la interpretación de los mismos.

11.6.- UNIVERSO Y MUESTRA

11.6.1.- Universo:

La población o universo a investigar lo conforman las 1053 pacientes embarazadas, los directivos y jefes de áreas, así como el personal de salud que labora en el Hospital Gineco Obstétrico Maternidad Enrique C. Sotomayor, el personal de salud a encuestarse es Director, jefes de áreas, de la consulta externa, emergencia, toco-quirúrgico, miembros del equipo de salud (enfermeras, médicos tratantes, obstétricas, laboratoristas, pediatras, etc.).

11.6.2.- Muestra:

Para determinar el tamaño de la muestra de los usuarios se utiliza la siguiente formula estadística: desde abril a junio.

Fórmula

$$n = \frac{S^2}{\frac{E^2}{Z^2} \cdot N}$$

Datos:

n = Tamaño de la muestra

N= Tamaño de la poblacion

S= Desviacion estándar de la poblacion(conocida o estimada apartir de anteriores estudios)

Z= Margen de confiabilidad o numero de unidades de desviacion estandar en la distribucion normal que producira el nivel deseado de confianza:para una confianza del 95% = 0,05 ,Z= 1.96.

E= Error de estimacion admitido 0,4.

Cálculo para muestra

$$n = \frac{(0,4)^2}{\frac{(0,05)^2}{(1,96)^2} \cdot 1053}$$

$$\mathbf{n} = \frac{0,16}{\frac{0,0025}{3,8416} \quad \frac{0,16}{1053}}$$

$$\mathbf{n} = \frac{0,16}{\frac{0,00065}{08} \quad \frac{0,00015}{19}}$$

$$\mathbf{n} = \frac{0,16}{0,0008027}$$

$$\mathbf{n} = 199,32 = 200$$

11.7.- TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

Técnicas

- Observación, La encuesta, La entrevista

Instrumentos

- Historias Clínicas, Guía para la entrevistas, Cuestionario

Procesamiento de la Información

La investigación fue elaborada, procesada y sistematizada de la siguiente manera:

- Investigación bibliográfica.
- Construcción del marco contextual
- Elaboración del marco teórico
- Construcción del diseño metodológico
- Redacción y presentación del borrador de lo anterior
- Aplicación de instrumentos de investigación
- Tabulación de datos.
- Procesamiento de datos
- Redacción del informe final.
- Socialización del proyecto.
- Método inductivo.

CAPITULO IV

12.- RESULTADOS OBTENIDOS DE LA INVESTIGACIÓN.

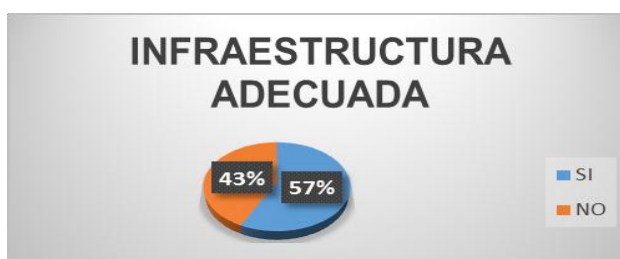
12.1.- Análisis e interpretación de los resultados

Formato dirigido a las usuarias embarazadas adolescentes que acuden a hospital gineco-obsterico Enrique C. Sotomayor.

1. ¿Ud. considera que la infraestructura donde acude a su control prenatal es adecuada?

Si () No ()

ALTERNATIVAS	TABLA 1. FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	115	58%
NO	85	43%
TOTAL	200	100%



Fuente: Guayaquil, HECS. 2013

Elaborado: Cecilia Anzules. Sandra Delgado

Figura 2.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Según el análisis estadístico la tabla y el gráfico demuestran que el 58 % de los encuestados afirman que la infraestructura donde acuden a su control prenatal es el adecuado y el 43 % considera que no, demostrando las usuarias que si están satisfechas por el lugar donde asisten a su control prenatal.

2. ¿Considera que el tiempo que espera hasta su atención en la consulta externa es?

Mucho () Poco () Normal ()

TABLA 2.

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MUCHO	13	7%
POCO	52	26%
NORMAL	135	68%
TOTAL	200	100%



Fuente: Guayaquil, HECS. 2013

Elaborado: Cecilia Anzules. Sandra Delgado

Figura 3.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Según el análisis estadístico la tabla y grafico indican que 68 % de los encuestados afirman que el tiempo de espera para su atención en la consulta externa es normal, el 26 % dicen que es poco, y el 7 % es mucho, demostrando que el tiempo que tiene que esperar para su atención en la consulta externa es razonable.

3. ¿Ud. considera que el profesional médico lleno sus expectativas durante su control prenatal?

Malo () Regular () bueno () Excelente ()

TABLA 3.		
ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MALO	0	0%
REGULAR	8	4%
BUENO	132	66%
EXCELENTE	60	30%
TOTAL	200	100%



Fuente: Guayaquil, HECS. 2013

Elaborado: Cecilia Anzules. Sandra Delgado

Figura 4.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Según el análisis estadístico la tabla y gráfico demuestran que el 66 % de los encuestados afirman que los profesionales médicos **son buenos** llenan sus expectativas durante su control prenatal , y el 30 % consideran que son **excelentes**. y el 4 % indica que es regular, demostrando así que los profesionales médicos si están satisfaciendo las expectativas de las usuarias.

4.¿ Se realizo usted los exámenes de laboratorio y complementarios durante el embarazo?

SI () No ()

TABLA 4.

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	200	100%
NO	0	0%
TOTAL	200	100%



Fuente: Guayaquil, HECS. 2013
Elaborado: Cecilia Anzules. Sandra Delgado
Figura 5.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Según el analisis estadisticos de la tabla y grafico demuestran que el 100% de los encuestados afirman que los exámenes de laboratorio y complementarios se realizaron, demostrando asi su interes por su embarazo..

5. ¿ Considera usted que el proceso de atención en el hospital Enrique C.

Sotomayor es correcto?

Si () No ()

TABLA 5.

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	185	93%
NO	15	8%
TOTAL	200	100%



Fuente: Guayaquil, HECS. 2013

Elaborado: Cecilia Anzules. Sandra Delgado

Figura 6.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Según el análisis estadístico de la tabla y gráfico demuestran que el 93% de los encuestados afirman que el proceso de la atención aplicados en esta institución son adecuados y el 8% consideran que no. Demostrando que el proceso de atención aplicado en el HES tiene buena aceptación por las pacientes.

6.-¿ Considera que las charlas o capacitaciones recibidas contribuyen para el normal desarrollo de su embarazo?

Si () No ()

TABLA 6.

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	180	90%
NO	20	10%
TOTAL	200	100%



Fuente: Guayaquil, HECS. 2013

Elaborado: Cecilia Anzules. Sandra Delgado

Figura 7.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Según el análisis estadístico de la tabla y grafico demuestran que 90% de las pacientes, consideran que las charlas y capacitaciones recibidas en la institución si contribuye el desarrollo de su embarazo, mientras que un 10% creen que estas charlas recibidas no les ayudo en su etapa de embarazo.

7. ¿Considera Ud. que el programa de salud sexual le brinda beneficios a su embarazo?

Si () No ()

TABLA 7.

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	173	87%
NO	27	14%
TOTAL	200	100%



Fuente: Guayaquil, HECS. 2013

Elaborado: Cecilia Anzules. Sandra Delgado

Figura 8.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

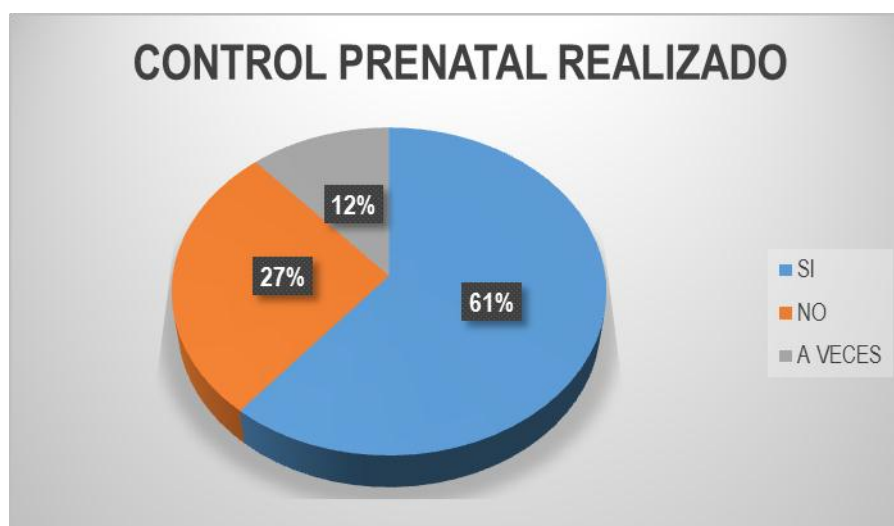
Según el análisis estadístico de la tabla y gráfico demuestran que el 87% de los encuestados afirman que el programa de salud sexual brinda beneficios a su embarazo y el 14 % considera que no, demostrando que el programa de educación sexual si aporta beneficios a la embarazada.

8.- ¿Realizo usted el control pre natal en los periodos establecidos en esta institución?

Si () No () A veces ()

TABLA 8.

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	122	61%
NO	55	28%
A VECES	23	12%
TOTAL	200	100%



Fuente: Guayaquil, HECS. 2013

Elaborado: Cecilia Anzules. Sandra Delgado

Figura 9.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.

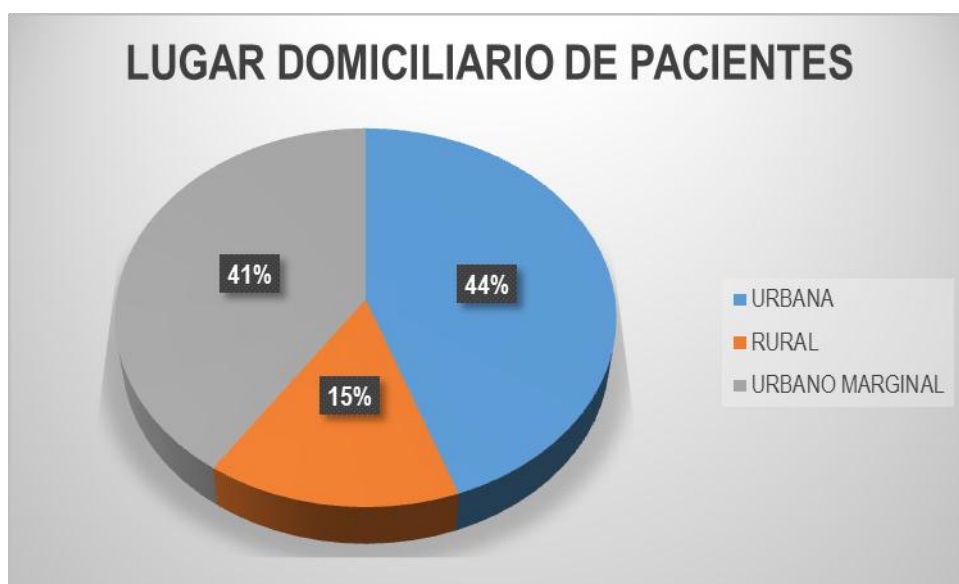
Según el análisis estadístico de la tabla y grafico demuestran que el 61 % de los encuestados afirman que si se realizaron el control prenatal, el 28 % no lo hicieron y un 12% lo hicieron a veces demostrando así que la mayoría de las usuarias han asistido con regularidad al control prenatal.

9. ¿El lugar donde usted reside es?

Urbana () Rural () Urbano marginal ()

TABLA 9.

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
URBANA	89	45%
RURAL	30	15%
URBANO MARGINAL	81	41%
TOTAL	200	100%



Fuente: Guayaquil, HECS. 2013

Elaborado: Cecilia Anzules. Sandra Delgado

Figura 10.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.

Según el análisis estadístico de la tabla y gráfico demuestran que el 45% de los encuestados residen en la zona urbana, un 15% residen en la zona rural y un 41% residen en zonas urbanas marginales. Demostrando así, que la mayoría de pacientes que acuden a la institución provienen de la ciudad.

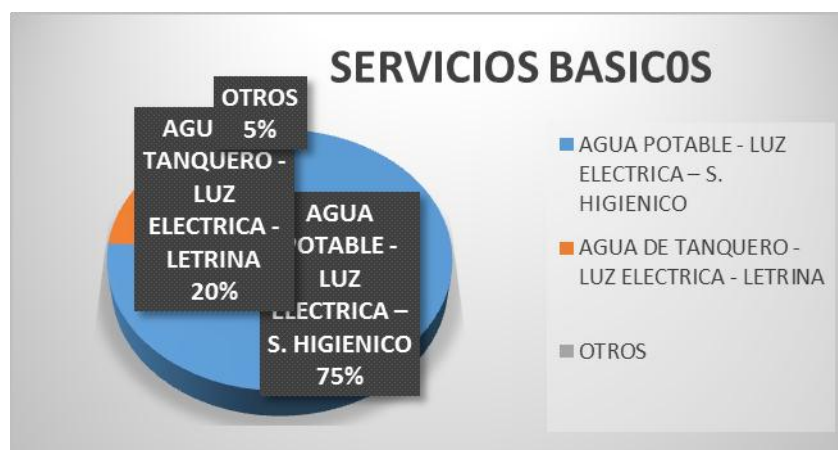
10. ¿Qué servicios básicos posee?

Agua Potable - Luz Eléctrica - Servicio Higiénico ()

Agua de tanquero - Luz Eléctrica - Letrina () Otros ()

TABLA 10.

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	%
AGUA POTABLE - LUZ ELÉCTRICA – S. HIGIÉNICO	151	76%
AGUA DE TANQUERO - LUZ ELÉCTRICA – LETRINA	39	20%
OTROS	10	5%
TOTAL	200	100%



Fuente: Guayaquil, HECS. 2013

Elaborado: Cecilia Anzules. Sandra Delgado

Figura 11.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.

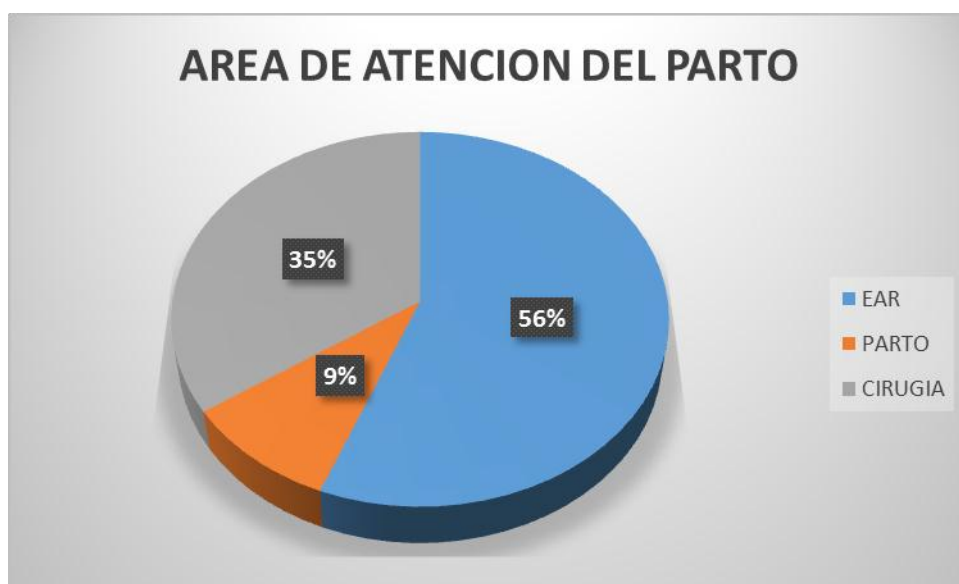
Según el análisis estadístico se demuestra que el 66% de los encuestados afirman que poseen Agua Potable, luz eléctrica y servicio higiénico, el 30% posee agua de tanquero, luz eléctrica y letrina y el 5% no posee servicios básicos. Demostrando así que una considerable cantidad de pacientes acceden a todos los servicios básicos.

11. ¿En qué área del hospital fue atendido su parto?

Embarazo de alto riesgo EAR () Parto () Cirugía ()

TABLA 11.

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
EAR	112	56%
PARTO	19	10%
CIRUGÍA	69	35%
TOTAL	200	100%



Fuente: Guayaquil, HECS. 2013

Elaborado: Cecilia Anzules. Sandra Delgado

Figura 12.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.

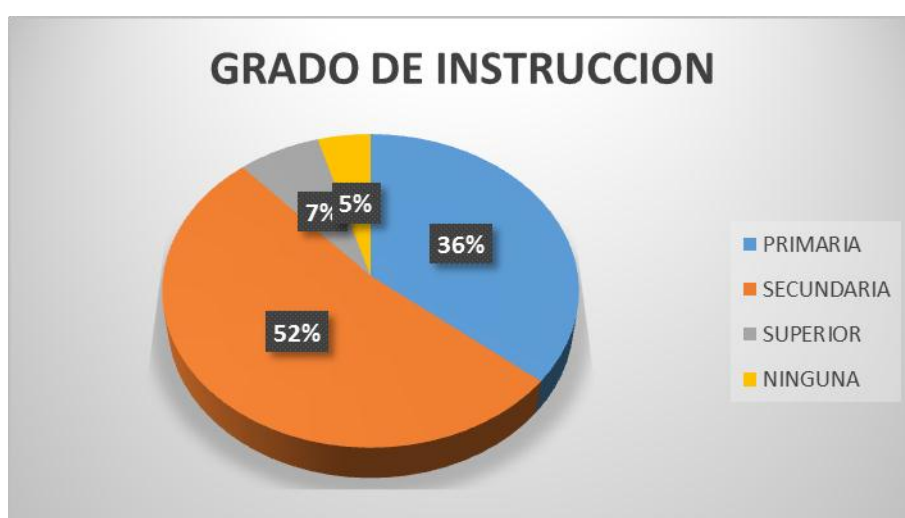
Según el análisis estadístico de la tabla y gráfico demuestran que el 56% de los encuestados afirman que su parto fue atendido en la sala de alto riesgo y que un 35% termino en cirugía, y un 10% fue atendido en sala de parto normal, demostrando así que la mayoría de las pacientes adolescentes fueron atendidas en su parto en la sala correspondiente a EAR (embarazo de alto riesgo).

12. ¿Qué grado de instrucción tiene?

Primaria () Secundaria () Superior () Ninguna ()

TABLA 12.

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PRIMARIA	72	36%
SECUNDARIA	105	53%
SUPERIOR	14	7%
NINGUNA	9	5%
TOTAL	200	100%



Fuente: Guayaquil, HECS. 2013

Elaborado: Cecilia Anzules. Sandra Delgado

Figura 13.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.

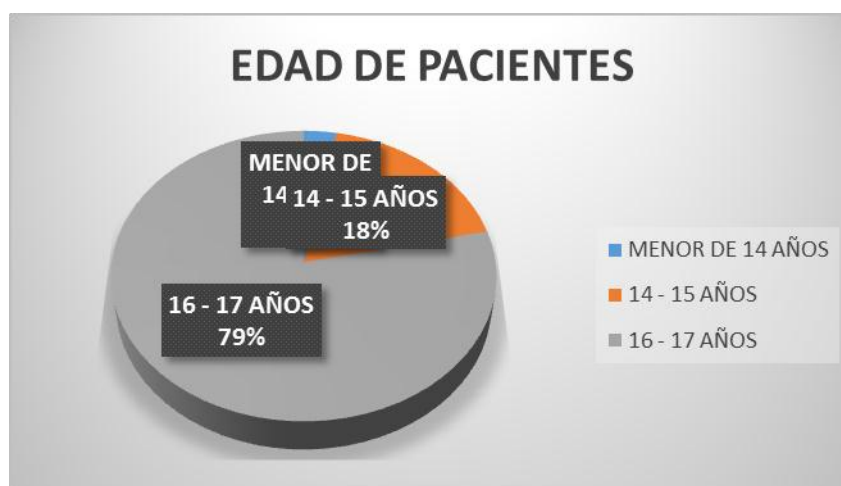
Según el análisis estadístico de la tabla y gráfico demuestran que el 36% de las adolescentes tienen estudio primario, un 53% de secundaria, un 7% llegaron a la educación superior, mientras que un 5% no recibieron educación, demostrando que la mayoría de adolescente posee un nivel de instrucción secundario.

13. ¿Qué edad tiene?

Menos de 14 () 14-15 Años () 16-17 Años ()

TABLA 13.

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MENOR DE 14 AÑOS	6	3%
14 - 15 AÑOS	37	19%
16 - 17 AÑOS	157	79%
TOTAL	200	100%



Fuente: Guayaquil, HECS. 2013

Elaborado: Cecilia Anzules. Sandra Delgado

Figura 14.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.

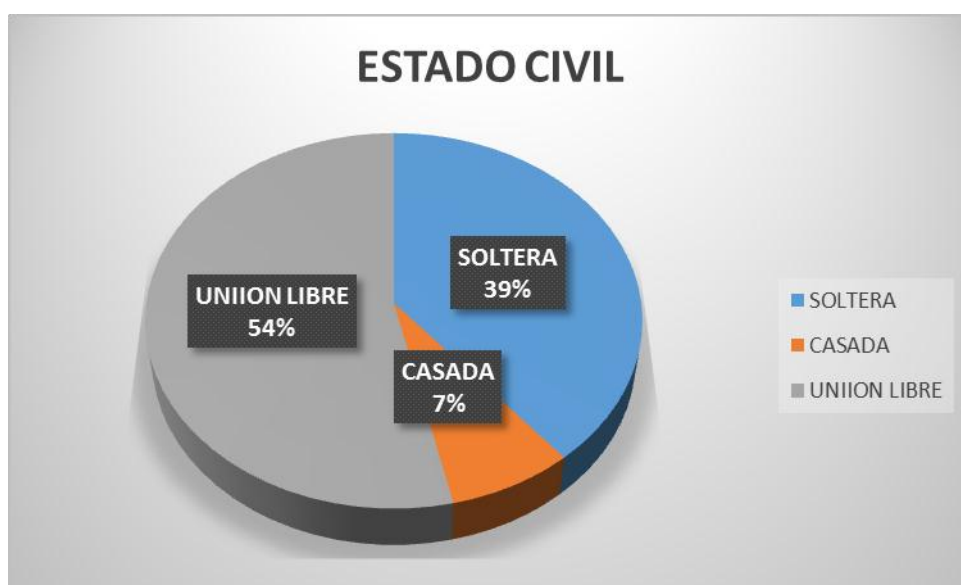
Según el análisis estadístico de la tabla y gráfico demuestran que el 79% de las pacientes tienen entre 16 y 17 años, mientras que el 19% comprenden su edad entre los 14 y 15 años, finalmente u 3% son menores de 14 años. Este resultado nos indica que la edad más común de embarazo adolescente se presenta entre los 16 y 17 años.

14. ¿Qué estado civil tiene?

Soltera () Casada () Unión Libre ()

TABLA 14.

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SOLTERA	78	39%
CASADA	15	8%
UNIÓN LIBRE	107	54%
TOTAL	200	100%



Fuente: Guayaquil, HECS. 2013

Elaborado: Cecilia Anzules. Sandra Delgado

Figura 15.

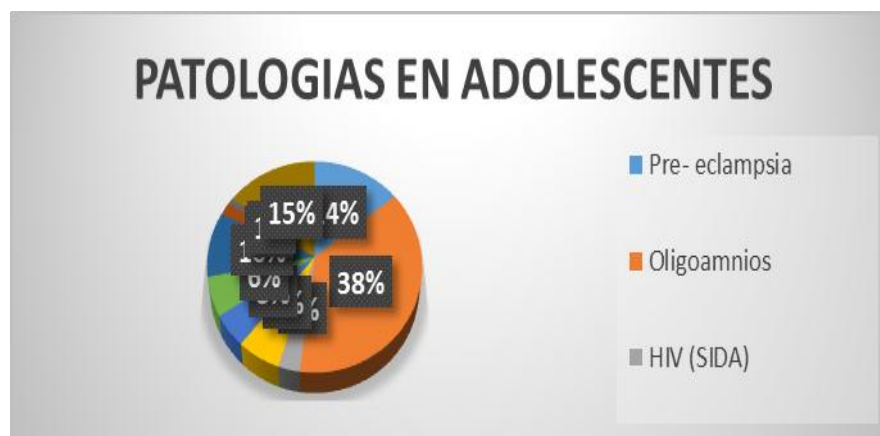
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.

Según el análisis estadístico de la tabla y gráfico demuestran que el 54% de las adolescentes poseen un estado civil de unión libre, el 8% son casadas y un 39% son solteras, lo que refleja que estas adolescentes presentan su embarazo en unión libre con sus parejas.

15. De la siguiente lista, en su embarazo ¿Cuál de estas patologías presento?

TABLA 15.

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Pre- eclampsia	29	15%
Oligoamnios	75	38%
HIV (SIDA)	6	3%
Condilomatosis	12	6%
Placenta previa	10	5%
Anemia	12	6%
IVU	20	10%
Óbito fetal	4	2%
Atonía uterina- Histerectomía	2	1%
Sin patología – normal	30	15%
TOTAL	200	100%



Fuente: Guayaquil, HECS. 2013

Elaborado: Cecilia Anzules. Sandra Delgado

Figura 16.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.

Según el análisis estadístico de la tabla y gráfico demuestran que las principales patologías que las adolescentes presentan el 38% de oligoamnios, el 15% en pre-eclampsia y el 6% en condilomatosis. Mientras que un 15% no se encontró patología alguna.

16. ¿De cuantas semanas nació su hijo (RN)?

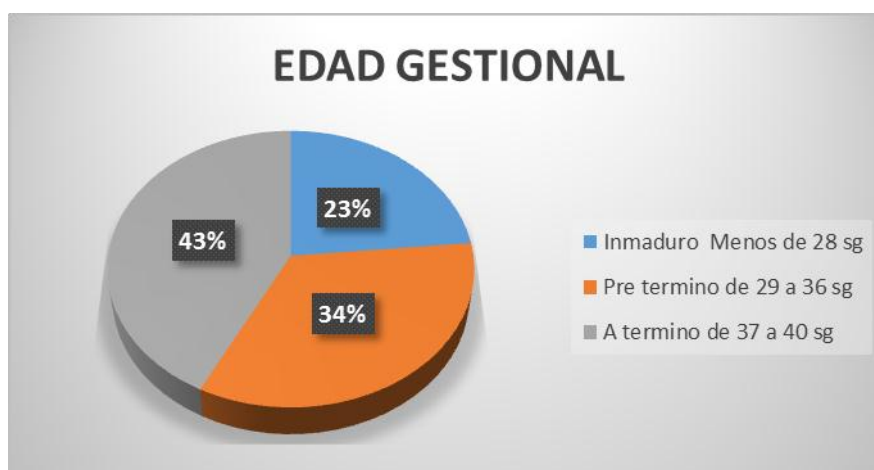
Inmaduro Menos de 28 sg ()

Pre termino de 29 a 36 sg ()

A término de 37 a 40 sg. ()

TABLA 16.

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	%
Inmaduro Menos de 28 sg	47	24%
Pre termino de 29 a 36 sg	68	34%
A termino de 37 a 40 sg	85	43%
TOTAL	200	100%



Fuente: Guayaquil, HECS. 2013

Elaborado: Cecilia Anzules. Sandra Delgado

Figura 17.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.

Según el análisis estadístico de la tabla y gráfico demuestran que el 43% de los embarazos llegaron en una etapa a término, el 34% corresponde a los embarazos pre términos y un 24% a los embarazos inmaduros demostrando así que la mayoría de los embarazos llegaron a una edad adecuada.

17 ¿El peso de su hijo (RN) al nacer es?

Bajo PEG () Adecuado AEG () Grande GDG ()

TABLA 17.

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Bajo PEG	75	38%
Adecuado AEG	119	60%
Grande GDG	6	3%
TOTAL	200	100%



Fuente: Guayaquil, HECS. 2013

Elaborado: Cecilia Anzules. Sandra Delgado

Figura 18.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.

Según el análisis estadístico de la tabla y gráfico demuestran que el 60% del peso del recién nacido (RN) son adecuados para la edad gestacional, el 38% corresponde a RN con bajo peso al nacer y un 2% de RN con un peso grande para la edad gestacional. Demostrando así que hay una alta incidencia de RN con un buen peso al nacer.

HOSPITAL GINECO OBSTETRICO "ENRIQUE C. SOTOMAYOR"

12.3.- FORMATO DE ENCUESTA A LOS PROFESIONALES DE SALUD

Fecha:

1.- ¿Considera Ud. Que la creación del consultorio para la atención de adolescentes embarazadas ha generado calidad de servicio?

MUCHO

POCO

NADA

TABLA 18.

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MUCHO	10	100%
POCO	0	0%
NADA	0	0%
TOTAL	10	100%



Fuente: Guayaquil, HECS. 2013

Elaborado: Cecilia Anzules. Sandra Delgado

Figura 19.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.

El 100% de los profesionales encuestados consideran que la creación de este consultorio aporta calidad de servicio en la atención de las pacientes.

2.- ¿Considera Ud. Que llena las expectativas de sus pacientes?

SI NO

TABLA 19.

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	8	80%
NO	2	20%
TOTAL	10	100%



Fuente: Guayaquil, HECS. 2013

Elaborado: Cecilia Anzules. Sandra Delgado

Figura 20.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

El 20% de los profesionales encuestados consideran que su atención no llena las expectativas requeridas por sus pacientes, mientras el 80% considera que si cumplen con la satisfacción total en su atención brindada.

3.- ¿Usted brinda un buen trato a las usuarias adolescentes embarazadas?

SI

NO

TABLA 20.

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	%
SI	9	90%
NO	1	10%
TOTAL	10	100%



Fuente: Guayaquil, HECS. 2013

Elaborado: Cecilia Anzules. Sandra Delgado

Figura 21.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

El 90% del personal encuestado indica que su trato a la paciente es bueno, calido y satisfactorio, mientras que un 10% considera que existen factores por mejorar al momento de prestar su servicio medico.

4.-¿Forma parte usted de las capacitaciones emitidas a las adolescentes embarazadas?

SI

NO

TABLA 21.

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	%
SI	10	100%
NO	0	0%
TOTAL	10	100%



Fuente: Guayaquil, HECS. 2013

Elaborado: Cecilia Anzules. Sandra Delgado

Figura 22.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Según el análisis estadístico de las tablas y gráficos demuestran que de la encuesta realizada a los profesionales todos participan de las charlas y o capacitaciones que se emiten a las adolescentes para el bienestar binomio de madre e hijo, ya que por esta herramienta se conocen los riesgos a los que se exponen.

5.- ¿Conoce usted si el programa de educación sexual y reproductiva se aplica en la institución?

SI

NO

TABLA 22.

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	%
SI	7	70%
NO	3	30%
TOTAL	10	100%



Fuente: Guayaquil, HECS. 2013

Elaborado: Cecilia Anzules. Sandra Delgado

Figura 23.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

El 30% de los profesionales indican que desconocen del programa de educación sexual y reproductiva aplicado en la atención de las adolescentes, mientras que un 70% indica que conoce de la implementación del mencionado programa en las consultas y controles para los que acuden las adolescentes embarazadas

6.- ¿Considera usted que el tiempo de 10 minutos que le brinda a las pacientes es satisfactorio?

SI

NO

TABLA 23.

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	%
SI	4	40%
NO	6	60%
TOTAL	10	100%



Fuente: Guayaquil, HECS. 2013

Elaborado: Cecilia Anzules. Sandra Delgado

Figura 24.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Un 60% de los profesionales indican que 10 minutos es un tiempo aceptable para dar la atención solicitada, mientras que un 40% considera que este periodo no es el más óptimo.

7.- ¿Usted aplica los protocolos y normas establecidos en el programa?

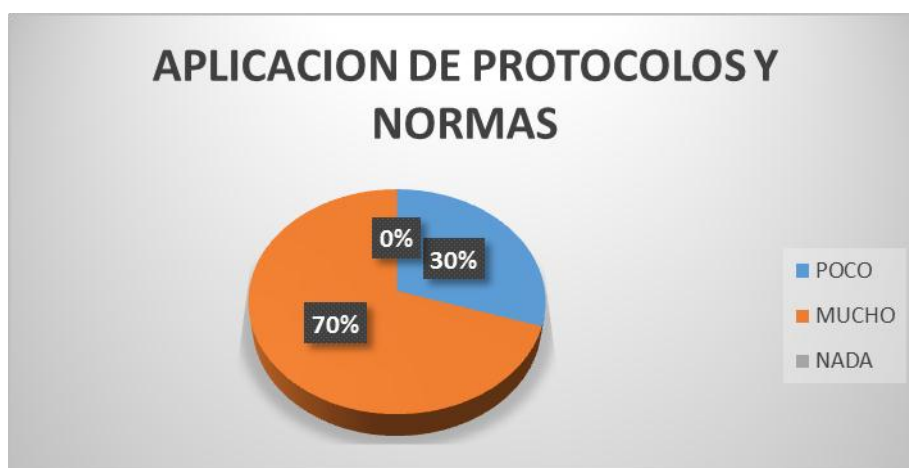
POCO

MUCHO

NADA

TABLA 24.

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	%
POCO	3	30%
MUCHO	7	70%
NADA	0	0%
TOTAL	10	100%



Fuente: Guayaquil, HECS. 2013

Elaborado: Cecilia Anzules. Sandra Delgado

Figura 25.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Un 30% de profesionales indica que suelen atender a la paciente obviando ciertos procedimientos establecidos en la institución, mientras que un 70% aplica en su totalidad todas las normas previamente recibidas.

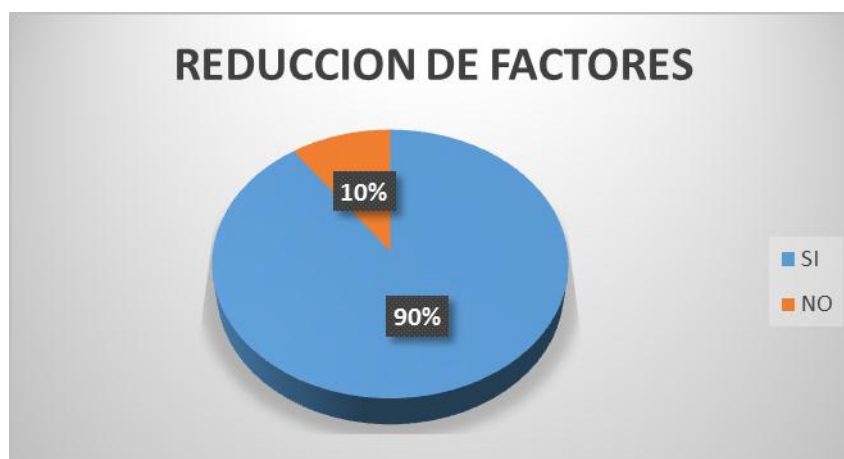
8.- ¿Considera usted que la implementación del área en la consulta externa para la adolescente junto al programa que se está aplicando ha disminuido la morbi-mortalidad en el binomio madre e hijo?

SI

NO

TABLA 25.

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	%
SI	9	90%
NO	1	10%
TOTAL	10	100%



Fuente: Guayaquil, HECS. 2013

Elaborado: Cecilia Anzules. Sandra Delgado

Figura 26.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Según el análisis estadístico de las tablas y gráficos demuestran que el 90 % de los encuestados afirman que la implementación que se hizo en el área de la consulta externa junto con la aplicación del programa de atención de adolescentes embarazadas, mejoro la calidad de atención y disminuyo la morbi-mortalidad en el binomio madre e hijo, y el 10 % indica que no ha bajado la morbi-mortalidad.

9.- ¿Considera usted que la aplicación del PROGRAMA “ATENCIÓN INTEGRAL DE ADOLESCENTE EMBARAZADAS” en el HECS ha logrado disminuir los factores de riesgo en la morbilidad de las usuarias.

SI

NO

TABLA 26.

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	%
SI	9	90%
NO	1	10%
TOTAL	10	100%



Fuente: Guayaquil, HECS. 2013

Elaborado: Cecilia Anzules. Sandra Delgado

Figura 27.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Según el análisis estadístico de las tablas y gráficos demuestran que este programa “ATENCIÓN INTEGRAL DE ADOLESCENTE EMBARAZADAS” en el HECS ha logrado disminuir los riesgos de morbi-mortalidad en un 90% en las usuarias; mientras que un 10% considera que no ha sido de ayuda.

12.4.- CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

CONCLUSIONES:

- Con respecto a los factores de riesgo que se presentan en las adolescentes en esta etapa de vida y que acuden a la consulta del Hospital Enrique C. Sotomayor de la ciudad de Guayaquil la principal causa entre ellas es la sexualidad precoz, la promiscuidad, las condiciones económicas y socio culturales la misma que se presentan de manera diferente entre las pacientes que afectan su calidad de vida.
- Existe alta demanda de adolescentes embarazadas que presentan problemas de mayor complejidad, y que va relacionado de acuerdo a la edad y nivel de educación ya que afrontan aspectos relacionados con la morbi-mortalidad materno-neonatal, por lo tanto, existen limitaciones para diagnosticar este tipo de problemas, por cuanto las normas y protocolos no son cumplidas en su totalidad para tal efecto .
- No existe un programa diseñado con anticipación de orientación a pacientes sobre temas relacionados con la planificación familiar y sexualidad aún más dirigido hacia prevenir las enfermedades de transmisión sexual en la adolescencia.
- El Programa de Atención Integral de Adolescentes Embarazadas no cuenta con un equipo multidisciplinario que permita prevenir, derivar, controlar y tratar a las

pacientes con alteraciones psicosociales y nutricionales propias de la adolescencia, ya que siendo una de las causas más comunes de alteraciones en este grupo de gestantes, termina afectando su calidad de vida.

- El Programa Atención Integral de Adolescentes Embarazadas, presenta un inconveniente con el departamento de estadística el mismo que por la gran afluencia de pacientes ocasiona molestias a las mismas por el tiempo que lleva el registro de sus datos, tiempo de espera para ser atendida y que así mismo se les agenda para recibir orientación de los aspectos relacionados con la psicoprofilaxis del embarazo y parto, lo que trae consigo que no todas las pacientes reciban los beneficios del Programa ya mencionado, para lo que fue creado.

RECOMENDACIONES:

- Establecer una encuesta de ingreso para todas las pacientes que acudan al Programa de “Atención Integral de Adolescentes Embarazadas”, de tal manera identificar el factor de mayor riesgo en la etapa del embarazo y remitirla con el especialista de tal forma de ejercer prevención y evitar deterioro de calidad de vida.
- Se recomienda la supervisión semestral de normas y protocolos de atención para su cumplimiento, de pacientes de baja y alta complejidad, así como diseñar un

programa anual de Orientación sobre temas de educación sexualidad y reproductiva en la adolescencia con la participación de diferentes especialistas que estén inmersos en el tema.

- Se recomienda incluir al equipo multidisciplinario del Programa, profesionales con especialidad en psicología y nutrición, que en conjunto permitan hacer un manejo preventivo y a la vez tratar las alteraciones físicas y sociales que afectan su calidad de vida.
- Se recomienda la participación de más personal en el departamento de estadística, con la finalidad de agilizar el registro de datos y se elabore un plan de calendarización que permita que todas las pacientes acudan y reciban todos los beneficios del Programa, recibiendo información personalizada de las actividades a su disposición con menos tiempo de espera.
- Reforzar la evaluación del estado nutricional de la embarazada utilizando la curva del carnet prenatal, ya que su incumplimiento no permite diagnosticar de manera precoz patologías asociadas al aumento o disminución del peso y aconsejar la conducta a seguir.
- En relación al horario de atención, este debe ser extendido en el área de consulta externa para comodidad de las pacientes de zonas rurales.
- Facilitar el ingreso y participación del cónyuge o familiar en la atención que reciben las adolescentes, para que se sientan segura emocionalmente.

CAPITULO V

13.- PROPUESTAS DE LA APLICACIÓN DE LOS RESULTADOS.

13.1.- Alternativa obtenida

Diseñar un modelo de Programa de evaluación semestral con asesoría y orientación en los profesionales que atienden el Programa, "Atención Integral De Adolescentes Embarazadas y su incidencia en los factores de riesgo en la morbi-mortalidad materno neonatal de las usuarias atendidas en el hospital Gineco-Obstétrico Enrique C Sotomayor de la ciudad De Guayaquil, provincia del Guayas.

Alcance de la alternativa

El Programa de Atención Integral de Adolescentes, atiende a pacientes en etapas del embarazo que manifiestan un sin número de alteraciones relacionados con la morbi-mortalidad materno-neonatal, debido a la gran afluencia de pacientes, entre los problemas que enfrenta las pacientes, no reciben información adecuada sobre uno de los aspectos más importantes que se ve afectado como es la salud sexual y reproductiva.

Cabe mencionar que al incorporar al equipo multidisciplinario, un Psicólogo, Nutricionista y personal en área de estadística entre otros, se brindará mejor

atención, se ofrecerá beneficios a todas las pacientes de forma ordenada con un menor tiempo de espera.

Una adolescente embarazada con factores de riesgos en lo que respecta al embarazo, es una paciente que requiere de atención especializada, debido a que su calidad de vida se ve afectada, como lo es ella, su pareja, su familia y su entorno social, al recibir atención médica conjunta de especialistas permitirá hacer prevención y tratamiento de la morbilidad.

El identificar el factor de riesgo presente en la adolescente, como uno de los principales problemas en el embarazo permitirá anticipar al médico especialista un buen diagnóstico, el mejor tratamiento y nos permite emplear un modelo de metodología en el desarrollo de actividades cognoscitivas que beneficien su calidad de vida.

13.2.- Beneficiarios:

Serán beneficiadas de la evaluación del Programa atención integral todas las adolescentes embarazadas atendidas en el hospital, porque una adolescente que realiza su control prenatal completo, finalizará su embarazo en óptimas condiciones; disminuyendo así la morbi-mortalidad Materno-Neonatal, contribuiremos de esta manera a insertar a la sociedad familias sanas y seguras.

13.3.- Proceso

1. Reunión diagnóstica general entre investigadoras.
2. Establecimiento de objetivos del Proyecto.
3. Entrevista y visita con directivos del Hospital en estudio.
4. Estudio de documentación histórica.
5. Observación e identificación de los factores de riesgo en la morbi-mortalidad materno-neonatal de las adolescentes embarazadas.
6. Revisión de literatura pertinente.
7. Planificación de estrategias de prevención.
8. Organización de actividades.
9. Elaboración de cronograma y presupuesto.
10. Implementación de estrategias del Plan.
11. Elaboración de la estrategia aplicada.

13.4.- Aspectos básicos de la alternativa

Antecedentes:

El Hospital Gineco Obstétrico Enrique C. Sotomayor, desde 1948 lo regenta la Honorable Junta de Beneficencia de Guayaquil, se encuentra ubicado en la Parroquia Bolívar Calles: Entre Pedro Pablo Gómez y 6 de Marzo, en el centro de la ciudad de Guayaquil.

Es un hospital nacional que recibe a mujeres de escasos recursos económicos y a las de nivel socio-económicos medio y alto en su área de pensionado que acuden de todas las provincias, brindando atención ambulatoria y de hospitalización, se encuentra ubicado en la Parroquia Bolívar Calles: Entre Pedro Pablo Gómez y 6 de Marzo, en el centro de la ciudad de Guayaquil. Desde el año 2010 se creó un consultorio específico para la atención de adolescentes embarazadas en consulta externa, complementándose la atención de partos en áreas tóco quirúrgicas de alto riesgo, ya que años atrás a estas pacientes se les daba un trato generalizado sin tomar en cuenta que por su edad su estado psicológico se ve afectado.

Las estadísticas muestran que en el año 2009 en el hospital se atendieron 14.387 cesáreas de las cuales 2947 son adolescentes de 12-19 años, 10274, partos donde 3229 son adolescentes y 3162 legrados uterinos, donde 777 se realizaron a menores de 19 años lo que se convierte en uno de los principales problemas de salud pública, esta resultante va en aumento debido a la pobre información y educación sexual de las adolescentes.

13.5- Justificación

La razón de este proyecto es contribuir al proceso que determina, de manera sistemática y objetiva, la pertinencia, eficiencia, eficacia e impacto del programa en relación con los objetivos planteados para lo que fue creado, con la finalidad de mejorar el desarrollo de las acciones, que contribuya a la planificación, programación, toma de decisiones y participación de las adolescentes.

Cabe mencionar que la etapa de la adolescencia representa un cambio de adaptación tanto familiar, ambiental y psicológico de la mujer, al recibir orientación especializada y personalizada permitirá mejorar la salud sexual y reproductiva.

El tener una supervisión semestral del programa permitirá el cumplimiento de protocolos y normas establecidas, ayudará a identificar factores de riesgo en cada adolescente y fomentar en ella, la búsqueda de atención especializada que le brinden un diagnóstico exacto y un tratamiento adecuado.

Este Proyecto, nos permite solucionar y enfrentar las situaciones desconocidas o novedosas que presentan las adolescentes. Contribuye a un cambio positivo de la actitud del profesional hacia la paciente.

Promueve al profesional de salud a capacitarse continuamente para ofrecer metodología que están de acuerdo a la realidad de la salud, su rol de orientar, facilitar, capacitar y guiar a sus pacientes en las actividades a realizar.

La misión es vencer el miedo en la paciente y los obstáculos que se presenten en su vida como mujer embarazada, vencidos los obstáculos el procedimiento es exitoso y los controles prenatales serán más frecuentes.

13.6- Objetivos

13.6.1- Objetivo General

Planeación de un modelo de evaluación semestral del programa Atención Integral de adolescentes embarazadas para la disminución de factores de riesgo en la morbi-mortalidad materno neonatal en adolescentes además que brinde orientación a las adolescentes embarazadas, que conozcan los factores de riesgo y busquen ayuda especializada durante la gestación con tratamiento oportuno, mejoren su estilo de vida personal así como con su pareja y su entorno.

13.6.2- Objetivos Específicos

- Incluir profesionales de tal manera que exista un completo equipo multidisciplinario encaminado a la atención de la adolescente embarazada, etapa importante en la vida de una mujer.
- Planificar e implementar estrategias que disminuyan los factores de riesgo en la morbi-mortalidad materno-neonatal de las usuarias que participen en el Programa Sexual y Reproductivo.
- Reducir en un 80% las complicaciones materno-neonatales en este grupo de usuarias.

13.7.- Ubicación

El Programa de Atención Integral de Adolescentes Embarazadas se realiza, en el Hospital Gineco Obstétrico Enrique C, Sotomayor de la Ciudad de Guayaquil en la parroquia Bolívar, calles Pedro Pablo Gómez y 6 de Marzo de la ciudad de Guayaquil.

13.8- Factibilidad

La investigación realizada, demuestra que uno de los aspectos más importantes que se ven alterados en la etapa de la vida, es la función sexual y reproductiva, la misma que depende de la edad de la paciente (menor 14-19 años), su nivel de cultura, la forma como acepte ese trastorno, el estudio es **factible** porque permitirá implementar y aplicar nuevos temas de asesoría y programación para todas las pacientes con menos tiempo de espera y que abarquen los distintos aspectos que se ven perjudicados durante la adolescencia y en especial con la sexualidad y el embarazo.

Este proyecto también es **viable** porque permitirá que más pacientes se vean favorecidas con el programa de atención integral de las adolescentes y la educación sobre las causas y consecuencias de los riesgos maternos neonatales que ocurre en los embarazos de adolescentes, incluyendo a profesionales en Ginecología, psicología y nutrición, que abordan el programa.

13.9.- Estructura general y componentes de la propuesta

Generalidades

Mediante la presente investigación de campo, hemos podido obtener una amplia información de las encuestas, información bibliográfica, información retrospectiva, con respecto a los diferentes factores de riesgos de la morbi-mortalidad materno-neonatal en la etapa de la adolescencia de pacientes que acuden al Hospital Gineco-Obstétrico Enrique C, Sotomayor, de la Ciudad de Guayaquil, y en el cual se concluyó que se necesita diseñar un Programa modelo de Atención Prenatal con enfoque de riesgos, educar a las pacientes y los proveedores de servicios en el área de consulta externa, para lograr satisfacer a las pacientes.

Los porcentajes obtenidos nos obligan a implementar más medidas con ese objetivo, pues comprobamos la importancia del trabajo en equipo.

Reformar el departamento de estadística y aumentar profesionales para trabajar como un equipo multidisciplinario dentro del Programa Integral de Adolescentes que cubra las necesidades de las mujeres en una etapa tan compleja como lo es el embarazo en la Adolescencia.

Título

Evaluación semestral del Programa “Atención Integral de Adolescentes Embarazadas con enfoque de riesgo, educación a las pacientes y a los proveedores del servicio, en el Hospital Gineco-obstétrico Enrique C. Sotomayor de la ciudad de Guayaquil.

Principios

Este modelo de evaluación al Programa de Atención integral de Adolescentes Embarazadas con enfoque de riesgo, educación a las pacientes y a los proveedores del servicio acoge como principios para cada una de las pacientes procesos, procedimientos y programas de charlas y orientación de que trata el presente documento.

13.10.- Desarrollo de los Objetivos:

Elaborar un programa guía de charlas mensuales con especialistas que involucren temas que permitan identificar los factores de riesgos durante la etapa del embarazo, dirigido a todas las adolescentes que asistan al control prenatal con el fin de disminuir la morbi-mortalidad materno-neonatal.

Objetivo

El objetivo del “Programa de Atención Integral de Adolescentes Embarazadas” es asegurarse de que el binomio madre-hijo culmine con el nacimiento de un hijo sano y una madre saludable, conocer como cooperar en la prevención de los factores de riesgo en la morbi-mortalidad materno – neonatal durante el embarazo.

Concienciar al personal que interviene en el programa, para brindar un buen servicio, con calidad y calidez de tal manera que todas las adolescentes reciban los beneficios y asesoría correspondiente a esta etapa.

Para llevar a la práctica a nuestro criterio se deben considerar los siguientes aspectos:

- Nutrición.
- Enfoque de riesgo.
- Psico-Sociales.

NUTRICIÓN

Este aspecto es importante en el campo socio-económico. Se comprobó los siguientes datos sobre el peso del bebé que es importante para su pronóstico neuronal, La mayor parte de los bebés nacidos a término (nacidos entre la semana 37 y 40) pesarán entre 6 libras, 2 onzas (2.812 gramos) y 9 libras, 2 onzas (4.173 gramos), Y medirán entre 19 y 21 pulgadas (de 48 a 53 cms.).

Cuadro N° 1. Nutricion adecuada.

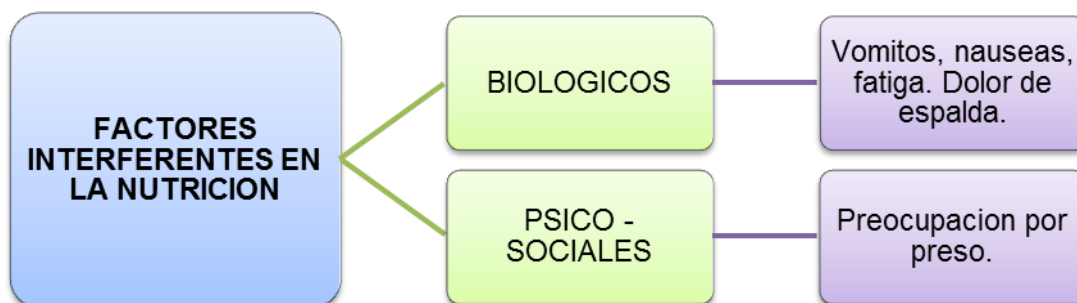
	<p>HIERRO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Visceras, carnes, frutos secos, verduras verdes oscuras, yemas de huevo, legumbres, cereales. • Suplemento de 30 - 60mcg diarios.
	<p>VITAMINA C</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jugos citricos • Frutas
	<p>CALCIO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Productos lacteros, vegetales de hoja, cereales integrados.
	<p>ACIDO FOLICO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verduras verdes oscuras, higado, brocoli, frutos secos.
	<p>VITAMINA B</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cereales, su deficiencia podria causar aborto. Debe darse suplementos.
	<p>VITAMINA A y PROTEINAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zanahoria, pescados. • Se a demostrado que la hipoproteinemia de menos de 45 gramos aumenta la frecuencia de mortalidad fetal y el bajo peso.

La mayoría de los bebés pierden peso después del nacimiento. Esto se da debido al exceso de líquido que presentan en el momento del alumbramiento, y no es motivo de alarma, pero si lo es si perdiera demasiado que sería la presencia de algún problema de salud el mismo que debe ser monitoreado por el médico.

La fuente Dietética del cuadro No. 1 es adecuada, la conducta de la adolescente embarazada es negativa porque tiene tendencia a disminuir la carne, la leche, los huevos, los frejoles, naranjas, azúcar, y grasa; tienden a consumir más plátano verde, yuca y arroz, además de un elevado consumo de comida chatarra.

Es deficiente en calcio, hierro. En el embarazo existen mayores demandas de hierro, de Ácido Fólico y Vitaminas B12, por aumento de la Eritropoyesis materna y la función feto-placentaria, su déficit se asocia incluso con defectos congénitos. Reducciones de menos de 10.7 grs. de hemoglobina tienen consecuencias lamentables feto-maternas. Los alimentos más ricos en hierro son las carnes, el hígado y algunos cereales verduras oscuras, lo mismo se dice del ácido fólico y vitamina B12.

El elevado gasto energético que exige, la actividad física de la mujer compite con las demandas del feto en crecimiento. El 38% en el HECS, los recién nacidos tienen bajo peso, Los factores interferentes señalados en el cuadro No. 2, son los responsables en parte del descenso del peso materno que se aprecia en las primeras 16 semanas; pero debe ponerse mucha atención en los factores Psico-Sociales, que influyen en este grupo de gestantes.



Cuadro N° 2. Factores interferentes en la nutrición.

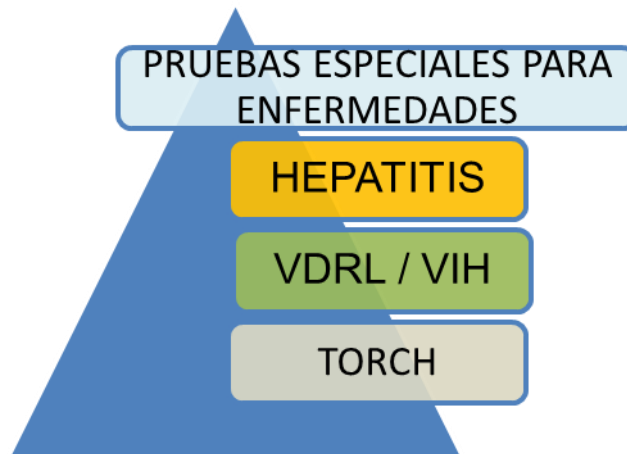
El peso materno puede reflejar el peso del bebé, se estabiliza en etapas avanzadas del embarazo, éstos corren el riesgo adquirir desnutrición intrauterino; la curva ponderal disminuye después de las 38 semanas de gestación. Las cifras del cuadro No.3 nos parecen importantes, señalan que antes del embarazo, la mujer debe tener un peso ideal.

EL PESO Y EL EMBARAZO		
Peso pre-concepcional bajo:	Aumentar hasta 16 - 19 KGR.	
Peso pre-concepcional alto:	Aumentar hasta 7 KGR.	
RECOMENDACIÓN		
500 GRM	1,5K GR	1 trimestre
4750 GRM		2 trimestre
4750 GRM		3 trimestre

Cuadro N°3. El peso y el embarazo

El enfoque de Riesgo para pruebas especiales en el grupo de enfermedades Torch, para Hepatitis enfermedades de transmisión sexual (VDRL-VIH) Cuadro No 4.

ENFOQUE DE RIESGO



Cuadro N°4. Pruebas Especiales

En el campo educativo concienciar al grupo de gestantes adolescentes, médicos y paramédicos; sobre nutrición, la creación del taller de madres; en conjunto con el aporte de medicina preventiva, en el cual la madre adolescente y su cónyuge reciben un taller tendiente a indicarles su grado de responsabilidad protagónica en el embarazo, parto, lactancia y otros puntos como planificación familiar señalados (cuadro No. 5).

Toda mujer embarazada debe tener control prenatal, mínimo 7 veces, sobresaliendo la educación sobre todo higiénica-dietética, y evaluar los factores de riesgos, elaborando una lista de los mimos, tanto en la historia reproductiva como en el examen físico, para un monitoreo.

Es prioritario analizar la estrategia de enfoque de riesgo. Cuadro N°6.

EDUCACIÓN PARA LA SALUD	
	CONCIENTIZACIÓN
	INFORMACIÓN SOBRE:
	Importancia de la asistencia al control prenatal
	Signos vitales
	Higiene
	Reposo y ejercicio
	Molestias comunes
	Lactancia materna
	Planificación familiar
	Preparación al parto
	Remisión a taller de madres

Cuadro N°5. Educación para la salud

Es fundamental que además de la educación de la mujer embarazada, debe hacerse un adecuado adiestramiento de los proveedores del servicio de salud, complementando el equipo de salud con la participación del psicólogo y nutricionista. Debemos tener presente que es importante humanizar los servicios en el control de cada embarazada.

FACTORES PSICO – CLÍNICOS	
A.-	Historia clínica
B.-	Carnet prenatal
C.-	Facilidad de consulta de expediente en admisión cuando sea necesario
1.-	Identificación del paciente
2.-	Estado socio - económico y educacional
3.-	Identificación de riesgos: ginecológicos, familiares genéticos.

Cuadro N°6. Factores Psico-clínico.

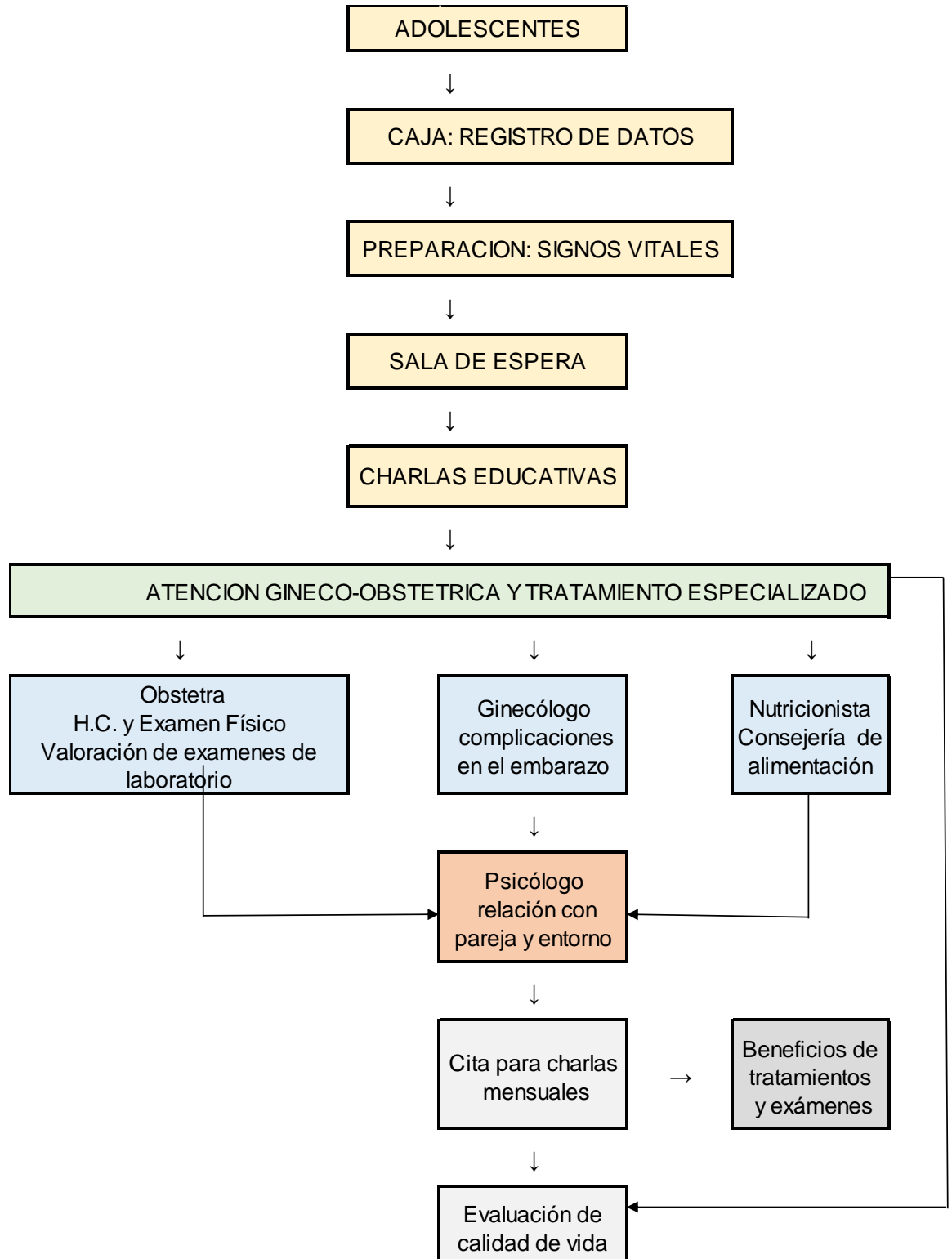
13.11.- Programa de capacitación a la adolescente embarazada

Charlas expuestas por los diferentes especialistas que forman parte del Programa Atención Integral de Adolescentes Embarazadas y que engloban todos los aspectos relacionados al embarazo y sus riesgos.

TABLA 27.

		SISTEMATIZACIÓN DE CAPACITACIÓN CONTINUA 2014/2015														
ÁMBITO	TEMAS					0	1	2						0	1	2
PACIENTES	EVALUACIÓN DE PACIENTES	■				■							■			■
	EMBARAZO Y PARTO	■														
	IDENTIFICACIÓN DE FACTORES DE RIESGO		■													
	ENFERMEDADES MAS COMUNES							■								
	MATERNIDAD Y PATERNIDAD RESPONSABLE								■							
	EDUCACIÓN A LA SEXUALIDAD									■						
	CUIDADOS DEL RECIÉN NACIDO										■					
	SEXUALIDAD Y ENTORNO FAMILIAR											■				
	ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL												■			
	IMPORTANCIA DE LOS EXÁMENES DE LABORATORIO			■				■						■		
	PSICOPROFILAXIS DEL EMBARAZO Y PARTO														■	
	PARTO HUMANIZADO															■
	ROL DEL PSICÓLOGO EN ADOLESCENTES CON PROBLEMAS EMOCIONALES							■								■
	PERSONAL DEL PROGRAMA ATENCIÓN INTEGRAL DE ADOLESCENTES EMBARAZADAS	PLANIFICACIÓN FAMILIAR	■											■		
CUMPLIMIENTO DE PROTOCOLOS		■											■			
ASISTENCIA AL PACIENTE			■											■		

13.12.- Flujograma de atención médica



Fuente: Creada por las autoras.
Figura 28.

La Evaluación

La evaluación es un conjunto de acciones o actividades organizadas y sistemáticas que se realizan para reconocer los avances y logros de un programa, y a su vez sirven para reforzarlo o desactivarlo. También se utiliza para detectar los problemas y obstáculos, hacer modificaciones y evitar errores, de tal manera que se incrementen los resultados positivos.

La evaluación es un proceso que se puede realizar en cualquiera de los niveles de ejecución es por lo tanto una actividad permanente durante el proceso de gestión de un establecimiento de salud.

Lógica de la evaluación

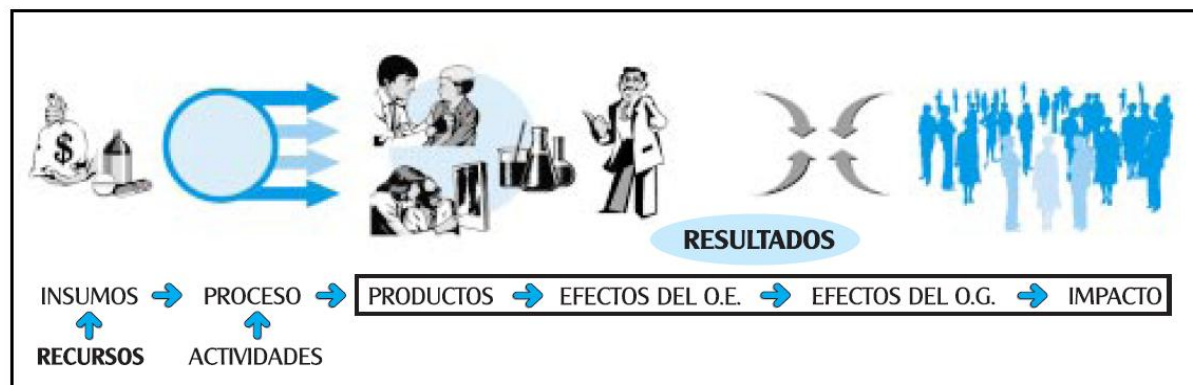


Figura 29.

13.13.- Matriz de evaluación del programa atención integral de adolescentes embarazadas

TABLA 28.

COMPONENTES DEL PROGRAMA	PRODUCTOS E INSUMOS	INDICADORES
OBJETIVO GENERAL	EFEECTO	INDICADORES DE EFECTO
Disminuir la morbi-mortalidad en las adolescentes embarazadas mediante un control prenatal adecuado, mejorando la calidad de atención en el HECS	Reducción de la tasa de mortalidad materno en un 10% y de la tasa de morbilidad en 20% en las adolescentes embarazadas que acuden al HECS.	Tasa de Mortalidad materno neonatal. Tasa de Morbilidad materno neonatal.
	IMPACTO	INDICADORES DE IMPACTO
	Reducción de la tasa de mortalidad materna por causas obstétricas en 90% y las tasas de morbilidad materno-neonatal por factores de riesgos en un 50% en las adolescentes del HECS, debido a las acciones planificadas en el Programa Atención Integral de Adolescentes Embarazadas.	Tasa de Mortalidad materna-neonatal por causas obstétricas Tasa de Morbilidad materno-neonatal por factores de riesgo
	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	EFECTOS
<p>1. Incrementar en un 80% las actividades preventivo-promocionales sobre los factores de riesgos en el embarazo en el HECS en un período de 6 meses.</p> <p>2. Brindar un trato adecuado al 100% de la población adolescente y su cónyuge que acuden al HECS en un período de un año.</p>	<p>1. Incremento de un 80% de adolescentes embarazadas informadas y educadas en prevenir enfermedades de riesgos.</p> <p>2. 100% de padres adolescentes y familiares satisfechos con la atención en el HECS.</p>	<p>A. 200 adolescentes embarazadas informados y educados en prevenir enfermedades de riesgos.</p> <p>B. El 100% de incremento de padres adolescentes-informados y educados en prevenir enfermedades de riesgos.</p> <p>C- El 100% de padres y familia -res satisfecha con la atención en el HECS.</p>

13.14.- Supervisión, monitoreo y evaluación

TABLA 29.

	<p>PROCESOS Organización y coordinación de las actividades educativas con los adolescentes.</p> <p>Identificación de deficiencias de la calidad de atención e implementación.</p>	<p>INDICADORES DE PROCESOS</p> <p>1.1. El 50% de charlas con más de 10 personas.</p> <p>1.2. El 50% de charlas en salas donde se encontró a los familiares y aceptaron la charla educativa.</p> <p>2.1. El 50% de acciones correctivas efectivas.</p> <p>2.2. El 50% de acciones correctivas realizadas.</p>
	<p>COSTOS</p> <p>\$336 de las charlas educativas.</p> <p>.</p> <p>\$ 150 de las acciones correctivas realizadas por el círculo de calidad.</p>	<p>INDICADORES DE COSTOS</p> <p>\$ 2 por charla educativa realizada.</p> <p>\$ 5 por charla educativa efectiva.</p> <p>\$ 50 por acciones correctivas realizadas por el círculo de calidad.</p> <p>\$ 100 por las acciones correctivas efectivas.</p>
<p>RECURSOS</p> <p>A. Material para charlas (rota folios, folletos, afiches).</p> <p>B. Un médico, una enfermera, un técnico y un administrativo para constituir el círculo de calidad de atención.</p>	<p>INSUMOS</p> <p>\$50 para material de charlas.</p> <p>5 rota folios sobre enfermedades de riesgos.</p> <p>500 folletos sobre temas varios</p> <p>1700 para gastos para el Círculo de Calidad de atención</p>	<p>INDICADORES DE INSUMOS</p> <p>A. el 50 %je del presupuesto gastado en material sale de las investigadoras</p> <p>B. El 50% del presupuesto gastado en medidas correctivas de calidad de atención por el círculo de calidad.</p>

Normas de orientación al personal que interviene en el programa.

Norma de registros de datos y selección de las pacientes: contar con 2 personas destinadas al registro de datos y que realicen la evaluación, permitirán una atención satisfactoria con menos tiempo a las pacientes y mayor agilidad para la consulta con el especialista adecuado.

Protocolos de reporte y archivo: Si se hace un reporte ordenado por edades se podrá lograr que todas las pacientes reciban mes a mes la charla ya programada y los beneficios que brinda el hospital, evitando que muchas de las pacientes no estén informadas de todos los beneficios del programa.

Asistencia al paciente: capacitación que estará dirigida a todo el personal del programa, de tal manera que brinden una atención con calidad y calidez que garantice que la paciente asista periódicamente al control prenatal

13.15.- Analizar la relación costo beneficio del proyecto.

PROYECTO: “VALORACIÓN AL PROGRAMA ATENCIÓN INTEGRAL DE ADOLESCENTES EMBARAZADAS Y SU INCIDENCIA EN LOS FACTORES DE RIESGO EN LA MORBI-MORTALIDAD MATERNO NEONATAL DE LAS USUARIAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GINECO-OBSTÉTRICO ENRIQUE C SOTOMAYOR DE LA CIUDAD DE GUAYAQUIL, PROVINCIA DEL GUAYAS”.

Proyección flujo de caja

TABLA 30.

PRESUPUESTO RECURSO HUMANOS			
Cargo	Cantidad	Remuneración mensual y beneficios	Remuneración anual 2014
Medico	1	\$ 600,00	\$ 7.200,00
Enfermera	1	\$ 200,00	\$ 2.400,00
Tecnico	1	\$ 300,00	\$ 3.600,00
Administrativo	1	\$ 600,00	\$ 7.200,00
Psicologo	1	\$ 500,00	\$ 6.000,00
Nutricionista	1	\$ 500,00	\$ 6.000,00
TOTAL	4	\$ 2.700,00	\$ 32.400,00

Recursos: Los recursos que se utilizaron para la propuesta fueron Humanos, Materiales y Financieros.

Humanos

Con el esfuerzo de brindar todo el potencial de quienes realizamos el presente trabajo de investigación, para generar un beneficio a las adolescentes que acuden al HECS de la Ciudad de Guayaquil así como a su pareja y a su entorno.

Materiales

Todo lo que estuvo al alcance como textos, investigaciones por Internet, buscando la experiencia de otras instituciones ya sean nacionales o extranjeras.

Financieros**Presupuestos****TABLA 31.**

INGRESOS	VALOR	EGRESOS	VALOR
Recursos propios	\$ 900,00	Movilización	\$ 200,00
		Papelería	\$ 200,00
		Digitación e impresión	\$ 100,00
		Personal de apoyo	\$ 80,00
		Guías o protocolos de diagnósticos	\$ 20,00
		Varios	\$ 50,00
		Encuadernado	\$ 200,00
		Imprevistos	\$ 50,00
TOTAL DE INGRESOS	\$ 900,00	TOTAL DE EGRESOS	\$ 900,00

Aplicabilidad

El proyecto es en su totalidad aplicable pues es avalado por las autoridades de la institución, los recursos utilizados en parte provienen de convenios hasta el momento con otras entidades de salud.

13.16.- IMPACTO

El impacto que se visualiza en la presente propuesta es en varias dimensiones:

Social

La Valoración al Programa de Atención Integral de Adolescentes Embarazadas causará un gran impacto social, ya que las pacientes que acuden al HECS en esta etapa de vida y que presentan factores de riesgo, obtendrán una atención eficaz y eficiente, con una atención especializada de acuerdo a su edad, quienes contarán con tratamientos tanto preventivos como curativos los mismos que mejorarán su calidad de vida.

Institucional

El Programa de Atención Integral de Adolescentes Embarazadas será realizado en el HECS. de la ciudad de Guayaquil, una de las pocas instituciones que aplicará asesoría, orientación y medidas preventivas como alternativas terapéuticas que mejore la vida sexual y reproductiva de las adolescentes de una manera individualizada, con una atención rápida y organizada, le dará una imagen humanista.

Contextos institucional y social



Figura 30.

El Hospital Gineco-Obstétrico Enrique C. Sotomayor de la ciudad de Guayaquil, es regentado por la Junta de Beneficencia, principal centro sin fines de lucro, que cuida de la salud sexual, reproductiva, perinatal y neonatal de la mujer embarazada y en etapa de reproducción, con calidad y calidez desde 1948. Atendemos a más de 80 recién nacidos por día y brindamos atención médica a las madres a costos subsidiados y en ciertos casos gratuita.

Nos especializamos en brindar servicios de atención Gineco-obstétrica en las áreas de emergencia, consulta externa, hospitalización, medicina crítica a la madre y recién nacido, docencia e investigación.

Nuestros especialistas están preparados y tienen los más altos niveles académicos y científicos, lo que garantiza tratamientos y recuperaciones seguras y efectivas para nuestras pacientes.

Social

Las pacientes que requieren del Programa Atención Integral de Adolescentes Embarazadas, son de estratos económicos alto-medio-bajo, las mismas que presentan algunas patologías para los cuales obtienen las charlas preventivas, existiendo un alto porcentaje de mujeres en etapa de la adolescencia que dentro de los factores de riesgos que presentan se encuentra la desnutrición la misma que afecta su calidad de vida ya que muchos de los problemas se originan por sus condiciones socio-económicas.

BIBLIOGRAFÍA

- Aguirre Baztan, A. (2009) *Psicología de la Adolescencia*. España: Editorial. Boixareu Universitaria.
- Avalos Aragón, M. (2010) *Gerente de Atención Integral de la Salud de Adolescentes*, San Salvador.
- Blum, R. (2010). *Dimensiones del desarrollo en la adolescencia*. En Taller de Indicadores de Desarrollo en la Adolescencia. Subcomisión de Investigación.
- Campoverde, J. (2009, Septiembre 25). *El embarazo no deseado crece en adolescentes*, *El Tiempo*. Cuenca. Pág. 1.
- Canessa, P. y Nykiel, C. (2010). *Manual para la educación en salud integral del adolescente*. Washington, D. C.: Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud.
- Coll, A. (2010). Prevención del embarazo en adolescencia. PRONAP 96, Modulo 1. Sociedad Argentina de Pediatría: 65-86.
- Comisión Interinstitucional para la Atención Integral de la Salud del Adolescente. San José, Costa Rica.
- Dirección De Salud Regional De Cajamarca, Aprisabac, (2012). *Gestión de Servicios de Salud*, Serie 3, Perú.
- Flores L, (2000). Agosto 7. Beneficios del ejercicio físico en el embarazo. *Saludalia*. 1.
- Floréz, L. (2005, 20 de febrero). Elaboración e implementación de un Programa de Educación para la Salud dirigido a la promoción y la

prevención en adolescentes gestantes. *Revista PsicologíaCientífica.com*, 7(2).

- Franco, S. y Ceirano, V. Pittman, P. (2010). *Manual de evaluación de la dimensión socio-emocional de la calidad de atención de servicios de salud. Programa Regional Mujer, Salud y Desarrollo OPS/OMS (en prensa)*. Argentina.
- Gamboa C. y Valdés S. (2013). Dirección General de Servicios y documentación, información y análisis. *El embarazo en adolescentes*. México.
- Guzmán, J. (2011). *Diagnóstico sobre Salud Sexual y Reproductiva de Adolescentes en América Latina y el Caribe*. México.
- Hoekelman, R. (2009). *Embarazo en la adolescencia. Uno de nuestros mayores y desafiantes dilema*”. *Pediatric Annals*.
- Jorovitz, J. (2010). *La calidad del servicio. A la conquista del cliente*. Editorial MC. Graw. Hill. Madrid.
- Mazarrasa, L. y Gil, S. (S/F). (2011). *Salud Sexual y Reproductiva*. Programa de Formación de Formadores en Perspectiva de Género y Salud.
- Mejía, G. (2010). *Embarazo en Adolescentes. Programa Gente Joven de Mexfam*. Foro: Embarazo en Adolescentes. Avances y Retos. CONMUJER SEGOB. 33
- Ministerio De Salud Pública, Dirección General de Salud. Dirección Nacional de Fomento y Protección. (2012). *Manual de normas y*

procedimientos para la atención integral a la salud de los/as adolescentes con énfasis en salud reproductiva. Quito, Ecuador. (4) 43 - 61.

- Ministerio de Salud. (1996). Marco conceptual: Una política para la salud pública. Horizonte Impresores Ltda. *Promoción de la salud y prevención de la enfermedad en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.* Santa Fe de Bogotá, pp. 13 – 17.
- Muzzo, S. (2011). *Crecimiento estatural y desarrollo puberal normal y patológico.* En: *Salud Sexual y reproductiva en la Adolescencia.* 5 (58) 768.
- Navarro, H., Cortazar, J. y Domínguez, F. (2009). *Orientación de prevención integral sexualidad y salud reproductiva dirigida al docente.*
- Organización Panamericana de la Salud. (1985). *La salud de los adolescentes y jóvenes en las américas: un compromiso con el futuro (OPS).* Washington.
- Ospina, D. y Castaño, R (2011). *Producción científica sobre derechos sexuales y reproductivos,* Revista Medellín. Colombia.
- Paganini, J. (2010). *Estrategia de calidad y eficiencia en salud.* Facultad de ciencias médicas. La Plata, Argentina. Publicación científica N. 3
- Perea R, (2010). *Educación para la salud. Reto de nuestro tiempo.* Díaz de Santos. España.
- Romero, S. (2011). *Proceso de apropiación del rol materno en madres adolescentes de 12 a 18 años del Proyecto Adoleisis de la Fundación Municipal San José.* Tesis doctoral publicada. Universidad Salesiana del Ecuador, Quito.

- Sanabria, G. y Rodríguez, A. (Comp.). (2013) *Investigación para la Promoción de la Salud Sexual y Reproductiva*. Experiencias en el contexto cubano. La Habana: CENESEX.
- Sibai, B., Gabbe, S., Niebyl, J. y Simpson, J. (2010). *Normal and Problem Pregnancies*. 6th ed. Philadelphia, Pa: Saunders Elsevier; (201), 35.
- Silberberg P, (1997). Fundamentos de evaluación para los programas de comunicación de riesgo a la salud y sus resultados. (2) 1.

**MODELO DE ATENCIÓN QUE SE APLICA EN EL HOSPITAL
ENRIQUE C. SOTOMAYOR PARA LA ADOLESCENTE EMBARAZADA.**

1.- Apertura de historia clínica perinatal base y el carnet prenatal

- Llene de forma correcta y completa todos los casilleros
- Clasifique por riesgos para la atención
- Instruya a las gestantes para que lleve el carnet a todas las consultas de servicio de salud.

2.- Detección de factores de riesgos

- Promueva los dos primeros controles prenatales ante de las 20 semanas para hacer un diagnóstico precoz de algunas patologías.

3.- Anamnesis, revisión de aparatos y sistemas. Examen físico general.

- Realice un examen Clínico General en decúbito dorsal en todos los controles.
- Diagnóstico y tratamiento o referencia a patología obstétrica.
- Manejo de las molestias propias del embarazo.

4.- Estimación de la edad gestacional o diagnóstico antes de las 12 semanas.

- Calculo de las semanas de amenorrea por fecha de la última menstruación (FUM).

5.- Determinación de la presión arterial.

- Si la tensión arterial (TA) mayor a 140-90 mmHg se considera trastorno hipertensivo.

6.- Medición del peso.

- Registre el peso en cada consulta prenatal en el carnet prenatal para determinar derivaciones de la curva normal.
- Considere sobrepeso. Pre-eclampsia, Embarazo múltiple Poli hidramnios si la ganancia es exagerada.
- Considere mal nutrición, restricción de crecimiento fetal, oligohidramnios u óbito fetal si es menor al esperado.

7.- Medición de la talla

- Tallas menores a 1.40 m hacen sospecha de la probabilidad de desproporción céfalo pélvica.

8.- Evaluación del estado nutricional

- Clasifique la relación peso/talla de la mujer que consta en el nomograma del carnet prenatal para ubicar a las embarazadas en las zonas A: Bajo peso B: Normal C: Sobrepeso y D: Obesidad

- Si no es adecuado considere suplementación, (MSP, 2011).

9.- Examen de las mamas

- Indique cuidados apropiados del pezón y las mamas.
- No cepillado, no cremas, no jabones
- Informe sobre promoción de lactancia materna.

10.- Toma de Papanicolaou

- En la primera consulta independientemente de la edad gestacional.

11.- Evaluación clínico de la pelvis.

- A las 36 semanas descarte desproporción cefalopelvica según valoración de pelvis femenina.

12.- Medir la altura uterina

- Use la cinta métrica perinatólogica para medir desde el borde superior de la sínfisis del pubis hasta el fondo uterino, considere anomalías.

13.- Diagnostico de la situación, posición, presentación fetal y condiciones cervicales.

- Realice Maniobras de Leopold
- Desde la semana 36 anticipe un plan de parto por cesárea según desviaciones de la normalidad.

14.- Auscultar latidos cardiacos fetales

- Normal de 120 a 160 latidos por minuto.
- Auscultar con dopler desde las 12 semanas. Si no están presentes confirme con ecografía.

15.- Movimientos fetales después de las 20 semanas

- Valorar bienestar fetal por cualquier medio, registro de frecuencia cardiaca fetal (FCF), Monitoreo fetal o Ultrasonografía.

16.- Evaluación ecográfica

- Solicite en embarazos de bajo riesgo entre 11 y 14- 20 y 24 semanas-32 y 34 semanas. No solicitarla como rutina, sino que debe contribuir a la toma de decisiones.

17.- Determinación de Hemoglobina, Hematocrito, Biometría Hemática

- Determinar anemia y/o parámetros hematológicos de infección.
- Solicite antes de las 20 y después de las 25 semanas

18.- Determinación de Tiempo de Protrombina, Tiempo de Tromboplastina y**Plaquetas**

- Si están alterados sospechas de SÍNDROME DE HELP o Discrasia Sanguíneas

19.- Determinación de urea y creatinina

- Valoración de función renal.
- Trastorno hipertensivo gestacional o neuropatías.

20.- Determinación del grupo sanguíneo y factor Rh

- Sospeche de Incompatibilidad o isoimmunización si la embarazada es RH negativo y tiene un recién nacido (RN) Rh positivo: Solicite un Test de Coombs indirecto.

21.- Detección de sífilis.

- Solicite un VDRL

22.- Prueba de Elisa o prueba rápida de VIH

- Consentimiento informado

23.- Prescripción del Hierro o sulfato ferroso 50 mg

- Profilaxis de **anemia**

24.- Prescripción de Ácido fólico¹⁰

- Administrarse hasta 12 semanas para prevenir defectos del tubo neural.

25.- Administración de suplementos Alimenticios.

- Estos son retirados en farmacia por medio de recetas.

26.-Educacion y consejería sobre Planificación Familiar y Derechos Reproductivos.

- Con el objeto de que la pareja escoja y defina el método que usaran después del parto.
- Hacer énfasis de la salud reproductiva con enfoque en género, derechos, violencia e interculturalidad.
- Cuidado prenatal y recién nacido, (MSP, 2011).

¹⁰ American Society of Health-System Pharmacists, Inc. Cláusula de Protección

27.- Consejería de estilos de vida saludable:

- Realizar ejercicios como caminatas 1 hora diaria
- Buena nutrición: alimentos ricos en proteínas y minerales evitar embutidos, evitar comidas rápidas
- Sexualidad normal hasta las 32 semanas y luego espaciadas.
- Recreación: paseos en familia.

28.- Recomendaciones para la lactancia materna.

- Capacitación para formar pezón en primigestas y proporcionar información sobre beneficios de la leche materna.
- Promover la lactancia materna hasta los 9 meses.

29.- Examen odontológico

Previas citas.

30.- Verificación y registro de vacuna antitetánica

Los anticuerpos que se forman después de la vacunación protegen al bebé del tétanos neonatal, forma muy grave de esta enfermedad que generalmente es fatal.

Los anticuerpos permanecen en el bebé por alrededor de seis meses después de nacido.

Se recomiendan en el primer embarazo dos dosis, comenzando a partir del 5to. mes y separadas entre sí por 30 días, independientemente de vacunaciones previas. A partir del segundo embarazo, se aplica una sola dosis de refuerzo, a partir del 7mo. Mes,(MSP, 2011).

31.- Preparación para el parto

Preparación por medio de consejería: La paciente deberá estar alerta a la aparición de contracciones uterinas, movimientos fetales, expulsión de tapón mucoso o pérdida de líquido, etc.

32.- Programar las consultas subsecuentes y registrar la fecha en la hoja de control y en el carnet materno.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

TABLA 32.

Nº	Año Actividades	2014			
		Abri l	May o	Juni o	Julio
1.	Diseño del proyecto				
2.	Aprobación del proyecto				
3.	Desarrollo del campo contextual de la investigación				
4.	Recolección de información				
5.	Desarrollo de las categorías				
6.	Extracción de muestra				
7.	Elaboración de instrumentos				
8.	Selección de los recursos				
9.	Entrega del proyecto para su corrección				
10.	Presentación del proyectos al CEPEC				
11.	Defensoría del proyecto				

MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

TABLA 33.

Variable	Definición	Dimensión	Indicador	Escala
Programa Atención Integral	Prestación de servicios de salud a la atención del embarazo, parto, puerperio, RN, etc.	Promover la prevención de riesgos obstétricos en las adolescentes.	Valoración de los procedimientos Planificación de los programas	Muy satisfactorio Satisfactorio Poco satisfactorio
Normas y protocolos de atención	Protocolos estandarizados	Cumplimiento de los protocolos y procedimientos para mejorar la rapidez, diagnóstico y efectivizar el tratamiento, asegurar un embarazo saludable.	Normas de atención para el control prenatal, parto y puerperio. Tratamiento oportuno	Alto Medio Bajo
Calidad de servicio	Satisfacción total de los requerimientos de las adolescentes embarazadas.	Mejorar la calidad de atención binomio, madre-hijo. Incrementar el número de adolescentes satisfechas.	Nivel de satisfacción Normas de calidad Eficiencia Nivel de calidad	Bueno Regular Malo
Metodología de las actividades cognoscitivas	Implementación correcta de los recursos para las capacitaciones/ talleres, asesoría y tratamiento sobre el embarazo, sexualidad, planificación familiar, etc.	Mejorar la calidad de vida y prevenir enfermedades de riesgo y transmisión sexual	Incremento de las usuarias a consultas con especialistas y tratamiento.	Muy satisfactorio Satisfactorio Poco satisfactorio

CROQUIS DEL HOSPITAL ENRIQUE C. SOTOMAYOR

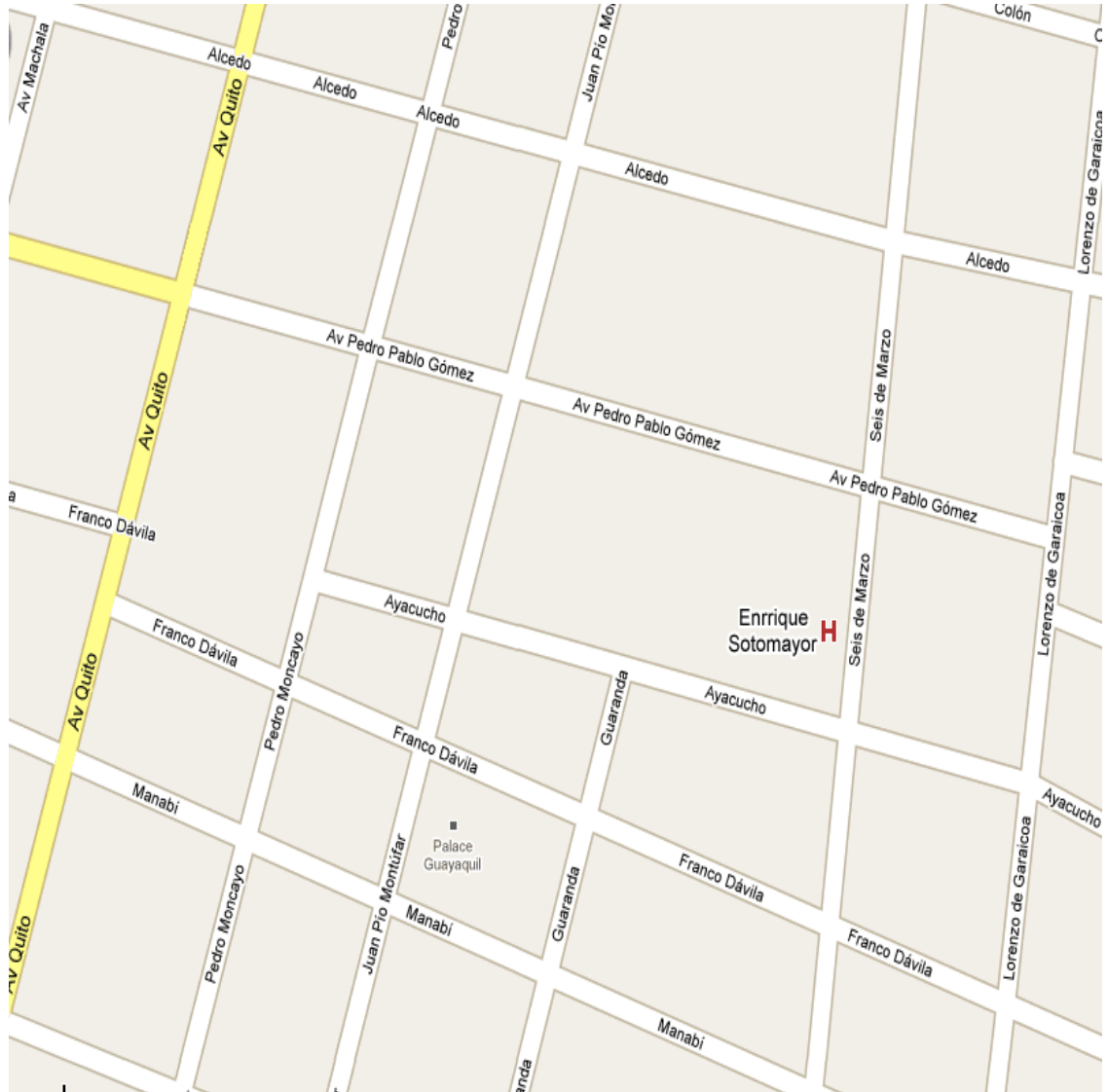


Figura 31.

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
CENTRO DE ESTUDIO DE POSTGRADO Y EDUCACIÓN CONTINUA
MAESTRÍA EN GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD
FORMATO DE ENCUESTA A LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS

Fecha:

1.- ¿Ud. Considera que la infraestructura donde acude a su control prenatal es adecuada?

Sí No

2. ¿Considera que el tiempo que espera hasta su atención en la consulta externa?

Mucho Poco Normal

3. ¿Ud. Considera que el profesional médico lleno sus expectativas durante su control prenatal?

Malo Regular Bueno Excelente

4. ¿Se realizó usted los exámenes de laboratorio y complementarios durante el embarazo?

Si No

5. ¿ Considera usted que el proceso de atención en el hospital Enrique C. Sotomayor es correcto?

Si () No ()

6. ¿Asistió usted a las charlas o capacitaciones durante el desarrollo de su embarazo?

Si () No ()

7. ¿Conoce usted acerca de los beneficios que brinda el programa de salud sexual y reproductiva?

Si () No ()

8.- ¿Realizó usted el control pre natal en los periodos establecidos en esta institución?

Si () No () A Veces ()

9. ¿El lugar donde usted reside es?

Urbana () Rural () Urbano Marginal ()

10. ¿Posee Ud. todos los servicios básicos?

Agua Potable () Luz Eléctrica () Servicio Higiénico ()

Letrina () Alcantarillado ()

11. ¿En qué área del hospital fue atendido su parto?

Embarazo De Alto Riesgo EAR () Parto () Cirugía ()

12. ¿Qué grado de instrucción tiene?

Primaria () Secundaria () Superior () Ninguno ()

13. ¿Qué edad tiene?

Menos De 14 () 14-15 Años () 16-17 Años ()

14. ¿Qué estado civil tiene?

Soltera () Casada () Unión Libre ()

15. En su embarazo ¿Presento alguna enfermedad?

Si () No ()

16. ¿De cuantas semanas nació su hijo (RN)?

Inmaduro menos de 28 sg ()

Pre termino de 29 a 36 sg ()

A término de 37 a 40 sg. ()

17 ¿El peso de su hijo (RN) al nacer es?

Bajo **PEG** () Adecuado **AEG** () Grande **GDG** ()

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
CENTRO DE ESTUDIO DE POSTGRADO Y EDUCACIÓN CONTINUA
MAESTRÍA EN GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD
FORMATO DE ENCUESTA A LOS PROFESIONALES DE SALUD

Fecha:

1.- ¿Considera Ud. Que la creación del consultorio para la atención de adolescentes embarazadas ha generado calidad de servicio?

Mucho Poco Nada

2.- Considera Ud. Que llena las expectativas de sus pacientes?

Sí No

3.- ¿Usted brinda un buen trato a las usuarias adolescentes embarazadas?

Sí No

4.- ¿Forma parte usted de las capacitaciones emitidas a las adolescentes embarazadas?

Sí No

5.- ¿Conoce usted si el programa de educación sexual y reproductiva se aplica en la institución? Si No

6.- ¿Considera Ud. Que el tiempo de 10 minutos que se le brinda a las pacientes embarazadas adolescentes en cada consulta es satisfactorio?

Sí No

7.- ¿Usted aplica los protocolos y normas establecidos en el programa?

Poco

Mucho

Nada

8.- ¿Considera usted que la implementación del área en la consulta externa para la adolescente junto al programa que se está aplicando ha disminuido la morbi-mortalidad en el binomio madre e hijo?

Sí

No

9.- ¿Considera usted que la aplicación del Programa “Atención Integral de Adolescentes Embarazadas” en el HECS ha logrado disminuir los factores de riesgo en la morbi-mortalidad de las usuarias?

Sí

No

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
CENTRO DE ESTUDIO DE POSTGRADO Y EDUCACIÓN CONTINUA
MAESTRÍA EN GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD
FORMATO DE ENTREVISTA DIRIGIDO AL DIRECTOR TÉCNICO

Fecha:

1.- ¿Esta Ud. de acuerdo, que el proyecto, “Valoración al Programa Atención Integral de Adolescentes Embarazadas” y su incidencia en los factores de riesgo en la morbi-mortalidad materno neonatal, de las usuarias atendidas en este hospital”, con base científica y metodológica para el bienestar madre –hijo, es aplicable?

Si () No () No Responde ()

2.- ¿Considera Ud., que la infraestructura (consultorio médico) designado en la consulta externa para la atención de la adolescentes embarazadas es suficiente?

Si () No ()

3.- ¿Considera Ud., que el personal profesional de salud con el que cuenta en la consulta externa reúne los perfiles académicos, para cumplir con esta misión?

Si () No ()

4.- ¿Considera Ud., que los profesionales en psicología y nutricionista son necesarios en los controles prenatales de atención integral para evitar factores de riesgos durante el embarazo y parto?

Si () No ()

5.- ¿Ud. considera que se debe mejorar la coordinación del personal de labor social en dar una buena información verbal y escrita sobre los servicios que se brinda a las adolescentes tanto en la consulta externa como en la hospitalización?

Si () No ()

6.- ¿Considera Ud. Que el tiempo establecido en el control obstétrico, es el adecuado para la calidad de atención de las adolescentes?

Si () No ()

7.- ¿Piensa Ud. Que la implementación medica utilizada por el personal de salud para la atención de la usuaria es suficiente?

Si () No ()

8.- ¿Considera Ud. Que los profesionales que atienden a las usuarias aplican los protocolos y normas acorde a los intereses del hospital?

Poco Mucho Nada

9.- ¿Considera Ud., que existe una participación activa de las adolescentes embarazadas al control prenatal?

Si () No ().