UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
CENTRO DE ESTUDIOS DE POSTGRADO Y EDUCACIÓN CONTINUA

MAESTRÍA EN GERENCIA DE SERVICIO DE SALUD

TESIS DE GRADO PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MAGISTER EN GERENCIA DE LOS SERVICIO DE SALUD

TEMA: PROMOCIÓN DEL PROGRAMA DE SALUD PRENATAL PARA DISMINUIR LA ALTA INCIDENCIA DE NIÑOS PREMATUROS EN EL HOSPITAL GINECO-OBSTÉTRICO ENRIQUE C. SOTOMAYOR DE GUAYAQUIL

AUTORAS:
Lcda. Mariana Soledispa Pisco
Dra. Rebeca Torres Prieto

ASESOR:
Ing. Magdalena Huilcapi de Bayas Mg Sc.

Babahoyo - 2011

DEDICATORIA

El presente trabajo está dedicado a mis padres por su apoyo constante y por haberme encaminado hacia el éxito como persona digna, gracias a su ejemplo y respeto.

A mis hermanos por ser mis apoyos incondicionales.

Al CEPEC, por darme la oportunidad de adquirir los conocimientos académicos, para llegar a mi tan anhelada meta de ser una profesional de cuarto nivel.

Lcda. Mariana Soledispa Pisco

DEDICATORIA

A Dios dedico con todo el amor, porque me ha dado sabiduría, fortaleza, apoyo para terminar la maestría.

A mis padres: Manuel y Eugenia, ejemplos permanentes de amor, oración, dedicación y comprensión. Sabios consejeros de mi devenir.

A mis hijos: Flor, Andrés y Daniel.

A mis hermanos con enorme cariño.

Dra. Rebeca Torres Prieto

AGRADECIMIENTO

Agradecemos a la Universidad Técnica de Babahoyo, al Centro de Postgrado y Educación Continua.

Al señor director Ing. Fabián Toscano Ruiz,MAE

A todo el cuerpo académico de magísteres, que impartieron sus enseñanzas dentro de sus aulas para poder adquirir conocimientos para mi desarrollo profesional.

Y en especial a la directora de tesis Ing. Magdalena Huilcapi de Bayas.

Lcda. Mariana Soledispa Pisco

Dra. Rebeca Torres Prieto

DECLARACIÓN DE AUTORÍA

“La responsabilidad por los hechos, doctrinas e ideas, expuestas en este Proyecto de Investigación, corresponden exclusivamente a la Autora”.

Lcda. Mariana Soledispa Pisco
C.I. 090821884 – 5

Dra. Rebeca Torres Prieto
C.I. 0905026894

AUTORIZACIÓN.

De manera que este Proyecto de Investigación es uno de los requisitos previo a la obtención del Título de Magíster en Gerencia de Servicios de Salud, y de conformidad a las normas de la Universidad y, al Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, autorizo a la Universidad para que haga de este Proyecto de Investigación, un documento disponible para su lectura.

Estoy de acuerdo en que se realice las copias que sean necesarias de este Proyecto de Investigación aplicando las regulaciones de la Universidad, siempre que esta reproducción no suponga una ganancia económica potencial.

Sin perjuicio de ejercer mi derecho de autor, autorizo a la Universidad, la publicación de este Proyecto de Investigación después de su aprobación.

Lcda. Mariana Soledispa Pisco

Dra. Rebeca Torres Prieto

CERTIFICACIÓN

Certifico que la Lcda. Mariana Soledispa Pisco, alumna de la Maestría en Gerencia de Servicios de Salud, ha cumplido con los requisitos exigidos por el CEPEC, por lo que autorizo su presentación y defensa.

Ing. Magdalena Huilcapi Masacon, MAE

Tutora

ÍNDICE GENERAL

CONTENIDO	Pág.
Carátula	**i**
Dedicatoria	**ii**
Agradecimiento	**iii**
Autoría	**v**
Autorización	**vi**
Certificación	**vii**
Índice General	**vii**
Resumen Ejecutivo	**x**
Summary	**xii**

1.	Introducción……....	1
2.	Idea o tema de investigación…….....	4
3.	Campo contextual……	5
3.1.	Contexto social…….	5
3.2.	Contexto institucional…….	8
4.	Situación problemática……	10
5.	Planteamiento del Problema…….	13
5.1.	Problema general……	15
5.2.	Problemas derivados..……	15
6.	Delimitación de la investigación……	16
6.1.	Temporal……..	16
6.2.	Espacial……	16
6.3.	Unidades de observación……..	16
7.	Justificación……..	17
8.	Objetivos……..….	21
8.1	Objetivo General…….	21
8.2.	Objetivos Específicos……	21
9.	Marco teórico de la investigación…….	22

9.1.	Marco teórico…..……	22
9.2.	Marco conceptual……	22
9.1.	Postura teórica…..……	69
10.	Hipótesis……..….	70
10.1.	Hipótesis General……..….	70
10.2.	Hipótesis Específicos…….	70
11.	Resultados obtenidos de la investigación……..	71
11.1.	Prueba estadísticas aplicadas en la verificación de las hipótesis……	71
11.2.	Análisis e interpretación de los datos…….	71
11.3.	Conclusiones y recomendaciones generales y específicas acerca de los resultados de la investigación…….	92
12.	Propuesta de aplicación de resultado……	93
12.1.	Antecedente de la propuesta……	93
12.2.	Justificativo de la propuesta……..……	93
12.3.	Alternativa obtenida……	94
12.4.	Alcance de la alternativa…..……..……	96
12.5.	Aspectos básicos de la alternativa……..	97
12.6.	Resultados esperados de la alternativa…….	108
12.7.	Impacto esperado de la alternativa…….	109
13.	Bibliografía……..	110
14.	Anexos…….	113

RESUMEN EJECUTIVO

El número de niños prematuros ha llegado a niveles alarmantes en nuestro país, a tal punto que en el año 2008 hubo 206.215 nacimientos en el Ecuador, de los cuales el 13% y 15% (más de 26.000 menores) nacieron prematuros, cifras que son corroboradas en el Hospital Gineco Obstétrico “Enrique C Sotomayor”, cuyas estadísticas demuestran que de los 24.701 partos registrados en el 2010, 3.631 fueron prematuros (14,7% del total de partos).

El objetivo de la presente investigación es “determinar cómo contribuye la promoción del programa de salud prenatal en la disminución de la alta incidencia de niños prematuros en el hospital Gineco - obstétrico Enrique C. Sotomayor de Guayaquil, durante el 2010”. La prevención que proporcione conocimientos a madres en proceso de gestación, ayudará a disminuir nacimientos prematuros y de esta manera se dará un aporte a la sociedad mejorando los niveles de salud de todos. Teniendo como meta principal de la temática, crear conciencia acerca del problema del nacimiento prematuro en el país. Así también, promoviendo la importancia del control del embarazo, y la relación directa que existe entre las complicaciones y el número de semanas sin atención médica.

Una vez realizada la investigación de campo, con base en encuestas se pudo comprobar la hipótesis de la investigación, la cual manifiesta que la promoción del programa de salud prenatal contribuiría a la disminución de la

alta incidencia de niños prematuros en el Hospital Gineco-Obstétrico “Enrique C. Sotomayor” de Guayaquil, durante el 2010, diagnosticándose que las mujeres embarazadas adolescentes y madres añosas, no tienen el conocimiento suficiente, ni se realizan los controles de manera oportuna, para prevenir partos pretérminos.

Por este motivo, se plantea como propuesta la masificación del programa educativo de salud prenatal a mujeres embarazadas adolescentes de los colegios y madres añosas de los sectores aledaños al Hospital Gineco-Obstetra Enrique C. Sotomayor para disminuir la incidencia de partos prematuros, que incluya la capacitación y consejería de las usuarias con potencial riesgo en materia de salud sexual y reproductiva, su promoción a través de los medios masivos de información, organización del Club de la Mujer Embarazada, Ferias de la Salud, Encuentros de Mujeres Embarazadas y diseño de murales educativos.

Se espera con ello, reducir el porcentaje de bebés prematuros, disminuir el embarazo adolescente, fomentar un mayor control prenatal y fortalecer el nivel de cultura y conocimientos de las mujeres en materia de salud sexual y reproductiva.

SUMMARY

The premature´s children number, is found at alarming level in Ecuador, in the year 2008 there was 206.215 birth in our country, in which the 13% and15% were premature (26.000children), at the same time this situation was observed at the hospital gineco obstetric “Enrique C. Sotomayor” which statistics shows the 24.701 birth registered in the 2010, 3631 were premature birth (14.7% of the total birth).

The objective of this research is “to determinate the contribution of the promotion of the prenatal health program in the reduction of the high incident of the premature children in the hospital gineco obstetric “Enrique C. Sotomayor” of Guayaquil, in the 2010.

The prevention which provides knowledge to mothers in gestation process, helps with the diminution of premature birth, and in this way, it will give to the society the improvement of health level to everyone. The principal goal is to create conscience, about the problem of the premature birth in the country. At the same time, promoting the importance of pregnancy control and the direct relation between the complications and the number of weeks without medical attention.

Once preformed the camp research, based on surveys , it was able to verified the research hypothesis , which express the promotion of the prenatal health program would promote at the diminution of the high incident of premature children at the hospital gineco obstetric “Enrique C Sotomayor” of Guayaquil in the 2010, which diagnostics is that pregnant women ; adolescents and mothers

don´t have the sufficient knowledge an neither realize the controls in an opportune way in order to get a premature pregnant prevention.

For this reason, it´s formulated as proposal the massing of the health educational program for the adolescent pregnant girls and mothers of surrounding areas near the hospital gineco obstetric “Enrique C Sotomayor” in order to reduction of the incident of the premature pregnant including the capacitation and counseling of the users with risk potential in the reproductive sexual health matter, its promotion through the missive’s information way, organization of the club for pregnant women, health fairs, pregnant women meeting , educational mural designs.

We hope the research results, reduce the percentage of premature birth, reduce teens pregnancy, strengthen the culture´s level and knowledge of women in reproductive sexual health.

INTRODUCCIÓN

El parto prematuro es el mayor desafío clínico actual de la medicina Perinatal, como sabemos el parto humano, también llamado nacimiento, es la culminación del embarazo humano, el periodo de salida del infante del útero materno. Es considerado por muchos el inicio de la vida de la persona. Durante el transcurso del embarazo ocurren muchos procesos fisiológicos como patológicos, dentro de los cuales podemos nombrar el parto prematuro, los abortos espontáneos como los provocados.

Todos los años nacen en el mundo alrededor de 13 millones de niños prematuros es decir, antes de la semana 37+0 y muchas veces con un peso inferior de 2500 gramos. La mayor parte de esos nacimientos ocurren en países en desarrollo y contribuyen la proporción más extensa de la morbilidad y la mortalidad perinatales que se registran anualmente en todo el mundo.

Gran parte de la morbilidad perinatal grave también se asocia con esos nacimientos. En los nacidos pretérminos son mucho más frecuentes el síndrome de dificultad respiratoria, la enterocolitis necrotizante, la hemorragia intraventricular y discapacidades de largo plazo como la parálisis cerebral, la ceguera y la pérdida de la audición. Por otra parte, el nacimiento pretérmino se relaciona con gastos importantes de salud pública.

En los países industrializados, la mayoría de los niños con bajo peso al nacer suelen ser pretérmino.

Múltiples estudios se han realizado para investigar esta patología y, aunque existen numerosos avances, los perinatólogos continúan enfrentándose

al problema, debido a que no se ha producido una declinación en la incidencia del parto pretérmino espontáneo.

La prematurez es la principal causa de mortalidad neonatal, así como de una parte considerable de la morbilidad a corto y largo plazo relacionada con el nacimiento. El parto de pretérmino espontáneo es responsable de más de un 50 % de los nacimientos de pretérmino.

La mayoría de los esfuerzos para prevenir y detener el parto de pretérmino no han probado ser efectivos, y por lo tanto los componentes más importantes en su manejo son aquellos orientados a prevenir complicaciones neonatales. El Hospital Gíneco-Obstetra Enrique C. Sotomayor atiende un gran número de bebés prematuros. La mayoría de ellos son provenientes de otros hospitales o fuera de la ciudad, aquello demanda gastos por incremento de hospitalización.

El nacimiento prematuro de un hijo en gestación no sólo afecta rotundamente la estabilidad emocional de los padres, sino que conlleva un elevado riesgo de muerte y discapacidad en el nuevo ser que viene al mundo, aún sin desarrollar plenamente su organismo, ello como consecuencia de un factor ajeno a la madre o la falta de cuidado antes o durante el embarazo, lo cual es totalmente prevenible en muchos casos.

Aunque hay muchos avances en el tratamiento intensivo-neonatal para los niños prematuros, no se puede evitar siempre que estos niños tengan graves problemas inmediatamente al nacer o para el resto de su vida. Con la certeza que lo anterior obedece a las condiciones económicas del país. Existe menos control pre natal, más desnutrición materna. Los recién nacidos con

bajo peso por lo general son hijos de madres que trabajan y/o no se alimentan adecuadamente durante el embarazo.

Otra de las causas radica en la edad de la madre. Mujeres de 18 años o mayores de 35 son quienes alumbran niños prematuros y de bajo peso en mayor porcentaje.

A pesar de que puede llegar a ser una preocupación bastante común, son pocas las mujeres que tienen conocimiento sobre dar a luz a un bebé prematuro. Aunque la ciencia moderna hace todo lo posible para que los bebés nazcan al menos cuando hayan llegado a la semana 24 de gestación.

El Hospital Gíneco-Obstetra Enrique C. Sotomayor atiende un gran número de bebés prematuros. La mayoría de ellos son provenientes de otros hospitales o fuera de la ciudad, aquello demanda gastos por incremento de hospitalización.

Por ello con el afán de brindar servicio a la comunidad, sobre esta patología, ha puesto en consideración la ampliación del programa preventivo a las madres sobre salud prenatal para disminuir la alta incidencia de niños prematuros, concienciar a las madres en proceso de gestación, que ayudará a disminuir nacimientos prematuros. Siendo el beneficiario final el niño.

2 IDEA O TEMA DE INVESTIGACIÓN

La promoción del programa de salud prenatal y la incidencia en el nacimiento de niños prematuros en el Hospital Gineco – Obstétrico Enrique C. Sotomayor de Guayaquil, durante el 2010

3 CAMPO CONTEXTUAL

3.1 Contexto social

Más de 500 000 mujeres y niñas mueren en todo el mundo cada año a causa de las complicaciones relacionadas con el embarazo y el parto. Más del 99% de estas defunciones ocurren en países en vías de desarrollo tales como Ecuador; pero las defunciones maternas solamente cuentan parte de la historia.

Nacen 13 millones de bebés prematuros en el mundo cada año, aunque con una esperanza de vida muy diferente, dependiendo de si el parto tuvo lugar en un país desarrollado o en uno pobre.

Un informe reciente de la Organización Mundial de la Salud (OMS) indica que la mayor parte de los partos prematuros en el mundo ocurren en Asia y África.

Estimamos que en el 2005 se registraron 12,9 millones de partos prematuros, lo que representa el 9,6% de todos los nacimientos a nivel mundial. Aproximadamente 11 millones (85%) de ellos se concentraron en África y Asia, mientras que en Europa y América del Norte (excluido México) se registraron 0,5 millones en cada caso, y en América Latina y el Caribe, 0,9 millones. Las tasas más elevadas de prematuridad se dieron en África y América del Norte (11,9% y 10,6% de todos los nacimientos, respectivamente), y las más bajas en Europa (6,2%).

Si la comparación se realiza entre regiones de ingresos elevados, la tasa de nacimientos prematuros es mucho mayor en Norteamérica (10,6%) que en Europa (6,2%).

Según la OMS, el número de nacimientos prematuros ha aumentado fuertemente en los últimos 20 años, por lo que "mejorar el acceso y la eficacia de la atención médica en los países en desarrollo debe ser una prioridad".

El dramático aumento constituye un problema de salud mundial: en Ecuador la situación no es menos preocupante. Según cifras del Instituto Nacional de Estadística y Censos, INEC, en el 2008 hubo 206.215 nacimientos en el país. De ese total, entre el 13% y 15% (más de 26.000 menores) nacieron prematuros. La problemática es alarmante.

De acuerdo con los registros de la Maternidad Enrique Sotomayor, el incremento de nacimientos prematuros ha sido progresivo desde el 2000, en el que se calculó un índice inferior al 4%. Cinco años más tarde, en 2005, pasó al 7,3%; mientras que el informe del 2009 arrojó un incremento de 6 puntos. Según estadísticas de ese hospital, de los 24.701 partos que registraron en el 2010, 3.631 fueron prematuros, es decir, nacieron antes de las 37 semanas de gestación. Lo normal son 40 semanas.

La mortalidad materna se refiere a aquellas defunciones a consecuencia de complicaciones causadas por el embarazo y el parto. Estas complicaciones pueden suceder durante el embarazo o

el parto, o pueden ocurrir hasta 42 días después del parto. Por cada mujer que perece, muchas más sufrirán lesiones, infecciones y trastornos como consecuencia de las complicaciones del embarazo o el parto, tal como la fístula obstétrica. Sin embargo, en la mayoría de los casos, la mortalidad y trastornos maternos pueden evitarse con intervenciones sanitarias apropiadas.

3.2 Contexto institucional

UNA DE LAS MEJORES OBRAS QUE FUERON INICIADAS Y CONCLUIDAS EN LA DIRECCION DE DON CARLOS JULIO AROSEMENA TOLA A QUIEN LA JUNTA DE BENEFICENCIA DE GUAYAQUIL Y EL PAIS LE DEBEN SU ENTREGA PERSONAL, SAPIENCIA Y SOLIDARIDAD.

El hospital Enrique C. Sotomayor es un hospital gineco- obstétrico; ubicado en la ciudad de Guayaquil en las calles Pedro Pablo Gómez entre Pío Montufar y Seis de marzo.

Es un hospital de referencia nacional donde acuden madres de las diferentes provincias del País. Adicionalmente tiene una sección de clínica privada. En el lugar nacen 100 vidas diarias con un equivalente de 31.000 vidas al año.

MISIÓN

Brindar atención de calidad con calidez y eficacia a mujeres de escasos recursos económicos en las diferentes etapas de sus vidas reproductivas y al neonato.

VISIÓN

Modelo de servicio con gestión moderna y auto sustentable destinada a convertirse en un centro de investigación en medicina prenatal a nivel nacional.

4 SITUACION PROBLEMÁTICA

En el Ecuador no se reportan con exactitud los niños que nacen antes de tiempo o prematuros, sin embargo, el departamento de Estadísticas del Hospital Enrique C. Sotomayor informa que en el año 2008, se han reportado 1456 nacimientos prematuros y mientras que en el informe de 2009 se obtuvo un incremento de 6 puntos.

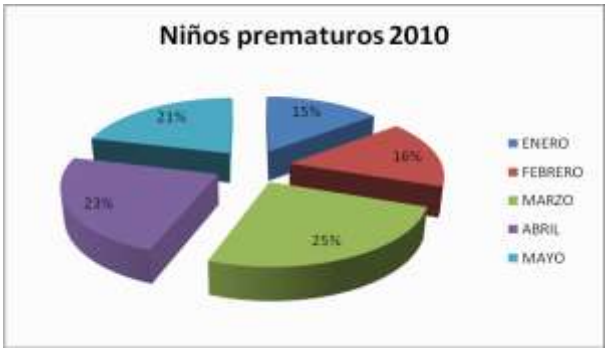
Según estadísticas de ese hospital, de los 24.701 partos que registraron en el 2010, 3.631 fueron prematuros, es decir, nacieron antes de las 37 semanas de gestación. Lo normal son 40 semanas. Para la Dra. Patricia Pacheco, subdirectora técnica de la maternidad Enrique Sotomayor, de la Junta de Beneficencia, la clave es prevenir que nazcan prematuros.

La pediatra asegura que el riesgo de muerte antes del primer mes de vida es alto en estos niños. Muchos sufren trastornos respiratorios e infecciones.

Las condiciones de la madre están ligadas a la prematurez, antecedentes de embarazos múltiples, infecciones genitales y de las vías urinarias, anemia, hipertensión durante la gestación son algunos de los factores.

A esto se suma un control prenatal inadecuado. La Dra. Pacheco recomienda mínimo siete chequeos durante el embarazo.

En la maternidad Sotomayor, de cada 100 mujeres que tuvieron un control prenatal, apenas dos niños nacen con complicaciones. De cada 100 madres que no asistieron al ginecólogo, 30 bebés nacen enfermos.



La Maternidad Sotomayor por tratarse de un hospital de referencia nacional atiende a madres de las diferentes provincias del país, muchas de ellas vienen complicadas y que son de escasos recursos económicos, con poco conocimiento de la importancia de los controles prenatales, y con desnutrición.

El embarazo es un tiempo de alegría y de esperanza, pero a veces también de dudas y de preocupaciones; la duda mayor de los padres es, si su hijo va estar bien desarrollado y sano al nacer. En general, la tasa de prematuridad se ha incrementado; el peligro de un parto prematuro puede provocar en el bebé, riesgos de enfermedades e inclusive puede morir. En principio, esto se debe a la inmadurez pulmonar y la posibilidad de hemorragias cerebrales. Cuanto más prematuro sea el parto, más peligroso es para el bebé.

Este incremento de casos prematuros genera un alto costo económico para la institución.

A la gran cantidad de nacimientos por el incremento de la natalidad que se produce en Guayaquil, se suman los nacimientos prematuros. El 13% de los bebés que nacen a diario en el hospital Gíneco-Obstétrico

Enrique C. Sotomayor son alumbrados antes de cumplir las 32 semanas de gestación.

Las principales causas del incremento de niños prematuros son:

- Mal nutrición.
- Edad menor de 18 años y mayor de 35
- Multíparas (cuatro hijos o más)
- Antecedentes de parto prematuro
- Antecedentes de hemorragia durante el embarazo
- Infección de vías urinarias
- Gestación múltiple (mellizos, trillizos, etc.)
- Presión alta durante el embarazo

En nuestro país, el poco control prenatal y los problemas de desnutrición materna, hacen que el recién nacido tenga bajo peso (por lo general estos son hijos de madres que trabajan y/o no se alimentan adecuadamente durante el embarazo.

Mientras más prematuro nace un niño, tiene menos probabilidades de vida y el pronóstico es más reservado.

Otra de las causas de este incremento radica en la edad de la madre: Mujeres de 18 años o mayores de 35 años son quienes alumbran niños prematuros y de bajo peso en mayor porcentaje.

5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

EL ARBOL DE PROBLEMAS

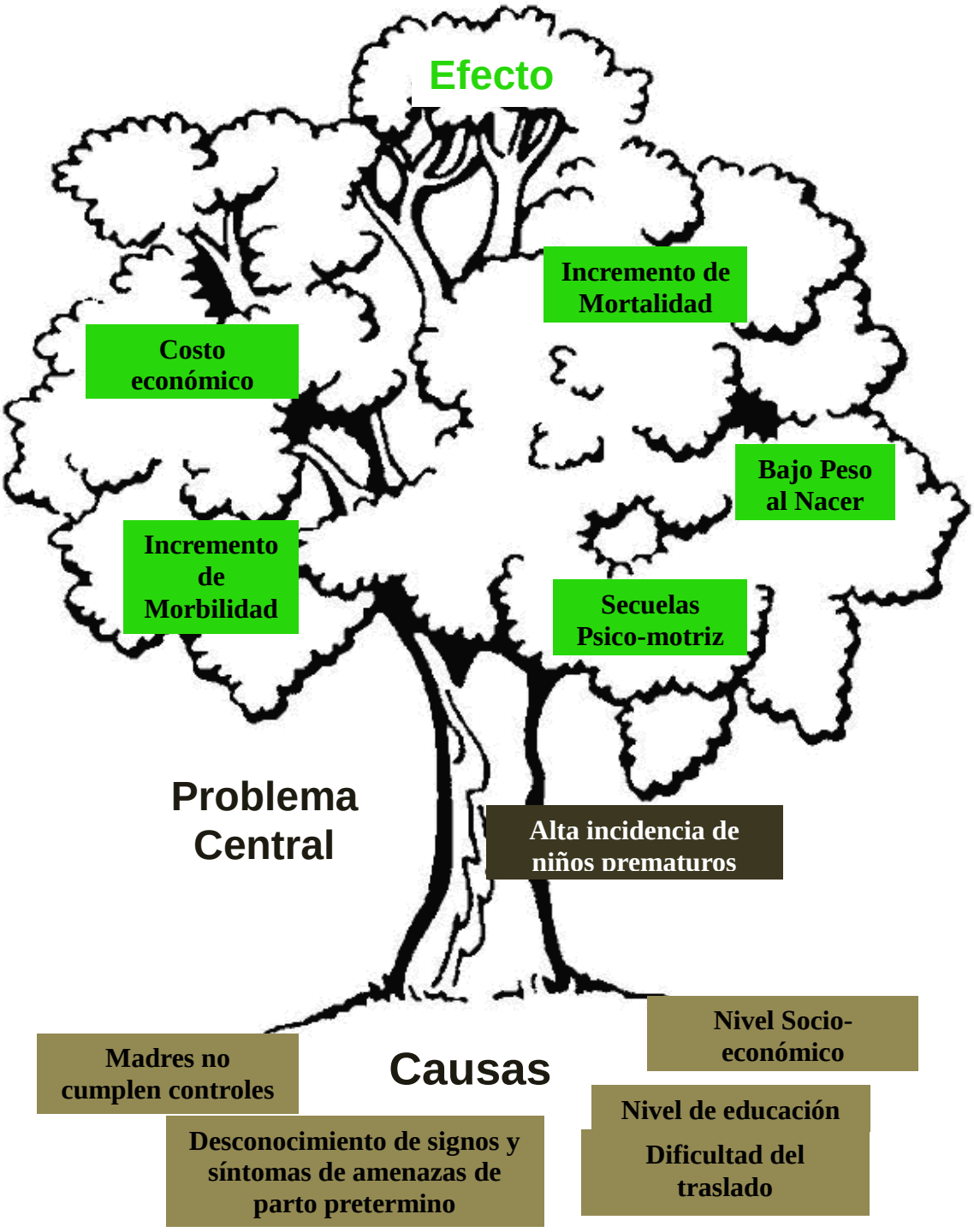
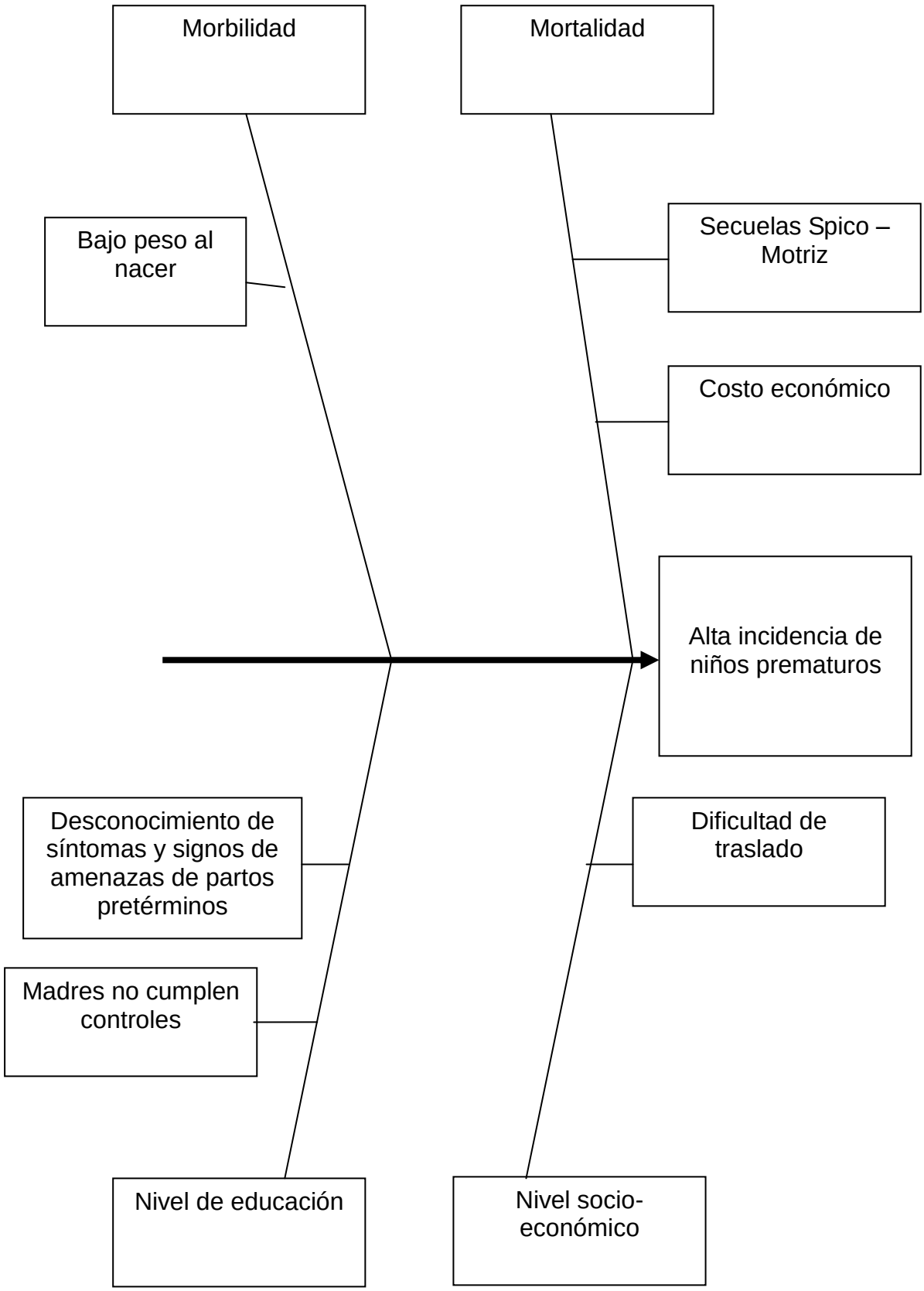


DIAGRAMA ESPINA DE PESCADO



5.1. Problema General

¿De qué manera contribuye la promoción del programa de salud prenatal en la disminución de la alta incidencia de niños prematuros en el hospital gineco-obstétrico Enrique C. Sotomayor de Guayaquil, durante el año 2010?

5.2. Problemas Derivados

a. ¿Por qué el programa de control prenatal establecido por la Maternidad Enrique C. Sotomayor está contribuyendo a que las embarazadas obtengan un producto de calidad?
b. ¿Cuáles son las actividades de control prenatal que realiza el personal de la salud para prevenir los partos prematuros?
c. ¿Cómo desarrollar estrategias de prevención en salud prenatal a mujeres embarazadas para disminuir la incidencia de partos prematuros?

6. Delimitación de la investigación

6.1 Temporal

Esta investigación se ejecutara durante el año 2010.

6.2 Espacial

Esta investigación se llevara a cabo en la siguiente institución de salud:

- Institución: Hospital gineco - obstétrico Enrique C. Sotomayor
-

Parroquia: Rocafuerte

- Cantón: Guayaquil
- Provincia: Guayas
- País: Ecuador

6.3 Unidades de observación

Las unidades de observación en la presente investigación serán:

- Administradores : (3)
- Personal de la salud (365)
- Usuarias (24.701)

7 Justificación

La tasa de mortalidad maternal a nivel mundial, a nivel de Sudamérica, a nivel de Ecuador continúa a un nivel inaceptablemente alto. A pesar de que las cifras de mortalidad materna varían grandemente según su procedencia y son altamente polémicas.

Los mejores cálculos obtenidos para Ecuador indican que aproximadamente entre unas 500 y 700 mujeres y niñas mueren cada año a causa de complicaciones relacionadas con el embarazo. Para asegurar una maternidad sin riesgos es necesario reconocer y apoyar los derechos de las mujeres y las niñas para que lleven vidas sanas en las cuales tengan control de los recursos y decisiones que afectan su salud y seguridad. Esto exige que se den a conocer bien las complicaciones asociadas con el embarazo y el parto, que se dé acceso a servicios sanitarios de alta calidad (prenatal, parto, posparto, planificación familiar, etc

Las estadísticas del embarazo adolescente son crecientes; este tipo de embarazo afecta no solo a la adolecente sino, también, al nuevo ser de diferentes maneras y formas. Este embarazo es generalmente no planificado y no deseado, supone un impacto negativo sobre la condición física, emocional y económica de la joven, además de condicionar, definitivamente su estilo de vida.

El 25% de la población adolecente enfrenta un embarazo no deseado, es decir 2.7 millones de adolescentes son madres embarazadas Dra Mariana Murillo. 2010 Los resultados de una encuesta realizada en la Maternidad Sotomayor, se señala que el 33% de jóvenes afirman no haber recibido

ninguna información en los centros educativos, el 45% ha recibido algún tipo de información, y solo el 22% aseguro conocer sobre los riesgos del embarazo y la manera de prevenirlo. Desde enero del 2008 se han atendido 14 mil adolecentes en la Maternidad Sotomayor. El Ecuador ocupa el 4to lugar en América Latina, con mortalidad materna. El 50% de jóvenes menores de 17 años son sexualmente activas con consecuencias negativas.

Las malas o bajas condiciones socioeconómicas, la desintegración familiar, los hogares disfuncionales, así como la ignorancia y la pobreza, constituyen factores causales muy importantes, tanto del embarazo adolescente como del inicio precoz de las relaciones sexuales.

Otro de los factores ambientales asociados al inicio precoz de las relaciones sexuales ha sido la falta de escolarización de los jóvenes .Con el adelanto de la menarquía que se está produciendo, se han adelantado las relaciones sexuales, es fácil concluir que la no utilización de método anticonceptivo supone el factor causal más importante para el embarazo adolescente.

La fecundidad adolescente constituye en la mayoría de los casos un problema de salud materno infantil, las gestantes adolescentes inician el control del embarazo más tarde que las embarazadas adultas; habitualmente, la primera visita prenatal se retrasa hasta el 4º mes de gestación. Además del retraso en el inicio del control prenatal se da el fenómeno de que los controles posteriores no son seguidos con la periodicidad aconsejada, el embarazo adolescente se acompaña, más

frecuentemente que el adulto, de prematuridad (10%), bajo peso al nacer (12%) y anemia ferropénica (25%).

Para asegurar una maternidad sin riesgos es necesario reconocer y apoyar los derechos de las mujeres y las niñas para que lleven vidas sanas en las cuales tengan control de los recursos y decisiones que afectan su salud y seguridad. Esto exige que se den a conocer bien las complicaciones asociadas con el embarazo y el parto, que se dé acceso a servicios sanitarios de alta calidad (prenatal, parto, posparto, planificación familiar, etc.).

Esta realidad merece una especial atención, de prevención, que proporcione conocimientos a madres en proceso de gestación que ayudara a disminuir nacimientos prematuros, y de esta manera se dará un aporte a la sociedad mejorando los niveles de salud de todos. Teniendo como meta principal de la temática, crear conciencia acerca del problema del nacimiento prematuro en el país. Así también, promoviendo la importancia del control del embarazo, y la relación directa que existe entre las complicaciones y el número de semanas sin atención médica.

Prematuros fallecidos

Período	2,003	2,004	2,005
≤ 30 semanas	226(F 179) F 79%	262 (F32) F 13 %	283(F242) F 86%
*31 a 34 semanas	679(F192) F 28%	700(F 198) F 28%	750(F 170) F 23%
*35 a 36 semana	1068 (F 71) F 7%	1203 (F92) F 8%	1336 (F80) F 6%

Datos obtenidos de Hospital Gineceo obstétrico Enrique C.Sotomayor.

Además, concienciando que los problemas médicos son más graves cuanto menor es la edad de la usuaria. Siendo el beneficiario final el binomio madre – hijo.

8 Objetivos

8.1 Objetivo General

Determinar cómo contribuye la promoción del programa de salud prenatal en la disminución de la alta incidencia de niños prematuros en el hospital Gineco - obstétrico Enrique C. Sotomayor de Guayaquil, durante el 2010.

8.2 Objetivos Específicos

a) Identificar como el programa de control prenatal que se aplica dentro del hospital está contribuyendo a que las embarazadas obtengan un producto de calidad.
b) Analizar las actividades de control prenatal que realiza el personal de la salud para prevenir los partos prematuros.
c) Masificar la ampliación del programa educativo de salud prenatal a mujeres embarazadas para disminuir la incidencia de partos prematuros.

9 Marco teórico de la investigación

9.1 Marco Conceptual

El hospital Gineco-obstrético Enrique C. Sotomayor atiende un gran número de bebés prematuros. La mayoría nacen en la casa asistencial o son de otros hospitales o de fuera de la ciudad.

El embarazo es un evento fisiológico, el éxito del cuidado perinatal está en identificar precozmente qué pacientes tienen factores de riesgo, darles un valor clínico y poder planificar la atención adecuada, de todas las embarazadas, con el fin de disminuir o evitar en lo posible el daño materno y perinatal.[1]

La mayor parte de las mujeres que son atendidas en este centro de salud, no tienen conocimiento sobre el periodo gestacional. La edad, la educación, el nivel socioeconómico, la nutrición, la estatura, los hábitos higiénicos y otros factores inciden en los embarazos prematuros, ya que esto hace que el periodo gestacional sea de alto riesgo.

La importancia que tiene el evitar los embarazos prematuros se debe a que los bebés precoces corren un riesgo mayor de tener complicaciones de salud al nacer, como problemas respiratorios, e incluso de morir. Por eso, son ubicados en una unidad de cuidados intensivos neonatal con personal médico y equipos especializados para que se pueda tratar los diferentes problemas a los que pueden estar expuestos los menores.

[1] R. Cifuentes B., OBSTETRICIA DE ALTO RIESGO, Aspromedica, cuarta edición, 1994.

Dos estudios recientes sugieren que los bebés prematuros podrían tener un riesgo mayor de desarrollar síntomas asociados con autismo (problemas sociales, de conducta y del habla).[2] Los estudios sugieren también que los bebés muy prematuros podrían tener un riesgo mayor de padecer ciertos problemas de salud en la adultez, como diabetes, alta presión arterial y enfermedad cardiaca.[3]

Cuando se presentan estas situaciones, el médico recomienda ciertas opciones para la embarazada, adelantar o no el alumbramiento. En estos casos la obligación del médico debe ser advertirlo y aconsejar una decisión adecuada.[4]

Por lo que la educación de la mujer es importante para que sepa qué medidas debe tomar para evitar un embarazo prematuro. Para esto se debe hacer programas educativos para identificar los signos de alarma y así puedan consultar oportunamente al médico gineco-obstetra. Lo que disminuiría la incidencia de niños prematuros.

Cerca del 12 por ciento de los bebés prematuros nace entre las semanas 32 y 33 de gestación, aproximadamente el 10 por ciento entre las semanasy 28 y 31 y cerca del seis por ciento antes de cumplidas las 28 semanas de gestación.[5]

Otro factor de riesgo son los embarazos en las adolescentes. En 2005, 16.4 de cada 1,000 bebés de mujeres menores de 15 años murieron,

[2] Limperopoulos, C., et al. Positive Screening for Autism in Ex-Preterm Infants: Prevalence and Risk Factors. Pediatrics, volumen 212, número 4, abril de 2008, págs.
[3] Hovi, P., et al. Glucose Regulation in Young Adults with Very Low Birthweight. New England Journal of Medicine, volumen 356, número 20, 17 de mayo de 2007.
[4] R. Cifuentes B., OBSTETRICIA DE ALTO RIESGO, Aspromedica, cuarta edición, 1994.
[5] Martin, J.A. et al. Births: Final Data for 2006. National Vital Statistics Reports, volumen 57, número 7, 7 de enero de 2008.

en comparación con 6.8 de cada 1,000 bebés de mujeres de todas las edades.[6]

Las probabilidades de que los bebés tengan riesgos al nacer, aumentan si la madre es adolescente. Los peligros a los que pueden estar expuestos los neonatos deben ser considerados por la embarazada, y por las menores antes que estén en estado de gestación (medicina preventiva).

Las madres adolescentes tienen más probabilidades de tener un bebé de bajo peso al nacer. La mayoría de los bebés de bajo peso nace antes de término. Cuanto más prematuro sea, menor suele ser su peso y mayor el riesgo. En el año 2006, el 10 por ciento de las madres de entre 15 y 19 años dio a luz bebés de bajo peso, en comparación con el 8.3 por ciento correspondiente a madres de todas las edades.[7]

Cuando un bebé nace prematuramente, es todo tan rápido que el desconcierto de los padres es bastante alto, la preocupación y el miedo aparece en la familia, debido a que el menor en la unidad de cuidados intensivos, conectados a varias máquinas, monitores. Por lo que la angustia aumenta, debido a la falta de conocimiento que estos tienen y de preparación para el momento en que es concebido y trasladado a estas áreas.

Las actividades sexuales tempranas se ligan al aumento de embarazos precoces y a una mortalidad materna 25 veces mayores de las que existen después de los 20 años de edad. Esta actividad sexual precoz

[6] Mathews, M.S., and MacDorman, M.F. Mortality Statistics from the 2005 Period Linked Birth/Infant Death Data Set. National Vital Statistics Reports, volume 57, number 12, revised 8/18/08.
[7] Martin, J.A., et al. Births: Final Data for 2006. National Vital Statistics Reports, volume 57, number 7, January 7, 2009.

va unida a la deserción escolar, a la perdida de oportunidades laborales y a la disrupción de lazos familiares.[8]

Además, hay mujeres que pasado los 35 años embarazan y ellas también están expuestas a concebir niños prematuros. Por esta razón, es necesario que las mujeres conozcan estos riesgos para que puedan evaluar adecuadamente la conveniencia de un embarazo y determinar cuál es el mejor momento para quedar embarazada.

Cuando un bebé nace prematuramente, es todo tan rápido que el desconcierto de los padres es bastante alto, la preocupación y el miedo aparece en la familia. Existe menos control prenatal y más desnutrición materna. Los recién nacidos con bajo peso, por lo general, son hijos de madres que trabajan o no alimentan adecuadamente durante el embarazo, además de los factores anteriormente señalados.

El objetivo fundamental de mantener controlado el riesgo reproductivo es disminuir el riesgo de enfermedad o muerte de la madre, o del producto y como principal condicionamiento que haya existido un factor de riesgo desde antes del embarazo, susceptible de modificarse, eliminarse o atenuarse, por lo que se debe aplicar un enfoque dirigido a la prevención de riesgo. Mejorando la calidad de salud de las gestantes.

[8] R. Cifuentes B., OBSTETRICIA DE ALTO RIESGO, Aspromedica, cuarta edición, 1994.

9.2 Marco conceptual

Términos más comunes

- **Prematurez**.- Recién Nacido de menos de 37 semanas de gestación.
- **Control prenatal**.- es el conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar morbimortalidad materna y perinatal.
- **Periodicidad del Control Prenatal**.- La frecuencia del control prenatal está determinada por los factores de riesgos detectados en esa gestación y serán necesarios tantos controles como la patología detectada lo requiera.
- **Parto prematuro**.- Se llama parto prematuro, cuando las contracciones causan que el cuello uterino (la abertura inferior del útero) se adelgace y se abra, antes de tres semanas de la fecha estimada de nacimiento. Más de seis contracciones uterinas en una hora es una señal de advertencia de parto prematuro. Las contracciones pueden sentirse como que se le aprieta el útero o que su bebe se está “haciendo en una bola”.

  Los cólicos estomacales con o sin diarrea o cólicos que sean como los cólicos menstruales, ya sean constantes o que van y vuelven, pueden ser señales de parto prematuro.
- **La consulta preconcepcional** consiste en preparar a la futura madre para lograr un hijo en las mejores condiciones de salud y lo cuál se

logra en la mayoría de los casos realizando una correcta anamnesis, recomendaciones y estrategias a la futura gestante.

- **Apnea.-** Esta interrupción en la respiración se denomina apnea y puede ir acompañada de una reducción en el ritmo cardíaco.
- **Síndrome de dificultad respiratoria (SDR).-** Los nacidos antes de las 34 semanas de gestación. Los bebés con SDR carecen de una proteína llamada surfactante que impide que los pequeños sacos de aire que hay en los pulmones se colapsen.
- **Anemia:** Los bebés prematuros a menudo son anémicos, lo cual significa que no tienen suficientes glóbulos rojos.
- **Atresia Esofágica.**- Falta de canalización del intestino primitivo que ocasiona un esófago anormal.
- **Óbito fetal muerte** acaecida antes de la expulsión o extracción completa de la madre, del producto de la concepción, cualquiera que haya sido la duración de la gestación.
- **Retinopatía de prematuros**. A veces los bebes prematuros presentan daños en los vasos sanguíneos de la retina, una condición médica conocida como retinopatía de prematuridad, que puede dar lugar a una grave pérdida de visión en algunos casos
- **Ictericia Neonatal** es la coloración amarillenta de la piel mucosa relacionadas un exceso de bilirrubina en la sangre del niño.
- **Toco lítico.-** Es un tipo de fármacos utilizados para suprimir el trabajo de parto prematuro.

- **Hemorragia intraventricular en neonatos** es un sangrado dentro de las aéreas llenas de liquido (ventrículos) rodeadas por el cerebro y es una afección que se observa con más frecuencia en bebe prematuros.
- La Progesterona es la responsable de preparar el recubrimiento del útero para la implantación de ovulo.
- **La Progesterona** es la responsable de preparar el recubrimiento del útero para la implantación de ovulo.
- **Útero** el útero se divide en tres partes, el cuerpo que es la porción principal, el fondo es la parte redondeada superior y permanece arriba de la entrada de las trompas de Falopio y la del Cerviz o cuello que es la porción inferior que se proyecta hacia la vagina .
- **Hipoxia fetal.**- Es la disminución del transporte de oxigeno esto puede ocasionar compromiso del bienestar fetal durante el embarazo, como durante el nacimiento.
- **Oligoamnio.**- Disminución de la cantidad del líquido amniótico.
- **Polihidramnio.**- Presencia excesiva o aumento del liquido amniótico mayor de dos litros, alrededor del feto, antes de que este nazca

Desarrollo de las categorías de análisis

Programa de salud prenatal

Control prenatal

Se entiende por control prenatal a la serie de entrevistas que la embarazada realiza con el médico u otros integrantes del equipo de salud con el objeto de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y la crianza.

Objetivos:

- Asegurar y proteger la salud de la gestante y de su hijo/a, antes, durante y después del parto.
- Permitir planear un parto seguro.
- Disminuir la movilidad y mortalidad materna y perinatal.
- El control prenatal es parte de un proceso destinado a fomentar la salud de la madre, el feto, y la familia y se apoya en la organización de los servicios de salud.

El control prenatal eficiente debe cumplir cuatro requisitos básicos:

- **Precoz:** debe ser efectuado en el primer trimestre de la gestación, en lo posible después de la primera falla menstrual, lo que permite la ejecución oportuna de las acciones de fomento, protección y recuperación de la salud, que constituyen la razón fundamental del control prenatal. Además permite la identificación precoz de la

embarazada de mediano y alto riesgo, aumentando la posibilidad de planificar eficazmente su manejo Gineco - obstétrico así como donde realizarse.

La duración del embarazo se divide en tres trimestres: El primer trimestre abarca desde el primer día del embarazo hasta la semana 14 de gestación. El segundo trimestre abarca desde la semana 14 a la 28.El tercer trimestre desde las 28 a las 42 semanas.

El parto normalmente se produce entre la semana 38 como mínimo y la 42 como máximo con una duración promedio de 40 semanas la fecha probable de parto se calcula para una duración de 40 semanas, cuando también se cumplen los nueve meses.

- **Periodo:** la frecuencia depende del riesgo, requiriendo en las embarazadas de bajo riesgo un mínimo de cinco controles, con un control mensual. Las embarazadas de alto riesgo necesitaran controles de acuerdo a la patología y lo ajustará el médico o la institución tratante en general 10 a12 controles.
- **Completo:** los contenidos mínimos de control deberán garantizar el cumplimiento efectivo de las acciones de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud de la embarazada y su hijo/a. Amplia cobertura: que abarque la mayor población posible idealmente a toda la población.

En todos los controles se constata el peso de la embarazada, la tensión arterial, la talla, la altura uterina. Se indican las vacunas correspondientes durante el embarazo. Se realiza un examen genital y se realiza colposcopia y Papanicolaou. Se indica control odontológico. Todas las consultas están dirigidas a controlar los cambios fisiológicos que el embarazo produce en la madre y el hijo.

Se pesquisan enfermedades y también se controla el crecimiento fetal, se realizan ecografías que valoran crecimiento fetal, maduración de la placenta y volumen de líquido amniótico.

Los cuidados prenatales deben comenzar tan pronto como exista una probabilidad razonable de embarazo. Esto puede significar tan solo algunos días después de la ausencia de la menstruación, sobre todo en el caso que no se desee continuar con el embarazo, pero en ningún caso debe postergarse más allá del segundo periodo menstrual faltante.

La duración media del embarazo, calculada desde el primer día del último periodo menstrual normal se aproxima mucho a los 280 días, o 40 semanas, se acostumbra a estimar la fecha esperada del parto agregando 7 días a la fecha del primer día del último periodo menstrual normal y restando 3 meses.

El control prenatal es un conjunto de acciones y procedimientos, sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnostico y tratamiento de los factores que pueden condicionar morbilidad materna fetal.

Esquema de controles prenatales.

Nivel óptimo: 12 controles

- Uno mensual hasta las 32 semanas
- Uno cada dos semanas hasta las 36 semanas
- Uno semanal hasta el momento del parto.

Nivel mínimo eficiente: 5 controles

- Uno en las primeras 20 semanas
- Uno en las 32 y 36 semanas
- Uno cada dos semanas hasta el momento del parto

Diagnóstico de edad gestacional

Los elementos clínicos que se utilizan para el cálculo de la edad gestacional son: el tiempo de ausencia de menstruación, a partir del primer día de la última menstruación y el tamaño del útero, el diagnostico de la edad gestacional debe establecerse a mas tardar en el segundo control prenatal, debido a que todas las acciones posteriores se realizan en relación a dicho diagnóstico.

El desconocimiento de la edad gestacional constituye por sí mismo un factor de riesgo.

Educación materna:

Es necesario enfatizar que la alteración de alguno de los siguientes parámetros, no constituye por sí solo una justificación para decidir la interrupción del embarazo, sino que deben efectuarse una serie de procedimientos y diagnósticos, que junto con el conocimiento de la edad gestacional del feto, permitirán una adecuada decisión obstétrica:

- Signos y síntomas de alarma
- Nutrición materna
- Lactancia y control del recién nacido
- Derechos legales
- Orientación legal
- Planificación familiar
- Preparación para el parto

Latidos cardíacos fetales.

Los latidos cardiacos fetales (LCF) son auscultables con estetoscopio de Pinard desde el quinto mes de embarazo (20 semanas). Con equipos portátiles de ultrasonido pueden ser identificados desde las 10 semanas.

Su presencia es un signo de vida fetal, mientras que la aceleración de la frecuencia cardíaca con los estímulos externos, o con movimientos fetales espontáneos, es un signo de salud fetal.

La frecuencia cardíaca fetal se considera como normal en el rango de 120 - 160 latidos por minuto; valores inferiores o superiores, se denominan

bradicardia y taquicardia fetal, respectivamente, y son signos sospechosos de hipoxia fetal.

La percepción materna de los movimientos fetales ocurre entre las 18 y 22 semanas. Su presencia es un signo de vida fetal, mientras que el aumento de la actividad fetal especialmente postprandial constituye un signo de salud fetal. La disminución significativa de la actividad fetal es un signo sospechoso de hipoxia fetal.

Desde las 12 semanas de amenorrea el fondo uterino se localiza sobre la sínfisis pubiana y puede ser medido en su eje longitudinal, desde el borde superior de la sínfisis pubiana hasta el fondo uterino. Para esto se utiliza una cinta de medir flexible, graduada en centímetros, la cual se desliza entre el dedo medio y el índice del operador.

La madre debe ubicarse en decúbito dorsal con las piernas semiflecionadas. La medida obtenida debe ser localizada en una tabla de altura uterina/edad gestacional; de esa forma obtendremos indirectamente una estimación del tamaño fetal y su progresión en cada consulta. Debe enfatizarse que ese instrumento no debe utilizarse para calcular la edad gestacional en relación a una altura uterina determinada.

Estimación clínica del peso fetal.

Probablemente sea uno de los contenidos que tiene mayor dificultad en el control prenatal, ya que exige experiencia para su determinación. En nuestra experiencia, el error de estimación del peso fetal en embarazo del tercer trimestre es 10%. La estimación obtenida, en relación a la edad gestacional,

se localiza en la Tabla de Crecimiento Fetal desarrollada por Juez y Col lo que permite el diagnóstico de adecuación para la edad gestacional.

Estimación clínica del volumen de líquido amniótico.

Las alteraciones cuantitativas del volumen de líquido amniótico constituyen un factor de alto riesgo de morbilidad y mortalidad perinatal. El oligoamnios se puede sospechar cuando hay una altura uterina disminuida, con una palpación extremadamente fácil de las partes fetales.

Este hallazgo debe ser siempre confirmado con ultrasonografía. El oligoamnios se asocia a rotura prematura de las membranas ovulares, retardo del crecimiento fetal, hipoxia fetal crónica y malformaciones congénitas como la agenesia renal.

El polihidroamnios se sospecha cuando hay una altura uterina aumentada con palpación dificultosa de las partes fetales. Debe ser siempre confirmado con un examen ultrasonográfico. Se asocia a patologías como embarazo gemelar, diabetes mellitus, polihidroamnios fetal y malformaciones congénitas como la atresia esofágica y del sistema nervioso central.

Diagnóstico de la condición materna

La evaluación de la condición materna se inicia con una anamnesis personal y familiar, en busca de patologías médicas que puedan influir negativamente en la gestación. De igual forma se recopilarán antecedentes obstétricos

previos, especialmente antecedentes de recién nacidos de bajo peso, macrosomía, mortalidad perinatal, malformaciones congénitas, etc.

Es importante obtener la información del nivel educacional materno, actividad laboral como trabajos con esfuerzo físico importante, contactos con tóxicos, radiaciones o material biológico, con fines de solicitar a su empleador una readecuación laboral o suspender su actividad.
Se practicará un examen físico general y segmentario con fines de diagnosticar patologías asintomáticas y derivar a especialistas.

El examen físico incluye un examen ginecológico en el cual se hace una inspección perineal (descartar hemorroides, papilomas, parásitos externos anales y pubianos, vulvovaginitis, condilomas, etc.) y vulvovaginal (tomar Papanicolaou).

Posteriormente, en cada control prenatal, se hará la evaluación nutricional según índice peso/talla, control de presión arterial, y examen físico según síntomas maternos.

Propósito de un buen control prenatal:

- Identificar factores de riesgo
- Diagnóstico del tiempo de embarazo
- Diagnóstico de la condición del feto
- Diagnóstico de la condición de la madre
- Educación a la madre.
- Exámenes

Los exámenes de laboratorio que se solicitan a las mujeres de bajo riesgo son:

- Tipo de sangre, hemoglobina, hematocrito, glicemia, orina, (Sífilis) V.D.R.L, (Virus de inmunodeficiencia) HIV, albumina, Papanicolaou, ecografía.

Periodicidad de control prenatal:

- Cada 4 semanas en el primero y segundo trimestre de embarazo.
- En el tercer trimestre, desde la semana 28, los controles son progresivamente más frecuentes, cada 2 semanas, hasta la semana 36, luego cada 7 días hasta el término de la gestación.
- Los perfiles bioquímicos convencionales solicitados en el primer trimestre, deben ser reiterados una vez por trimestre, salvo algunas excepciones como el grupo sanguíneo y el factor Rh.
- Será sistemática la vacunación antitetánica, cuando la paciente no haya sido protegida con anterioridad y seguridad absoluta.

Con la estricta evaluación de los controles prenatales el profesional actuante deberá proponer la mejor oportunidad y vía del parto, con la autorización confirmada de la paciente y de su esposo.

En cuanto a los estudios complementarios, solicitamos idealmente dos ecografías, entre la semana 13 y 18, y la otra entre la semana, 32 y7 34.

Prevenir, diagnosticar y, en la mayoría de los casos, curar son tres razones por las que una mujer embarazada debe asistir, desde el inicio de la concepción, a un control prenatal organizado.

Disminuir la mortalidad materna, la posibilidad de un parto pre término, el riesgo de que un bebé nazca con problemas anatómicos y evitar la muerte fetal in útero, son las cuatro circunstancias que resumen el por qué es importante que una mujer embarazada inicie su control prenatal desde antes de cumplir sus dos meses de embarazo.

Incluso, “el control prenatal debe hacerse desde antes de estar embarazada, es decir, asistir a una consulta preconcepcional, en la cual se solicitan exámenes de sangre, entre otras pruebas, para evaluar la salud física de la mujer que desea el embarazo”.

Se busca verificar, entre otros aspectos, que la paciente no tenga sida, sífilis, hepatitis, anemia o infecciones urinarias, entre otras enfermedades, que puedan hacerle daño a la madre o al hijo. También se hace un análisis sobre vacunas pendientes y necesarias de aplicar.

Cuando ya se ha comprobado y se han tomado las precauciones necesarias para tener un embarazo y este momento llega, la futura madre debe empezar a asistir a controles cada mes. Pero es importante aclarar que desde el mismo inicio de la gestación el médico puede detectar patologías que exijan a la mujer ver al especialista con mayor frecuencia.

La doctora Ivonne afirma que “estos controles consisten en una evaluación física de la paciente, con ayudas diagnósticas, como exámenes de sangre y ecografías, que permiten valorar el conjunto madre y feto”.

Qué se analiza en cada cita; La especialista dice que los controles del embarazo, que se realizan cada mes, se reparten en tres trimestres. “Esto se hace porque a medida que pasan tres meses se van haciendo necesarios

determinados exámenes que son básicos", dice. Por eso se recomienda que antes del segundo mes la madre haya tenido su primer control prenatal, para poder practicar pruebas que establezcan su estado real y el de su hijo.

Durante el primer trimestre, igualmente, la embarazada debe aplicarse la vacuna del tétanos y practicarse una ecografía que muestre el tiempo exacto de embarazo, lo cual es básico para todos los controles.

Durante el segundo trimestre se repiten algunos de los exámenes practicados en el primero.

Esto para verificar que ninguno haya pasado a ser positivo. Además, se realiza otra ecografía, en esta ocasión para observar el crecimiento del bebé y que todos sus órganos estén formados. Se hace un análisis macro del embrión.

En el tercer trimestre, los controles se ocupan de preparar a la madre para el parto. La especialista dice que: "en este tiempo se analiza que la madre no esté anémica, esté bien nutrida, no haya sobrepeso, las tensiones estén normales, el bebé siga creciendo adecuadamente y tenga un apropiado bienestar fetal". "a partir de este momento tenemos otras ayudas que podemos utilizar de manera más precisa, como hacerle un monitoreo cardiaco al niño, el cual predice si éste goza de total salud"

En este último trimestre también se practica una ecografía en la que se mira cómo está respirando el pequeño en el útero, si sus movimientos son adecuados, si los cambios en el cuello de la matriz con el fin de prepararse para el parto son positivos y si la posición del bebé es pertinente, pues si está de nalgas o atravesado podría predecirse un parto por cesárea.

Por lo tanto, se deben tener controles más estrictos, porque un nacimiento en forma natural bajo estas condiciones es un riesgo muy alto para la mamá y el niño.

Cuidados durante el embarazo:

Alimentación:

El sentido común, nos dice que entre más sana sea la madre, son mayores las probabilidades de tener un hijo sano; una buena nutrición contribuye a gozar de buena salud.

Durante el embarazo, la madre debe alimentarse adecuadamente porque ella está alimentando también a su bebé.

La embarazada debe comer un poco más de la habitual. Además del arroz y frijoles debe comer un poco de carne de cualquier tipo, como: pescado, hígado, res o cerdo; o bien, comer queso y huevos, leche, frescos naturales y sopas o antojos. También debe ingerir frutas y hortalizas como banano, zanahoria, coco, espinacas, hojas de mostaza y plátano maduro.

Estos alimentos dan las calorías, proteínas y vitaminas que la madre necesita. Una alimentación inadecuada en cantidad o en el tipo de productos que usted consume durante el embarazo, puede producir un problema muy serio en su hijo, como que se desnutra en el útero y nazca con bajo peso.

Ropa y calzado:

La ropa debe ser cómoda, confortable. Al principio del embarazo las mamas aumentan de tamaño y peso y por consiguiente, hay que usar un "braseare"

de mayor tamaño, que proporcione un sostén adecuado. También es conveniente que use zapatos cómodos con tacón bajo o mediano.

Viajes:

La mujer embarazada puede hacer viajes que no impliquen esfuerzo o cansancio siempre que su médico lo autorice.

Ejercicio y Deporte:

La embarazada debe realizar ejercicios o practicar un deporte moderado, excepto cuando su médico se lo ha prohibido.

Baño:

El baño diario es indispensable en la forma que usted lo prefiera.

Cuidado de las mamas:

Durante el embarazo usted debe cuidar y preparar sus mamas para alimentar a su hijo. Observe si sus pezones son normales, planos o invertidos. En caso de que sean planos o invertidos, dé masajes circulares alrededor del pezón para que se forme y no presente problemas en el momento de la lactancia.

Cuidado Vaginal:

El exceso de flujo que se produce en el cuello del útero es normal, y si las secreciones resultan molestas debe consultar con el médico.

Cuidados dentales:

La mujer embarazada debe darle mayor importancia al cuidado de sus dientes, cepillarlos correctamente cada día y visitar al odontólogo por lo menos dos veces durante su período de gestación.

Relaciones Sexuales:

Las relaciones sexuales pueden realizarse durante todo el embarazo. Solamente deben suspenderse en caso de complicaciones o por indicación médica.

Curso Psicoprofiláctico:

Es importante que toda mujer embarazada se inscriba en el curso de preparación para el parto, por las ventajas que representa. Este le ofrece a la futura madre una amplia información sobre el desarrollo del niño en el vientre materno, los cambios que experimentan en su cuerpo el mecanismo de expulsión y los ejercicios de respiración que faciliten la labor de parto.

La participación del esposo o compañero en este evento es muy importante para que él, conjuntamente con usted inicie acciones que finalicen con el nacimiento del bebé.

Medicinas:

Durante el embarazo sólo debe consumir aquellos productos indicados por su médico. Algunas sustancias pueden producir alteraciones en el desarrollo del niño que se está formando. No tome por su cuenta medicinas que el médico no le ha recetado.

Consumo de cigarrillos:

La mujer embarazada no debe fumar porque su niño puede nacer con menos peso de lo normal.

Consumo de licor:

Durante el embarazo la mujer no debe consumir bebidas alcohólicas (cerveza, guaro, ron, etc.) porque su hijo puede sufrir alteraciones en su desarrollo (malformaciones congénitas), además de nacer con un peso menor al normal.

Consumo de café y té

Las mujeres que beben café o té durante el embarazo deben reducir su ingestión o sustituirla por té de hierbas para evitar irritación gástrica.

Para el proveedor en cualquier consulta médica, no olvide averiguar si la mujer está embarazada o podría estarlo. Trate de evitar la prescripción de cualquier medicamento (especialmente en los tres primeros meses) a menos que sea necesario.

Enfoque de riesgo

Estrategia necesaria para determinar los indicadores que califican el alto, mediano y bajo riesgo que permite canalizar la referencia y contra referencia de las embarazadas.

Se fundamenta en el hecho de que no todos los individuos tienen la misma probabilidad o riesgo de padecer un daño determinado, siendo este mayor en unos casos que en otros.

Grupo de bajo riesgo.-sus necesidades pueden resolverse con una tecnología y un procedimiento simple, es el grupo de embarazadas que deben ser controladas en el primer nivel de atención.

Grupo de mediano y alto riesgo: precisan asistencia y exploraciones especiales, en este grupo las embarazadas deben ser controladas en el segundo y tercer nivel de atención.

Control de embarazo de riesgo

Todo embarazo debe ser controlado por el médico especialista. Sin embargo existen niveles de complejidad de acuerdo al riesgo del embarazo.

Qué significa embarazo de alto riesgo?, queda establecido por los gradientes de necesidades de cuidado del embarazo que va desde un mínimo en aquella población de baja probabilidad de presentar un daño, por ejemplo una enfermedad como diabetes o hipertensión hasta un máximo de necesidades para aquellas embarazadas con alta probabilidad de sufrir la enfermedad.

La identificación de embarazadas de alto o bajo riesgo depende del equipo de salud por eso la embarazada debe concurrir precozmente a la consulta para que sea clasificado su embarazo y controlado de acuerdo a sus riesgos.

Las necesidades de salud del grupo de bajo riego se resuelven en general con procedimientos simples (primer nivel de atención).

El alto riesgo requiere generalmente técnicas más especializadas que necesitan una institución con mayor nivel de complejidad y personal especializado.

Por ello, es muy importante que el médico tenga su historia clínica completa, con los datos médicos personales y familiares, remotos y actuales. También es de vital importancia el examen físico, así como los exámenes de laboratorio de ingreso al control prenatal.

El control de embarazo de alto riesgo varía sustancialmente de un embarazo sin complicaciones. La principal diferencia es que los controles son realizados por un equipo multidisciplinario y son mucho más frecuentes.

Normalmente en un embarazo se realizan entre nueve y once controles dependiendo de la edad gestacional del primer control de embarazo; en cambio en un embarazo de alto riesgo, y dependiendo de la enfermedad, los controles son bisemanales o semanales y a veces hasta 2 veces a la semana hasta las 10-12 semanas.

Luego se pueden distanciar de 2 a 3 semanas, lógicamente dependiendo de la evolución del embarazo hasta las 30-32 semanas de embarazo hasta volver nuevamente al control semanal, hasta el momento del parto. La frecuencia de los controles dependerá de la complicación del embarazo y la severidad de éste.

Otra diferencia, es que se solicitan exámenes de laboratorio específicos para cada complicación del embarazo y el número/tipo de ecotomografías (ecografías) que se realizan.

La ecosonografía es fundamental en el control de un embarazo, y sobre todo en un embarazo con alguna complicación, ya que permite evaluar en una forma precisa diferentes parámetros: cantidad de líquido amniótico,

crecimiento del bebé, ganancia de peso del bebe, ubicación de la placenta y adecuada irrigación útero-placentaria.

La irrigación útero-placentaria consiste en evaluar la cantidad de sangre que está llegando al útero a través de un doppler de arterias uterinas y a su bebé a través del cordón umbilical.

Si los valores son anormales, su equipo médico le indicará reposo estricto durante 1 a 2 semanas, para luego volver a controlar el doppler de arterias uterinas.

Si a pesar del reposo, persisten valores elevados, será necesario comenzar con una terapia farmacológica con medicamentos que produzcan vasodilatación y, por consiguiente, una mejoría en la irrigación útero-placentaria y de su bebé.

Factores de Riesgos

Algunos ejemplos de factores de riesgo:

Factor de riesgo es la característica o atributo biológico, ambiental o social que cuando está presente se asocia con un aumento de la posibilidad de sufrir un daño la madre, el feto o ambos.

Identificar factores de riesgo es la característica o atributo biológico, ambiental o social que cuando está presente se asocia con un aumento de la posibilidad de sufrir un daño la madre, feto o ambos.

Los factores de riesgo se los puede clasificar de la siguiente forma:

- De carácter individual
- Edad: menores de 17 años o mayores de 35 años
- Ocupación: desocupación personal y/o de familia

- Ocupación: esfuerzo físico, cargas horarias, exposición a agentes físicos químicos y biológicos, estrés
- Situación inestable de la pareja, baja escolaridad
- Talla inferior a 1.50
- Peso menor de 45 kg
- Dependencia de drogas ilícitas y abuso de drogas en general
- Violencia domestica
- Historia reproductiva anterior
- Muerte perinatal en gestación anterior
- Recién nacido con peso al nacer menor de 2.500 o mayor o igual de 4.000
- Aborto habitual o provocado
- Cirugía uterina anterior
- Hipertensión
- Nuliparidad o multiparidad
- Intervalo intergenesico menor a 2 años
- Desviaciones obstétricas en el embarazo actual
- Desviaciones en el crecimiento actual, número de fetos o del volumen de líquido amniótico
- Ganancia de peso inadecuado
- Amenaza de parto pretermino o gestación prolongada.
- Pre eclampsia
- Hemorragia durante la gestación
- Madre con factor RH negativo o sin sensibilización

- Óbito fetal.

Desde el punto de vista perinatal, los problemas que con mayor frecuencia se asocian a la morbilidad son:

- La prematurez
- Asfixia perinatal
- Malformación congénita
- Las infecciones

Los problemas que se asocian con morbilidad materna son;

- Las hemorragias durante el embarazo
- Las infecciones
- Aumento de la presión arterial durante el embarazo
- Las enfermedades ocurridas antes del embarazo

Antecedentes de diabetes, hipertensión, infecciones urinarias, enfermedades cardíacas, infecciones diversas (chagas). Se realizan análisis rutinarios a todas las embarazadas y otros de acuerdo a las patologías detectadas.

En etapas iníciales se puede detectar lúes, hipertensión, diabetes, infección urinaria, isoinmunisación RH, anemia, embarazo múltiple

Niños Prematuros

La mayoría de los embarazos dura cerca de 40 semanas. Cuando un bebé nace entre las semanas 37 y 42 de gestación se dice que es un bebé nacido a término. A los bebés nacidos antes de finalizadas las 37 semanas de embarazo se los llama bebés prematuros desde comienzos de los años 80.

El nacimiento prematuro es un problema de salud serio. Los bebés prematuros corren un riesgo mayor de tener complicaciones de salud al nacer, como problemas respiratorios, e incluso de morir.

En la mayoría de los casos, estos bebés requieren atención especial en una unidad de cuidados intensivos neonatal (NICU por sus siglas en inglés), con personal médico y equipos especializados capaces de tratar los diferentes problemas a los que están expuestos.

Los bebés prematuros también tienen un riesgo más alto de padecer incapacidades permanentes, como retraso mental, problemas de aprendizaje y de conducta, parálisis cerebral, problemas pulmonares y pérdida de la visión y la audición.

Dos estudios recientes sugieren que los bebés prematuros podrían tener un riesgo mayor de desarrollar síntomas asociados con autismo (problemas sociales, de conducta y del habla).

Los estudios sugieren también que los bebés muy prematuros podrían tener un riesgo mayor de padecer ciertos problemas de salud en la adultez, como diabetes, alta presión arterial y enfermedad cardiaca.

¿En qué momento del embarazo nace la mayoría de los bebés prematuros?

Más del 70 por ciento de los bebés prematuros nace entre las 34 y las 36 semanas de gestación. En estos casos se habla de nacimientos prematuros casi a término. Estos bebés representan la mayor parte del aumento en el índice de nacimientos prematuros en los Estados Unidos.

Un estudio realizado en 2008 comprobó que las cesáreas representan prácticamente la totalidad del aumento en los nacimientos prematuros de un solo bebé en los Estados Unidos y que este grupo registró el mayor aumento en partos por cesárea.

Cerca del 12 por ciento de los bebés prematuros nace entre las semanas 32 y 33 de gestación, aproximadamente el 10 por ciento entre las semanas 28 y 31 y cerca del seis por ciento antes de cumplidas las 28 semanas de gestación.

Todos los bebés prematuros corren el riesgo de tener problemas de salud, pero cuanto más prematuros son, más alto es el riesgo de padecer complicaciones serias. Por lo general, los bebés nacidos antes de las 32 semanas de gestación son muy pequeños y sus órganos se encuentran menos desarrollados que los de los bebés nacidos después.

Afortunadamente, los avances en la obstetricia y la neonatología, la rama de la pediatría que se ocupa de los recién nacidos, han mejorado las probabilidades de supervivencia incluso para los bebés más pequeños.

¿Cuáles son las causas de los nacimientos prematuros?

La mayoría de los nacimientos prematuros se debe a un parto prematuro espontáneo o como consecuencia de la rotura prematura de las membranas, cuando el saco que se encuentra dentro del útero y que contiene al bebé se rompe antes de tiempo. Se llama parto prematuro al parto que comienza antes de cumplidas las 37 semanas de gestación.

No se conocen a ciencia cierta las causas del parto prematuro o de la rotura prematura de las membranas pero las últimas investigaciones

sugieren que en muchos casos obedecen a la respuesta natural del organismo a ciertas infecciones, como aquellas que afectan al líquido amniótico y las membranas fetales.

Sin embargo, en aproximadamente la mitad de los nacimientos prematuros, los médicos no pueden determinar la razón que provoca un parto prematuro en la mujer.

Aproximadamente el 25 por ciento de los nacimientos prematuros tiene lugar cuando el médico induce el parto antes de término o cuando se realiza un parto por cesárea debido a complicaciones en el embarazo o a problemas de salud de la madre o el feto.

En muchos de estos casos, el parto prematuro es probablemente la opción más segura para la madre y el bebé. No obstante, lo que preocupa a March of Dimes es que algunos partos prematuros tienen lugar sin una justificación médica adecuada o se realizan a pedido de la madre.

En algunos casos, esto puede llevar a un nacimiento prematuro casi a término con riesgos potenciales para el bebé. Se recomienda a las mujeres esperar al menos 39 semanas para programar un parto inducido o una cesárea, a menos que existan problemas médicos que requieran adelantar el parto.

¿Qué mujeres tienen un riesgo mayor de tener un parto prematuro?

Cualquier mujer puede tener un parto prematuro pero existen algunas que corren un riesgo mayor. Los investigadores han identificado algunos factores de riesgo pero los médicos aún no han podido determinar qué mujeres están más expuestas.

Existen tres grupos de mujeres con un riesgo mayor de tener un parto prematuro:

- Mujeres que ya han tenido un parto prematuro
- Mujeres que esperan mellizos, trillizos o más bebés
- Mujeres con ciertas anomalías en el útero o en el cuello del útero.
- Ciertos factores relacionados con el estilo de vida pueden poner a una mujer en mayor riesgo de tener un parto prematuro.
- La falta de cuidados prenatales o comenzar los cuidados prenatales demasiado tarde
- El fumar
- El beber alcohol
- El consumo de drogas ilícitas
- La exposición al medicamento dietilestilbestrol (des)
- La violencia doméstica (incluido el abuso físico, sexual y emocional)
- La falta de apoyo social
- Niveles excesivos de estrés
- Trabajar muchas horas permaneciendo de pie demasiado tiempo seguido.

Ciertos trastornos médicos durante el embarazo también pueden aumentar la probabilidad de que una mujer tenga un parto prematuro como, por ejemplo:

- Infecciones (incluidas infecciones del tracto urinario, vaginales, transmitidas sexualmente y otras infecciones)

- Alta presión arterial
- Diabetes
- Trastornos de coagulación (trombofilia)
- Bajo peso antes del embarazo
- Obesidad

Períodos cortos entre embarazos (un estudió comprobó que esperar menos de 18 meses entre un nacimiento y el comienzo del siguiente embarazo aumenta el riesgo de parto prematuro, aunque el mayor riesgo se da cuando pasan menos de seis meses.

Se recomienda a las mujeres consultar a su médico para determinar cuánto tiempo le conviene esperar en cada caso). Estar embarazada con un sólo bebé después de una fertilización in vitro defectos congénitos en el bebé sangrado vaginal.

Hay algunos factores demográficos que también aumentan el riesgo de parto prematuro:

- La madre es de raza negra no hispana
- La madre tiene menos de 17 años o más de 35
- Nivel socioeconómico bajo.
- Aunque la mujer tenga uno o más de estos factores de riesgo, no significa que vaya a tener un parto prematuro. No obstante, se recomienda a todas las mujeres aprender cuáles son las señales del parto prematuro y qué deben hacer en cada caso.

¿Qué complicaciones médicas son comunes en los bebés prematuros?

Hay una serie de complicaciones que son más comunes en los bebés prematuros que en los bebés nacidos a término:

Síndrome de dificultad respiratoria (SDR). Cerca de 23,000 bebés al año —la mayoría de ellos nacidos antes de las 34 semanas de gestación— padecen este problema respiratorio. Los bebés con SDR carecen de una proteína llamada surfactante que impide que los pequeños sacos de aire que hay en los pulmones se colapsen.

El tratamiento con surfactante ayuda a los bebés a respirar con más facilidad. Desde que fue introducido en 1990, las muertes a causa de (síndrome de dificultad respiratoria) SDR han disminuido en aproximadamente la mitad.

El médico puede sospechar que el bebé tiene (síndrome de dificultad respiratoria)SDR cuando nota que hace esfuerzo al respirar. A menudo, el diagnóstico puede confirmarse mediante una radiografía de los pulmones y análisis de sangre.

Además del tratamiento con surfactante, los bebés con SDR pueden necesitar oxígeno adicional y asistencia respiratoria mecánica para mantener dilatados los pulmones. Es posible que necesiten usar un respirador o que deban recibir un tratamiento conocido como presión positiva continua en las vías respiratorias (PPCV), un método que consiste en aplicar aire presurizado a los pulmones del bebé a través de pequeños tubos que se colocan en la nariz del bebé, o a través de un tubo que se le inserta en la tráquea.

La (presión positiva continua) PCV ayuda al bebé a respirar, pero no respira por él. Los bebés más enfermos pueden necesitar la ayuda de un respirador que respire por ellos mientras sus pulmones maduran.

Apnea. A veces, los bebés prematuros dejan de respirar durante 20 segundos o más. Esta interrupción en la respiración se denomina apnea y puede ir acompañada de una reducción en el ritmo cardíaco.

Los bebés prematuros están bajo observación constante para detectar cualquier caso de apnea. Si el bebé deja de respirar, el personal de enfermería lo estimulará dándole palmaditas o tocándole las plantas de los pies.

Hemorragia intraventricular (HIV). Las hemorragias cerebrales son comunes en algunos bebés prematuros, en particular aquellos nacidos antes de las 32 semanas de gestación. Normalmente, estas hemorragias se producen durante los primeros tres días de vida y por lo general, pueden diagnosticarse mediante un ultrasonido.

Casi todas las hemorragias cerebrales son leves y se resuelven solas, provocando pocas o ninguna consecuencia permanente. Las hemorragias más graves pueden afectar la sustancia del cerebro o hacer que los ventrículos cerebrales (unas cavidades del cerebro que están llenas de líquido) se dilaten rápidamente y aumenten la presión sobre él, lo cual puede producir daño cerebral (como parálisis cerebral o problemas de aprendizaje y conducta).

Cuando el líquido permanece en los ventrículos, los neurocirujanos suelen introducir un tubo en el cerebro para drenar el líquido y reducir el riesgo de daño cerebral.

Conducto arterial patente (CAP). El conducto arterial patente es un problema cardíaco comúnmente observado en los bebés prematuros. Antes del nacimiento, una arteria grande llamada ductus arteriosos o conducto arterial hace que la sangre se desvíe y no pase por los pulmones ya que el feto recibe el oxígeno que necesita a través de la placenta.

Normalmente, el conducto arterial se cierra poco después del nacimiento para que la sangre pueda circular hacia los pulmones y absorber oxígeno. Cuando el conducto arterial no se cierra adecuadamente, puede llevar a insuficiencia cardíaca. El CAP puede diagnosticarse mediante un tipo especial de ultrasonido conocido como eco-cardiografía o con otras pruebas por imágenes.

Los bebés con CAP se tratan con un medicamento que ayuda a cerrar el conducto arterial, aunque puede requerirse cirugía si el medicamento no resulta eficaz.

Enterocolitis necrotizante (ECN). Algunos bebés prematuros desarrollan este problema intestinal potencialmente peligroso de dos a tres semanas después del nacimiento, que puede llevar a dificultades de alimentación, hinchazón abdominal y otras complicaciones.

La ECN puede diagnosticarse mediante análisis de sangre y pruebas por imágenes, como radiografías. Los bebés afectados se tratan con antibióticos y se alimentan por vía intravenosa mientras su intestino se cura.

En algunos casos, es necesario realizar una cirugía para extirpar secciones lesionadas del intestino.

Retinopatía de la prematurez (RDP). La retinopatía de la prematurez es un crecimiento anormal de los vasos sanguíneos del ojo que puede llevar a la pérdida de la visión y se produce principalmente en los bebés nacidos antes de las 32 semanas de gestación.

La RDP puede diagnosticarse mediante un examen oftalmológico varias semanas después del nacimiento. La mayoría de los casos son leves y los ojos se curan solos con poca o ninguna pérdida de la visión.

En los casos más graves, el oftalmólogo puede tratar los vasos anormales con láser o con crioterapia (congelamiento) para proteger la retina y preservar la visión.

Ictericia. Los bebés prematuros tienen más probabilidades que los bebés nacidos a término de desarrollar ictericia ya que sus hígados no se encuentran lo suficientemente maduros para eliminar un producto de desecho llamado bilirrubina de la sangre.

Los bebés con ictericia se caracterizan por tener un color amarillento en la piel y en los ojos. La ictericia suele ser leve y, por lo general, no es perjudicial. No obstante, si la concentración de bilirrubina es muy elevada puede causar daño cerebral.

A través de análisis de sangre se puede comprobar si las concentraciones de bilirrubina son muy altas y, en ese caso, se puede tratar al bebé con luces especiales (fototerapia) que ayudan a su organismo a eliminar la bilirrubina y, de esa forma, evitar el daño cerebral. Ocasionalmente, si los niveles de bilirrubina aumentan demasiado, el bebé puede necesitar un tipo de transfusión de sangre especial.

Anemia. Los bebés prematuros a menudo son anémicos, lo cual significa que no tienen suficientes glóbulos rojos. Normalmente, el bebé almacena hierro durante los últimos meses de gestación y lo utiliza hacia el final del embarazo y después del nacimiento para producir glóbulos rojos.

Los bebés prematuros pueden no haber tenido suficiente tiempo para almacenar hierro. Si el bebé es anémico, suele desarrollar problemas de alimentación y crecer más lentamente.

La anemia también puede agravar los problemas cardíacos o de respiración. Estos bebés pueden tratarse con suplementos dietéticos de hierro, medicamentos que aumentan la producción de glóbulos rojos, o con transfusiones de sangre.

Enfermedad pulmonar crónica o displasia broncopulmonar (DBP). La enfermedad pulmonar crónica afecta principalmente a los bebés prematuros que requieren tratamiento permanente con oxígeno suplementario.

El riesgo de DBP aumenta en los bebés que siguen necesitando oxígeno 36 semanas después de su concepción (es decir, cuando las semanas de embarazo más las semanas después de su nacimiento superan

las 36 semanas). Estos bebés acumulan líquido en los pulmones y sufren cicatrices y lesiones pulmonares que pueden observarse mediante radiografías.

Los bebés afectados se tratan con oxígeno y medicamentos que facilitan la respiración. En algunos casos, requieren asistencia de un respirador, cuyo uso se va interrumpiendo gradualmente.

Por lo general, sus pulmones se curan durante los dos primeros años de vida, aunque muchos niños con DBP desarrollan una enfermedad pulmonar crónica similar al asma.

Infecciones. Los bebés prematuros tienen sistemas inmunológicos inmaduros incapaces de combatir de manera eficiente las bacterias, los virus y otros organismos que pueden causar infecciones.

Algunas de las infecciones graves normalmente observadas en los bebés prematuros incluyen, entre otras, neumonía (infección pulmonar), sepsis (infección de la sangre) y meningitis (infección de las membranas que rodean el cerebro y la médula espinal).

Los bebés pueden contraer estas infecciones de sus madres al nacer o infectarse después del nacimiento. Las infecciones se tratan con antibióticos o medicamentos antivirales.

¿Qué ocurre cuando los bebés nacen antes de las 28 semanas de gestación?

Los bebés nacen de forma tan prematura, pero son los que sufren la mayor cantidad de complicaciones. La mayoría de estos bebés nace con un peso

demasiado bajo (menos de dos libras y tres onzas). Prácticamente todos ellos requieren tratamiento con oxígeno, surfactante y asistencia respiratoria mecánica para poder respirar.

Además, estos bebés son demasiado inmaduros para succionar, tragar y respirar al mismo tiempo. Por esta razón, se los debe alimentar por vía intravenosa hasta que desarrollen las habilidades necesarias.

A menudo no pueden llorar (o no es posible oírlos debido al tubo que tienen en la garganta) y duermen la mayor parte del día. Estos bebés de tamaño tan pequeño tienen poco tono muscular y la mayoría se mueve muy poco.

Estos bebés muy prematuros tienen un aspecto muy diferente al de los bebés nacidos a término. Su piel es arrugada y de color morado rojizo y son tan delgados que se pueden ver los vasos sanguíneos a través de su piel. Su cara y su cuerpo están cubiertos con pelo blando llamado lanugo.

Como estos bebés no han tenido tiempo de acumular grasa, se ven muy delgados. Por lo general, tienen los ojos cerrados y no tienen pestañas.

Estos bebés corren un alto riesgo de desarrollar una o más de las complicaciones antes mencionadas. No obstante, la mayoría de los nacidos después de cumplidas 26 semanas de gestación sobrevive (cerca del 80 por ciento de los que nacen a las 26 semanas), aunque pueden tener que permanecer más tiempo en la unidad de cuidados intensivos neonatales (NICU).

Los índices de supervivencia pueden variar considerablemente en función de otros factores no relacionados con la edad gestacional.

Algunos de los factores que pueden mejorar los índices de supervivencia son un mayor peso al nacer, sexo femenino, antecedentes de tratamientos prenatales con corticosteroides (medicamentos que aceleran el desarrollo de los pulmones) y embarazo de un bebé solo (no de mellizos o más bebés). Lamentablemente, cerca del 25 por ciento de estos bebés tan prematuros desarrolla incapacidades permanentes serias y hasta la mitad puede tener problemas más leves, como problemas de aprendizaje y conducta.

¿Qué ocurre con los bebés nacidos entre las 28 y las 31 semanas de gestación?

Estos bebés tienen un aspecto muy similar al de los bebés nacidos antes, pero son más grandes (por lo general pesan entre dos y cuatro libras) e incluso tienen más probabilidades de sobrevivir (aproximadamente 96 por ciento). Muchos de ellos requieren tratamiento con oxígeno, surfactante y asistencia respiratoria.

A algunos de ellos se les puede amamantar o alimentar con fórmula por un tubo que se les coloca en el estómago a través de la nariz o la boca, aunque a otros se los debe alimentar por vía intravenosa.

Algunos de estos bebés pueden llorar y moverse pero sus movimientos pueden ser bruscos. Estos bebés pueden agarrar los dedos de las personas cuando se los acercan. Además, pueden abrir los ojos y comienzan a permanecer despiertos y alertas durante períodos breves.

Los bebés nacidos entre las 28 y 31 semanas corren el riesgo de sufrir algunas de las complicaciones arriba mencionadas pero, cuando esto

ocurre, no suelen ser tan graves como en el caso de los bebés nacidos antes. Los bebés de muy bajo peso (menos de tres libras y cuatro onzas) siguen estando expuestos al riesgo de desarrollar incapacidades serias.

¿Qué ocurre con los bebés nacidos entre las 32 y las 33 semanas de gestación?

Aproximadamente el 98 por ciento de estos bebés sobrevive. La mayoría pesa entre tres y cinco libras y tiene un aspecto más delgado que los bebés nacidos a término. Muchos de ellos necesitan oxígeno suplementario aunque algunos pueden respirar por cuenta propia.

A algunos de ellos se les puede amamantar o alimentar con biberón, aunque aquellos con dificultades respiratorias probablemente deberán ser alimentados por un tubo.

Los bebés nacidos en esta etapa de gestación tienen menos probabilidades que los nacidos antes de desarrollar incapacidades graves debido a su nacimiento prematuro, aunque pueden tener un mayor riesgo de padecer problemas de aprendizaje y de conducta.

¿Los bebés nacidos entre las semanas 34 y 36 de gestación corren riesgo de tener problemas de salud?

Los bebés prematuros casi a término suelen ser más sanos que los nacidos antes. Más del 99 por ciento de estos bebés sobrevive, pero tienen seis veces más probabilidades que los bebés nacidos a término de morir durante la primera semana de vida (2.8 cada 1,000 vs. 0.5 cada 1,000) y tres veces

más probabilidades de morir durante el primer año de vida (7.9 cada 1,000 vs. 2.4 cada 1,000).

Por lo general, pesan entre cuatro libras y media y seis libras pero parecen más delgados que los bebés nacidos a término. Estos bebés siguen teniendo un riesgo más alto que los bebés nacidos a término de tener problemas de salud típicos de los recién nacidos, como problemas para respirar y comer, dificultades para regular la temperatura del cuerpo e ictericia.

Por lo general, estos problemas son leves. A la mayoría de ellos se les puede amamantar o alimentar con biberón, aunque algunos (especialmente los que tienen leves dificultades de respiración) probablemente deberán ser alimentados por un tubo durante un breve tiempo.

A las 35 semanas de gestación el peso del cerebro del bebé es de apenas dos tercios de lo que pesará a las 40 semanas. Debido a que el desarrollo de su cerebro no está completo, estos bebés pueden tener un riesgo mayor de padecer problemas de aprendizaje y de conducta.

La mayoría no desarrolla incapacidades graves como consecuencia del nacimiento prematuro. No obstante, un estudio reciente comprobó que los bebés prematuros casi a término tienen un riesgo más de tres veces mayor de desarrollar parálisis cerebral y un riesgo ligeramente mayor de tener retrasos en el desarrollo que los bebés nacidos a término.

Otro estudio comprobó que los adultos nacidos entre las 34 y las 36 semanas de gestación pueden tener más probabilidades que los nacidos a

término de tener leves incapacidades y de obtener remuneraciones más bajas a lo largo de su vida laboral.

¿Cómo puede la mujer reducir el riesgo de parto prematuro?

Es posible reducir el riesgo de parto prematuro consultando al médico antes del embarazo y recibiendo cuidados prenatales regulares desde el comienzo. Una visita al médico antes de la concepción es fundamental, especialmente para las mujeres que padecen trastornos de salud crónicos, como diabetes o alta presión arterial, que pueden contribuir a un nacimiento prematuro.

Cuando la mujer recibe cuidados previos a la concepción y prenatales adecuados, por lo general los médicos pueden identificar los problemas desde el comienzo y tratarlos, para reducir el riesgo de parto prematuro.

Se recomienda a todas las mujeres en edad fértil tomar una multivitamina con 400 microgramos de ácido fólico todos los días desde antes del embarazo como parte de una dieta sana.

Un estudio reciente sugiere que tomar ácido fólico desde al menos un año antes del embarazo podría reducir el riesgo de tener un bebé prematuro en la mitad. Tomar ácido fólico antes y durante las primeras semanas de embarazo también reduce el riesgo de ciertos defectos congénitos serios del cerebro y la médula espinal.

La mujer debe evitar fumar, beber alcohol y consumir drogas ilícitas antes y durante el embarazo. Además, debe procurar alcanzar un peso saludable antes del embarazo ya que las mujeres con sobrepeso o poco peso tienen un riesgo mayor de parto prematuro.

También debe aumentar la cantidad de peso recomendada durante el embarazo: por lo general, de 25 a 35 libras en el caso de mujeres que comienzan el embarazo con un peso normal, de 15 a 25 libras en el caso de mujeres que comienzan con sobrepeso y aproximadamente 15 libras en el caso de mujeres obesas.

Las mujeres que tienen bajo peso antes del embarazo deben aumentar de 28 a 40 libras. El tratamiento con la hormona progesterona puede ayudar a prevenir otro nacimiento prematuro en mujeres que ya han tenido un bebé prematuro.

El Colegio de Obstetras y Ginecólogos de los EE.UU. (American College of Obstetricians and Gynecologists, ACOG) recomienda este tratamiento únicamente a las mujeres que ya han tenido un parto prematuro espontáneo (no inducido) y que están esperando un solo bebé.

Los estudios demuestran que las inyecciones semanales de una forma de progesterona (llamada 17P) reduce el riesgo de parto prematuro en aproximadamente un tercio de estas mujeres.

Otro estudio comprobó que el tratamiento con supositorios de progesterona vaginales redujo el índice de nacimientos prematuros en mujeres con un cuello uterino corto (la mayoría de las cuales no tenía antecedentes de parto prematuro).

Puede determinarse si una mujer tiene un cuello uterino corto mediante un ultrasonido vaginal. El ACOG recomienda a los médicos considerar un tratamiento con progesterona en estas mujeres pero no es

necesario realizar a todas un ultrasonido para determinar si tienen un cuello uterino corto.

Los estudios no han comprobado que el tratamiento con progesterona sea útil para prevenir el parto prematuro en embarazos de mellizos. Se requieren más estudios para determinar qué mujeres en alto riesgo pueden beneficiarse con el tratamiento con progesterona y qué forma de progesterona resulta más eficaz.

¿Pueden prevenirse los problemas de salud en los bebés prematuros?

Cuando el médico sospecha que una mujer podría tener un parto prematuro, puede indicarle un tratamiento con corticosteroides. Los corticosteroides aceleran la maduración de los pulmones del feto y reducen considerablemente el riesgo de SDR, HIV y muerte del bebé.

El médico puede administrar a la mujer embarazada dos o más inyecciones con este tipo de fármaco. El tratamiento es más eficaz cuando se administra al menos 24 horas antes del parto.

El médico puede indicar además un tratamiento con medicamentos (llamados tocolíticos) para demorar el parto (aunque a menudo no más de un par de días).

Pero incluso esta breve demora puede dar al médico tiempo para tratar a la mujer embarazada con corticosteroides y preparar el parto en un hospital que tenga una unidad de cuidados intensivos neonatales (NICU) para proporcionar los cuidados adecuados que pueden salvar la vida del bebé prematuro.

Un estudio reciente comprobó que el tratamiento con un tocolítico llamado sulfato de magnesio puede reducir considerablemente el riesgo de parálisis cerebral en los bebés prematuros. Se requieren más estudios para confirmar la eficacia de este tratamiento.

El reconocimiento temprano de la amenaza de parto prematuro que permitiera tomar las medidas necesarias y a tiempo. Mejorara decisivamente la tasa de prematurez y el resultado perinatal.

La mujer puede, por medio de observaciones y exámenes, detectar tempranamente los posibles signos de un parto prematuro, incluso en su misma casa. Por esta razón, hemos elaborado un Proyecto de Promoción del Programa de salud Prenatal el cual, cuando se siguen bien las instrucciones, da muy buen resultado.

La explicación es muy elocuente: mientras que el ginecólogo examina a sus pacientes y ofrece sus consejos en relación al embarazo cada cuatro semanas, la propia paciente se examina cada tres a cuatro días, por lo tanto ella puede darse cuenta de los signos de peligro de un posible parto prematuro, además que es más barato.

Criterio de nuestra experiencia

El parto prematuro es un problema de salud muy importante en todo el mundo .Los países en desarrollo son los que sufren la carga más alta, la incidencia de niños prematuros, la mortalidad de niños por causa de sepsis y problemas respiratorios entre otros.

Las secuelas adversas de la prematurez tienen considerable consecuencias económicas en el sector de la salud y para la sociedad. Muchos niños logran salvarse pero quedan con secuelas.

Es necesario realizar un programa de prevención y fortalecimiento en donde los beneficiarios directos sean mujeres y madres embarazadas.

Concientizar a las madres sobre la importancia de los controles prenatales, importancia de una alimentación buena e inmunización

9.3 POSTURA TEÓRICA

El parto prematuro es un problema de salud muy importante en todo el mundo. Los países en desarrollo son los que sufren la carga más alta, la incidencia de niños prematuros, la mortalidad de niños por causa de sepsis y problemas respiratorios entre otros.

Las secuelas adversas de la prematurez tienen considerable consecuencias económicas en el sector de la salud y para la sociedad. Muchos niños logran salvarse pero quedan con secuelas. Es necesario realizar un programa de prevención y fortalecimiento en donde los beneficiarios directos sean las madres embarazadas.

Concientizar a las madres sobre la importancia de los controles prenatales, importancia de una alimentación buena e inmunización. La identificación de un embarazo en riesgo y la terapia adecuada mejorará decisivamente la tasa de prematuridad y el resultado perinatal.

10 HIPOTESIS

10.1 Hipótesis General

La promoción del programa de salud prenatal contribuiría a la disminución de la alta incidencia de niños prematuros en el hospital gineco-obstetrico Enrique C. Sotomayor de Guayaquil, durante el 2010

10.2 Hipótesis Particulares

a. El fortalecimiento y la continuidad del programa de control prenatal a primer nivel y del hospital para las embarazadas contribuye al desarrollo de un producto de calidad.
b. Con la participación del personal de salud en las actividades de control prenatal se puede prevenir los índices de partos prematuros.
c. Con la masificación de la ampliación del programa educativo de salud prenatal a las mujeres embarazadas se podría disminuir la incidencia de partos prematuros.

11 Resultados obtenidos de la investigación

11.1 Prueba estadísticas aplicadas en la verificación de las hipótesis

11.2 Análisis e interpretación de los datos

CUESTIONARIO DE PREGUNTAS DIRIGIDA A LOS PACIENTES QUE ASISTEN AL HOSPITAL GINECO-OBSTETRICO ENRIQUE C. SOTOMAYOR DE GUAYAQUIL.

Pregunta 1

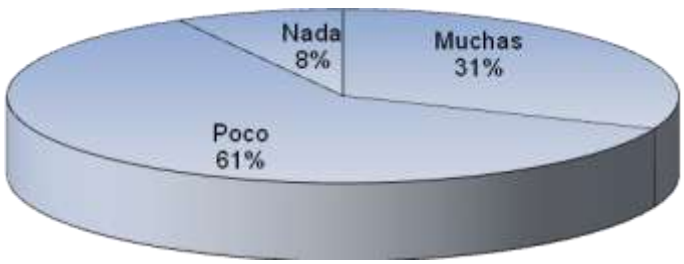
¿Conoce los factores de riesgos a los que se expone por no llevar un control prenatal durante el embarazo?

Cuadro 1

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Mucho	73	31%
Poco	142	61%
Nada	19	8%
TOTAL	234	100%

Fuente: Hospital gineco-obstetrico Enrique C. Sotomayor de Guayaquil

Gráfico # 1



Analisis:

Según el análisis estadístico la tabla y el gráfico demuestran que el 61% de las pacientes encuestadas poca información conocen sobre los factores de riesgos a los que se expone por no llevar un control prenatal durante el embarazo, el 31% indica que mucho y el 8% que nada.

Pregunta 2

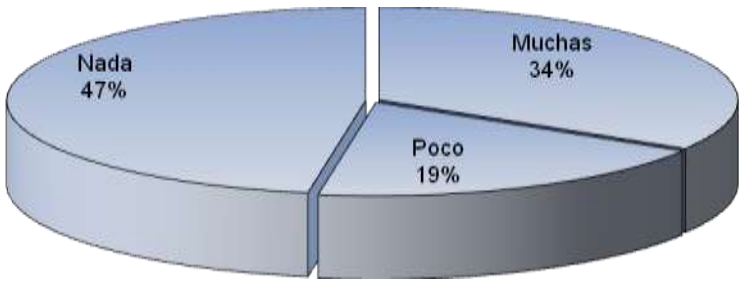
¿Tiene conocimiento que la edad gestacional podría prevenir partos prematuros?

Cuadro 2

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Mucho	79	34%
Poco	44	19%
Nada	111	47%
TOTAL	234	100%

Fuente: Hospital gineco-obstetrico Enrique C. Sotomayor de Guayaquil

Gráfico # 2



Analisis.

Según el análisis estadístico la tabla y el gráfico demuestran que el 47% de las pacientes encuestadas no tiene conocimiento que la edad gestacional podría prevenir partos prematuros, el 34% indica que mucho y el 19% que poco.

Pregunta 3

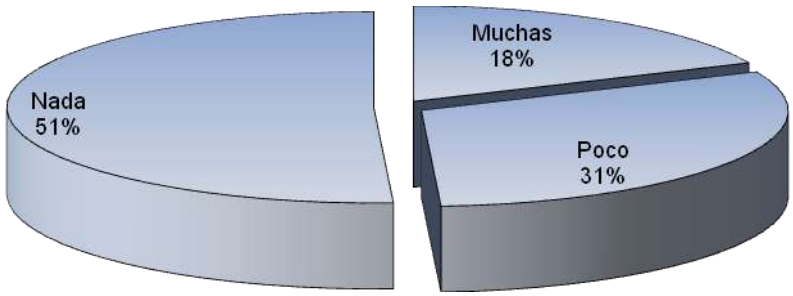
¿El personal de salud le ha orientado sobre las enfermedades que pueden influir negativamente en el desarrollo del feto?

Cuadro 3

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Mucho	43	18%
Poco	72	31%
Nada	119	51%
TOTAL	234	100%

Fuente: Hospital gineco-obstetrico Enrique C. Sotomayor de Guayaquil

Gráfico # 3



Analisis.

Según el análisis estadístico la tabla y el gráfico demuestran que el 51% de las pacientes encuestadas no han recibido orientación del personal de salud sobre las enfermedades que pueden influir negativamente en el desarrollo del feto, el 31% indica que poco y el 18% que mucho.

Pregunta 4

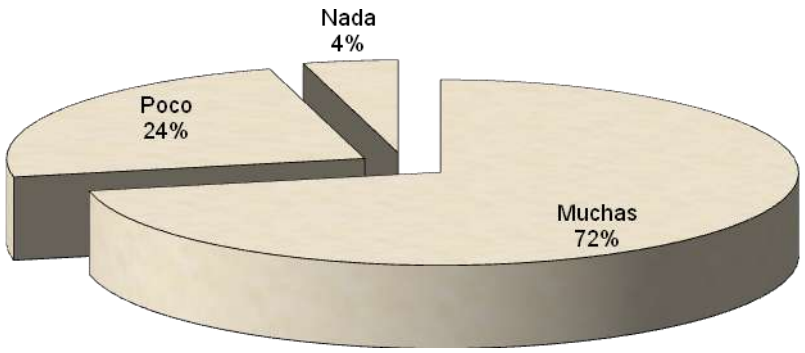
¿Cree usted que las normas y procedimientos establecidos para el control prenatal han permitido disminuir la incidencia de niños prematuros?

Cuadro 4

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Mucho	168	72%
Poco	56	24%
Nada	10	4%
TOTAL	234	100%

Fuente: Hospital gineco-obstetrico Enrique C. Sotomayor de Guayaquil

Gráfico # 4



Analisis.

Según el análisis estadístico la tabla y el gráfico demuestran que el 72% de las pacientes encuestadas que las normas y procedimientos establecidos para el control prenatal para disminuir la incidencia de niños prematuros, el 24% indica que poco y el 4% que nada.

Pregunta 5

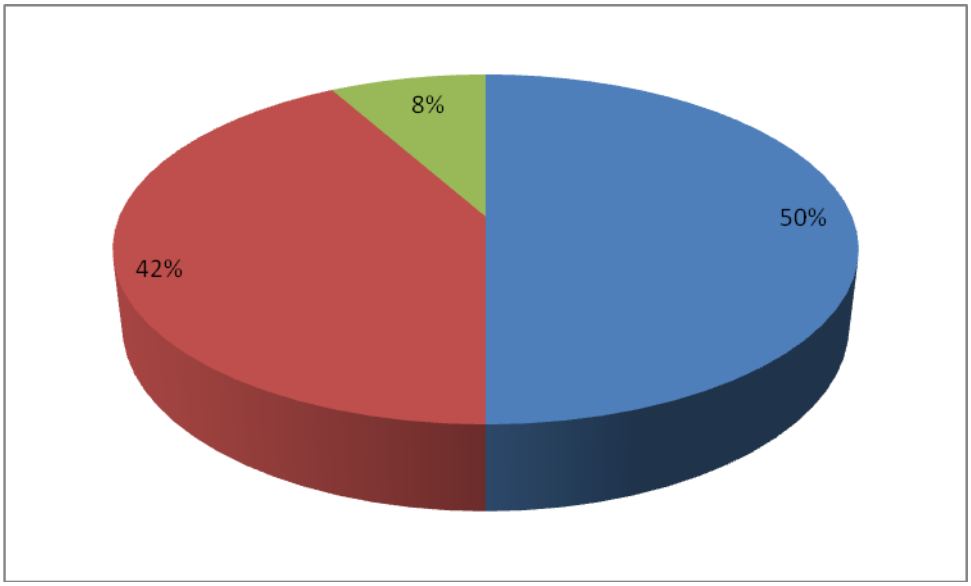
¿Ha recibido charlas de orientación sexual durante su periodo de embarazo?

Cuadro 5

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Mucho	98	42%
Poco	117	50%
Nada	19	8%
TOTAL	234	100%

Fuente: Hospital gineco-obstetrico Enrique C. Sotomayor de Guayaquil

Gráfico # 5



Analisis.

Según el análisis estadístico la tabla y el gráfico demuestran que el 50% de las pacientes encuestadas indican que poco han recibido charlas de orientación sexual durante su periodo de embarazo, el 42% contesto que mucho y el 8% que nada.

Pregunta 6

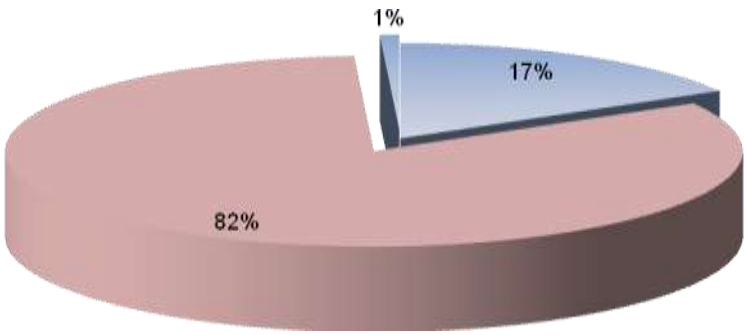
¿Usted asiste con frecuencia a los chequeos de control prenatal?

Cuadro 6

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Mucho	39	17%
Poco	193	82%
Nada	2	1%
TOTAL	234	100%

Fuente: Hospital gineco-obstetrico Enrique C. Sotomayor de Guayaquil

Gráfico # 6



Analisis.

Según el análisis estadístico la tabla y el gráfico demuestran que el 82% de las pacientes encuestadas contestaron que pocas veces asisten a los chequeos de control prenatal, el 17% indica que mucho y el 1% que nada.

Pregunta 7

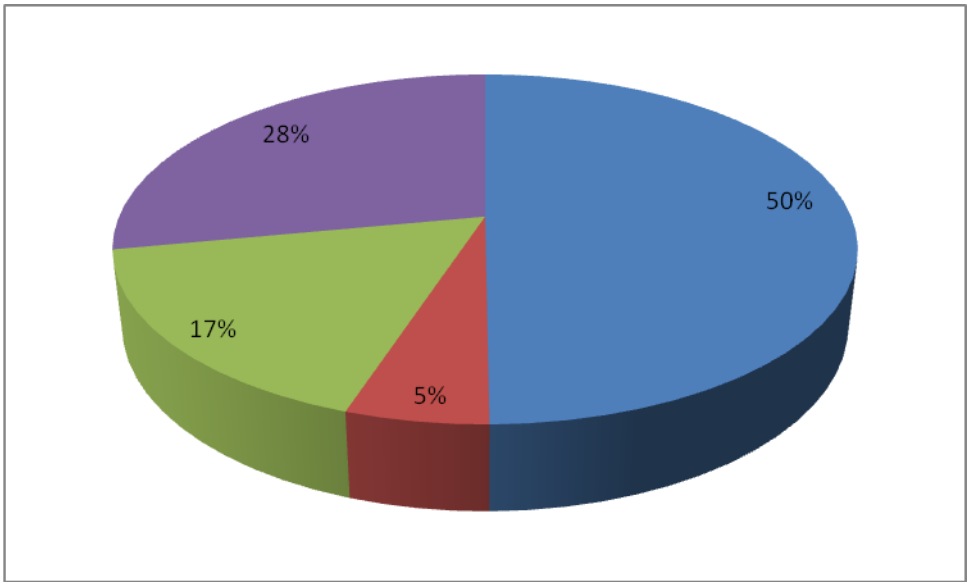
¿Cómo se ha informado de las medidas de control prenatal?

Cuadro 7

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Charlas	162	50%
Periódicos	17	5%
Boletines	55	17%
Otros	91	28%
TOTAL	325	72%

Fuente: Hospital gineco-obstétrico Enrique C. Sotomayor de Guayaquil

Gráfico # 7



Analisis.

Según el análisis estadístico la tabla y el gráfico demuestran que el 50% de las pacientes encuestadas contestaron que se ha informado de las medidas de control prenatal mediante charlas, el 28% indica que otros, el 17% respondió que boletines, el 5% en periódicos.

CUESTIONARIO DE PREGUNTAS DIRIGIDA A LOS PROFESIONALES QUE LABORAN EN EL HOSPITAL GINECO-OBSTETRICO ENRIQUE C. SOTOMAYOR DE GUAYAQUIL.

Pregunta 1

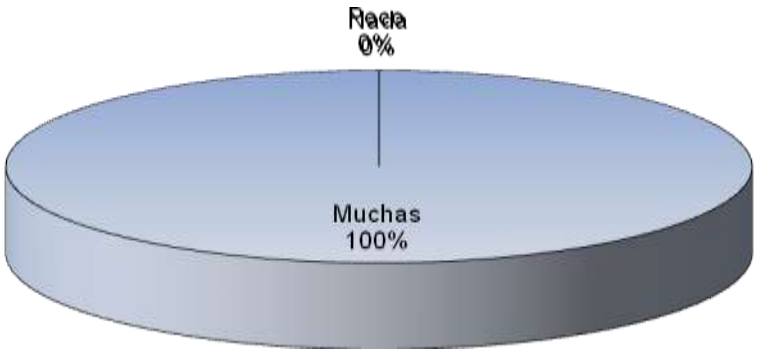
¿Indica a los paciente la importancia de cada uno de los exámenes médicos para disminuir la incidencia de niños prematuros?

Cuadro 1

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Mucho	68	100%
Poco	0	0%
Nada	0	0%
TOTAL	148	100%

Fuente: Hospital gineco-obstetrico Enrique C. Sotomayor de Guayaquil

Gráfico # 1



Análisis.

Según el análisis estadístico la tabla y el gráfico demuestran que el 100% del personal de la salud encuestado contestaron que siempre indican a los paciente la importancia de cada uno de los exámenes médicos para disminuir la incidencia de niños prematuros.

Pregunta 2

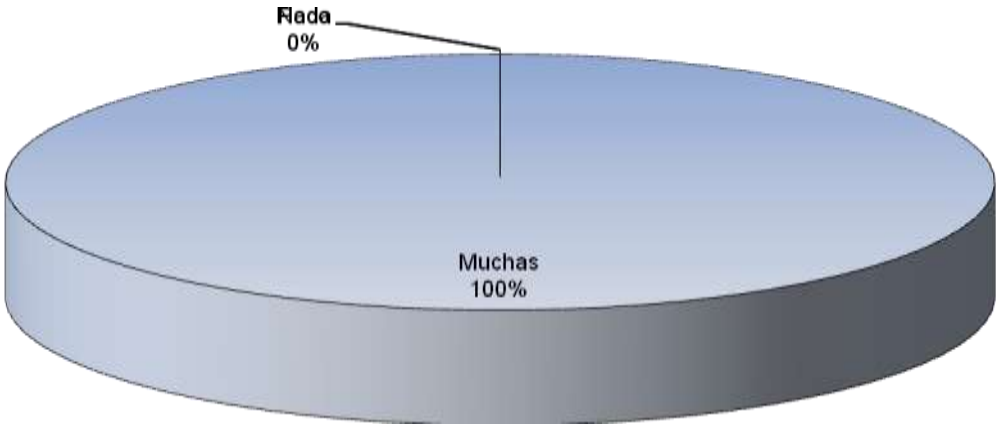
¿Los programas implementados por la maternidad para informar a la población ha permitido disminuir la incidencia de niños prematuros?

Cuadro 2

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Mucho	68	100%
Poco	0	0%
Nada	0	0%
TOTAL	148	100%

Fuente: Hospital gineco-obstetrico Enrique C. Sotomayor de Guayaquil

Gráfico # 2



Análisis.

Según el análisis estadístico la tabla y el gráfico demuestran que el 100% del personal de la salud encuestado contestaron que los programas implementados por la maternidad mucho han ayudado a disminuir la incidencia de niños prematuros.

Pregunta 3

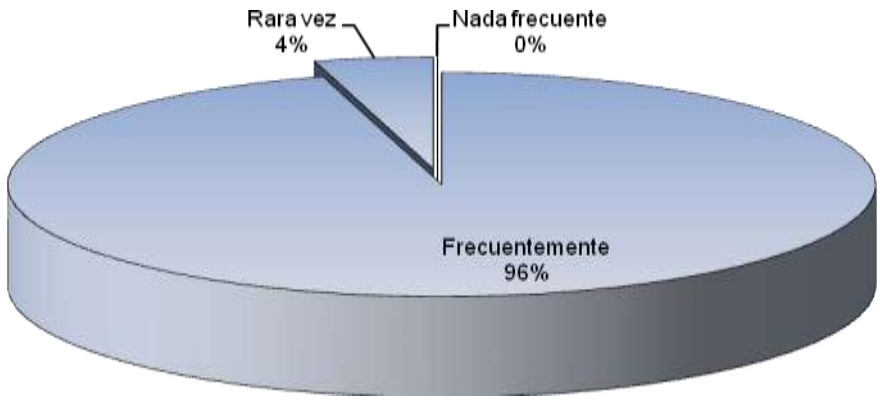
¿Mantiene una confianza médica con las pacientes al realizar su consulta médica?

Cuadro 3

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Frecuentemente	65	96%
Rara vez	3	4%
Nada frecuente	0	0%
TOTAL	68	100%

Fuente: Hospital gineco-obstetrico Enrique C. Sotomayor de Guayaquil

Gráfico # 3



Analisis.

Según el análisis estadístico la tabla y el gráfico demuestran que el 96% del personal de la salud encuestado contestaron que frecuentemente mantiene una confianza médica con las pacientes al realizar su consulta médica, mientras el 4% respondio que rara vez.

Pregunta 4

¿Dedica tiempo para dar educación a las madres embarazadas con el propósito de disminuir la incidencia de partos prematuros?

Cuadro 4

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Frecuentemente	68	100%
Rara vez	0	0%
Nada frecuente	0	0%
TOTAL	68	100%

Fuente: Hospital gineco-obstetrico Enrique C. Sotomayor de Guayaquil

Gráfico # 4

Analisis.

Según el análisis estadístico la tabla y el gráfico demuestran que el 100% del personal de la salud encuestado contestaron que frecuentemente dedica tiempo el personal de la maternidad para dar educación a las madres embarazadas para disminuir la incidencia de partos prematuros.

Pregunta 5

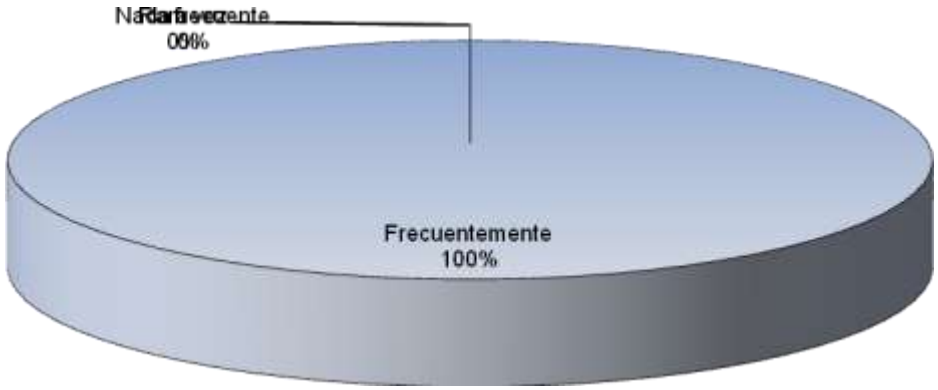
¿Desarrollan talleres de nutrición a pacientes embarazadas para disminuir incidencias de partos prematuros?

Cuadro 5

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Frecuentemente	68	100%
Rara vez	0	0%
Nada frecuente	0	0%
TOTAL	68	100%

Fuente: Hospital gineco-obstetrico Enrique C. Sotomayor de Guayaquil

Gráfico # 5



Analisis.

Según el análisis estadístico la tabla y el gráfico demuestran que el 100% del personal de la salud encuestado contestaron que frecuentemente desarrollan talleres de nutrición para las pacientes embarazadas con la finalidad de disminuir la incidencia de casos de partos prematuros.

Pregunta 6

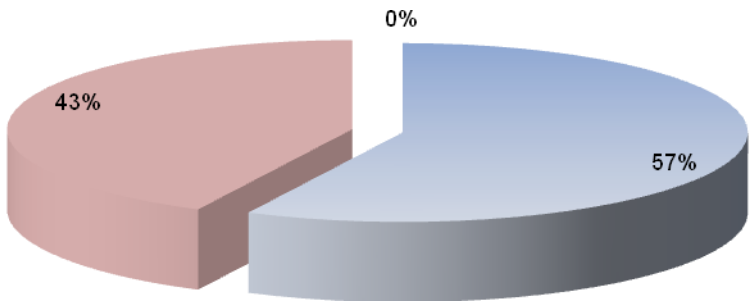
¿Da charlas de orientación sexual a la pareja?

Cuadro 6

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Frecuentemente	39	57%
Rara vez	29	43%
Nada frecuente	0	0%
TOTAL	68	100%

Fuente: Hospital gineco-obstetrico Enrique C. Sotomayor de Guayaquil

Gráfico # 6



Analisis.

Según el análisis estadístico la tabla y el gráfico demuestran que el 57% del personal de la salud encuestado contestaron que frecuentemente dan charlas de orientación sexual a la pareja, y el 43% respondió que rara vez

Pregunta 7

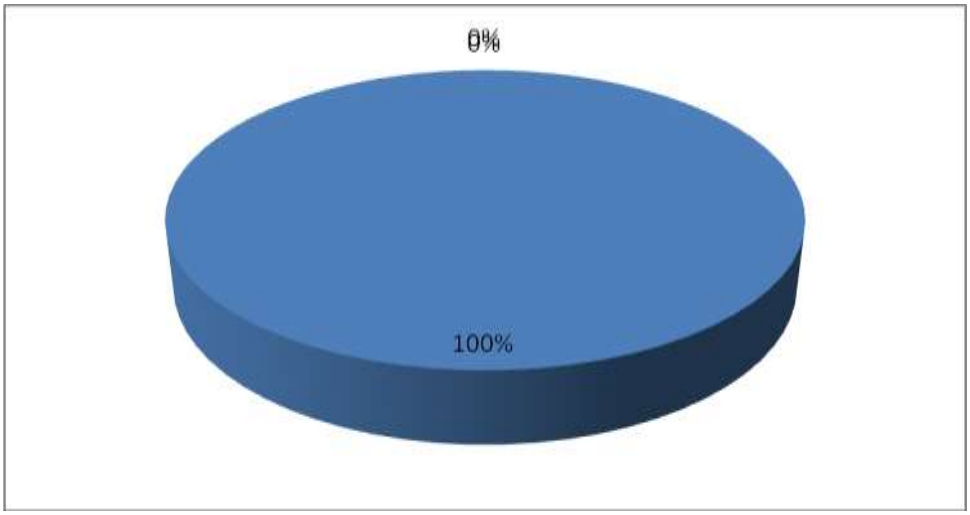
¿Considera necesario establecer alianzas estratégicas con los centros de educación para mantener informada a la población juvenil de los colegios sobre educación sexual?

Cuadro 7

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Necesariamente	68	100%
Poco necesario	0	0%
Nada necesario	0	0%
TOTAL	68	100%

Fuente: Hospital gineco-obstetrico Enrique C. Sotomayor de Guayaquil

Gráfico # 7



Analisis.

Según el análisis estadístico la tabla y el gráfico demuestran que el 100% del personal de la salud encuestado contestaron que es necesario establecer alianzas estratégicas con los centros de educación para mantener informada a la población juvenil de los colegios sobre educación sexual.

Pregunta 8

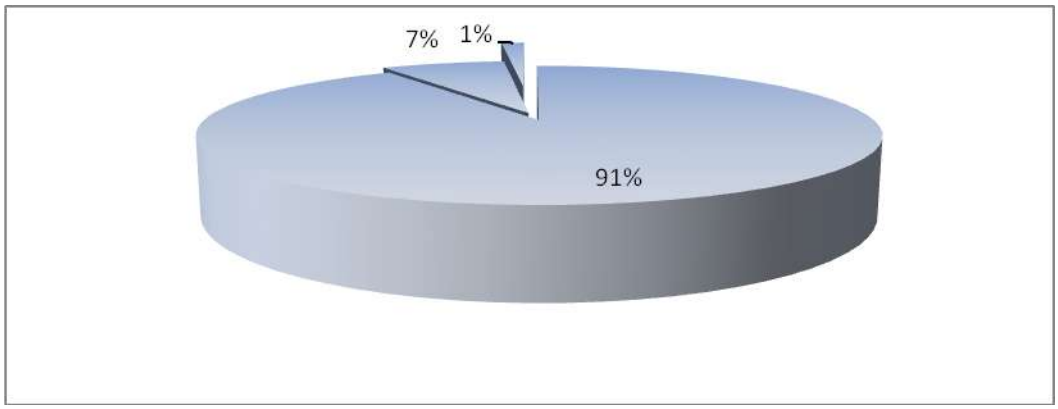
¿Usted considera que el programa de salud prenatal ha contribuido a disminuir la incidencia de niños prematuros?

Cuadro 8

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Mucho	62	91%
Poco	5	7%
Nada	1	1%
TOTAL	68	100%

Fuente: Hospital gineco-obstetrico Enrique C. Sotomayor de Guayaquil

Gráfico # 8



Analisis.

Según el análisis estadístico la tabla y el gráfico demuestran que el 91%% del personal de la salud encuestado contestaron que el programa de salud prenatal ha contribuido mucho a disminuir la incidencia de niños prematuros, sin embargo tovadia no se han alcanzado las metas, el 7% respondió que poco y el 1% que nada.

Pregunta 9

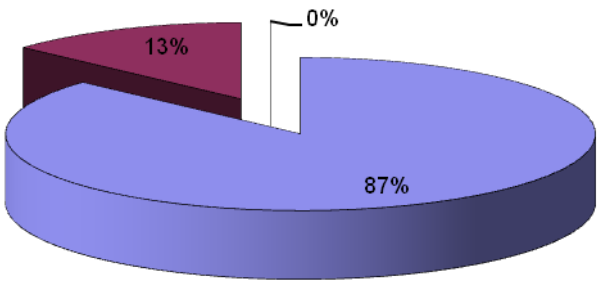
¿Considera usted que el seguimiento de la embarazada de alto riesgo ayuda a la disminuir la incidencia del parto pretermino?

Cuadro 9

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Mucho	59	87%
Poco	9	13%
Nada	0	0%
TOTAL	68	100%

Fuente: Hospital gineco-obstetrico Enrique C. Sotomayor de Guayaquil

Gráfico # 9



Analisis.

Según el análisis estadístico la tabla y el gráfico demuestran que el 87% del personal de la salud encuestado contestaron que ellos desarrollan el seguimiento de la embarazada de alto riesgo como medida de control para prevenir la incidencia del parto pretermino, el 13% respondió que poco; ya que las pacientes son bastantes desorganizadas y no mantienen un control permanente.

Pregunta 10

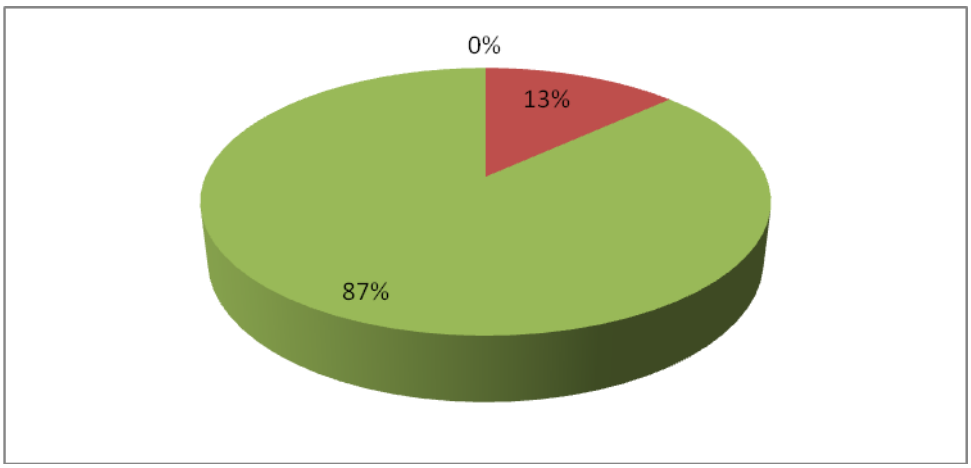
¿Cree usted que los medios de información están cumpliendo el rol de informar sobre salud prenatal a la población joven para disminuir la incidencia de casos de niños prematuros?

Cuadro 10

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Frecuentemente	9	13%
Rara vez	59	87%
Nada frecuente	0	0%
TOTAL	68	100%

Fuente: Hospital gineco-obstetrico Enrique C. Sotomayor de Guayaquil

Gráfico # 10



Analisis.

Según el análisis estadístico la tabla y el gráfico demuestran que el 87% del personal de la salud encuestado contestaron que los medios de información rara vez cumpliendo el rol de informar sobre salud prenatal a la población joven con la finalidad de disminuir la incidencia de casos de niños prematuros; ya que a nivel de nuestros hospitales publicos no se llevan estos programas, el 13% respondió que frecuentemente

CUESTIONARIO DE PREGUNTAS DIRIGIDA A LOS DIRECTIVOS DEL HOSPITAL GINECO-OBSTETRICO ENRIQUE C. SOTOMAYOR DE GUAYAQUIL.

Pregunta 1

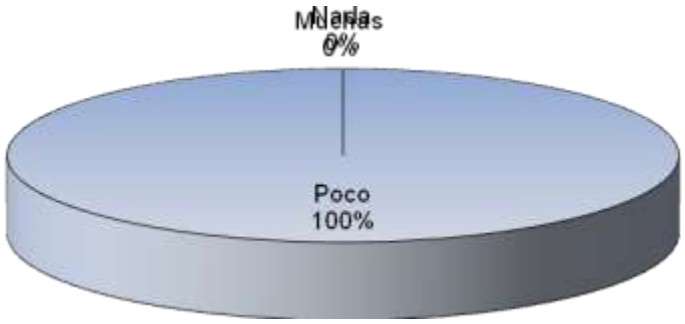
¿Considera usted que los programas de salud prenatal desarrollados en esta institución ha permitido disminuir la incidencia de casos de parto pretermino?

Cuadro 1

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Mucho	0	0%
Poco	3	100%
Nada	0	0%
TOTAL	3	100%

Fuente: Hospital gineco-obstetrico Enrique C. Sotomayor de Guayaquil

Gráfico # 1



Analisis.

Según el análisis estadístico la tabla y el gráfico demuestran que el 100% del personal de directivo encuestado contestaron que los programas de salud prenatal desarrollados en la institución no ha permitido disminuir la incidencia de casos de parto pretermino satisfactoriamente

Pregunta 2

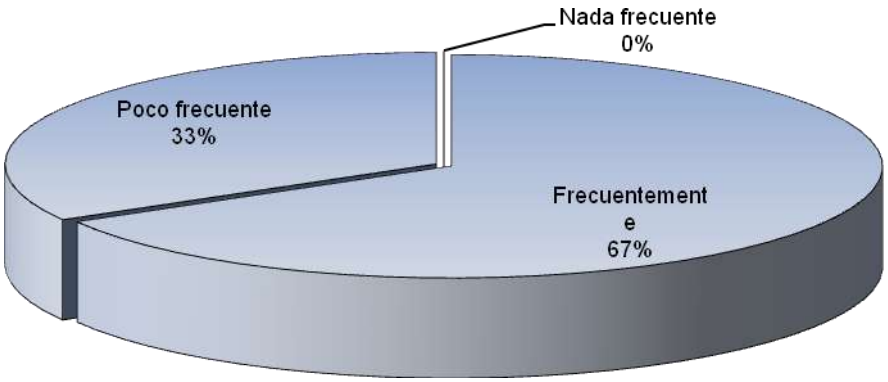
¿El Hospital participa activamente en el seguimiento de las madres embarazadas con riesgo como medio para disminuir la incidencia de niños prematuros?

Cuadro 2

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Frecuentemente	2	67%
Rara vez	1	33%
Nada frecuente	0	0%
TOTAL	3	100%

Fuente: Hospital gineco-obstetrico Enrique C. Sotomayor de Guayaquil

Gráfico # 2



Analisis.

Según el análisis estadístico la tabla y el gráfico demuestran que el 67% del personal directivo encuestado contestaron el hospital mantiene un seguimiento perenne de las madres embarazadas con riesgo, sin embargo muchas de ellas no se dejan ayudar, mientras el 33% respondió que rara vez.

Pregunta 3

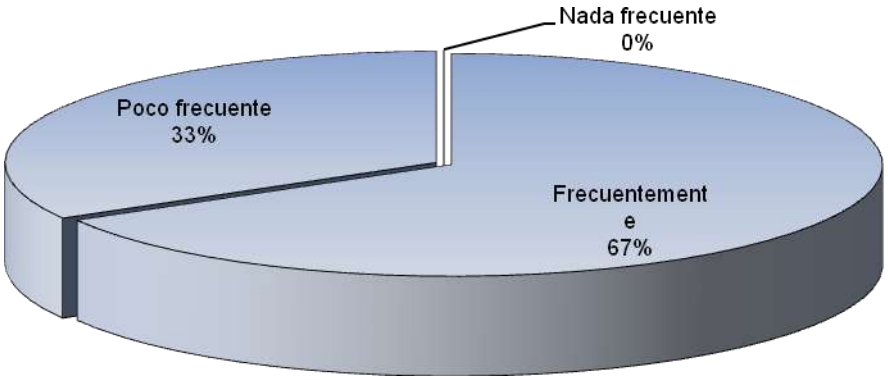
¿Cree que el hospital está cumpliendo con el programa de prevención para disminuir la incidencia de partos pretermino?

Cuadro 3

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Frecuentemente	2	67%
Poco frecuente	1	33%
Nada frecuente	0	0%
TOTAL	3	100%

Fuente: Hospital gineco-obstetrico Enrique C. Sotomayor de Guayaquil

Gráfico # 3



Analisis.

Según el análisis estadístico la tabla y el gráfico demuestran que el 67% del personal directivo encuestado contestaron que el hospital está cumpliendo con el programa de prevención para disminuir la incidencia de partos pretermino, mientras el 33% respondió que poco frecuente.

Pregunta 4

Considera importante establecer alianzas estratégicas con los centros de educación para informar a las adolescentes gestantes sobre las medidas de prevención que deben de mantener para no tener un parto prematuro.

Cuadro 4

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Mucho	3	100%
Poco	0	0%
Nada	0	0%
TOTAL	3	100%

Fuente: Hospital gineco-obstetrico Enrique C. Sotomayor de Guayaquil

Gráfico # 4

Analisis.

Según el análisis estadístico la tabla y el gráfico demuestran que el 100% del personal directivo encuestado contestaron lo mejor para prevenir partos prematuros es estableciendo alianzas estratégicas con los centros de educación para informar a las adolescentes gestantes.

11.3.- CONCLUSIÓNES Y RECOMENDACIONES GENERALES Y ESPECÍFICAS ACERCA DE LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACION.

Conclusión:

En el análisis pertinente de la investigación y la conjetura inteligente, concluimos que en el Hospital Gineco-obstetrico Enrique C. Sotomayor de la ciudad de Guayaquil, se debe promocionar el programa de salud prenatal a embarazadas y mujeres en general, pues así disminuye la alta incidencia de niños prematuros.

Concluimos que analizando y sistematizando la información, que es muy importante, la etiología de la mujer embarazada. Es diferente en cada una de ellas de acuerdo a su organismo, nivel de educación, económico y social.

De acuerdo con el análisis crítico de la investigación se concluye que en las instituciones de salud falta innovar, investigar a cerca de la inducción parto prematuro. El trabajo cree pertinente que una propuesta enfocada en la educación, concientiza sobre la importancia de los controles prenatales para elevar el nivel de conocimiento y fomentar la prevención.

RECOMENDACIÓN

Efectuar propuestas para el director del hospital, mejorar la situación de la problemática, de la alta incidencia de niños prematuros dentro del contexto hospitalario.

Elaborar el presente plan para contribuir a mejorar la calidad de salud madre e hijo.

El Ministerio de salud debe fortalecer el programa dirigido a las madres embarazadas.

Preparación de talleres de actualización de técnicas y metodología de educación en el cuidado de madres embarazadas.

12.- PROPUESTA DE APLICACIÓN DE RESULTADO.

Masificación del programa educativo de salud prenatal a mujeres embarazadas adolescentes de los colegios y madres añosas en sectores aledaños al Hospital Gineco-Obstetra Enrique C. Sotomayor para disminuir la incidencia de partos prematuros.

12.1.- Antecedente de la Propuesta.

La propuesta se justifica debido a que el diagnóstico de la situación actual del Hospital Gineco Obstétrico “Enrique C Sotomayor” señala que desde el año 2000 al 2010, existió un crecimiento mayor al 100% de los partos prematuros, pues en el año 2000 el índice de nacimientos prematuros fue del 4%, en el año 2005 aumentó a 7,3% y en el año 2010 pasó a ser del 14%, naciendo antes de las 37 semanas de la gestación.

Con este antecedente se formuló una encuesta a las usuarias y al personal médico, con el objetivo de conocer el nivel de conocimiento de las mujeres embarazadas del riesgo de tener un bebé prematuro y de los métodos para prevenirlo, mediante una adecuada rutina de cuidado de su salud sexual y reproductiva.

12.2.- Justificación de la Propuesta.

Para ello se utilizó la encuesta, con la cual se pudo conocer que las usuarias que han alumbrado bebés prematuros, desconocen las medidas de control y prevención para evitar el nacimiento de recién nacidos prematuros, mientras que el personal médico señaló que no existe un programa para orientar adecuadamente a la madre que tiene alto riesgo de alumbrar un bebé prematuro, lo que es corroborado por la alta dirección del centro hospitalario.

Se pudo conocer también que la institución hospitalaria no ha establecido alianzas estratégicas con los planteles, lo que incrementa el nivel de desconocimiento de las adolescentes, que manifiestan una estadística alarmante del 20% de embarazos adolescente, la cual se incrementó desde el año 2000 en 7%, sin que el personal médico del centro hospitalario haya tomando cartas en el asunto, visitando a los planteles educativos.

Por esta razón, se plantea como propuesta la masificación del programa educativo de salud prenatal, dirigido a mujeres adolescentes embarazadas y madres añosas, para que se pueda reducir la incidencia de partos pretérminos, para el bienestar del binomio madre – hijo.

12.3.- Alternativa Obtenida.

Para escoger las alternativas de solución al problema del incremento del alumbramiento de bebés prematuros, se ha realizado el siguiente análisis, bajo el uso del método de la Matriz FODA.

MATRIZ FODA

	Oportunidades	**Amenazas**
	• spectos legales, la Constitución contempla como derecho la salud sexual y reproductiva. • a tecnología ofrece opciones como el Internet para la comunicación y difusión de temas de salud sexual y reproductiva. • a disponibilidad de ser parte del programa, por parte de los medios de comunicación masiva	• actores políticos asociados a la materia de la salud. • éficit de nutrición en la población femenina. • esorganización de las comunidades femeninas en la localidad • scasa promoción en materia de salud sexual y reproductiva
Fortalezas • ersonal directivo con experiencia en el área de la salud sexual y reproductiva • ersonal del área médica con experiencia y conocimiento en el tema de la salud sexual y reproductiva. • ecnología acorde a la actualidad.	Fomento de la Consejería para la mujer embarazada y con potencial embarazo, por parte del personal de Enfermería	Organización del Club de la Mujer Embarazada Ferias de la Salud
Debilidades • ajo nivel cultural en salud sexual y reproductiva, de las mujeres embarazadas • alta de planificación de la salud sexual y reproductiva en la mujer adolescente y adulta • oco interés en el cumplimiento de los controles, por parte de las mujeres embarazadas.	Plan de capacitación en materia de salud sexual y reproductiva, para la mujer embarazada y con potencial embarazo, como por ejemplo, la población femenina adolescente Diseño de Murales Educativos, incluso utilizando la tecnología	Promoción de la salud sexual y reproductiva en los medios masivos de comunicación Encuentros comunitarios

• esorganización del personal médico y de enfermería para orientar a la mujer embarazada y con potencial embarazo	del Internet	

Con ello se han escogido las siguientes alternativas al problema de los partos prematuros:

- Fortalecer los programas de educación, en el centro hospitalario, en los planteles educativos y en la comunidad.
- Fomento de la Consejería para la comunidad femenina.
- Promocionar la salud y creación del Club de madres embarazadas.
- Diseño de murales educativos, inclusive en el Internet.

12.4.- Alcance de la Alternativa

- Dotar de mayores herramientas al Hospital, como por ejemplo: Mandiles Educativos, fajas, etc.
- Esta propuesta presenta una nueva oportunidad, en donde ellas puedan participar y despejar dudas y determinar riesgos e identificar signos y síntomas de amenaza de un parto pretérmino.
- Formar redes con otras Instituciones (Centros de Salud de Bastión Popular y Huancavilca).

Se brindará una educación individualizada a madres que hayan tenido anteriormente partos prematuros desde el inicio hasta el final de su embarazo.

Con este fortalecimiento del programa de capacitación, se mejorará la salud de madres embarazadas del Ecuador, por tratarse de un Hospital de referencia Nacional y en especial de las Madres de Guayaquil que sufren de complicaciones en el embarazo y madres en general.

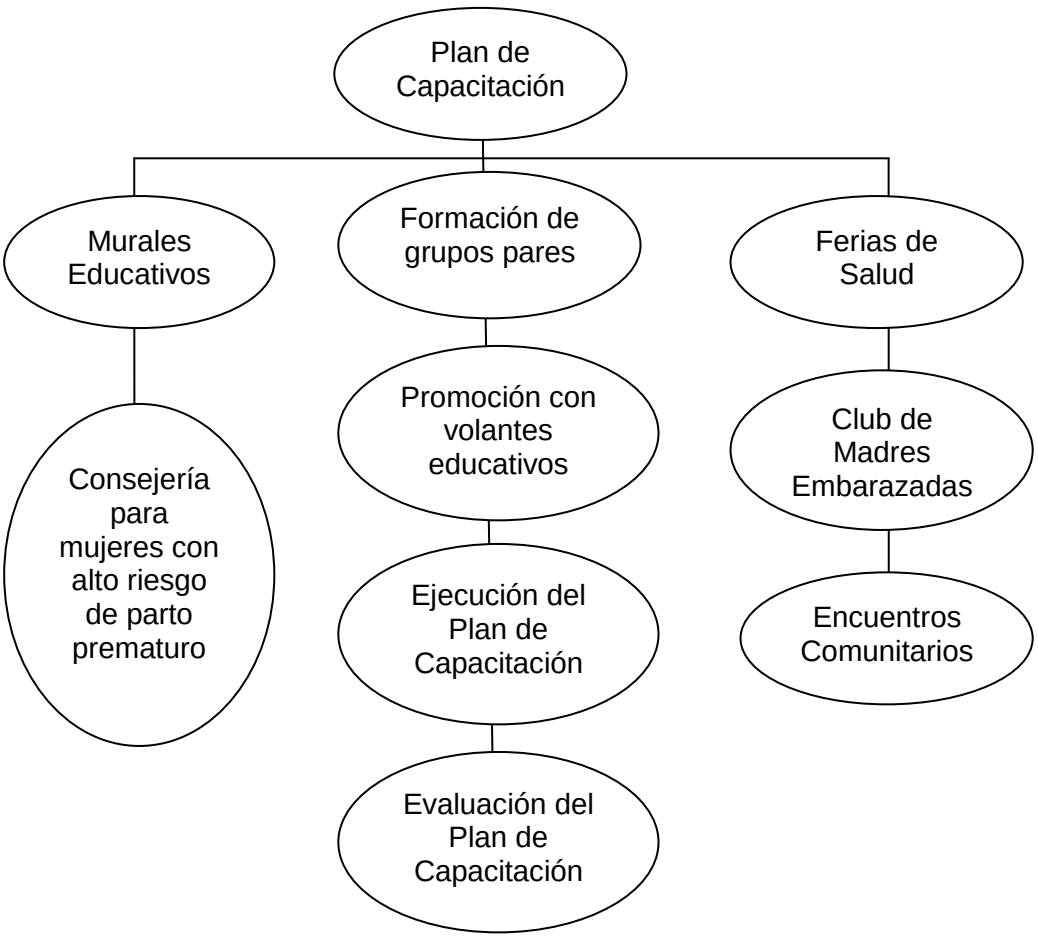
12.5.- Aspectos Básicos de la Alternativa

El Hospital se ha visto beneficiado por el apoyo de Organismo estatales y no gubernamentales y personas consientes de la labor que desempeña en pro del binomio madre e hijo, así mismo cuenta con el apoyo del personal voluntario de ASVOL, quienes imparten apoyo intelectual y económico a personas de escasos recursos.

El Hospital cuenta con un departamento de docencia que provee educación continua al personal de salud, con esta nueva propuesta se formará alianzas con el personal voluntario de ASVOL, se contará con la participación del personal de salud, identificado con la problemática, que colaborarán con el programa.

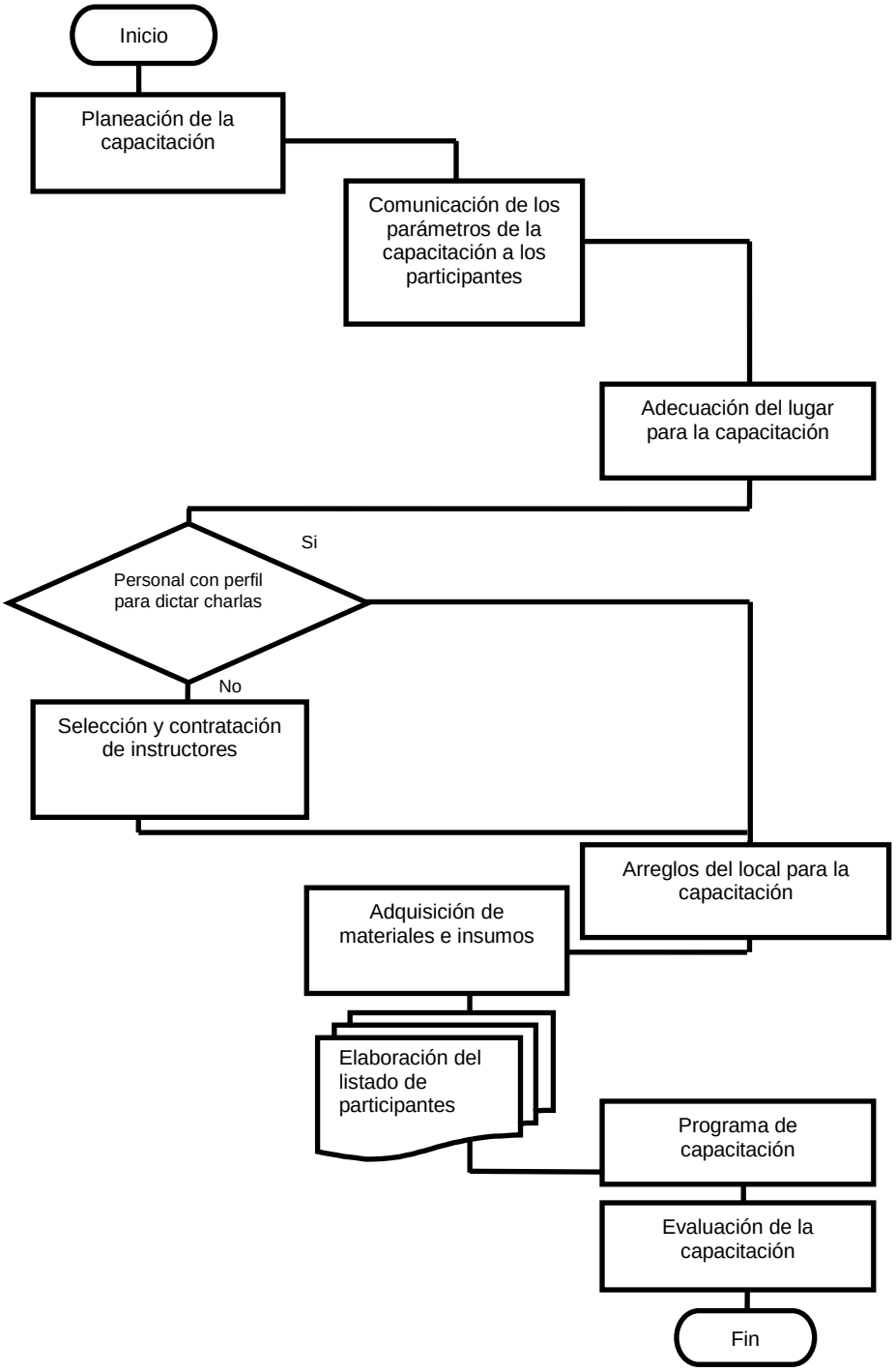
El programa contempla los siguientes aspectos:

MAPA DE LA PROPUESTA DEL PROGRAMA EDUCATIVO DE SALUD PRENATAL



FLUJOGRAMA DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN.

Directivos	Personal de apoyo	Personal médico y de Enfermería



Etapas del programa educativo de salud prenatal. – Las principales etapas del programa educativo de salud prenatal, son las siguientes:

- **Murales educativos**. Se refiere a la información y divulgación del programa mediante los murales educativos, que permitan que la mujer embarazada o con potencial embarazo se instruya de una manera fácil, para ello, estos murales deben ser diseñados con imágenes y colores que impacten en la comunidad femenina y que logren que ellas tomen conciencia de la importancia de la nutrición y controles durante la etapa de la gestación, así como del cuidado de su salud sexual y reproductiva.
- **Consejería para mujeres con altos niveles de riesgo**. La consejería como técnica de Enfermería, debe ser realizada para mujeres con altos niveles de riesgo de parto pretérmino, sea por su edad o por sus síntomas, de acuerdo a un programa previamente consensuado, asignando recursos humanos, técnicos y materiales para cumplir a cabalidad con esta actividad.
- **Promoción del programa**. Contempla la difusión del programa y la captación de mujeres al Club de Mujeres Embarazadas, así como la educación y concientización de la mujer, a través del mensaje publicitario, de manera que se logren los objetivos trazados en el plan.
- **Ferias de Salud**. Donde se difunda el mensaje publicitario para la educación y concientización de la mujer embarazada y potencialmente embarazadas, para que prevenga afecciones a su salud durante la etapa de la gestación y mejore su salud sexual y reproductiva.
- **Club de Mujeres Embarazadas**. Es una organización creada para la organización de la mujer embarazada y con potencial embarazo.
- **Encuentros comunitarios**. La principal función del Club es reunir a mujeres embarazadas, para que miembros de diferentes comunidades comenten sus vivencias y experiencias, las cuales puedan servir como testimonio cierto y fiel del descuido de la salud sexual y reproductiva de la mujer y las nefastas consecuencias que ello trae a las familias, para

que las mujeres tomen conciencia de la planificación, control y nutrición adecuada durante la gestación y previo a ello.

PLAN DE ACTIVIDADES DE LA PROPUESTA.

Actividades	2011												Resultados Esperados	Recursos Necesarios	Colaboradores
	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre			
Elaboración de Murales educativos salud, inclusive en el Internet Brindar consejería a mujeres que acuden a los servicios de salud, sobre signos de peligro, búsqueda de atención oportuna, Educar a las mujeres en edad reproductiva sobre cómo reducir el riesgo y a reconocer las señales del parto prematuro, a través de charlas, talleres. Formación de Grupos pares de madres adolecentes para ayudar a otras, proveer información y apoyo. Elaboración e implementación de mandiles educativos hacer utilizados en el Área de Consulta Externa y Dpto. de Docencia. Elaboración y entrega de volantes educativos a las mujeres que acuden a las unidades de salud Evaluación de las madres sobre los conocimientos adquiridos, pre y post capacitación Realización de Evaluación final de alcances del Proyecto. Elaboración y entrega de volantes educativos a las mujeres que acuden a las unidades de salud Realización de programa radial con mensajes educativos a la población sobre signos de peligro, cuidados del embarazo, parto, puerperio y del Recién Nacido con la participación de líderes	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	Personal organizado y realizando actividades de promoción de los servicios de salud y la referencia oportuna de pacientes	Papelógrafo, marcadores, folletos educativos, trípticos, carpetas, confites, refrigerio	Personal de Salud .Voluntarias de ASVOL Estudiantes de escuela de Enfermería

Realización de Ferias de salud en comunidades priorizadas	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x			
Ampliación de comunidades implementando Plan de Parto	x	x	x	x	x	x									
Realización de encuentros comunitarios	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x			
Capacitación a líderes comunitarios		x	x	x	x	x									
Monitoreo y supervisión capacitante participativa a personal de unidades de Salud	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	Análisis y plan de mejora en la promoción de servicios de salud	Combustible, viáticos transporte, alimentación	Personal de salud y líderes comunitarios
Presentación de Informe de avance de Planes de Promoción, encuentros comunitarios en Consejos Técnicos Municipales.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x			
Realización de Evaluación final de alcances del Proyecto.												x			

Se puede apreciar en el cuadro la secuencia de actividades que contempla el plan de actividades del Programa Educativo de salud prenatal, el cual no solo debe orientarse a la toma de conciencia y educación de la mujer embarazada, sino también de la mujer en potencial estado de embarazo, conociendo que los partos prematuros tienen gran incidencia en la población femenina adolescente, por tanto, se debe trabajar en la concientización de la esta población, fijándose como objetivo la reducción del embarazo en las adolescentes, que además es uno de los principales defectos de nuestra sociedad.

En los siguientes cuadros se presentan los planes de charlas sugeridos para la capacitación de las mujeres embarazadas y con potencial embarazo.

PLAN DE CHARLA No. 1

- **Tema: Alimentación durante el embarazo.**
- **Objetivo**: Dar a conocer a la mujer embarazada la cantidad y calidad de alimento que debe ingerir durante su embarazo, para fortalecer su salud y la de su bebé durante la gestación.
- **Participantes**: Mujeres embarazadas (adultas y adolescentes) con alto riesgo de parto prematuro.
- **Instructor: ……...**

Fecha	Hora	Tiempo	Contenido	Estrategia	Evaluación
Primera semana de Febrero del 2011	08h30 a 12h30	4 horas Capacidad: 200 personas por grupos (máximo 2 grupos)	1.1 Introducción. 1.2 Definiciones. 1.3 Tendencias. 1.4 Pirámide alimenticia. 1.4.1 Nutrientes 1.4.2 Proteínas 1.4.3 Carbohidratos 1.4.4 Vitaminas 1.4.5 Minerales 1.5 Aportes adicionales. 1.5.1. Ácido Fólico 1.5.2. Calcio 1.5.3. Hierro 1.6 Los antojos. 1.7 Lo que se debe evitar ingerir durante el embarazo (tabaco, drogas y bebidas alcohólicas).	• Diapositivas. • Lluvia de ideas. • Técnicas de dinámica grupal. • Entrega de material didáctico y trípticos.	• Preguntas y respuestas. • Retroali-mentación. • Talleres

PLAN DE CHARLA No. 2

- **Tema: Controles durante el embarazo.**
- **Objetivo**: Dar a conocer a la mujer embarazada el tipo y frecuencia de controles médicos, para prevenir problemas durante los meses de la gestación.
- **Participantes**: Mujeres embarazadas (adultas y adolescentes) con alto riesgo de parto prematuro.
- **Instructor: ……...**

Fecha	Hora	Tiempo	Contenido	Estrategia	Evaluación
Segunda semana de Febrero del 2011	08h30 a 12h30	4 horas Capacidad: 200 personas por grupos (máximo 2 grupos)	1.1. Introducción. 1.2. Importancia del control médico durante el embarazo. 1.3. Registro de edad, talla y peso. 1.4. Principales síntomas de problemas de la mujer embarazadas. 1.4.1. Pérdida de líquido ammiótico 1.4.2. Anemia 1.4.3. Sobrepeso 1.5. Enfermedades en la etapa de la gestación. 1.5.1. Diabetes gestacional 1.5.2. Hipertensión 1.5.3. Otras 1.6. Prevención y control de enfermedades y anomalías durante el embarazo.	• Diapositivas. • Lluvia de ideas. • Técnicas de dinámica grupal. • Entrega de material didáctico y trípticos.	• Preguntas y respuestas. • Retroali-mentación. • Talleres

PLAN DE CHARLA No. 3

- **Tema: Planificación familiar.**
- **Objetivo**: Concientizar a las mujeres con potencial embarazo, para que planifiquen cuándo y cuántos hijos tener, evitando el embarazo adolescente.
- **Participantes**: Mujeres adolescentes preferentemente y mujeres adultas.
- **Instructor: ……...**

Fecha	Hora	Tiempo	Contenido	Estrategia	Evaluación
Tercera semana de Febrero del 2011	08h30 a 12h30	4 horas Capacidad: 200 personas por grupos (máximo 2 grupos)	1.1. Introducción. 1.2. Qué es la salud sexual y reproductiva. 1.3. Importancia de la planificación familiar. 1.4. Principales métodos anticonceptivos. 1.4.1. Método del ritmo 1.4.2. Pastillas 1.4.3. T de Cobre 1.4.4. Otros 1.5. Consecuencias del uso de métodos anticonceptivos. 1.5.1. Síntomas de molestias 1.5.2. Lo que se debe hacer 1.5.3. Sugerencias 1.6. Porqué es importante evitar el embaraza durante la etapa de la adolescencia.	• Diapositivas. • Lluvia de ideas. • Técnicas de dinámica grupal. • Entrega de material didáctico y trípticos.	• Preguntas y respuestas. • Retroali-mentación. • Talleres

PLAN DE CHARLA No. 4

- **Tema: El Club de la Mujer embarazada.**
- **Objetivo**: Multiplicar el conocimiento de la educación sexual y reproductiva de la mujer.
- **Participantes**: Mujeres embarazadas (adultas y adolescentes).
- **Instructor: ……...**

Fecha	Hora	Tiempo	Contenido	Estrategia	Evaluación
Cuarta semana de Febrero del 2011	08h30 a 12h30	4 horas Capacidad: 200 personas por grupos (máximo 2 grupos)	1.1. Generalidades. 1.2. Organización. 1.3. Funciones de cada miembro del Club. 1.4. Formación y capacitación. 1.4.1. Salud sexual y reproductiva 1.4.2. Nutrición 1.4.3. Diagnóstico Médico 1.5. Información y divulgación. 1.5.1. Publicidad 1.5.2. Promoción 1.5.3. Uso de los medios masivos 1.6. Actividades y elaboración de cronograma. 1.7. Voluntariado.	• Diapositivas. • Lluvia de ideas. • Técnicas de dinámica grupal. • Entrega de material didáctico y trípticos.	• Preguntas y respuestas. • Retroali-mentación. • Talleres

La capacitación se basa en 4 áreas fundamentales de la salud sexual y reproductiva, que son las siguientes:

- **Nutrición**. El déficit en la alimentación de la mujer embarazada, es una las causas principales que ha incidido en el aumento de los partos prematuros, por tanto, la orientación correcta en los aspectos nutricionales, será uno de los pilares fundamentales en la prevención de los partos pretérminos.
- **Controles médicos durante el embarazo**. Conociendo que la mayoría de mujeres en estado de embarazo, no han seguido de manera correcta los controles médicos mensuales, tampoco han podido controlar posibles afecciones durante la gestación, lo que puede ser irreversible para el bebé que está por nacer. Por tanto, es necesario que la mujer tome conciencia de que los controles médicos mensuales, son de vital importancia para la prevención de partos prematuros y otras afecciones que pueden afectar la salud sexual y reproductiva de las mujeres durante su gravidez.
- **Planificación familiar y uso de métodos anticonceptivos**. Los métodos anticonceptivos pueden prevenir el embarazo, si son usados con la orientación del profesional del área médica correspondiente, por tanto, se recomienda el uso de los mismos, en especial, del método del ritmo, para prevenir embarazos no deseados, que pueden generar intenso estrés en la mujer gestante, que puede ser causa de partos prematuros, de manera que se pueda reducir su incidencia.
- **Organización y actividades del Club de Mujeres Embarazadas**. La labor principal de este Club, es la divulgación, información y educación de la mujer con potencial embarazo o en estado de gravidez, para que evite en lo posible un parto prematuro o complicaciones en su salud sexual y reproductiva, de manera que mejore la calidad de vida de la mujer ecuatoriana.

A continuación se presenta el cronograma de difusión del programa:

CRONOGRAMA DE INFORMACIÓN Y DIVULGACIÓN EN MEDIOS RADIALES

Días	M	J	V	L	M	M	J	V	L	M	M	J	V	L	M	M	J	V	L	M	M	J	V	Total
Fecha	**1**	**4**	**7**	**17**	**20**	**23**	**26**	**29**	**8**	**11**	**14**	**17**	**21**	**30**	**3**	**6**	**9**	**12**	**21**	**24**	**27**	**30**	**31**	
Canela	3	3	3	3		3	3	3	3		3	3	3	3		3	3	3	3		3	3	3	57
Fabu	3	3	3	3	3				3	3				3	3		3	3	3	3				39
Cupido	3	3	3		3	3	3	3		3	3	3	3		3	3	3	3	3			1		49
																					Total			**145**

CRONOGRAMA DE INFORMACIÓN Y DIVULGACIÓN EN PRINCIPALES DIARIOS

Días	M	J	V	L	M	M	J	V	L	M	M	J	V	L	M	M	J	V	L	M	M	J	V	Total
Fecha	**1**	**4**	**7**	**17**	**20**	**23**	**26**	**29**	**8**	**11**	**14**	**17**	**21**	**30**	**3**	**6**	**9**	**12**	**21**	**24**	**27**	**30**	**31**	
El Universo y Super	1	1		1		1		1	1		1	1	1			1	1		1		1		1	14
El Telégrafo	1	1	1	1	1				1	1				1	1		1	1	1	1				13
Expreso	1	1	1			1	1	1			1	1	1			1	1	1				1		13
																					Total			**40**

CRONOGRAMA DE INFORMACIÓN Y DIVULGACIÓN EN PRINCIPALES REVISTAS

Días	M	J	V	L	M	M	J	V	L	M	M	J	V	L	M	M	J	V	L	M	M	J	V	Total
Fecha	**1**	**4**	**7**	**17**	**20**	**23**	**26**	**29**	**8**	**11**	**14**	**17**	**21**	**30**	**3**	**6**	**9**	**12**	**21**	**24**	**27**	**30**	**31**	
Hogar		1				1		1			1	1	1			1	1				1		1	10
Vanidades	1		1	1					1	1				1	1			1	1	1				10
Mujeres	1	1	1			1	1				1	1	1					1				1		10
																					Total			**30**

12.6.- Resultados esperados de la alternativa.

Los resultados esperados con la propuesta son los siguientes:

- Reducir el porcentaje de bebés prematuros, llevándolo del 14% actual a niveles de un dígito, es decir, menor al 10%, en el mediano o largo plazo.
- Disminuir el porcentaje de madres adolescentes, que actualmente es del 20%, esperando llevarlo a un dígito (menor al 10%), en el mediano o largo plazo.
- Reducir la incidencia de la anemia y del sobrepeso en las mujeres en estado de gravidez.
- Capacitar un mínimo de 1.200 mujeres embarazadas y con potencial embarazo, por año, con una frecuencia de 4 periodos trimestrales.
- Captar un mínimo de 1.200 mujeres por año, en el Club de Mujeres Embarazadas.
- 100 Personas del área médica, Médicos, Obstetras, Licencias y Auxiliares de Enfermería, trabajando en el proyecto.
- 25 planteles femeninos de las comunidades aledañas al Hospital Gineco Obstétrico “Enrique C Sotomayor”, instruidos en temas correspondientes a la salud sexual y reproductiva.
- 100 comunidades locales agrupadas en el proyecto para la educación y concienciación de la mujer en temas inherentes a la salud sexual y reproductiva.
- 20 murales educativos diseñados en el Internet y en el Hospital Gineco Obstétrico “Enrique C Sotomayor”.

12.7.- Impacto esperado de la alternativa.

Cualitativos:

- Mejorar la calidad de vida de la población femenina de nuestro país.
- Aumentar los niveles de educación de la población femenina, en lo referente a la salud sexual y reproductiva.
- Fomentar métodos sanos para la buena salud sexual y reproductiva de la mujer embarazada y con potencial estado de embarazo.

Cuantitativos:

- 6.000 mujeres capacitadas en temas inherentes a la salud sexual y reproductiva, en el largo plazo.
- 3.000 mujeres adolescentes capacitadas en temas inherentes a la salud sexual y reproductiva, en el largo plazo.
- Reducción esperada de 1.200 bebés prematuros.

13.- BIBLIOGRAFÍA

1. ACOG Committee on Obstetric Practice. ACOG committee opinion. Exercise during pregnancy and the postpartum period. Number 267, January 2002. Int J Gynaecol Obste 8. Romero Gutiérrez G, Martín García-Vázquez G, Huerta Vargas LF et al. Factores que influyen en la aceptación o rechazo de métodos anticonceptivos en el puerperio. Ginecol Obstet Méx., oct. 2001, vol.69, no.10. ISSN 0300-9041
2. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Induction of Labor. ACOG Practice Bulletin, número 10, noviembre de 1999.
3. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Use of Progesterone to Reduce Preterm Birth. ACOG Committee Opinion, número 419, octubre de 2008.
4. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Perinatal Care at the Threshold of Viability. ACOG Practice Bulletin, número 38, septiembre de 2002 (confirmado 2008).
5. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Cesarean Delivery on Maternal Request. ACOG Committee Opinion, número 394, diciembre de 2007.
6. Bettegowda, V.R., et al. The Relationship Between Cesarean Delivery and Gestational Age Among U.S. Singleton Births. Clinics in Perinatology, volumen 35, 2008, págs. 309-323.
7. Bukowski, R., et al. Preconceptional Folate Prevents Preterm Delivery (abstract). American Journal of Obstetrics and Gynecology, volumen 197, número 6, diciembre de 2007, S3.
8. Conde-Agudelo, A., et al. Birth Spacing and Risk of Adverse Perinatal Outcomes. Journal of the American Medical Association, volumen 295, número 15, 19 de abril de 2006, págs. 1809-1823.
9. Engle, W.A. y Committee on Fetus and Newborn. Surfactant-Replacement Therapy for Respiratory Distress in the Preterm and Term Neonate. Pediatrics, volumen 121, número 2, febrero de 2008, págs. 419-428.

10. Engle, W.A., et al. y Committee on Fetus and Newborn. “Late-Preterm” Infants: A Population at Risk. Pediatrics, volumen 120, número 6, diciembre de 2007, págs. 1390–1401.
11. Fonseca, E.B., et al. Progesterone and the Risk of Preterm Birth Among Women with a Short Cervix. New England Journal of Medicine, volumen 375, número 5, 2 de agosto de 2007, págs. 462-469.
12. General Prenatal Care and Counselling Issues. Evidence-Based Prenatal Care: Part I. Am Fam Physician 2005
13. General Prenatal Care and Counselling Issues. Evidence-Based Prenatal Care: Part II. Am Fam Physician 2005
14. GIams, J.D. The Epidemiology of Preterm Birth. Clinics in Perinatology, volumen 30, 2003, págs. 651-654.
15. Honein, M.A., et al. The Association Between Major Birth Defects and Preterm Birth. Maternal and Child Health Journal, publicado en línea el 17 de mayo de 2008, http:dx/doi/org/10.1007.s10995-008-0348-y.
16. Hovi, P., et al. Glucose Regulation in Young Adults with Very Low Birthweight. New England Journal of Medicine, volumen 356, número 20, 17 de mayo de 2007, págs. 2053-2063.
17. Limperopoulos, C., et al. Positive Screening for Autism in Ex-Preterm Infants: Prevalence and Risk Factors. Pediatrics, volumen 212, número 4, abril de 2008, págs. 758-765.
18. Martin, J.A. et al. Births: Final Data for 2003. National Vital Statistics Reports, volumen 54, número 2, 8 de septiembre de 2005.
19. Martin, J.A. et al. Births: Final Data for 2006. National Vital Statistics Reports, volumen 57, número 7, 7 de enero de 2008.
20. Meis, P.J., et al. Prevention of Recurrent Preterm Delivery by 17 Alpha-Hydroxyprogesterone Caproate. New England Journal of Medicine, 2003, volumen 348, págs. 2379-2385.
21. Moster, D., et al. Long-term Medical and Social Consequences of Preterm Birth. New England Journal of Medicine, volumen 395, número 3, 17 de julio de 2008, págs. 262-273.

22. National Center for Health Statistics. 2004 Period Linked Birth/Infant Death Data. Preparado por March of Dimes Perinatal Data Center, 2008
23. NICE Guideline CG6. Antenatal care-routine care for the healthy pregnant woman National Institute for Clinical Excellence. London: NICE, 2003.
24. Organización Panamericana de Salud. Lineamientos y directrices de enfermería para la mejoría de la calidad de la atención prenatal en embarazos de bajo riesgo en América Latina y el Caribe, 2004
25. Other Developmental Disabilities. Pediatrics, volumen 121, número 6, junio de 2008, págs. 1155-1164.
26. Petrini, J., et al. Increased Risk of Adverse Neurological Development for Late Preterm Infants. Journal of Pediatrics on- line, 11 de diciembre de 2008.
27. Rouse, D.J., et al. A Randomized, Controlled Trial of Magnesium Sulfate for the Prevention of Cerebral Palsy. New England Journal of Medicine, volumen 359, número 9, 28 de agosto de 2008, págs. 895-905
28. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana (NOM. 007-SSA2-1993 .Atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, a recién nacidos. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio
29. Schendel, D. y Bhasin, T.K. Birth Weight and Gestational Age Characteristics of Children with Autism, Including a Comparison with Villar J, Bergsjo P. Nuevo Modelo de Control Prenatal de la OMS. Grupo de Investigación del Estudio de Control Prenatal de la OMS. Organización Mundial de la Salud, 2003.
30. Tyson, J.E., et al. Intensive Care for Extreme Prematurity – Moving Beyond Gestational Age. New England Journal of Medicine, volumen 358, número 16, 17 de abril de 2008, págs. 1672-1681.
31. Tomashek, K., et al. Differences in Mortality between Late-Preterm and Term Singleton Infants in the United States. Journal of Pediatrics, volumen 15, noviembre de 2007, págs. 450-456.

ANEXO

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO

Señor:…..

Sírvase contestar la presente encuesta, la misma que es confidencial y con fines netamente de investigación educativa

FORMATO DE ENCUESTA DIRIGIDA A LOS PACIENTES

1. ¿Conoce los factores de riesgos a los que se expone por no llevar un control prenatal durante el embarazo?

Mucho ( )
Poco ( )
Nada ( )

2. ¿Tiene conocimiento que la edad gestacional podría prevenir partos prematuros?

Mucho ( )
Poco ( )
Nada ( )

3. ¿El personal de salud le ha orientado sobre las enfermedades que pueden influir negativamente en el desarrollo del feto?

Mucho ( )
Poco ( )
Nada ( )

4. ¿Cree usted que las normas y procedimientos establecidos para el control prenatal han permitido disminuir la incidencia de niños prematuros?

Mucho ( )

Poco ( )

Nada ( )

5. ¿Ha recibido charlas de orientación sexual durante su periodo de embarazo?

Mucho ( ) Nada ( )

Poco ( )

6. ¿Usted asiste con frecuencia a los chequeos de control prenatal?

Mucho ( )

Poco ( )

Nada ( )

7. ¿Cómo se ha informado de las medidas de control prenatal?

Charlas ( )

Periódicos ( )

Boletines ( )

Otros ( )

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO

Estimado Señor.

La presente entrevista corresponde al trabajo de investigación previo a la obtención del título de Especialista de los Servicio de Salud, le solicitamos atender a nuestras inquietudes con sus opiniones objetivas, la misma que es confidencial y con fines netamente de investigación educativa.

Cargo que ocupa: _____

_____

ENCUESTA DIRIGIDA A LOS PROFESIONALES

1. ¿Indica a la paciente la importancia de cada uno de los exámenes médicos para disminuir la incidencia de niños prematuros?

Mucho ( ) Poco ( ) Nada ( )

2. ¿Los programas implementados por la maternidad para informar a la población ha permitido disminuir la incidencia de niños prematuros?

Mucho ( ) Poco ( ) Nada ( )

3. ¿Mantiene una confianza médica con las pacientes al realizar su consulta médica?

Frecuente ( ) Rara vez ( ) Poco frecuente ( )

4. ¿Dedica tiempo para dar educación a las madres embarazadas con el propósito de disminuir la incidencia de partos prematuros?

Frecuente ( ) Rara vez ( ) Poco frecuente ( )

5. ¿Desarrollan talleres de nutrición a pacientes embarazadas para disminuir incidencias de partos prematuros?

Frecuente ( ) Rara vez ( ) Poco frecuente ( )

6. ¿Da charlas de orientación sexual a la pareja?

Frecuente ( ) Rara vez ( ) Poco frecuente ( )

7. ¿Considera necesario establecer alianzas estratégicas con los centros de educación para mantener informada a la población juvenil de los colegios sobre educación sexual?

Necesario ( ) Poco necesario ( ) Nada necesario ( )

8. ¿Usted considera que el programa de salud prenatal ha contribuido a disminuir la incidencia de niños prematuros?

Mucho ( ) Poco ( ) Nada ( )

9. ¿Considera usted que el seguimiento de la embarazada de alto riesgo ayuda a la disminuir la incidencia del parto pretermino?

Mucho ( ) Poco ( ) Nada ( )

10. ¿Cree usted que los medios de información están cumpliendo el rol de informar sobre salud prenatal a la población joven para disminuir la incidencia de casos de niños prematuros?

Frecuente ( ) Rara vez ( ) Poco frecuente ( )

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO

Señor:…..

Sírvase contestar la presente encuesta, la misma que es confidencial y con fines netamente de investigación educativa

FORMATO DE ENCUESTA DIRIGIDA A LOS DIRECTIVOS

1. ¿Considera usted que los programas de salud prenatal desarrollados en esta institución ha permitido disminuir la incidencia de casos de parto pretermino?

Mucho ( ) Poco ( ) Nada ( )

2. ¿El Hospital participa activamente en el seguimiento de las madres embarazadas con riesgo como medio para disminuir la incidencia de niños prematuros?

Frecuente ( ) Rara vez ( ) Poco frecuente ( )

3. ¿Cree que el hospital está cumpliendo con el programa de prevención para disminuir la incidencia de partos pretermino?

Frecuente ( ) Poco frecuente ( ) Nada frecuente ( )

4 Considera importante establecer alianzas estratégicas con los centros de educación para informar a las adolescentes gestantes sobre las medidas de prevención que deben de mantener para no tener un parto prematuro.

Mucho ( ) Poco ( ) Nada ( )

ANTES

DESPUES:

Los directivos de la Maternidad Enrique C. Sotomayor estuvieron presente en el desarrollo de este evento que fue positivamente comentado por la menores involucradas, estudiantes pero sobre todo por los padres de familia presentes.

La mirada del preocupante problema de nuestra sociedad fue puesta de manifiesto por las propias menores que enfatizaron la poca educación sexual que tienen y el desconocimiento de su anatomía.