



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERÍA

**"FACTORES ASOCIADOS A LA ADHERENCIA AL CONTROL
PRENATAL EN MUJERES DE LOS BARRIOS DE
TANGUARIN Y SANTO DOMINGO DE LA
PARROQUIA DE SAN ANTONIO
DE IBARRA EN EL PERIODO
NOVIEMBRE DEL 2009
AGOSTO DEL 2010"**

Trabajo de investigación previo a la obtención del título de licenciatura en enfermería

AUTOR: CADENA SALGADO LUIS LEONARDO

DIRECTOR: Licda. GLADYS ROSALES

Ibarra-Ecuador



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERÍA

**"FACTORES ASOCIADOS A LA ADHERENCIA AL CONTROL
PRENATAL EN MUJERES DE LOS BARRIOS DE
TANGUARIN Y SANTO DOMINGO DE LA
PARROQUIA DE SAN ANTONIO
DE IBARRA EN EL PERIODO
NOVIEMBRE DEL 2009
AGOSTO DEL 2010"**

APROBACIÓN DEL DIRECTOR

En calidad de director de la tesis presentada por el Sr. Luis Leonardo Cadena Salgado como requisito previo para optar por el título de Licenciado en Enfermería, luego de haber revisado, doy fe de que dicho trabajo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a presentación pública y evaluado por parte del Tribunal Calificador, siendo responsable de la dirección del trabajo de investigación contenido en el presente documento.

Ibarra 18 de octubre del 2010

Gladys Rosales

.....
DIRECTOR

ÍNDICE GENERAL

AGRADECIMIENTO	I
DEDICATORIA	II

CAPITULO I

1. EL PROBLEMA

1.1. TEMA	III
1.2. INTRODUCCIÓN	IV
1.3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	V
1.4. JUSTIFICACIÓN	VII
1.5. OBJETIVOS	IX
1.5.1. Objetivo General.	IX
1.5.2. Objetivos Específicos.	IX
1.6. PREGUNTAS GUÍAS	X

CAPITULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1. DESCRIPCIÓN DEL AREA DE ESTUDIO	1
2.1.1. Datos principales:	1
2.1.2. Límites	2
2.1.3. Clima	3
2.1.4. Población	3
2.1.5. Moneda	3
2.1.6. Productividad	3
2.1.7. Acceso a la población	4
2.1.8. Reseña histórica SCS	4

2.1.9. Ubicación	4
2.1.10. Acceso al sub centro de salud	4
2.1.11. Horario de atención	5
2.1.12. Personal	5
2.2. REGLAMENTO A LA LEY DE MATERNIDAD GRATUITA Y DE ATENCION A LA INFANCIA	6
2.3. CONTROL PRENATAL	9
2.3.1. Objetivos del control prenatal	9
2.3.2. Características	10
2.3.2.1. Control Precoz	10
2.3.2.2. Control periódico	10
2.3.2.3. Control integral	10
2.3.2.4. Enfoque de riesgo	11
2.3.2.5. Grupo de bajo riesgo	11
2.3.2.6. Grupo de mediano y alto riesgo	11
2.4. PRINCIPALES RIESGOS OBSTETRICOS DURANTE EL EMBARAZO	13
2.4.1. Hemorragias Durante el Embarazo	13
2.4.1.1. Sangrado Causado por la Implantación	13
2.4.1.2. Abortos Espontáneos	15
2.4.1.3. Embarazo Ectópico.	16
2.4.1.4. Placenta previa	18
2.4.1.5. Desprendimiento Prematuro de la Placenta	19
2.4.1.5.1. Grado 1 Desprendimiento pequeño.	21
2.4.1.5.2. Grado 2 Desprendimiento moderado.	21
2.4.1.5.3. Grado 3 Desprendimiento total o casi total.	21
2.4.1.5.4. Factores que pueden provocar un desprendimiento de placenta	23
2.4.2. Preeclampsia-Eclampsia	23
2.4.3. Parto prematuro y bajo peso al nacer	25
2.4.4. Diabetes gestacional	26

2.4.5. Pruebas de laboratorio	29
2.4.6. Curvas de seguimiento	29
2.4.7. Suplemento de micro-nutrientes	30

CAPITULO III

3. METODOLOGÍA

3.1 TIPO DE ESTUDIO	33
3.2 DISEÑO	33
3.3 POBLACIÓN Y MUESTRA	34
3.3.1. Criterios de exclusión	34
3.3.2. Técnicas e instrumentos de recolección de datos:	34
3.3.3. Grupos focales:	35
3.3.4. Encuesta.	35
3.4. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS.	35
3.5. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DE LA INVESTIGACIÓN.	36
3.5.1. Aspectos Éticos de la investigación.	36
3.6. VARIABLES	36
3.6.1. Variable Independiente:	36
3.6.2. Variable dependiente	36
3.6.3. Medición de variables	37

CAPITULO IV

4.1. RESULTADOS Y DISCUSIONES	
4.2. PRESENTACIÓN DE DATOS	
4.3. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	
4.4 DISCUSIÓN DE RESULTADOS	60

CAPÍTULO V

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
5.1. CONCLUSIONES	61
5.2. RECOMENDACIONES.	63

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Edad	38
Tabla 2. Estado civil	39
Tabla 3. Ocupación laboral	40
Tabla 4. Años de estudio	41
Tabla 5. Etnia	42
Tabla 6. Número de hijos	43
Tabla 7. Ingresos semanales del hogar	44
Tabla 8. Sabe lo que es y para que sirve el C.P.	45
Tabla 9. Conoce cuantos C.P. son los adecuados en el embarazo	46
Tabla 10. Planifica usted los embarazos	47
Tabla 11. En el último embarazo cuantas veces se controló con el médico	48
Tabla 12. Cuando usted se embarazó, su familia le apoyo	49
Tabla 13. Usted prefiere controlar su embarazo	50
Tabla 14. El por qué? de la Tabla 13	
Tabla 15. Usted prefiere que su hijo nazca	52
Tabla 16. El por qué? de la Tabla 15	52
Tabla 17. Calificación la atención del S.C. de salud San Antonio	53

Tabla 18. Qué servicio le gustaría que el sub centro de salud de San Antonio de Ibarra incremente para una mejor atención	54
Tabla 19. El porqué? de la Tabla 18	54
Tabla 20. Horario de atención del S.C. de salud San Antonio.	56
Tabla 21. Qué tiempo utiliza para llegar al S.C. de Salud	57
Tabla 22. Qué tipo de transporte utiliza para llegar al S.C. de Salud	58

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Edad	38
Gráfico 2. Estado civil	39
Gráfico 3. Ocupación laboral	40
Gráfico 4. Años de estudio	41
Gráfico 5. Etnia	42
Gráfico 6. Número de hijos	43
Gráfico 7. Ingresos semanales del hogar	44
Gráfico 8. Sabe lo que es y para qué sirve el C.P.	45
Gráfico 9. Conoce cuantos C.P. son los adecuados en el embarazo	46
Gráfico 10. Planifica usted los embarazos	47
Gráfico 11. En el último embarazo cuantas veces se controló con el médico	48
Gráfico 12. Cuando usted se embarazó, su familia le apoyo	49
Gráfico 13. Usted prefiere controlar su embarazo	50
Gráfico 14. Calificación la atención del sub centro de salud San Antonio	53
Gráfico 15. Qué servicio le gustaría que el sub centro de salud de San Antonio de Ibarra incremente para una mejor atención	55

Gráfico 16. Horario de atención del S.C. de salud San Antonio.	56
Gráfico 17. Qué tiempo utiliza para llegar al S.C. de Salud	57
Gráfico 18. Qué tipo de transporte utiliza para llegar al S.C. de Salud	58

INDICE DE FIGURAS

Figura 1. La Parroquia de San Antonio	01
Figura 2. Principales actividades económicas de San Antonio	03
Figura 3. Sub Centro de Salud de San Antonio de Ibarra	05
Figura 4. Esquema del Control Prenatal por Niveles	12
Figura 5. Desprendimiento Placentario	20
Figura 6. Sangrados en el Desprendimiento Placentario	21

ÍNDICE DE ANEXOS

- Anexo N° 1.** Sugerencias emitidas por el director de tesis.
- Anexo N° 2.** Resolución Consejo Académico.
- Anexo N°3.** Certificado de la escuela Francisco Calderón.
- Anexo N°4.** Certificado de la escuela Cristóbal de Troya.
- Anexo N° 5.** Exteriores de la Escuela Fiscal Francisco Calderón de Tanguarin.
- Anexo N°6.** Autorización de parte del Lic. Fernando Chuquin para realizar encuestas en las instituciones educativas de Tanguarin.
- Anexo N°7.** Mujer encuestada para la investigación en la escuela Fiscal Francisco Calderón de Tanguarin.
- Anexo N° 8.** Ejecución de la encuesta a una de las madres perteneciente a la Escuela Fiscal Francisco Calderón de Tanguarin.
- Anexo N° 9.** Estudiantes de la escuela Fiscal Francisco Calderón de Tanguarin.
- Anexo N° 10.** Estudiantes de la Escuela Fiscal Francisco Calderón de Tanguarin.
- Anexo N° 11.** Exteriores de la Escuela Cristóbal de Troya.
- Anexo N° 12.** Autorización de parte del Lcda. Marcia Villalba para realizar encuestas en la institución educativa de Santo Domingo.
- Anexo N° 13.** Estudiantes de la Escuela Cristóbal de Troya.
- Anexo N° 14.** Estudiantes de la Escuela Cristóbal de Troya.
- Anexo N° 15.** Madres de los estudiantes de la Escuela Cristóbal de Troya.
- Anexo N° 16.** Madres de los estudiantes de la Escuela Cristóbal de Troya.
- Anexo N° 17.** Encuesta realizada en la investigación.
- Anexo N° 18.** Formulario # 051-2008 Control materno perinatal.
- Anexo N° 19.** Carne Perinatal

RESUMEN

La presente investigación resalta los factores asociados a la adhesión al control prenatal en mujeres madres de los estudiantes de las instituciones educativas de los barrios de Tanguarin y Santo Domingo de la parroquia de San Antonio de Ibarra.

El presente estudio muestra claramente que son la cultura, el nivel socioeconómico, siendo el promedio de entrada semanal de \$35 dólares, el acceso a los servicios de salud, la educación materna, son los factores que muestran mayor adherencia al control prenatal en las mujeres que pertenecen a los barrios en estudio.

Uno de los objetivos para el desarrollo del Milenio es el de reducir la morbi-mortalidad Materna-infantil, por ello la vigencia de la Ley de Maternidad Gratuita en el Ecuador constituye la estrategia que permitirá alcanzar dichos objetivos.

Entre los hallazgos más importantes señalamos que la instrucción materna se asocia a una elevada paridez, a un nivel socio económico bajo y la preferencia de las mujeres, de ser atendida por las comadronas o parteras, en el parto.

La mala planificación familiar por razones culturales y étnicas hace que el número promedio de hijos por mujer sea de 4 a 5 hijos, por lo expuesto tenemos en Tanguarin 27 madres, 91 hijos, y en Santo Domingo 56 madres, 197 hijos, lo que tiene cierto impacto en la salud materna y en la sobrevivencia del producto.

Este estudio además permite valorar la apreciación de calidad del servicio de salud, del Sub Centro de Salud de San Antonio por parte de las madres, la misma que es calificado como Bueno, y el 2% y un 5% la considera que es Pésima, y que pese a su nivel socioeconómico bajo manifiestan atenderse en el sector privado.

SUMMARY

The present investigation stands out the factors associated to the adherence to the prenatal control in the women mothers students' of the educational institutions of the neighborhoods of Tanguarin and Santo Domingo of the parish of San Antonio of Ibarra.

The present study shows clearly that they are the culture, the socioeconomic level, being the weekly entrance average of \$35 dollars, the access to the services of health, the maternal education; they are the factors that show bigger adherence to the prenatal control in the women that belong to the neighborhoods in study.

One of the objectives for the development of the Millennium is the reducing the Maternal-infantile morbi-mortality, hence the validity of the Law of Gratuitous Maternity in Ecuador constitutes the strategy that will allow to achieve this objectives.

Among the most important discoveries we point out that the maternal instruction associates to a high paridez, at a level economic partner under and the preference of the women, of being answered to the midwives or midwives, in the childbirth.

The family bad planning for cultural and ethnic reasons makes that the number average of children for woman is from 4 to 5 children, for that exposed we have in Tanguarin 27 mothers, 91 children, and in Santo Domingo 56 mothers, 197 children, what has certain impact in the maternal health and in the survival of the product.

This study also allows to value the appreciation of quality of the service of health, of the Sub Center of Health of San Antonio on the part of the mothers, the same one that is qualified as Good, and 2% and 5% consider it that it is Terrible, and that in spite of its socioeconomic level under the manifest to be assisted in the private sector.

AGRADECIMIENTO

Mi agradecimiento a la Universidad Técnica del Norte, a la Facultad Ciencias de la Salud con su Escuela de Enfermería, y a todos los profesionales que laboran en sus instalaciones por demostrar dedicación y amor a su profesión, en especial a la Mgs. Gladys Rosales directora de tesis, quien me expreso una sincera amistad desde inicios de mi carrera, por demostrar un interés especial en el desarrollo de este trabajo consagrando en este sus conocimientos y experiencias, gracias por ser mi amiga.

I

DEDICATORIA

Se lo dedico a mi Dios que está presente en cada instancia de mi vida, a mis padres Ligia Salgado y Alfonso Guitarra, quienes realizaron grandes esfuerzos, para que hoy sea esto una realidad, motivándome siempre con amor, y responsabilidad, a mi hija Gissel, por ser la razón de mi vida quien cada día marca con una sonrisa mi nuevo amanecer, te amo hija.

A toda mi familia que siempre está al pendiente y cuidado de las actividades que realizo, gracias por demostrarme su amor, sin su apoyo y dedicación mi vida no tuviese este agradable rumbo.

CAPITULO I

1.1TEMA

FACTORES ASOCIADOS A LA ADHERENCIA AL CONTROL PRENATAL EN MUJERES DE LOS BARRIOS DE TANGUARIN Y SANTO DOMINGO DE LA PARROQUIA DE SAN ANTONIO DE IBARRA EN EL PERIODO NOVIEMBRE DEL 2009 AGOSTO DEL 2010

III

1.2. INTRODUCCIÓN

Este trabajo de investigación está orientado a indagar los factores asociados al control prenatal en madres de los barrios de Tanguarin y Santo Domingo de la parroquia San Antonio de Ibarra. Siendo este un conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de aquellas patologías determinantes que puedan condicionar la morbimortalidad materna y perinatal.

Tomando en cuenta la tasa de paridad en el Ecuador es de alrededor de 300 mil niños los que nacen anualmente en el país, y antes de cumplir un año, mueren aproximadamente el 5%. En el Ecuador La Sierra registra los índices más altos en morbi-mortalidad materno infantil como son las provincias de: Imbabura, Cotopaxi, y Tungurahua.

La detección de enfermedades y de posibles complicaciones, en el periodo gestante nos permite anticipar acciones y/o tratamientos con el fin de que el embarazo llegue a término. Por ello el estado mediante el ministerio de salud pública (MSP) ha creado una ley que está vigente desde el año 2000, enfocada a brindar protección y amparo a toda mujer en edad reproductiva y niños que así lo necesiten, logrando de esta manera una reducción global de la morbi-mortalidad materna infantil.

En este trabajo enumeraremos también aquellas patologías más frecuentes en el periodo gestacional priorizando su importancia y peligrosidad, así como aquellas patologías en el recién nacido y su desarrollo.

IV

1.3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

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 la morbi-mortalidad materna y perinatal. Mediante el control prenatal, podemos vigilar la evolución del embarazo y preparar a la madre para el parto y la crianza de su hijo. De esa forma, se podrá controlar el momento de mayor morbi-mortalidad en la vida del ser humano, como es el período perinatal, siendo la principal causa de muerte de la mujer joven, la mortalidad materna.

Es un sistema estructurado de consultas que evalúa la progresión normal del embarazo y descubre precozmente a través de la clínica, el laboratorio y Ecosonografía la aparición de problemas maternos y/o fetales que podrían presentarse (5-20% de los casos); para que esto sea posible el médico que realiza el control prenatal de una paciente debe tener conocimientos sólidos de los cambios fisiológicos del embarazo para poder detectar aquellas condiciones que se desvíen de la normalidad.

Actualmente en el mundo, a pesar de la existencia de una sofisticada tecnología y de los nuevos conocimientos médicos, 3.300 millones de niños nacen muertos, más de 4 millones fallecen en los primeros 28 días, 6.6 millones mueren antes de cumplir los cinco años de edad; se producen 529 mil defunciones maternas, 88 mil de las cuales son producidas por abortos peligrosos.

V

La detección de enfermedades y de posibles complicaciones, en el periodo gestante nos permite anticipar acciones y/o tratamientos con el fin de que el embarazo llegue a término y que no se presente un niño

prematureo o con problemas al momento del parto, que ponga en peligro su vida fuera del útero y la de su madre, por ello cabe la pregunta.

"Cuáles son los factores con mayor incidencia en el control prenatal en mujeres de los barrios de Tanguarín y Santo Domingo de la parroquia de San Antonio de Ibarra en el periodo noviembre del 2009 agosto del 2010"

Esta investigación se llevara acabo tomando en cuenta la elevada tasa referencial de morbilidad materna en el norte del país Considerando la gravedad del incumplimiento del control prenatal por parte de las madres en edad gestacional, muchas veces por descuido o desconocimiento de los beneficios que se brinda al acudir a dicho control.

Alrededor de 300 mil niños nacen anualmente en el país, y antes de cumplir un año, mueren aproximadamente 15 mil. Son reflejos de que tanto la mortalidad como la natalidad están disminuyendo progresivamente desde hace unos 10 años.

Según los últimos datos oficiales del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), la tasa de natalidad a nivel nacional es del 18,2 por mil habitantes.

De acuerdo a la escala establecida internacionalmente, el Ecuador se ubicaría entre los países con una tasa de natalidad media.

El Ecuador sin embargo, sigue manteniendo una elevada tasa de mortalidad infantil equivalente a 37,9 por cada mil nacidos vivos. La Sierra registra los índices más alto: Imbabura (51,0) Cotopaxi (68,5) Tungurahua (53,3).

VII

La mortalidad perinatal está relacionada con riesgos obstétricos directamente, por hipoxia y asfixia antes o durante el parto. Otros factores relacionados con mortalidad perinatal son: el estado biológico de la madre

y el producto, factores sociodemográficos, accesibilidad a los servicios de salud, la falta de conocimientos acerca de los servicios y programas de atención gratuita que tienen todos los centros de salud como política de estado.

Está demostrado que un previo cuidado durante la gestación nos ayuda a valorar y a participar en la prevención de riesgos que se pueden presentar durante el embarazo y parto. Tomando en cuenta una posible ausencia de las madres gestantes en los controles prenatales, en la parroquia de San Antonio de Ibarra.

1.5.1. Objetivo General.

Identificar los factores asociados a la adherencia al control prenatal en madres de las comunidades de Tanguarin y Santo Domingo mediante la recolección de datos estadísticos priorizando los hallazgos de morbi-mortalidad materno-infantil.

1.5.2. Objetivos Específicos.

- Identificar el grado de conocimiento de las mujeres gestantes acerca de la importancia del control prenatal
- Conocer el número de veces que asistió la madre al control prenatal.
- Detectar los conocimientos relacionados a los servicios de salud pública, con sus programas gratuitos de atención a la madre gestante y al niño
- Conocer porque asiste o no asiste al subcentro de salud de san Antonio de Ibarra.
- Conocer los factores socioeconómicos y culturales de las mujeres multíparas de los dos barrios.

- ✓ Cuáles son los factores adheridos al control prenatal en las mujeres gestantes y multíparas
- ✓ Que conocimientos deben tener las madres acerca del embarazo y sus controles.
- ✓ Que conocimientos tienen las madres acerca de los servicios y programas del Sub Centro de Salud de San Antonio de Ibarra.
- ✓ Cuáles son los factores socioeconómicos y culturales de las mujeres multíparas de los diferentes pueblos de la parroquia de San Antonio.

CAPITULO II MARCO TEÓRICO

2. REVISIÓN DE LITERATURA

2.1. DESCRIPCIÓN DEL AREA DE ESTUDIO

2.1.1. Datos principales:

País: Ecuador.

Provincia: Imbabura

Cantón: Ibarra.



FIGURA N° 1 La Parroquia de San Antonio

San Antonio de Ibarra fue creado civilmente el 24 de Marzo de 1693. Su creación la suscriben las autoridades del Corregimiento de Ibarra. El corregidor maese de campo, don Miguel de Aguinaga y el Secretario don

José Recalde y Aguirre. Asimismo se señalan los límites parroquiales los mismos que se conservan hasta 1935, año de desmembración territorial y que en términos generales son: El cerro Imbabura, la villa de Ibarra, Caranqui, Atuntaqui y el Valle de Santiago, con su nombre San Antonio de Caranqui.

Con el pasar del tiempo San Antonio tuvo muchas disminuciones de terreno, se dice que esta tierra se acerca al primer milenio de existencia, más de 4 siglos han pasado desde que dieron su nombre en honor al Santo franciscano.

La actividad artesanal de San Antonio comenzó en 1880 con la creación del Liceo Artístico, una especie de escuela-taller que impartía conocimientos y práctica en pintura, escultura, tallado, y carpintería. En la década de 1950 aparecen figuras costumbristas diversificándose la producción para consumo de los visitantes.

San Antonio de Ibarra, parroquia rural, ubicada a 5,50 km de la capital de la provincia y a 174 kilómetros de la capital ecuatoriana. La cabecera parroquial consta con las coordenadas geográficas: 0 ° 20 '08 "de latitud norte y 78 ° 10' 09" de longitud oeste. Su superficie es de 29,07 Km².

2.1.2. Límites

Los límites de la parroquia de San Antonio son:

- ❖ AL NORTE : Imbaya
- ❖ AL SUR : Cerro Imbabura
- ❖ AL ESTE : Caranqui
- ❖ AL OESTE : Chaltura y Natabuela

2.1.3. Clima

La parroquia de San Antonio de Ibarra presenta un clima frío en la parte alta del páramo que se encuentra desde los 2,800 hasta los 4,620 msnm, y templado correspondiente al centro poblado 2,040 msnm hasta los 2,800; posee una pluviosidad de 600 a 1000 mm, su temperatura promedio es de 9,8 en la parte alta y alcanza los 17°C en la parte baja.

2.1.4. Población

De Acuerdo al sexto Censo de Población de Noviembre del 2001, la Parroquia de San Antonio cuenta con: 13.987 habitantes.

2.1.5. Moneda

Dólar americano

2.1.6. Productividad

Las principales actividades económicas se detallan a continuación en el siguiente cuadro:

Actividad Económica Principal	Habitual de Mercado Al que se destino	Importancia para la Población
Producción Artística Artesanal	Local-Nacional-Internacional	1
Producción Agrícola	Ibarra	2
Comercio	Distribución provincial	3
Textil	Distribución provincial	4
Servicios	Local-Nacional-Internacional	5

FIGURA Nº 2 Principales actividades económicas de San Antonio

2.1.7. Acceso a la población

La parroquia cuenta con dos cooperativas de transporte urbano

- Cooperativa San Miguel de Ibarra
- Cooperativa 28 de Septiembre

Fuente: <http://sanantonio.gov.ec/es/ubicacion.php>

2.1.8. Reseña histórica del Sub Centro de Salud de San Antonio de Ibarra

El sub centro de salud de San Antonio fue fundado el 13 de Junio de 1976 por iniciativa de sus pobladores y el Ministerio de Salud Pública, al inicio funcionaba en el centro cívico en la casa comunal de San Antonio y contaba con un médico rural y una auxiliar de enfermería, 5 años después se traslada a su local propio.

2.1.9. Ubicación

Se encuentra en la calle Francisco Terán entre las calles Bolívar y Camilo Guzmán, diagonal a La Plaza Eliodoro Ayala en San Antonio de Ibarra.

2.1.10. Acceso al sub centro de salud

El sub centro de salud cuenta con dos cooperativas de transporte

- Cooperativa San Miguel de Ibarra
- Cooperativa 28 de Septiembre

Lo cual facilita el acceso a la unidad de salud.

2.1.11. Horario de atención

El sub centro de salud de San Antonio de Ibarra brinda sus servicios en el horario de 8:00 a 16:30 de lunes a viernes.

2.1.12. Personal

Esta unidad operativa cuenta con los siguientes recursos humanos:

- Médico rural
- Interno de medicina
- Enfermera a contrato
- Obstetriz a contrato
- Auxiliar de odontología de planta
- Inspector sanitario de planta
- Dos enfermeras rurales
- Dos internas de enfermería
- Una interna rotativa de nutrición



Figura Nº 3 Sub Centro de Salud de San Antonio de Ibarra

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

Esta ley está dirigida a mujeres, niñas y niños, siendo un derecho que debe ser atendido por el Estado.

En ejercicio de las atribuciones que le confiere el numeral 5 del artículo 171 de la Constitución Política de la República,

Decreta:

Art. 1.- Prestaciones y servicios.- El Estado ecuatoriano, a través del Ministerio de Salud Pública y de las instituciones que integran el Sistema Nacional de Salud, de conformidad con el artículo 2 de la Ley que se reglamenta, asume las siguientes prestaciones básicas:

- a) **Maternidad:** La asistencia será brindada en las etapas: prenatal, parto y post parto.

La asistencia prenatal incluirá: el diagnóstico del embarazo y los controles que sean necesarios, mediante los siguientes exámenes: biometría hemática, VDRL, grupo sanguíneo y factor Rh, TP, TTP, plaquetas, glicemia, urea, creatinina, elemental y microscópico de orina, incluido proteinuria, prueba de VIH para los casos de riesgo y la detección de anomalías congénitas en casos de riesgo; el tratamiento de las emergencias obstétricas más frecuentes como toxemia, hemorragias, sepsis; las producidas por violencia intrafamiliar, asistencia psicológica social: los esquemas básicos de tratamiento en infecciones de transmisión sexual (excepto del SIDA); recibirán micronutrientes de acuerdo a sus necesidades especialmente hierro, vitamina A, complejo B y calcio.

La asistencia del parto implica: atención al parto normal,

complicado, cesáreas, incluyendo la atención médica y de enfermería, el uso de medicamentos y exámenes, establecidos por las normas de salud reproductiva del Ministerio de Salud Pública.

La asistencia en el post parto comprenderá: el control médico necesario para la atención en el post parto inmediato, mediano y tardío, capacitación para la lactancia materna y cuidado del recién nacido.

La asistencia de las emergencias obstétricas incluye: toxemia, hemorragias, sepsis del embarazo, parto y postparto, a nivel ambulatorio y hospitalario, incluyendo los exámenes de laboratorio y medicamentos sugeridos por las normas de salud reproductiva, y la dotación de sangre o hemoderivados, en todos los estados de los procesos reproductivos.

Programas de salud sexual y reproductiva: comprende la detección oportuna de cáncer cérvico-uterino, consejería y provisión de métodos de planificación familiar que serán ofrecidos a hombres y mujeres; anticonceptivos orales, métodos de barrera, métodos de esterilización definitiva, entre otros; conforme a la decisión informada de las mujeres o de las parejas y de acuerdo a las normas nacionales de salud reproductiva; y tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual (con excepción de SIDA)

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

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

Las prestaciones mínimas a que tienen derecho, son las siguientes:

La atención al recién nacido sano, incluye: la ligadura del cordón umbilical, aspirado de secreciones, prevención de la enfermedad hemorrágica, prevención del enfriamiento, hipoglicemia, asfixia postnatal y de la conjuntivitis; exámenes clínicos básicos, apego inmediato e inicio precoz de la lactancia materna, y vacunas de acuerdo a normas del Ministerio de Salud Pública.

Para el recién nacido con patología, incluirá además: la atención de la asfixia perinatal, ictericia, enfermedad hemolítica, sufrimiento fetal, prematuros de bajo peso, sepsis y neumonía neonatal, tanto en cuidados intermedios como intensivos de las patologías más frecuentes.

La atención a los niños/as sanos menores de un año, que incluye los controles necesarios e integrales, priorizando el control de crecimiento y desarrollo, mediante la administración de micronutrientes y vacunas de acuerdo a esquemas del Ministerio de Salud Pública.

La atención a los niños/as con patología, que incluye la asistencia, protección y tratamiento ambulatorio específicos de las patologías enunciadas en la norma del Ministerio de Salud Pública.

Los niños/as menores de cinco años tienen derecho al control de salud preventiva y la resolución de las enfermedades frecuentes de la infancia de acuerdo a la estrategia de Atención Integral de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI), además de las vacunas para completar los esquemas.

Art. 2.- Del Ministerio de Salud Pública.- El Ministerio de Salud Pública

definirá las políticas de salud y las normas técnicas, que garanticen la salud de las mujeres embarazadas, de las madres, de los recién nacidos/as y de los niños menores de cinco años, con la participación de la Unidad Ejecutora del Programa de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia.

El Ministerio de Salud Pública, realizará el proceso de acreditación previsto en el Art. 2-A de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia, a través de las Direcciones Provinciales de Salud.

La acreditación constituye requisito previo para que los organismos sin fines de lucro procedan a la suscripción de convenios con el Comité de Gestión del Fondo Solidario de Salud del respectivo cantón.

Fuente: Registro oficial no. 595 de 12 de junio del 2002

2.3. Control prenatal

El control prenatal es conjunto de actividades y procedimientos que se prestan a la embarazada y permiten la vigilancia adecuada de la evolución del embarazo

2.3.1. Objetivos del control prenatal

- Asegurar y proteger la salud de la gestante y su hijo/a, antes, durante y después del parto
- Reducir en lo posible las complicaciones que puedan surgir en el curso del embarazo
- Permitir planear un parto seguro

- Disminuir la morbilidad y mortalidad materna y perinatal.

2.3.2. Características

2.3.2.1. Control Precoz

Debe iniciarse desde 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 en la posibilidad de planificar eficazmente su manejo gineco-obstétrico así como el lugar donde debe realizarse.

2.3.2.2. Control periódico

Los controles deberán repetirse con frecuencia y oportunidad que varíen según el grado de riesgo del embarazo. Por lo tanto las embarazadas de alto riesgo necesitarán un mayor número de consultas y por ende el momento estará fijado por tipo de problema que presente.

2.3.2.3. Control integral

Este garantiza las acciones de fomento, protección, recuperación, rehabilitación, de la salud de la embarazada de su hijo/a

2.3.2.4. Enfoque de riesgo

Estrategia necesaria para determinar los indicadores que califiquen el alto el mediano y bajo riesgo que permita 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

2.3.2.5. Grupo de bajo riesgo

Sus necesidades pueden resolverse con una tecnología y un procedimiento simple, es el grupo de embarazadas deben ser controladas en el primer nivel de atención

2.3.2.6. 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

Fuente: Normas y Procedimientos para la Salud Reproductiva

En el Ecuador cada día muere una mujer por causas relacionadas al embarazo, parto y post-parto.

Estas muertes maternas son evitables si todas las mujeres en estado de gestación tendrían acceso a una atención oportuna de salud, cumpliendo con el control prenatal sus características y esquema.

NIVEL ÓPTIMO : 12 CONTROLES	NIVEL MÍNIMO EFICIENTE : 5 CONTROLES
Uno mensual hasta las 32 semanas	Uno en las primeras 20 semanas
Uno cada dos semanas hasta las 36 semanas	Uno entre las semanas 32 y 36
Uno semanal hasta el momento del parto	Uno cada dos semanas hasta el momento del parto

FIGURA Nº 4 Esquema del Control Prenatal por Niveles

Fuente: Normas y Procedimientos para la Atención de la Salud Reproductiva

Cada una de estas muertes afecta a la familia, la comunidad y la sociedad en general. Una muerte materna es la expresión más clara de la inequidad y discriminación que existe sobre los grupos más vulnerables.

El 81% de niños, niñas, adolescentes y mujeres no tienen acceso a la atención preventiva de la salud, lo que significa que la población no cuenta con las condiciones que posibiliten gozar de una calidad de vida digna.

El cuidado primario prenatal busca identificar factores de riesgo en la gestante y enfermedades que puedan afectar el transcurso normal del embarazo y la salud del recién nacido con el propósito de adelantar acciones preventivas y terapéuticas que beneficien la salud materna y perinatal. Si tenemos en cuenta que la mortalidad materna y perinatal es un problema de salud pública, es prioritario, no sólo el aumento de la cobertura del control prenatal en la población, sino una adecuada intervención de los factores de riesgo que permita lograr un impacto positivo en la reducción de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal.

En la presente investigación revisaremos los factores de riesgo más frecuentes en las enfermedades trazadoras más prevalentes de mortalidad materna y perinatal para realizar acciones preventivas específicas para disminuir el riesgo obstétrico.

2.4. PRINCIPALES RIESGOS OBSTETRICOS DURANTE EL EMBARAZO

2.4.1. Hemorragias Durante el Embarazo

Existen numerosas y diversas razones por las cuales una mujer podría padecer de sangrados o hemorragias vaginales durante el transcurso de su embarazo. Algunas mujeres pueden tener períodos continuos o pérdidas de sangre leves durante sus embarazos; especialmente durante los primeros meses. Es justo en esta etapa que la mujer embarazada deberá empezar a visitar a un especialista de la salud, ya sea para someterse a los controles y cuidados o realizarse los exámenes propios de las primeras etapas del embarazo, para averiguar las verdaderas razones que dan lugar a la aparición de los síntomas que está experimentando.

2.4.1.1. Sangrado Causado por la Implantación

Las hemorragias o sangrado vaginal durante el primer trimestre de su embarazo?. Se estima que el 25% de todas las mujeres experimentan hemorragias durante las primeras etapas de sus embarazos. Una de las posibles causas es el sangrado causado por la implantación.

El sangrado por implantación es más leve que el sangrado propio de los períodos menstruales y está compuesto por sangre color rojo-amarronada.

El sangrado por implantación ocurre cuando el trofoblasto, o el tejido que rodea al óvulo se implantan al endometrio y lentamente va introduciéndose en la membrana del mismo. A medida que esto sucede, se va alimentando mediante los vasos sanguíneos de la futura mamá, formando coágulos de sangre dentro de sí mismo. Cuando estos coágulos se forman cerca de la superficie del trofoblasto usualmente causan sangrado por implantación.

Recuerde, la diferencia entre el período y el sangrado por implantación se puede detectar según la cantidad de sangre; el sangrado por implantación es considerablemente más leve que el sangrado menstrual. La menstruación y el sangrado por implantación deberían ser lo suficientemente diferentes como para que usted pueda saber cuál es uno y cuál es el otro.

Usualmente el Sangrado por implantación ocurre de 5 a 12 días después de la ovulación, justo en el momento en el que debería estar teniendo su período. El sangrado durante la ovulación es algo totalmente diferente. Ya que se caracteriza por ser de color rosado o amarronado.

2.4.1.2. Abortos Espontáneos

El hecho de experimentar un sangrado o hemorragias mientras está cursando un embarazo no significa que esté sea un aborto espontáneo, pero en algunos casos esto puede llegar a ocurrir.

Cerca de la mitad de las mujeres que padecen hemorragias o sangrados no experimentan abortos espontáneos. Un aborto espontáneo puede suceder en cualquier momento durante la primera mitad del embarazo. La mayor parte de ellos ocurren durante las primeras 12 semanas del embarazo.

Ocurre en aproximadamente un 15 o un 20 por ciento de los embarazos. La mayor parte de los abortos espontáneos no pueden ser prevenidos ni evitados. Por lo general, son la forma en la que el organismo enfrenta un embarazo que no es normal. No existen pruebas que demuestren que el ejercicio o las relaciones sexuales causen abortos espontáneos.

Aborto espontáneo o natural se entiende por la interrupción abrupta del embarazo por causas naturales, y ocurre por lo general dentro de las primeras 20 semanas del embarazo, cuando el feto todavía no es capaz de sobrevivir fuera del útero.

Cuando un embarazo es deseado y esperado y termina en un aborto, se produce una situación generalmente devastadora y traumática para la mujer y su pareja, pudiendo prevenir este mediante un control periódico y preciso con profesional médico.

Por desgracia, los abortos espontáneos son muy comunes, sobre todo en el primer trimestre del embarazo. Cerca del 20 % de los embarazos detectados terminan en un aborto espontáneo. Sin embargo, los especialistas afirman que en realidad hasta el 50 % de los embarazos termina en un aborto, ya que la mujer ni siquiera se dio cuenta de estar embarazada.

- Por lo general se produce debido a que el embarazo no se está desarrollando normalmente y no hay nada que se pueda hacer para evitarlo. Lo más común es que se deban a una anomalía cromosómica del feto, causadas por un óvulo o espermatozoide defectuoso. Las anomalías cromosómicas aumentan con la edad y por lo tanto las mujeres mayores de 35 años corren mayor riesgo de sufrir un aborto espontáneo.
- Pueden influir otros factores, por ejemplo infecciones, u otras enfermedades en la mujer: diabetes mal controlada, lupus eritematoso sistémico o enfermedad tiroidea.
- Determinados hábitos también pueden aumentar las posibilidades de un aborto espontáneo: mala nutrición, tomar alcohol, fumar , consumir drogas.
- Anomalías en el útero o en el cuello del útero.
- Exponerse a químicos tóxicos o pesticidas.
- Utilizar analgésicos en el periodo cercano a la concepción como ibuprofeno o aspirinas u otros medicamentos.

Por lo general no se requiere ningún tratamiento, el útero se vacía solo con un abundante sangrado, pero será el médico quien lo decida, ya que quizás sea necesaria una dilatación de cuello y un legrado si quedaran restos del tejido del embarazo en el útero.

2.4.1.3. Embarazo Ectópico.

Los ovarios liberan un óvulo maduro que es succionado por las trompas de Falopio, que se encargan de expulsarlo lentamente hacia el útero. Este proceso dura varios días. La fecundación por lo general se produce en las trompas de Falopio, y en la mayoría de los casos el óvulo fecundado llega al útero donde se fija. Pero en algunos casos, el óvulo

fecundado queda atascado en las trompas de Falopio, y al no poder salir de allí, allí es donde se desarrolla.

Esta obstrucción puede deberse a varios factores, pero las más frecuentes son: infecciones abdominales previas, enfermedades en las trompas de Falopio, embarazos ectópicos previos, tener un dispositivo DIU, haberse ligado las trompas de manera fallida. También se ha comprobado que el uso de estrógenos y progesterona (como las que se encuentran en las pastillas anticonceptivas) puede favorecer a este tipo de embarazos, ya que estas hormonas enlentecen el tránsito del óvulo por las trompas de Falopio. La “píldora del día siguiente” (píldora postcoito o anticonceptivo de emergencia) también incide, así como también la fertilización in Vitro.

Los embarazos ectópicos también pueden producirse en otros lugares que no sean las trompas de Falopio, pero es mucho menos común. Pueden darse muy raramente en el canal cervical, el ovario o en la cavidad abdominal o pélvica.

Uno de cada 100 ó 200 embarazos es ectópico. Los síntomas más comunes son el dolor abdominal, la amenorrea (o falta de menstruación normal) pero con un leve sangrado. El dolor abdominal, por lo general en uno de los lados, puede ir acompañado por dolor de hombros a causa de una irritación diafragmática.

Si no se trata, puede causar sangrado interno grave y ser peligroso para la mujer. Según algunas estadísticas, 1 de cada 826 mujeres con embarazos ectópicos muere por complicaciones.

Por lo general este tipo de embarazos deben ser interrumpidos quirúrgicamente, aunque también hay medicamentos que ayudan a eliminarlo. Sea de una manera u otra, este embarazo debe terminarse, por lo que es importantísimo acudir a un médico si se presentan los síntomas.

2.4.1.4. Placenta previa

Cuando la placenta se inserta en el útero el lugar óptimo de la blástula es el tercio superior o medio generalmente de la pared posterior de la cavidad uterina, cuando esta se implanta en la porción más inferior puede llegar a cubrir parcialmente o completamente el cuello uterino. A esto se lo conoce como placenta previa. La misma puede causar sangrado vaginal.

La placenta previa se define como placenta localizada inferiormente, Ocorre en una de cada 200 embarazadas y es la causa más frecuente de sangrado en el último trimestre.

Su etiología es desconocida, aunque existen factores que aumentan el riesgo.

Estos factores son:

- Multiparidad
- Edad (cuanto más mayor sea la embarazada)
- Antecedentes personales de abortos
- Cicatrices (cesáreas...)
- Embarazo múltiple
- Tabaco

Según su localización, pueden agruparse en oclusivas (totales o parciales) y en no oclusivas (marginales o laterales).

El bebe no se afecta en gran medida, siendo el parto prematuro el principal problema de muerte fetal.

Si ocurre algo parecido, la visita al médico ginecólogo/a, el cual realizará las pruebas pertinentes para el diagnóstico de certeza.

Las características de la hemorragia y la ecografía serán los aliados para dicho diagnóstico.

En todo caso, después que el médico explore y determine la existencia de placenta previa, las posibilidades de tratamiento serán distintas dependiendo de la hemorragia que tenga la gestante (si es grave requerirá cesárea urgente) y en el caso que esta sea leve, la madurez del feto (si está preparado, cesárea; si está inmaduro aún, observación y corticoides para acelerar la maduración pulmonar del bebé; y si el feto ha fallecido, parto vaginal). A rasgos generales estas serán las pautas, aunque en cada caso se valorará individualmente.

No, se puede ver esta alteración en la ecografía, pues la ecografía del segundo trimestre no confirma nada, la mitad de las placentas supuestamente de inserción baja que se ven, se desarrollarán hacia la normalidad durante el último trimestre de la gestación.

2.4.1.5. Desprendimiento Prematuro de la Placenta

La placenta puede llegar a desprenderse de las paredes uterinas antes o durante el trabajo de parto. Esto podría causar sangrado o hemorragias vaginales. Sólo el 1 por ciento de todas las mujeres embarazadas han experimentado desprendimiento prematuro de la placenta.

El mismo por lo general ocurre durante las últimas 12 semanas del embarazo. Los síntomas que lo acompañan son dolores estomacales; incluso si no hubiera presencia concreta de sangrado o de hemorragia.

Si la placenta se desprende del útero antes de dar a luz, ya sea de forma parcial o total, se produce una hemorragia que puede poner en peligro la vida de la madre y de su hijo.

Al desprenderse la placenta del útero, el bebé puede dejar de recibir oxígeno, nutrientes y hormonas que necesita para su desarrollo.

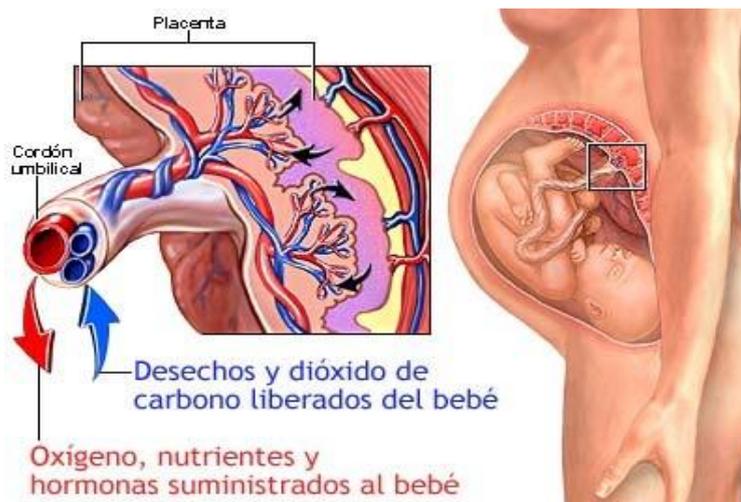


FIGURA Nº 5 Desprendimiento Placentario

Fuente:<http://embarazo111.com/2007/1/16/imagen-desprendimiento-placentario/>

Cuando se presenta, por lo general ocurre luego de la semana 20 del embarazo.

Existen tres grados de desprendimiento de placenta:

2.4.1.5.1. Grado 1 Desprendimiento pequeño.

Se presenta una cantidad de sangrado pequeña, algunas contracciones uterinas, calambres y un leve dolor abdominal pero no hay signos de sufrimiento fetal ni presión sanguínea baja en la madre. En este caso el médico recomendará reposo absoluto si el período de gestación no es avanzado todavía. Si se produce cuando el embarazo está a término, por lo general se practica una cesárea para evitar posibles complicaciones.

2.4.1.5.2. Grado 2 Desprendimiento moderado.

Se presenta una leve a moderada hemorragia, contracciones uterinas, dolor abdominal más fuerte, y por lo general el feto presenta síntomas de sufrimiento en su frecuencia cardíaca. Si el embarazo no está en sus etapas finales, se le recomienda a la madre reposo absoluto y transfusiones. Si el embarazo está a término, lo normal es practicar una cesárea.

2.4.1.5.3. Grado 3 Desprendimiento total o casi total.

Este desprendimiento es el menos común, pero es el más grave. La hemorragia moderada a severa, o sangrado oculto, contracciones uterinas continuas, dolor abdominal, baja presión sanguínea en la madre, posible muerte del bebé. Este es un caso de extrema urgencia. La madre debe ser hospitalizada inmediatamente. Si se produce cuando el feto no está totalmente desarrollado, es muy difícil salvarlo, si el embarazo es avanzado, se debe practicar una cesárea de urgencia. La mujer deberá recibir transfusiones de sangre y una atención médica urgente, ya que una hemorragia abundante puede causar shock y problemas de

coagulación, a veces, muy difíciles de solucionar, que pueden poner en riesgo la vida.

A veces se produce un desprendimiento pero el sangrado es oculto, y se puede detectar en una ecografía y otros diversos estudios.

En resumen, los síntomas son:

- ✓ Sangrado vaginal
- ✓ Dolor abdominal
- ✓ Contracciones uterinas incesantes
- ✓ Sangre en el líquido amniótico
- ✓ Náuseas
- ✓ Sensación de desmayo

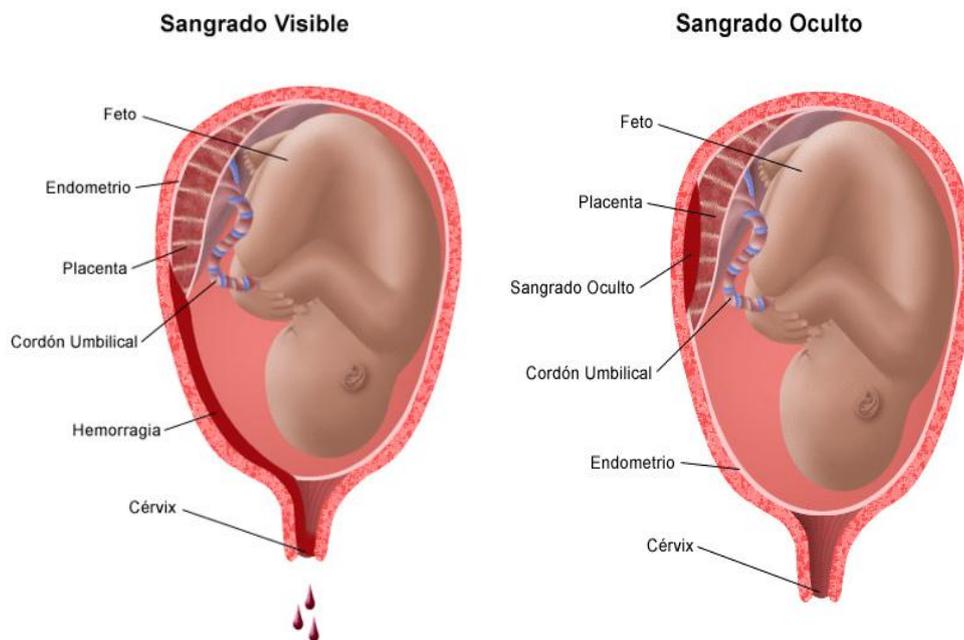


FIGURA Nº 6 Sangrados en el Desprendimiento Placentario

Fuente: <http://embarazo111.com/2007/1/16/imagen-desprendimiento-placentario/>

2.4.1.5.4. Factores que pueden provocar un desprendimiento de placenta:

- Sufrir un accidente
- Haber sufrido un desprendimiento prematuro de placenta en un embarazo previo.
- Presión arterial alta durante el embarazo (preeclampsia).
- Edad avanzada de la madre
- Alto número de partos anteriores
- Aumento de la distensión uterina (puede ocurrir con embarazos múltiples o un volumen anormalmente grande de líquido amniótico)
- Diabetes
- Tabaquismo en el embarazo
- Consumo de cocaína u otro tipo de drogas psicoactivas
- Beber alcohol durante el embarazo

Ante cualquier síntoma o sospecha que se presente de un desprendimiento de placenta, se debe acudir al médico inmediatamente, porque cuanto antes se actúe, menores serán las consecuencias.

2.4.2. Preeclampsia-Eclampsia

Es la principal causa de mortalidad materna y perinatal, retardo en el crecimiento intrauterino y bajo peso al nacer. Se presenta con mayor frecuencia en pacientes primigestas, embarazadas diabéticas, embarazo múltiple, embarazo molar, eritroblastosis fetal, polidramnios, obesidad, macrosomía fetal, pacientes de bajo nivel socioeconómico y en gestantes con antecedentes familiares y personales de preeclampsia. Cuando una gestante primigesta tiene el antecedente familiar de preeclampsia proveniente de la madre, la posibilidad de desarrollar la enfermedad es de 25% y cuando es proveniente de la hermana es de 40%, lo cual demuestra la influencia de factores inmunogenéticos.

Las pacientes primigestas y las de bajo nivel socioeconómico cuando presentan simultáneamente estrés psicosocial se aumenta en seis veces el riesgo de desarrollar la enfermedad posiblemente por una menor respuesta de inmunidad celular mediada por el estrés. Se ha observado que la gestante que desarrolla preeclampsia tiene una disminución en su respuesta de inmunidad celular especialmente en el recuento de linfocitos T ayudadores y en la relación de linfocitos T ayudadores/supresores. También es reconocido que el estrés en pacientes que desarrollaron preeclampsia y parto prematuro se asocia con una disminución en la respuesta de inmunidad celular. La obesidad especialmente con hiperlipidemia se asocia con un mayor nivel de estrés oxidativo con disfunción endotelial aumentando el riesgo de desarrollar la enfermedad. El alto riesgo biopsicosocial en el embarazo aumenta significativamente la posibilidad de identificación de mujeres embarazadas con riesgo de desarrollar preeclampsia lo cual se ha observado en barrios latinoamericanas.

La presencia de uno o varios de estos factores identifica un alto riesgo para desarrollar preeclampsia siendo necesario realizar acciones preventivas las cuales tienen como objetivo garantizar una ingesta diaria de calcio entre* 1,200-1,500 mg y mantener controladas las infecciones tanto las clínicamente evidentes como las asintomáticas en especial las infecciones urinarias y las infecciones cérvico-vaginales.

El calcio es necesario para un adecuado funcionamiento de la óxido nítrico sintetasa y la fosfolipasa A2 para una adecuada producción de óxido nítrico y ácido araquidónico; de igual manera, las infecciones tanto las clínicamente evidentes como las asintomáticas aumentan el estrés oxidativo y los niveles de citoquinas alterando la funcionalidad del endotelio vascular y aumentando el tono vascular en la gestante.

2.4.3. Parto prematuro y bajo peso al nacer

Los factores maternos más comúnmente asociados con la presentación del parto prematuro y el bajo peso al nacer son: el bajo nivel socioeconómico, la adolescencia, la desnutrición materna, el analfabetismo, el hábito de fumar, la farmacodependencia, las anomalías cervico-uterinas, la infección cervico-vaginal, la infección urinaria, la infección TORCH, las enfermedades que producen hipoxia (cardiopatías, asma, enfermedades hematológicas, diabetes, hipertensión arterial crónica), antecedente de abortos o partos prematuros, el exceso de actividad sexual y la promiscuidad. Los factores fetales más comúnmente asociados son: el embarazo múltiple, las malformaciones congénitas, el retardo en el crecimiento intrauterino y la pérdida fetal. Los factores del líquido amniótico más comúnmente asociados son: el polidramnios y el oligoamnios. Los factores placentarios más comúnmente asociados son: los defectos de implantación (placenta previa y abrupción de placenta), los defectos morfológicos (placenta circunvalada, hemangiomas, inserción marginal del cordón umbilical, tumores) y los defectos funcionales (hipertensión arterial, infartos).

Cualquier de estos factores cuando se acompaña de estrés psicosocial aumenta más de tres veces el riesgo de desarrollar el parto prematuro posiblemente por una menor respuesta de inmunidad celular mediada por el estrés lo cual aumenta la agresividad de las infecciones asintomáticas y por efecto de las catecolaminas liberadas bajo el efecto del estrés se estimulan los receptores alfa del útero aumentando la contractibilidad uterina. Las acciones preventivas deben ir dirigidas al manejo del factor de riesgo obstétrico específico con una identificación oportuna y un manejo adecuado de las infecciones tanto clínicamente evidentes como de las infecciones asintomáticas.

2.4.4. Diabetes gestacional

El embarazo normal produce varios cambios homeostáticos en la mujer. En ayunas la mujer embarazada es hipoglicémica, hipoaminoacidémica (alanina), hipoinsulinémica, hiperlipidémica e hipercetonémica.

Las gestantes que tengan alto riesgo biopsicosocial se consideran de alto riesgo para presentar diabetes gestacional porque el estrés aumenta los niveles circulantes de glucosa por tres mecanismos básicos:

1. Las catecolaminas liberadas por el estrés tienen un efecto glucogenolítico indirecto.
2. Los estímulos corticales del estrés llevan finalmente a un estímulo de secreción de ACTH y cortisol con efecto hiperglicemiante.
3. El estrés aumenta aún más la resistencia periférica a la insulina. Por estas razones se piensa que el alto porcentaje de gestantes que desarrollan diabetes gestacional y que no presentan factores de riesgo biológico para la diabetes gestacional, en una alta proporción tienen alto riesgo biopsicosocial, por lo cual la presencia de este riesgo en el embarazo se considera como de riesgo para diabetes gestacional y debe evaluarse con una curva de tolerancia oral a la glucosa.

Una vez confirmado el diagnóstico de diabetes gestacional con la curva de tolerancia oral a la glucosa se inicia un manejo nutricional con evaluación periódica del control metabólico de la glicemia y del bienestar fetal considerando siempre la gestante como un embarazo de alto riesgo.

Cuando la madre diabética previa al embarazo mantiene cifras de glicemia de 150 mg/dl o más en ayunas, durante su gestación habrá una mortalidad perinatal de 24%; con unas cifras menores de 100 mg/dl la

mortalidad perinatal es 3.6%; y con niveles menores a 90 mg/dl asociados con un control metabólico estricto no se produce mortalidad perinatal por esta causa. Esto justifica acciones de diagnóstico oportuno y manejo adecuado de la diabetes mellitus durante el embarazo.

Una de las condiciones fisiológicas a las que está expuesta la mujer para llevar a cabo su labor de reproducción y mantenimiento de la especie humana, es la gestación.

De la manera como su organismo pueda responder a las demandas

Desde el principio del embarazo, el ayuno incide en una severa disminución de la glucosa materna circulante del orden de 15 mg a 20 mg, en relación con la mujer no embarazada; este fenómeno es más acentuado en el segundo y tercer trimestre. La insulina materna no atraviesa la membrana placentaria por lo cual el feto secreta su propia insulina a partir de la semana 10 del embarazo actuando como hormona de crecimiento fetal.

La respuesta metabólica después de la ingesta en la mujer embarazada, se caracteriza por hiperglicemia, hipertrigliceridemia, hiperinsulinemia y resistencia periférica a la insulina, lo cual convierte al embarazo como un evento diabetogénico pudiendo desenmascarar un estado de diabetes latente, porque ante el aumento en las necesidades de insulina, el embarazo actúa como una prueba funcional de reserva. Es por esta razón que toda gestante debe tener durante su control prenatal pruebas de diagnóstico temprano para la diabetes gestacional tales como la prueba de O'Sullivan con 50 g de glucosa y la carga de tolerancia oral como prueba confirmatoria de diabetes gestacional en caso de sospecha o riesgo de diabetes gestacional.

La diabetes gestacional se sospecha complicando un embarazo normal cuando la gestante presenta factores de riesgo para desarrollar la enfermedad como son: los antecedentes familiares de diabetes, la macrosomía fetal en embarazos anteriores, la obesidad o aumento exagerado de peso durante el embarazo, los antecedentes personales de intolerancia a carbohidratos o diabetes, el aumento de la altura uterina no proporcional para la edad gestacional (polidramnios) y los antecedentes de mortinatos. La toxemia y los partos prematuros también se han relacionado con la disfunción del metabolismo de los carbohidratos. Un sólo factor de riesgo de los descritos identifica riesgo para diabetes gestacional. Sin embargo, 44% de las gestantes que desarrollan diabetes gestacional no presentan factores de riesgo biológico.

Esta es la razón por la cual las gestantes que no tienen factores de riesgo biológico deben tener una prueba de filtro para el diagnóstico precoz del riesgo como es la prueba de O'Sullivan y las que tengan uno o más factores de riesgo deben tener una curva de tolerancia oral a la glucosa para un diagnóstico temprano. Del feto y de su propio cuerpo, dependerá la salud del niño, su peso al nacer y la posibilidad de alimentarlo exitosamente. Asimismo, el cuidado que se le brinde a la mujer en esta etapa le ayudará a enfrentar nuevos embarazos y a prevenirle enfermedades degenerativas de la vejez.

El índice de masa corporal (peso/talla) pregestacional o calculado en el primer trimestre del embarazo se considera normal entre 19 y 25. Valores inferiores identifican deficiente nutrición preconcepcional y valores superiores sobrepeso preconcepcional. Ambas situaciones merecen intervención preventiva incluyendo acciones educativas y de complementación o consejería nutricional dependiendo de los riesgos identificados. La deficiente nutrición científica riesgo de parto prematuro y bajo peso al nacer mientras el sobrepeso identifica riesgo de preeclampsia y diabetes gestacional.

2.4.5. Pruebas de laboratorio

Las pruebas básicas de laboratorio del primer control prenatal para la identificación de riesgo obstétrico en todas las gestantes son el hemograma, la hemoclasificación, la serología (VDRL), la glicemia en ayunas, el parcial de orina, la citología cervical, la prueba para diagnóstico de SIDA y hepatitis B. Complementariamente se realizan otras pruebas de laboratorio dependiendo de los factores de riesgo individual de cada gestante.

2.4.6. Curvas de seguimiento

La evolución de la altura uterina en cm, la ganancia de peso materno en kg y las cifras de presión arterial diastólica en mmHg representada gráficamente ayudan a identificar factores de riesgo en el embarazo. Es importante tener en cuenta que estas gráficas están validadas con base en edades gestacionales calculadas en amenorreas confiables. Si la amenorrea no es confiable y hay una ecografía del primer trimestre del embarazo se puede hacer una inferencia en la edad gestacional con un margen de error hasta de una semana que puede ser de utilidad para efectos de la normalidad o anormalidad de la gráfica y teniendo en cuenta esta variabilidad.

Cuando en el seguimiento gráfico de la altura uterina se observa un aumento anormal que sobrepasa el percentil 90 se piensa en un posible polihidramnios, una macrosomía fetal, o un embarazo gemelar. Igualmente si el aumento en la ganancia de peso sobrepasa el percentil 90 se piensa en riesgo para preeclampsia, riesgo para diabetes gestacional o en un posible embarazo gemelar. Si la presión arterial diastólica evoluciona en zona de bajo riesgo a zona de alerta indica una

falta del descenso fisiológico del segundo trimestre indicando riesgo para desarrollar preeclampsia.

Cuando en el seguimiento gráfico de la altura uterina se observa un descenso por debajo del percentil 10 debe pensarse en un posible oligoamnios o restricción en el crecimiento fetal intrauterino. Un descenso por debajo del percentil 10 en la ganancia de peso materno identifica riesgo de bajo peso al nacer, una inadecuada nutrición materna, o presencia de infecciones crónicas lo cual debe alertarnos en su identificación. Lo más importante es hacer una correlación de las tres gráficas en conjunto para definir el riesgo; p.e. si hay una ganancia por encima del percentil 90 en altura uterina y en peso materno, se puede pensar que posiblemente hay un alto riesgo para diabetes gestacional o un embarazo múltiple. Más importante aún es correlacionar las tres pruebas diferentes de filtro de identificación de riesgo (riesgo biopsicosocial, exámenes de laboratorio, gráficas), p.e., primer filtro: alto riesgo biopsicosocial por ser una gestante multípara con 40 años; segundo filtro: exámenes de laboratorio: glicemia en ayunas 115 mg/dl, prueba de O'Sullivan 150 mg/dl; tercer filtro: curvas de seguimiento: ganancia de altura uterina por encima del percentil 90, ganancia de peso materno por encima del percentil 90. Este triple sistema de filtro está identificando un alto riesgo para desarrollar diabetes gestacional en la evaluación de riesgo biopsicosocial, en las pruebas de laboratorio y en el seguimiento gráfico de altura uterina y peso materno.

2.4.7. Suplemento de micro-nutrientes

En el embarazo normal ocurre un aumento progresivo de 42% del volumen plasmático para llenar el aumento de la irrigación vascular uterina suministrando una reserva para la hemorragia fisiológica del parto; también existe un aumento de 18% de la masa de glóbulos rojos para cubrir las necesidades de transporte de las cantidades extra de oxígeno que se requiere en el embarazo. Esta desproporción de aumentos fisiológicos del volumen plasmático y globular llevan a que la sangre sufra un proceso dilucional, disminuyendo el hematócrito a 33% y la hemoglobina a 11g/l durante el tercer trimestre del embarazo.

La deficiencia de hierro es el más común de los problemas nutricionales reconocidos en el mundo tanto desarrollado como en vía de desarrollo. El riesgo aumentado durante la niñez y el período gestacional está asociado con ingestas inadecuadas en la fase de crecimiento rápido, el cual desmanda necesidades adicionales de hierro.

Cuando la gestante inicia su embarazo con cifras bajas de hemoglobina presenta un mayor riesgo de parto prematuro con posibilidades de una anemia creciente especialmente si se presenta una hemorragia en el transcurso del embarazo, parto o postparto. El Comité de la Academia Nacional de Ciencias recomienda durante la gestación dar rutinariamente hierro como complemento, sugerencia basada en el conocimiento de que un gran número de mujeres tienen ingestas muy bajas de hierro, que la prevalencia de anemia durante la gestación ha aumentado y que esto puede afectar adversamente al feto. Para su suplementación se recomiendan las sales ferrosas que son las que mejor absorción tienen a nivel intestinal. El Servicio de Salud Pública de Estados Unidos recomienda que todas las mujeres en edad fértil deberían

consumir 0.4 mg/día de ácido fólico/día para disminuir los defectos del tubo neural por lo cual se debe continuar su suplemento en el embarazo a una dosis de 1 mg/día.

La evidencia científica de la economía del calcio durante la gestación humana es muy limitada; en teoría, aproximadamente unos 200 mg de calcio/día se depositan en el esqueleto fetal durante el tercer trimestre de la gestación. Es necesario tener en cuenta la baja disponibilidad de calcio en la dieta, en especial por el alto consumo de alimentos de origen vegetal, que son el mayor componente de la alimentación diaria. Los productos lácteos son las únicas fuentes animales de consumo, los cuales se ingieren en niveles muy bajos en muchos países, en especial en grupos de menores ingresos. Es muy poca la posibilidad de llenar las necesidades del mineral sólo con la dieta, más aún en la gestación cuando las necesidades de calcio aumentan considerablemente. La evidencia científica indica que las gestantes en las cuales debe hacerse suplementación de calcio son las gestantes de alto riesgo obstétrico en especial cuando la ingesta basal de calcio de su dieta es menor a 900 mg/día.

Para su suplementación el calcio en forma de citrato ha observado una mejor tolerancia digestiva en el embarazo y una mayor biodisponibilidad con relación a otras sales de calcio teniendo en cuenta que en un Ph alcalino como el intestinal se absorbe mejor lo cual es una ventaja importante si se tiene en cuenta que con fines profilácticos la gestante debe recibir calcio diariamente durante la segunda mitad de su gestación además de otros micronutrientes.

CAPITULO III

3. METODOLOGÍA

3.1 TIPO DE ESTUDIO

El presente trabajo de investigación es descriptivo retrospectivo, ya que la muestra no va a ser modificada.

Descriptivo ya que se refiere a situaciones o eventos.

Especificando propiedades o cualidades de un fenómeno que se ha sometido a análisis.

Mide o evalúa diversos aspectos, dimensiones o del fenómeno a investigar, desde el punto de vista científico.

Este trabajo de investigación tratará de medir los conocimientos de las madres acerca de sus actividades durante el embarazo.

3.2 DISEÑO

Tipo no experimental, cualitativo, porque se recolecto y analizar los datos orientándonos a resultados fidedignos, proporcionados por las madres, obteniendo así datos sólidos y repetibles.

3.3 POBLACIÓN Y MUESTRA

Conjunto de individuos o elementos en los cuales se considera una o más características que se sometan a estudio estadístico.

En el estudio la población fueron todas las mujeres madres de los estudiantes de las escuelas y jardines fiscales de los pueblos de Tanguarin y Santo Domingo de la parroquia de San Antonio de Ibarra, que hayan cursado mínimo por dos embarazos, y residen en el sector por un tiempo mayor a dos años.

El tamaño de la muestra no es simple cuestión de porcentajes con relación a la población, pues no interesa la cantidad de unidades sino la representatividad de estas.

3.3.1. Criterios de exclusión

Entre estos criterios se encuentran todas las mujeres que tengan menos de un parto, que residan en los pueblos menos de un año o que no resida en los pueblos y mujeres que no dominen el idioma castellano.

3.3.2. Técnicas e instrumentos de recolección de datos:

Para el estudio cuantitativo, es importante rescatar la opinión de los sujetos de investigación más que su representatividad estadística, se trabajará con las siguientes técnicas:

3.3.3. Grupos focales:

Es la técnica de recolección de datos de un grupo de estudio, su justificación y validez teórica se fundamenta sobre un postulado básico, en el sentido de una representación colectiva a nivel micro de lo que sucede a nivel macrosocial.

Este grupo fueron las madres de las unidades educativas de los dos pueblos en estudio.

3.3.4. Encuesta.

Es un conjunto de preguntas normalizadas dirigidas a una muestra representativa de la población o instituciones, con el fin de conocer estados de opinión o hechos específicos.

Esta encuesta estuvo descrita con terminología de fácil comprensión para obtener datos fidedignos de las encuestadas el mismo que está estructurado con preguntas que previa a su validación fueron aplicadas en cada uno de estos grupos.

3.4. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS.

Para el análisis e interpretación de los datos se utilizaron los siguientes programas Epi-info 6.0 para los cual se elaboro una base de datos, misma que fue depurada y luego su representación gráfica, fue elaborada en el paquete informático Excel.

3.5. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DE LA INVESTIGACIÓN.

El instrumento fue validado mediante el juicio de 3 expertos sobre el tema quienes lo aprobaron con criterios medico-científicos en relación a los pueblos y su cultura.

3.5.1. Aspectos Éticos de la investigación.

Los instrumentos guardaron criterios de confidencialidad y la encuesta a aplicarse será de carácter anónimo y en forma voluntaria.

3.6. VARIABLES

3.6.1. Variable Independiente:

- Factores: sociales, económicos, culturales, éticos.
- Promoción de programas de servicios de salud.
- Aceptabilidad de los servicios.

3.6.2. Variable dependiente:

Adherencia al Control Prenatal

3.6.3. Medición de variables

VARIABLE	CATEGORÍA	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIÓN	DEFINICIÓN OPERATIVA	INDICADORES
Conocimiento	Dependiente	Acción y efecto de conocer.		Inteligencia y conocimientos acerca del control prenatal	Noción, y sabiduría de las experiencias
Económicos	Cuantitativa	Conjunto de bienes y actividades que integran la riqueza de una colectividad, un individuo o familia.	Ingreso percapita Bienes raíces Vivienda propia	Dinero que aporta cada integrante de la familia	Dinero en dólares
Etnia	Independiente	Comunidad humana definida por afinidades, culturales, raciales.	Blanco Mestizo Indígena	Habitantes de la comunidad	Apariencia visual del color de la piel
Disponibilidad de tiempo	Cuantitativa	Magnitud física que permite ordenar la secuencia de los sucesos, estableciendo un pasado, un presente y un futuro.	Horario de atención del sub centro de salud de San Antonio de Ibarra	En la mañana de 8am -12am y en la tarde 2pm – 4pm	Matutino Vespertino

CAPÍTULO IV

4.1. RESULTADOS Y DISCUSIONES

4.2. PRESENTACIÓN DE DATOS

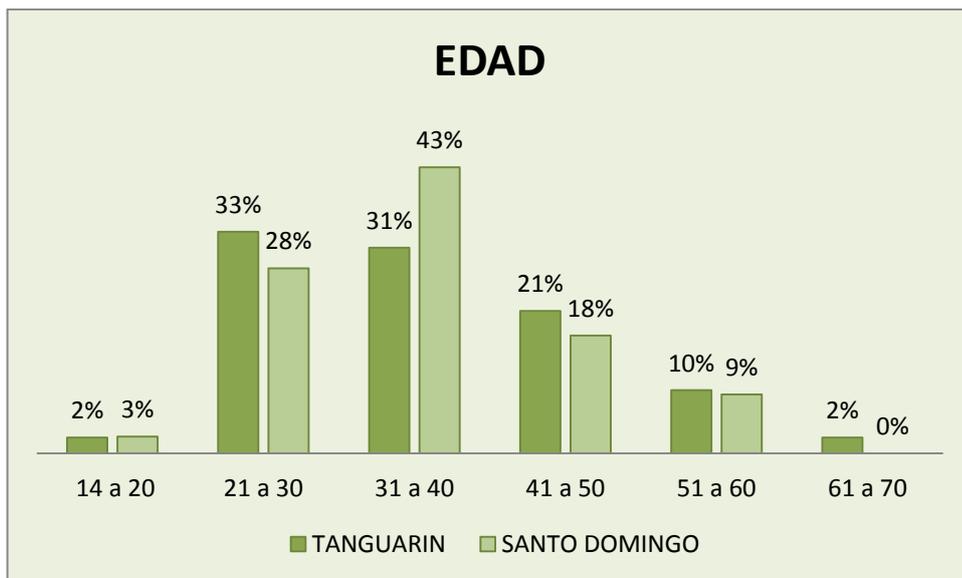
4.3. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

a) Edad

TABLA N° 1

EDAD	TANGUARIN		SANTO DOMINGO	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
14 a 20	1	2%	2	3%
21 a 30	14	33%	22	28%
31 a 40	13	31%	34	43%
41 a 50	9	21%	14	18%
51 a 60	4	10%	7	9%
61 a 70	1	2%		0%
TOTAL	42	100%	79	100%

GRÁFICO N° 1



Fuente: Encuestas realizadas en los barrios de Tanguarin y Santo Domingo de San Antonio de Ibarra

Responsable: El autor

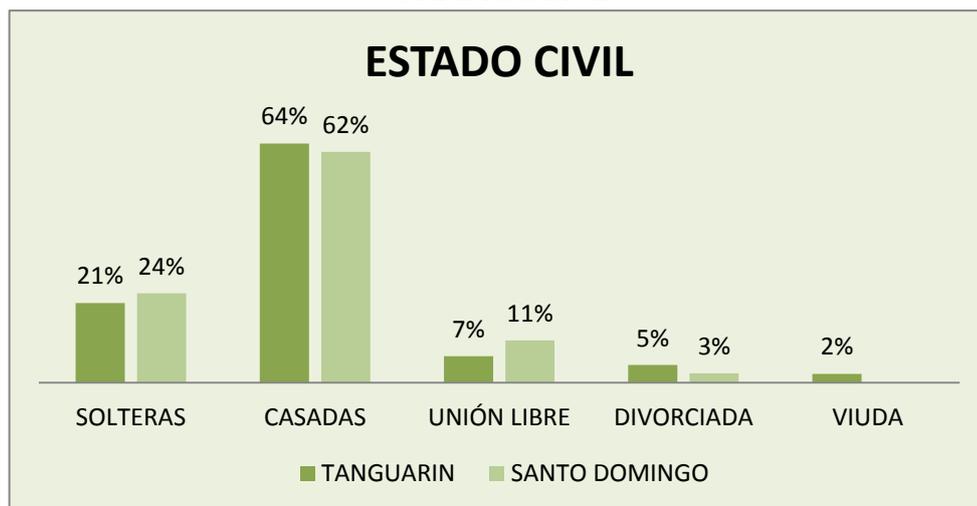
En este gráfico observamos un mayor número de madres que están en la edad de 21 a 40 años de edad de los dos barrios, quienes fueron tomadas en cuenta como madres en edad reproductiva.

b. Estado civil

TABLA: N° 2

EDAD	TANGUARIN					SANTO DOMINGO			
	SOLTERAS	CASADAS	UNIÓN LIBRE	DIVORCIADA	VIUDA	SOLTERAS	CASADAS	UNIÓN LIBRE	DIVORCIADA
14 a 20	1					1	1		
21 a 30	6	7		1		9	10	2	1
31 a 40	1	10	2			8	22	3	1
41 a 50		8			1		9	4	
51 a 60	1	1	1	1		1	7		
61 a 70		1							
TOTAL	9	27	3	2	1	19	49	9	2
%	21%	64%	7%	5%	2%	24%	62%	11%	3%
N	42					79			

GRÁFICO N° 2



Fuente: Encuestas realizadas en los barrios de Tanguarin y Santo Domingo de San Antonio de Ibarra

Responsable: El autor

Llama la atención que un 24% de las madres son solteras, se puede apreciar además la existencia de madres que viven en Unión Libre, un pequeño porcentaje de 3 al 5% de madres que son divorciadas, y más del 60% de las madres que son casadas, teniendo así un hogar bien formado para sus hijos.

c. Ocupación

TABLA: N° 3

EDAD	TANGUARIN						SANTO DOMINGO			
	AA.DD	ARTESANAS	EMP. DOMESTOS	TEJEDORA	PROFESORA	COMERCIANTE	AA.DD	ARTESANA	COMERCIANTE	PROFESORA
14 a 20						1	1			1
21 a 30	12	1		1			21	1		
31 a 40	10	1	2				29	1	1	3
41 a 50	8	1					13			
51 a 60	3				1		7			1
61 a 70	1									
TOTAL	34	3	2	1	1	1	71	2	1	
%	83%	7%	5%	2%	2%	2%	89,87%	2,5%	1,3%	
N	41						79			

GRÁFICO N° 3



Fuente: Encuestas realizadas en los barrios de Tanguarin y Santo Domingo de San Antonio de Ibarra

Responsable: El autor

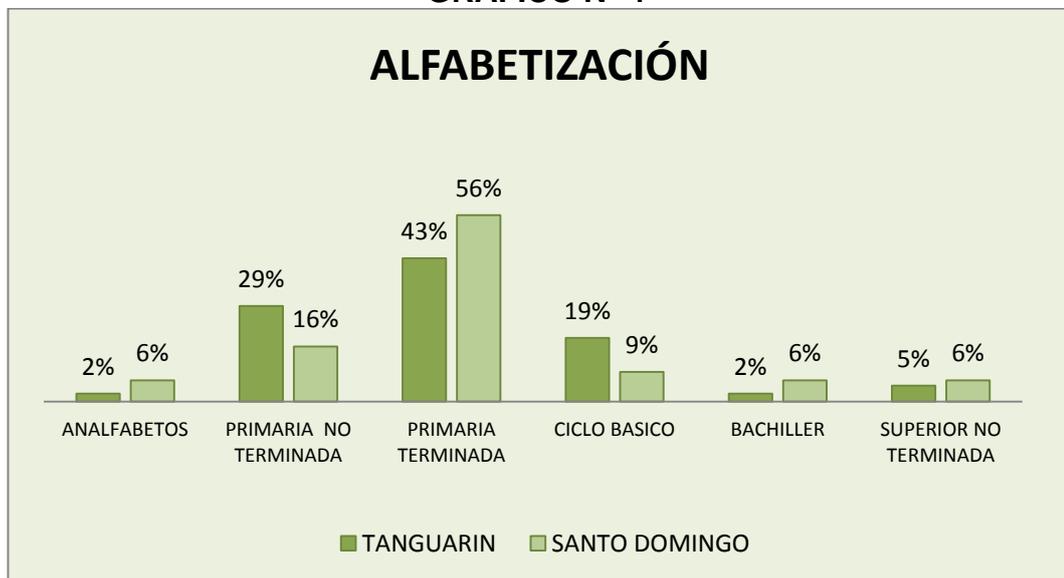
El presente gráfico llama la atención que más del 80% de las madres de las dos barrios, son amas de casa, se observó también en Tanguarin un 7% de madres que son artesanas y en Santo Domingo un 5% de madres que son empleadas domésticas.

d. Años de estudio

TABLA Nº 4

NIVEL DE EDUCACIÓN	TANGUARIN						SANTO DOMINGO					
	ANALFABETOS	PRIMARIA NO TERMINADA	PRIMARIA TERMINADA	CICLO BASICO	BACHILLER	SUPERIOR NO TERMINADA	ANALFABETO	PRIMARIA NO TERMINADA	PRIMARIA TERMINADA	CICLO BASICO	BACHILLER	SUPERIOR NO TERMINADA
f	1	12	18	8	1	2	5	13	44	7	5	5
%	2%	29%	43%	19%	2%	5%	6%	16%	56%	9%	6%	6%
N	42						79					

GRÁFICO Nº 4



Fuente: Encuestas realizadas en los barrios de Tanguarin y Santo Domingo de San Antonio de Ibarra

Responsable: El autor

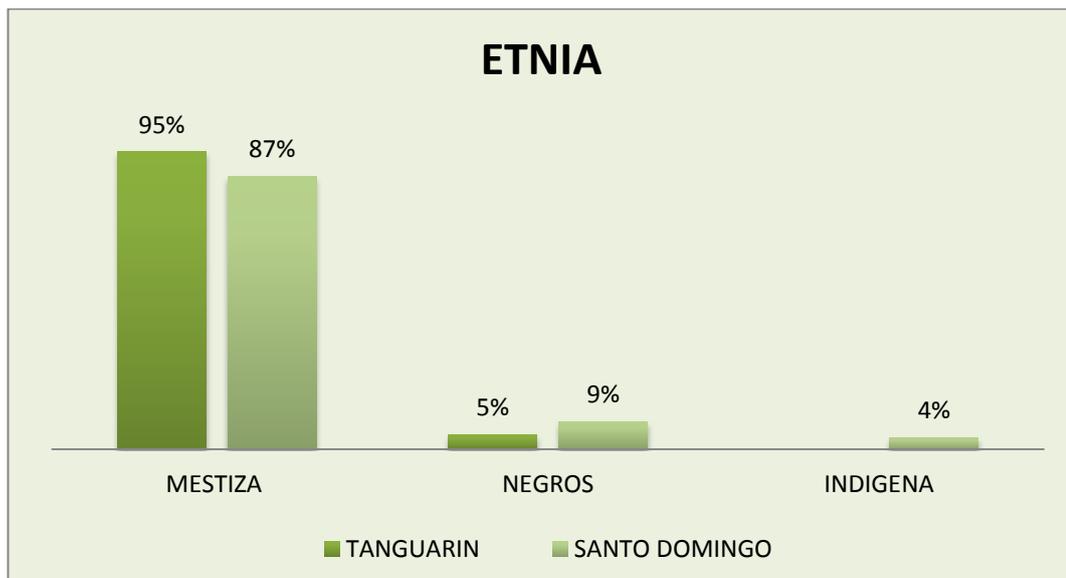
Llama la atención la escolaridad materna, que un 6% manifieste tener educación superior no terminada, entre el 43% y el 56% refieren tener primaria completa, un 2 al 6% refieren tener bachillerato, lo cual influye significadamente en la adherencia al control prenatal ya que madres educadas cuidan su embarazo, y las que no han tenido la oportunidad de estudiar no dan la importancia debida al control durante el embarazo.

e. Etnia

TABLA Nº 5

EDAD	TANGUARIN		SANTO DOMINGO		
	MESTIZA	NEGRO	MESTIZA	NEGRO	INDIGENA
14 a 20	1		2		
21 a 30	12	2	19	1	2
31 a 40	13		31	3	
41 a 50	9		12		1
51 a 60	4		5	3	
61 a 70	1				
TOTAL	40	2	69	7	3
PORCENTAJE	95%	5%			
N	42		79		

GRÁFICO Nº 5



Fuente: Encuestas realizadas en los barrios de Tanguarín y Santo Domingo de San Antonio de Ibarra

Responsable: El autor

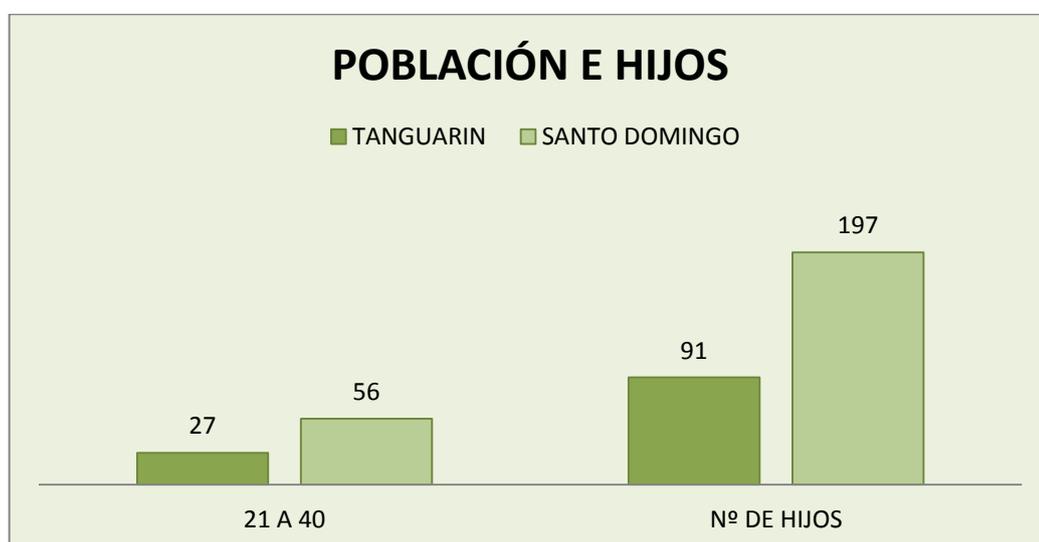
Mediante este gráfico se comprende que en los dos barrios la mayor población es mestiza y solo en Santo Domingo se observa un mínimo de madres indígenas.

f. Número de hijos

TABLA Nº 6

EDAD	TANGUARIN									SANTO DOMINGO								
	1	2	3	4	5	6	7	8	N	1	2	3	4	5	6	7	8	N
21 a 30	1	3	4	5	1				14	3	9	6	2	2				22
31 a 40		5	3	1	2	1		1	13	2	5	4	8	8	6		1	34
HIJOS	1	16	21	24	15	6	0	8	27	5	28	30	40	50	36	0	8	56
TOTAL HIJOS	91									197								

GRÁFICO Nº 6



Fuente: Encuestas realizadas en los barrios de Tanguarin y Santo Domingo de San Antonio de Ibarra

Responsable: El autor

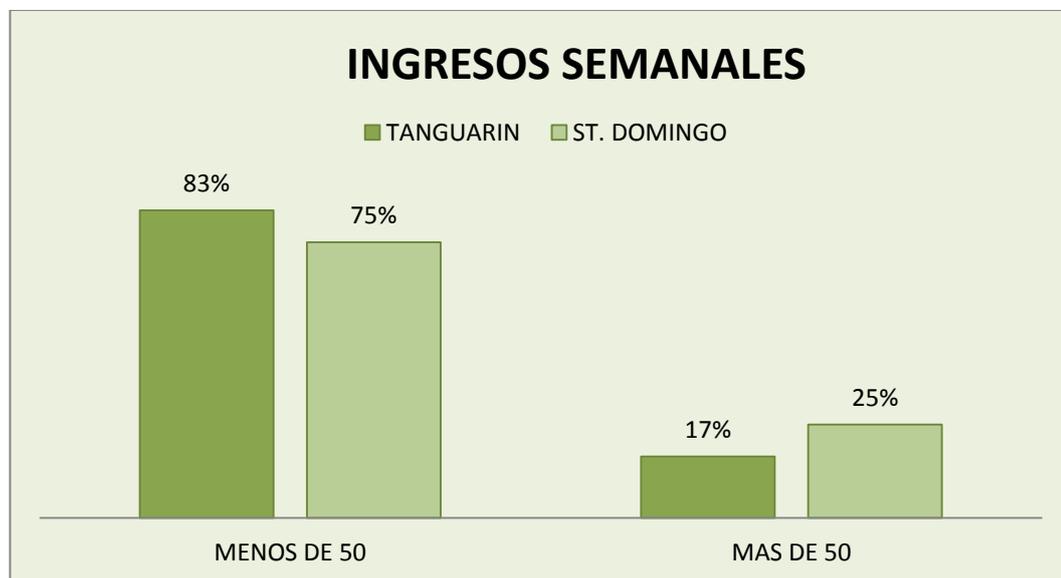
Como observamos en este cuadro, las madres de 21 a 40 años fueron tomadas en cuenta como mujeres en edad reproductiva, por la relación madre número de hijos así tenemos en Tanguarin 27 madres 91 hijos y en Santo Domingo 56 madres 197 hijos, encontrando una paridez muy alta de acuerdo a la edad la misma que fuese evitable mediante la planificación familiar.

1. ¿De cuánto son los ingresos semanales de su hogar?

TABLA N° 7

	TANGUARIN		SANTO DOMINGO	
	MENOS DE 50	MAS DE 50	MENOS DE 50	MAS DE 50
ENCUESTADOS	35	7	59	20
%	83%	17%	75%	25%
TOTAL	42		79	

GRÁFICO N° 7



Fuente: Encuestas realizadas en los barrios de Tanguarin y Santo Domingo de San Antonio de Ibarra

Responsable: El autor

En la grafica visualizamos que en los dos barrios los ingresos económicos son inferiores a los 50 dólares, teniendo como ingreso promedio semanal \$35 dólares, lo que delimita su situación.

2. ¿Sabe lo que es y para qué sirve un control prenatal?

TABLA Nº 8

EDAD	TANGUARIN		SANTO DOMINGO	
	SI	NO	SI	NO
14 a 20	1		2	
21 a 30	5	9	12	10
31 a 40	8	5	17	17
41 a 50	6	3	7	6
51 a 60	2	2	5	3
61 a 70		1		
TOTAL	22	20	43	36
PORCENTAJE	52%	48%	54%	46%
N	42		79	

GRÁFICO Nº 8



Fuente: Encuestas realizadas en los barrios de Tanguarin y Santo Domingo de San Antonio de Ibarra

Responsable: El autor

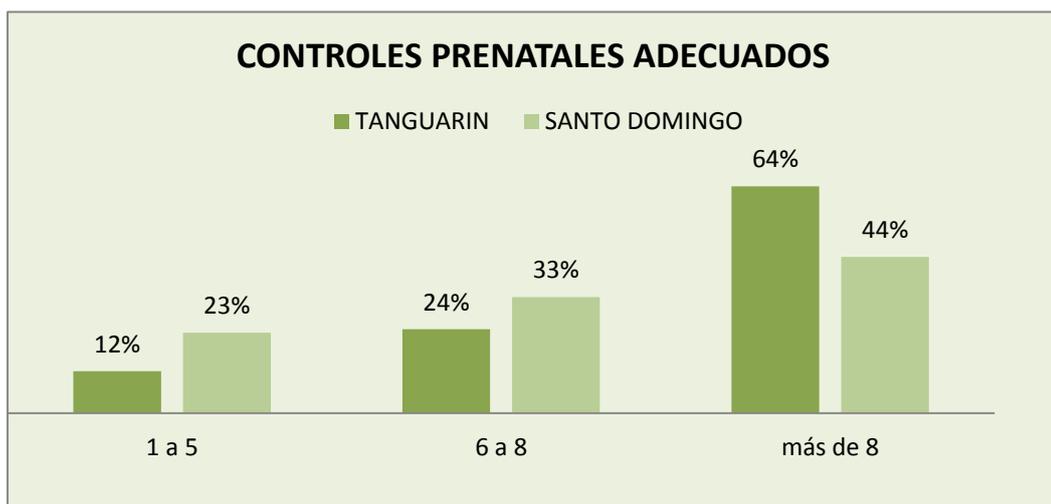
Como observamos en la tabla en los dos barrios saben y conocen lo que es, y para qué sirve un control prenatal, pero como lo demuestran no le brinda la debida y adecuada importancia que este necesita.

3. Conoce cuantos controles prenatales son los adecuados en el embarazo:

TABLA Nº 9

Edad	TANGUARIN			SANTO DOMINGO		
	1 a 5	6 a 8	Más de 8	1 a 5	6 a 8	Más de 8
14 a 20			1			2
21 a 30		3	11	3	9	10
31 a 40	1	1	11	9	13	12
41 a 50	1	4	4	6	1	6
51 a 60	2	2			3	5
61 a 70	1					
TOTAL	5	10	27	18	26	35
%	12%	24%	64%	23%	33%	44%

GRÁFICO Nº 9



Fuente: Encuestas realizadas en los barrios de Tanguarin y Santo Domingo de San Antonio de Ibarra

Responsable: El autor

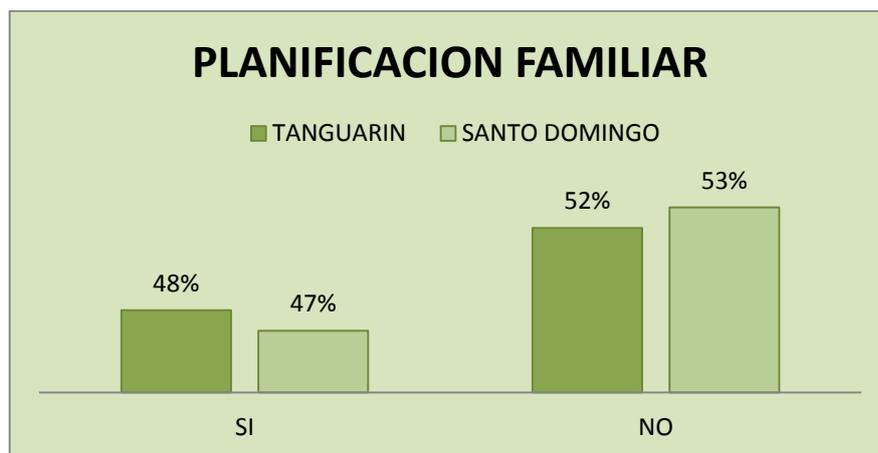
En este gráfico en la barra denominada más de 8 controles miramos que en las dos barrios saben cuántos son los controles normales, sin embargo; llama la atención que un 12% y 23% respectivamente tengan un mínimo de conocimiento acerca de cuántos son los adecuados controles prenatales.

4. Planifica usted los embarazos

TABLA Nº 10

EDAD	TANGUARIN		SANTO DOMINGO	
	SI	NO	SI	NO
14 a 20		1	1	1
21 a 30	8	6	16	6
31 a 40	6	7	15	19
41 a 50	5	4	2	11
51 a 60	1	3	3	5
61 a 70		1		
TOTAL	20	22	37	42
PORCENTAJE	48%	52%	47%	53%
n	42		79	

GRÁFICO Nº 10



Fuente: Encuestas realizadas en los barrios de Tanguarin y Santo Domingo de San Antonio de Ibarra

Responsable: El autor

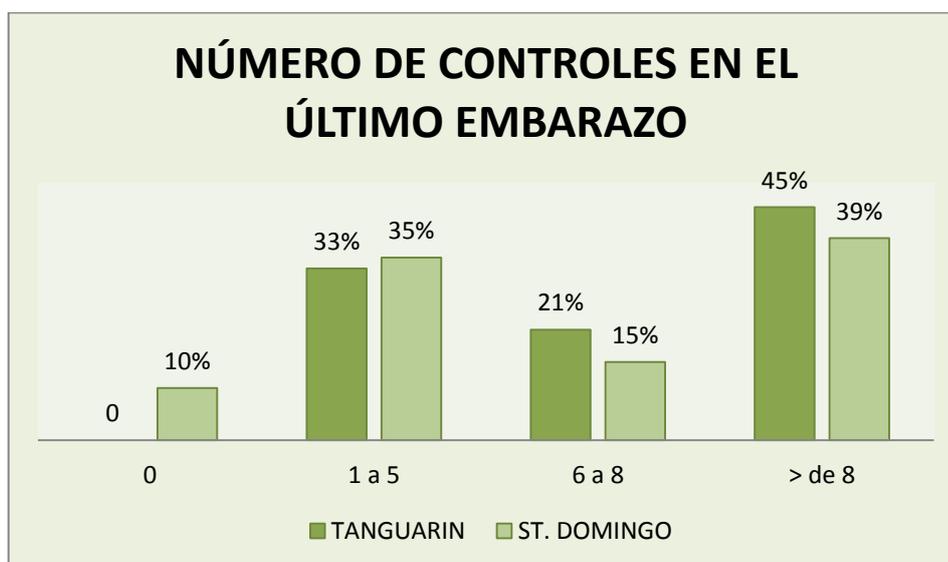
En esta tabla se demuestra que en Tanguarin un 48% realizan planificación familiar y en Santo Domingo tan sólo un 47%, exponiendo la relación número de hijos con el número de madres.

5. ¿En el último embarazo cuantas veces se controló con el médico?

TABLA N° 11

EDAD	TANGUARIN				SANTO DOMINGO				
	0	1 a 5	6 a 8	> de 8	0	1 a 5	6 a 8	> de 8	
14 a 20			1			1	1		
21 a 30		3	5	6	2	6	2	12	
31 a 40		3	2	8	4	13	6	11	
41 a 50		5	1	3	1	6	2	4	
51 a 60		2		2	1	2	1	4	
61 a 70		1							
TOTAL		14	9	19	8	28	12	31	
%	0	33%	21%	45%	10%	35%	15%	39%	
N		42				79			

GRÁFICO N° 11



Fuente: Encuestas realizadas en los barrios de Tanguarin y Santo Domingo de San Antonio de Ibarra

Responsable: El autor

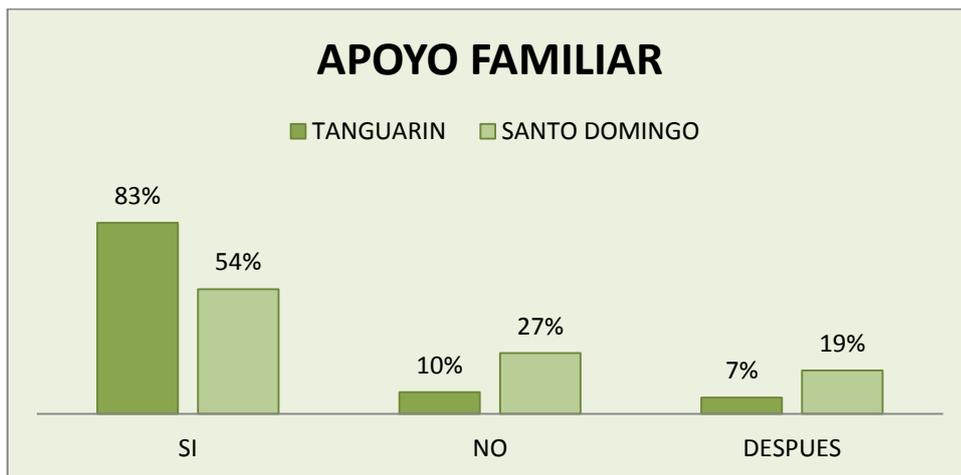
En la tabla miramos que en Santo Domingo existe un 10% que no acudió a un control médico, y un porcentaje 45% y 39% respectivamente, de madres que acudieron más de 8 veces al control médico.

6. ¿Cuando usted se embarazó, su familia le apoyo?

TABLA Nº 12

EDAD	TANGUARIN			SANTO DOMINGO		
	SI	NO	DESPÚES	SI	NO	DESPÚES
14 a 20	1			2		
21 a 30	12	1	1	12	1	9
31 a 40	11	1	1	20	11	3
41 a 50	7	2		4	6	3
51 a 60	3		1	5	3	
61 a 70	1					
TOTAL	35	4	3	43	21	15
PORCENTAJE	83%	10%	7%	54%	27%	19%
N	42			79		

GRÁFICO Nº12



Fuente: Encuestas realizadas en los barrios de Tanguarin y Santo Domingo de San Antonio de Ibarra

Responsable: El autor

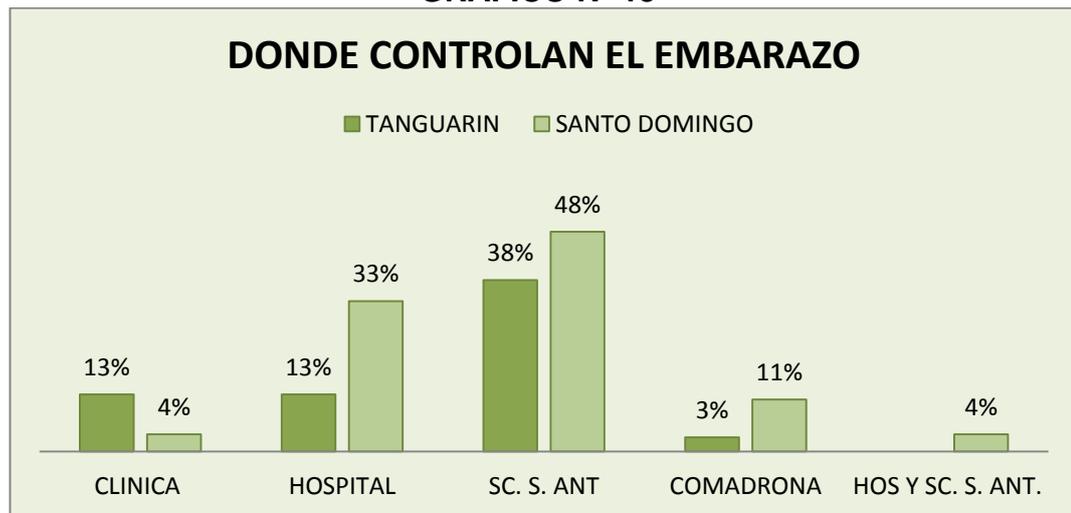
En este cuadro apreciamos un mayor apoyo familiar en el barrio de Tanguarin, sin embargo Santo Domingo cuenta con un importante 54% de apoyo familiar, observando un 10% y 27% respectivamente de madres que no tienen el apoyo de su familia. Conllevando así a un ineficaz proceso gestacional y con ello al control prenatal.

7. Usted prefiere controlar su embarazo:

TABLA N° 13

EDAD	TANGUARIN				SANTO DOMINGO				
	CLÍNICA	HOSPITAL	SC. S. ANT	COMADRONA	CLÍNICA	HOSPITAL	SC. S.A	COMADRONA	HOS Y SC.S.A
14 a 20		1				1			1
21 a 30		2	12		2	6	12	1	1
31 a 40	6	2	5		1	10	19	3	1
41 a 50	2	1	4	2		6	3	4	
51 a 60		1	3			3	4	1	
61 a 70		1							
71 a 80									
TOTAL	8	8	24	2	3	26	38	9	3
%	13%	13%	38%	3%	4%	33%	48%	11%	4%
N	42				79				

GRÁFICO N° 13



Fuente: Encuestas realizadas en los barrios de Tanguarin y Santo Domingo de San Antonio de Ibarra

Responsable: El autor

El cuidado y control del embarazo es una cuestión de confianza, llama la atención que un 3% y 11% respectivamente manifiesta asistir al control con la Comadrona, un 38% y 48% lo hace en el Sub Centro de Salud de San Antonio, un 13% a 33 en el hospital, y particularmente lo hacen 13% y 4%.

¿Por qué?

TABLA N°14

Clínica	%
Atención personalizada	89%
Mayor equipamiento	11%
HOSPITAL	
Atención especializada	69.2%
Situaciones económicas	15.3%
Por la distancia	8.7%
Hospitalización	6.7%
CENTRO DE SALUD	
Por la distancia	34.3%
Buen servicio Obstétrico	23.3%
Situación económica	16.4%
Medicación gratuita	13.7%
El servicio sin mucha espera	12.3%
COMADRONA	
Costumbre	100%

Quienes responden en Clínicas, Hospitales, Sub Centro de Salud, Comadrona se puede apreciar cuales fueron las razones para responder aquello, pero llama la atención la creencia de que particularmente las clínicas tienen una mejor infraestructura y equipamiento desde una cosmovisión un poco alterada en cuanto a una percepción de la realidad, un 10.53% manifiesta que es la costumbre lo que le lleva a atenderse con la comadrona

8. Usted prefiere que su hijo nazca:

TABLA N° 15

EDAD	TANGUARIN			SANTO DOMINGO		
	CLÍNICA	HOSPITAL	HOGAR	CLÍNICA	HOSPITAL	HOGAR
14 a 20		1			2	
21 a 30		14		1	22	6
31 a 40	5	5	3		16	7
41 a 50	1	5	3		11	6
51 a 60	1	3				8
61 a 70		1				
TOTAL	7	29	6	1	51	27
%	16,66%	69,04%	14,23%	1,27%	65,39%	34,35%

Mirando la tabla podemos apreciar que en Tanguarin un 14,23% de madres prefieren que su hijo nazca en el hogar mientras que; en Santo Domingo aumenta considerablemente a 34,35%, llama la atención que tan solo el 1,27% en este barrio acceda a costearse una atención privada, y el Hospital abarca un 69% y 65% respectivamente, tomando en cuenta que el estado garantiza desde el siglo XXI una atención obstétrica adecuada y oportuna disminuyendo así los riesgos obstétricos

¿Por qué?

TABLA N° 16

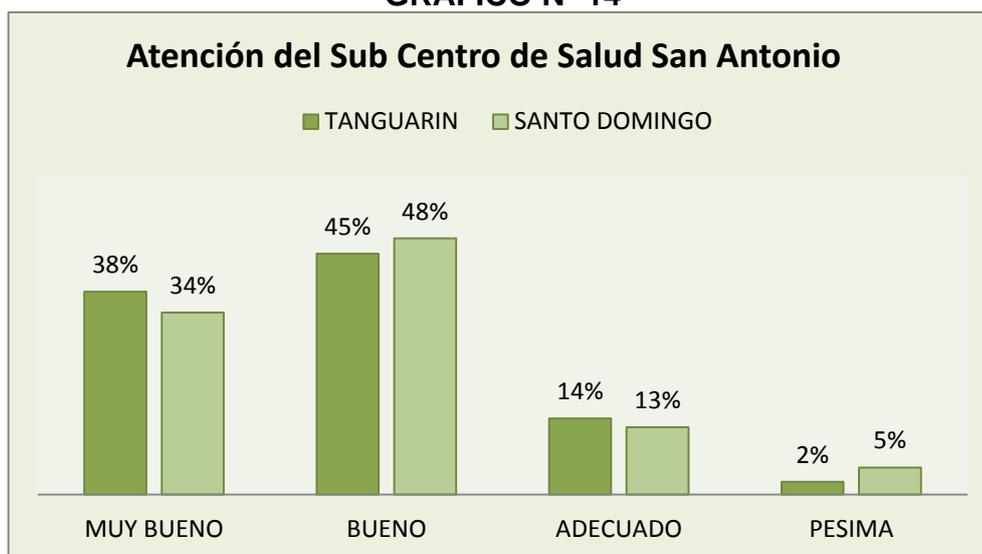
CLÍNICA	%
Equipamiento y Especialistas	70%
Seguridad	10%
Aseo	20%
HOSPITAL	
Buena atención	75%
Economía	10%
Medicación	8%
Equipamiento	7%
HOGAR	
Economía	8%
Ella misma se asiste y tiene el apoyo de la familia	92%

9. Cómo califica la atención del sub centro de Salud San Antonio

TABLA N° 17

EDAD	TANGUARIN				SANTO DOMINGO			
	MUY BUENO	BUENO	ADECUADO	PESIMA	MUY BUENO	BUENO	ADECUADO	PESIMA
14 a 20		1				1	1	
21 a 30	4	9	1		9	9	4	
31 a 40	6	4	2	1	15	11	5	3
41 a 50	3	5	1		3	10		
51 a 60	2		2			5		
61 a 70	1					2		1
TOTAL	16	19	6	1	27	38	10	4
%	38%	45%	14%	2%	34%	48%	13%	5%
N	42				79			

GRÁFICO N° 14



Fuente: Encuestas realizadas en los barrios de Tanguarin y Santo Domingo de San Antonio de Ibarra

Responsable: El autor

La percepción de la calidad de atención es de 45% y 48% respectivamente Buena, un 38% y 34% Muy buena, un 14% y 13% dice Adecuada, tan solo un 2% y 5% la califica como Pésima comentando que fue mala la atención recibida en el Sub Centro de Salud

10. Qué servicio le gustaría que el sub centro de Salud de San Antonio de Ibarra incremente para una mejor atención.

TABLA N°18

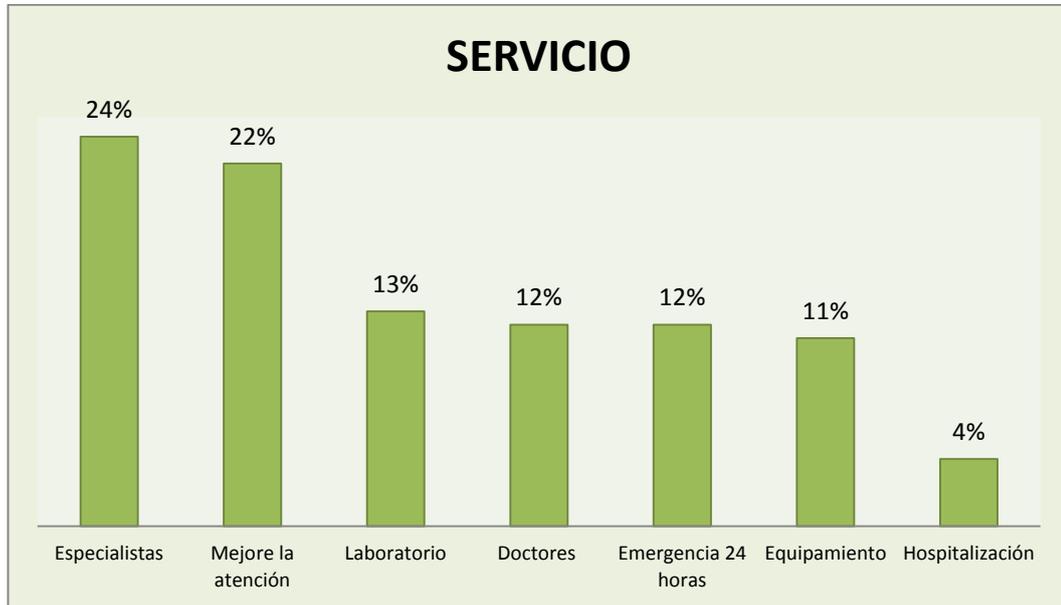
SERVICIO	f	%
Especialistas	29	24%
Mejore la atención	27	22%
Laboratorio	16	13%
Doctores	15	12%
Emergencia 24 horas	15	12%
Equipamiento	14	11%
Hospitalización	5	4%
TOTAL	121	99%

¿Por qué?

TABLA N°19

RAZONES	PORCENTAJE
No hay especialistas	28%
Hay pocos médicos	25%
Mas turnos para odontología	20%
Los turnos son muy pocos	16%
Un servicio de emergencias por accidentes o enfermedad en la noche	11%

GRÁFICO Nº 15



Fuente: Encuestas realizadas en los barrios de Tanguarin y Santo Domingo de San Antonio de Ibarra

Responsable: El autor

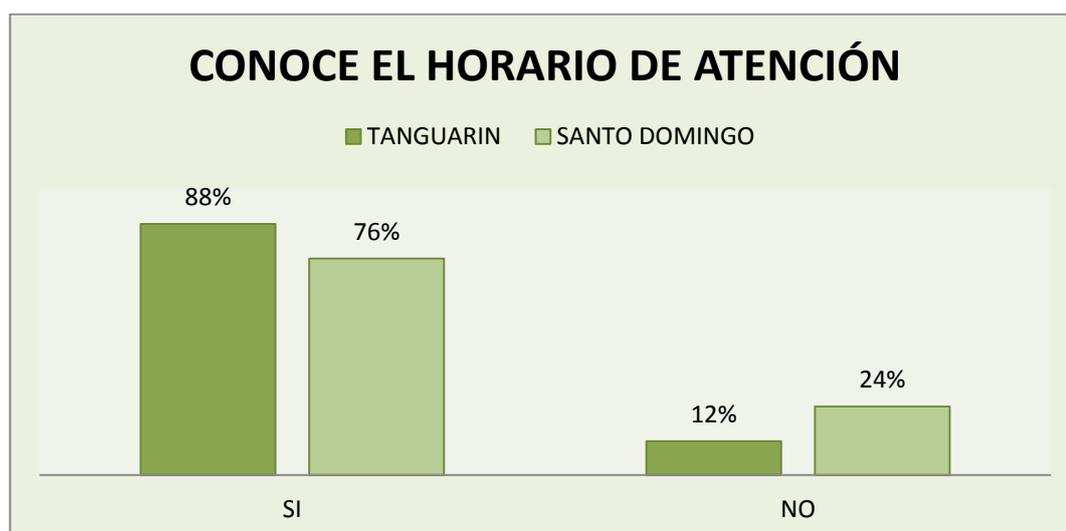
Como podemos apreciar la percepción de la población coincide que el Sub Centro de Salud debería mejorar su infraestructura, la dotación de servicios básicos como un laboratorio, mejorar o cumplir con el horario de atención, la exigencia que se atiendan las emergencias, manifiestan también que debe incrementarse médicos especialistas (Pediatria).

11. Sabe el horario de atención del sub centro de Salud San Antonio de Ibarra.

TABLA N° 20

EDAD	TANGUARIN		SANTO DOMINGO	
	SI	NO	SI	NO
14 a 20	1		1	1
21 a 30	13	1	19	3
31 a 40	12	1	24	7
41 a 50	7	2	8	5
51 a 60	3	1	6	2
61 a 70	1		2	1
TOTAL	37	5	60	19
PORCENTAJE	88%	12%	76%	24%
N	42		79	

GRÁFICO N° 16



Fuente: Encuestas realizadas en los barrios de Tanguarin y Santo Domingo de San Antonio de Ibarra

Responsable: El autor

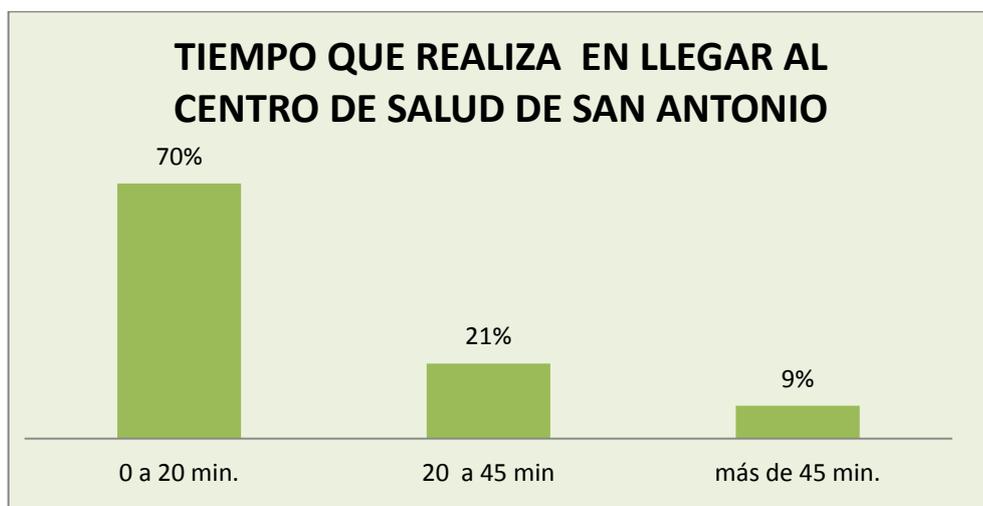
En esta tabla podemos admirar un conocimiento masivo en el horario de atención del sub centro de salud, con un 88% y 76%, llama la atención que un 12% y 24% respectivamente manifieste no conocerlo.

12. Qué tiempo utiliza usted para llegar al Sub Centro de Salud de San Antonio de Ibarra.

TABLA N° 21

TIEMPO	POBLACIÓN	
	<i>f</i>	%
0 a 20 min.	85	70%
20 a 45 min	25	21%
Más de 45 min.	11	9%
TOTAL	121	100%

GRÁFICO N°17



Fuente: Encuestas realizadas en los barrios de Tanguarin y Santo Domingo de San Antonio de Ibarra

Responsable: El autor

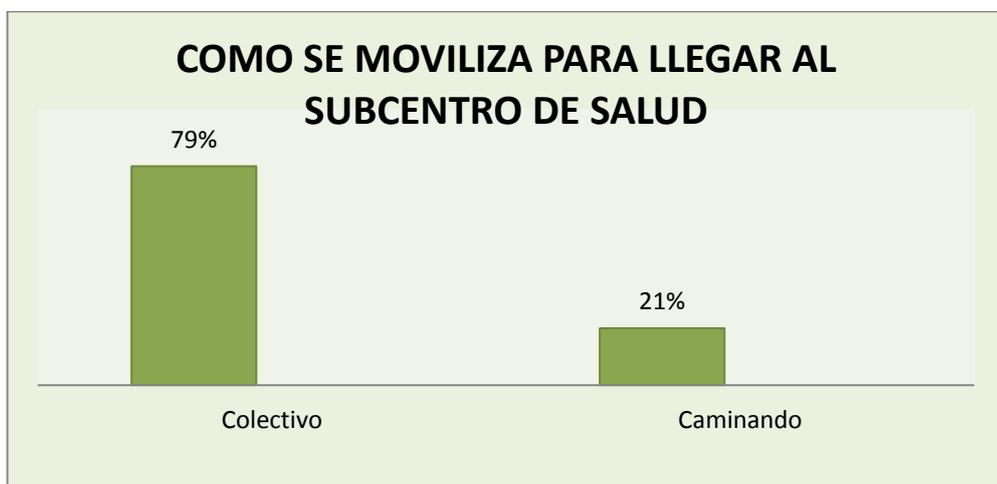
En este gráfico visualizamos que un 70% manifiesta demorarse en llegar al Sub Centro de Salud un tiempo de 0 a 20 minutos, quienes viven un poco más lejos se demoran 20 a 45 minutos, y un 9% dice que lo hace en más de 45 minutos.

13. Qué tipo de transporte utiliza usted para llegar al sub centro de salud

TABLA Nº 22

TRANSPORTE	POBLACION	
	<i>f</i>	%
Colectivo	96	79%
Caminando	25	21%
TOTAL	121	100%

GRÁFICO Nº18



Fuente: Encuestas realizadas en los barrios de Tanguarin y Santo Domingo de San Antonio de Ibarra

Responsable: El autor

Claramente observamos que 79% de la población encuestada utiliza el servicio de transporte público, y las personas que viven cerca al Sub Centro de Salud un 21% dicen hacerlo caminando

4.4. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

El control prenatal es importante para asegurar la subsistencia de la madre, y el producto; los estudios demuestran que existe una estrecha asociación entre educación materna, mortalidad materna y mortalidad infantil. Uno de los objetivos para el desarrollo del milenio es la reducción de la Morbi-Mortalidad, Materno Infantil, por ello la vigencia de la ley de Maternidad Gratuita, en Ecuador a partir del año 2000, pretende crear estrategias importantes utilizando el control prenatal como medida de reducción de la Morbi-Mortalidad, Materno Infantil.

El estado a través de la legislación y de su normativa ministerial garantiza el acceso al control prenatal de forma gratuita, oportuna, eficiente y eficaz, siendo este un derecho para toda mujer en edad reproductiva con el fin de evitar las complicaciones durante la gestación y postnatal, haciendo efectivo el cumplimiento de la ley, a nivel de las unidades operativas de todo el país.

El estudio muestra que fueron los factores culturales, socio-económicos, familiares, los que incidieron en la adherencia al control prenatal en las mujeres madres de los estudiantes de los centros educativos de los barrios de Tanguarin y Santo Domingo de la parroquia de San Antonio de Ibarra

CAPITULO V

5.1. CONCLUSIONES

Los factores con mayor incidencia en la adherencia al control prenatal en mujeres de los barrios de Tanguarin y Santo Domingo de la parroquia de San Antonio de Ibarra son culturales, étnicos, socioeconómicos, educativos, y de percepción de la calidad de atención del Sub Centro de Salud. Fue de gran satisfacción personal al observar la importancia de la problemática, revelando hallazgos preteritos de actividades prácticas y costumbres, de mujeres de dichos barrios, se tomó en cuenta al Sub Centro de Salud como unidad de atención más cercana del sector.

Esta investigación demuestra la paridad de las mujeres en edad reproductiva de los dos barrios, teniendo en sí una relación de madre número de hijos 1 a 4, demostrando la no concientización de la planificación familiar debido a factores psicológicos, socio-económicos, y culturales.

Se demuestra también un conocimiento mayoritario en las mujeres, acerca de los procedimientos, y prácticas del control prenatal dando una total importancia a este, y manifestando el no cumplimiento por factores ya nombrados.

Existe la percepción de que la gratuidad de los servicios, en el Sub Centro de Salud se asocie a la mala calidad de atención, al tiempo de espera prolongado, a la falta de calidez en el trato al usuario, con la petición de mejorar su infraestructura la dotación de servicios, y un mejor cumplimiento con los turnos y horarios de trabajo. A pesar que la ley de maternidad gratuita está vigente, y el bajo nivel socioeconómico de la población obliga a hacer uso de los servicios estatales con más demanda, se comprueba que la población realiza esfuerzos económicos, con el fin de acceder a una atención privada.

5.2. RECOMENDACIONES

Se propone incrementar la educación al usuario y a la comunidad siendo esta una de las cuatro funciones principales del personal de enfermería mediante charlas comunitarias, y promoción de la salud, de los servicios, y beneficios que brinda el Sub Centro de Salud de San Antonio de Ibarra en correspondencia a la ley de maternidad gratuita, brindando así la protección necesaria a la madre y su hijo, reduciendo con ello la morbi-mortalidad materno infantil.

Se recomienda también buscar la posibilidad de mejorar la atención profesional y personalizada que el usuario requiere, accediendo a la sensibilidad humana, para cumplir con los lineamientos y/o objetivos que el ministerio de salud pública se ha planteado, como es la atención con calidad y calidez

A

S

E

X

O

S

Anexo N° 1. Sugerencias emitidas por el director de tesis.

ANTEPROYECTO:

"Factores asociados a la adherencia al control prenatal en mujeres de las Comunidades de Tanguarin y San Domingo de la Parroquia de San Antonio de Ibarra, en el periodo de Enero a Julio 2009".

ASESOR DE TESIS: Lic: Gladys Rosales.

INTEGRANTES:

Luis Leonardo Cadena Salgado.

OBSERVACIONES:

Ajustar periodo Noviembre 2009-Agosto 2010.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

Se sugiere en el tema, en lugar de comunidades, "barrios", el periodo señalar de Noviembre 2009- Agosto 2010.

MARCO TEÓRICO: Incluir la caracterización del sitio de estudio, enriquecer el marco teórico y si su composición es inductiva- deductiva, o deductiva-inductiva.

METODOLOGÍA:

Construir la metodología con todos sus componentes: Tipo de estudio, diseño de la investigación, población a investigar y/o (universo y muestra) si la hay, técnicas e instrumentos de recolección de datos, análisis e interpretación de datos, validez y confiabilidad y aspectos éticos de la investigación.

MARCO ADMINISTRATIVO: Incluirlo con todos sus componentes, especialmente ajustar cronograma considerar el 10% de imprevistos, y presupuesto.

ASPECTOS FORMALES:

Presentar con normas APPA. Incrementar fuentes bibliográficas citas y referencias ampliar.

Anexo Nº 2. Resolución Consejo Académico.



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
IBARRA - ECUADOR

ESCUELA DE ENFERMERIA

Ibarra, 25 de enero 2010
Oficio 74-CAE

Señor
Luis Leonardo Cadena Salgado
ESTUDIANTES SÉPTIMO SEMESTRE

Cordial saludo:

El Consejo Académico de la Escuela de Enfermería en sesión ordinaria del 21 de enero 2010, revisó el anteproyecto de tesis presentado por ustedes, se sugiere realizar las correcciones de acuerdo al documento adjunto y trabajar con el asesor de tesis.

Atentamente,
CIENCIA Y TÉCNICA AL SERVICIO DEL PUEBLO
AUTÓNOMA DESDE 1986



Msc. Janeth Vaca
DIRECTOR



Copia: Subdecanato

Anexo: carpeta

Sonia

Misión Institucional
Contribuir al desarrollo educativo, científico, tecnológico, socioeconómico y cultural de la región norte del país. Formar profesionales críticos, humanistas y éticos comprometidos con el cambio social.

Ciudadela Universitaria barrio El Olivo
Teléfono: (06) 2 953-461 Casilla 199
(06) 2 609-420 2 640- 811 Fax: Ext: 8011
E-mail: utn@utn.edu.ec
www.utn.edu.ec

Anexo N°3. Certificado de la escuela Francisco Calderón.

ESCUELA FRANCISCO CALDERON

Tanguarín, 18 de Octubre del 2010

A petición verbal del interesado:

CERTIFICO

Que el señor **LUIS LEONARDO CADENA SALGADO**, portador de la cedula de identidad 1003678057, estudiante de la Universidad Técnica del Norte, Facultad de Ciencias de la Salud, aplicó encuestas relacionadas al control prenatal a las madres de los estudiantes del Jardín y Escuela el 21 de junio del 2010.

Es todo cuanto puedo decir en honor a la verdad pudiendo el interesado hacer uso de le la presente para los fines pertinentes.


Lcdo. Fernando Chuquim
**DIRECTOR ESCUELA
FRANCISCO CALDERON**



Anexo N°4. Certificado de la escuela Cristóbal de Troya.

ESCUELA CRISTOBAL DE TROYA

Santo Domingo, 18 de Octubre del 2010

A petición verbal del interesado:

CERTIFICO

Que el señor **LUIS LEONARDO CADENA SALGADO**, portador de la cedula de identidad 1003678057, estudiante de la Universidad Técnica del Norte, Facultad de Ciencias de la Salud, aplicó encuestas relacionadas al control prenatal a las madres de los estudiantes de esta Escuela del 28 de junio al 5 de julio del presente.

Es todo cuanto puedo decir en honor a la verdad pudiendo el interesado hacer uso de le la presente para los fines pertinentes.

Lcda. Marcia Villalba
DIRECTORA ESCUELA
CRISTOBAL DE TROYA



Anexo N° 5. Exteriores de la Escuela Fiscal Francisco Calderón de Tanguarín.



Anexo N°6. Autorización de parte del Lic. Fernando Chuquin para realizar encuestas en las instituciones educativas de Tanguarín.



Anexo N°7. Mujer encuestada para la investigación en la escuela Fiscal Francisco Calderón de Tanguarín.



Anexo N° 8. Ejecución de la encuesta a una de las madres perteneciente a la Escuela Fiscal Francisco Calderón de Tanguarín.



Anexo Nº 9. Estudiantes de la escuela Fiscal Francisco Calderón de Tanguarín.



Anexo Nº 10. Estudiantes de la Escuela Fiscal Francisco Calderón de Tanguarín.



Anexo Nº 11. Exteriores de la Escuela Cristóbal de Troya.



Anexo Nº 12. Autorización de parte del Lcda. Marcia Villalba para realizar encuestas en la institución educativa de Santo Domingo.



Anexo Nº 13. Estudiantes de la Escuela Cristóbal de Troya.



Anexo Nº 14. Estudiantes de la Escuela Cristóbal de Troya.



Anexo Nº 15. Madres de los estudiantes de la Escuela Cristóbal de Troya.



Anexo Nº 16. Madres de los estudiantes de la Escuela Cristóbal de Troya.



Anexo N° 17. Encuesta realizada en la investigación.

**UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERÍA**

Esta encuesta ayudara a conocer los factores asociados a la adherencia del control prenatal en los pueblos de Tanguarin y Santo Domingo de la parroquia san Antonio de Ibarra

Edad:.....Estado

civil.....

Ocupación

Laboral.....Barrio.....

.....

Etnia:.....N°

hijos.....

1) De cuanto son los ingresos semanales en su hogar especifique.

- Menos de 50
- Más de 50

2) Hasta que año estudio usted:

- Primaria.....
- Secundaria.....
- Superior.....

3) Sabe usted lo que es y para qué sirve un control prenatal:

SI NO

Si su respuesta fue si

.....
.....

4) Conoce usted cuantos controles prenatales son los adecuados en el embarazo:

- a. 1 a 5
- b. 6 a 8
- c. > a 8

5) Planifica usted sus embarazos.

SI NO

6) En el ultimo embarazo cuantas veces se controlo con el médico:

.....

7) Cuando usted se embarazo su familia le apoyo:

SI NO DESPUES

8) Usted prefiere controlar su embarazo:

- En una clínica
- En un hospital
- En el centro de salud
- Con las comadronas

Porque:.....

9) Usted prefiere que su hijo nazca en:

- En una clínica
- En un hospital
- En el centro de salud
- Con las comadronas

Porque:.....
.....

10) Como califica la atención del sub centro de salud de san Antonio

- a. Muy bueno
- b. Bueno
- c. Adecuado
- d. Pésima

11) Qué servicio le gustaría que el subcentro de salud de san Antonio de Ibarra incremente para una mejor atención:

.....
.....

Porque:.....
.....

12) Sabe el horario de atención del sub centro de salud de san Antonio de Ibarra:

SI No

13) Qué tiempo y que transporte utiliza usted para llegar al Sub centro de salud:

Tiempo: 0 – 20 min 20 – 45 min más de 45 min

Transporte:.....

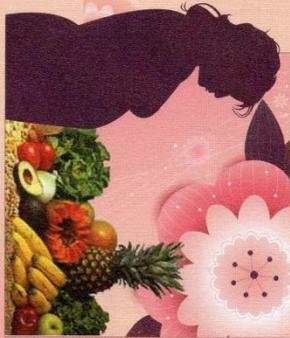
Anexo N° 18. Formulario # 051-2008 Control materno perinatal.

HISTORIA CLINICA MATERNO PERINATAL - MSP				FECHA DE NACIMIENTO		ETNIA		ALFA BETA		ESTUDIOS		ESTADO CIVIL																							
NOMBRE APELLIDO				dia mes año		blanca indígena mestiza negra otra		ninguno primaria secundaria universitaria años en el mayor nivel		casado unión estable soltera otro		Lugar de Control Prenatal																							
DOMICILIO TELEF.				EDAD (años)						Lugar de Parto		N° Historia Clínica																							
LOCALIDAD				< de 15 > de 15						vive sola no sí																									
1. ANTECEDENTES				OBSTETRICOS				FIN EMBARAZO ANTERIOR																											
FAMILIARES: TBC, diabetes, hipertensión, preeclampsia, eclampsia, otra cond. médica grave				gestas previas, abortos vaginales, nacidos vivos, cesáreas, partos, nacidos muertos				viven, muertos 1° sem., después 1° sem., embarazo planeado, fracaso método anticoncep.																											
PERSONALES: cirugía gineco-urinary, infertilidad, cardiopat., nefropat., violencia				ULTIMO PREVIO: n/c, <2500g, normal, ≥4000g				EMBARAZO PLANEAADO, FRACASO METODO ANTICONCEP.																											
2. GESTACION ACTUAL				EG CONFIABLE por FUM Eco <20 s.				ANTIRR/BEOLA, ANTITETANICA, EX. NORMAL																											
PESO ANTERIOR, TALLA (cm), FUM, FPP				FUM ACT, FUM PAS, DROGAS, ALCOHOL, VIOLENCIA				ODONT., MAMAS																											
CERVIX, PAP, COLP.				TOXOPLASMOSIS, VIH, Hb, Fe/FOLATOS, VDRU/RPR, SIFILIS				CONSEJERIA, LACTANCIA MATERNA																											
CHAGAS, PALIDISMO/MALARIA, BACTERIURIA, GLUCEMIA EN AYUNAS, TEST DE O'Sullivan, ESTREPTOCOCCO B, PREPARACION PARA EL PARTO																																			
CONSULTAS ANTEENATALES: día mes año, edad gest., peso, PA, altura uterina, presen. tación, FCF (tpm), movim. fetales, protei. nuria, signos de alarma, exámenes, diagnóstico y tratamientos, iniciales Técnica, próxima cita																																			
3. PARTO o ABORTO				HOSPITALIZ. en EMBARAZO				CORTICOIDES ANTEENATALES				INICIO espontáneo				RUPTURA DE MEMBRANAS ANTEPARTO				EDAD GEST. al parto				PRESENTACION SITUACION				TAMANO FETAL ACORDE				ACOMPANANTE TDP			
FECHA DE INGRESO, CONSULTAS PRE NATALES				completo, semana inicio, cesar. elect.				no, inducido, cesar. elect.				no, <37 sem., ≥18 sem., hora, min, temp. >38°C				semanas, días				cefálica, pelviana, transversa				pareja, familiar, otro, ninguno											
CARN...																																			
TABLA DE PARTO: hora, min, posición de la madre, PA, pulso, contr./10', dilatación, altura presen., variedad posic., meconio, FCF/dips														ENFERMEDADES: HTA previa, HTA inducida embarazo, preeclampsia, eclampsia, cardiopatía, nefropatía, diabetes																					
NACIMIENTO VIVO				hora, min, día, mes, año				MÚLTIPLE orden				TERMINACION espont., cesárea, otra				INDICACION PRINCIPAL DE INDUCCION O PARTO OPERATORIO				INDUC. OPER.															
MUERTO anteparto				hora, min, día, mes, año				no, sí				cesárea, otra																							
POSICION PARTO sentada, acostada, cucullas				DESGARROS Grado (1 a 4)				MANEJO ACTIVO				PLACENTA completa, retenida				LIGADURA CONJUN. AL CESAR. PULSACIONES				RECIBIÓ inducido, conducción, antibiot., analgesia, anest. local, anest. regional, anest. general, transfusión, otros				PARTO NEONATO											
SEXO f, m				PESOS AL NACER				EDAD GESTACIONAL sem, días				PESO E.G., APGAR (min)				FALLECE EN SALA DE PARTO				REFERIDO alog. cori., neona. otro, tolog. hosp.				5. PUERPERIO											
DEFECTOS CONGENITOS				P. CEFALICO cm, LONGITUD cm				ESTIMADA				REANIMACION estimulac., aspiración, máscara, oxígeno, masaje, tubo				ATENDIÓ médico, obst., enf., auxil., estud., emp., otro				día, hora, TIC, PA, pulso, invol. uter., loquios															
ENFERMEDADES				TAMIZAJE NEONATAL VDRU, TSH, Hbpatia, Bilirub, Topo IgM								LACTANCIA PRECOZ, TIPIFICACION RAI, VITAMINA K, PROPLAS OCLAR				6. ANTICONCEPCIÓN																			
ENFERMEDADES																CONSEJERIA no, sí																			
6. EGRESO RN				vivo, fallece, traslado				EDAD días completos				ALIMENTO AL ALTA lact. excl., BCG				7. EGRESO MATERNO				METODO ELEGIDO DIU, DIU, barrera, hormonal, ninguno															
día, mes, hora, min, lugar				no, sí, <1 día				parcial, artificial				día, mes, año, traslado, lugar				viva, fallece durante o en lugar de traslado, días completos desde el parto				DIU postevento, DIU, barrera, hormonal, ninguno															
Certificado Recién Nacido				Nombre Recién Nacido				Responsable				Responsable																							

Este color significa ALERTA

Anexo N° 19. Carne Perinatal

¿EMBARAZADA?



SIGA ESTOS CONSEJOS

- Consumir diariamente una alimentación saludable que contengan carnes, lácteos, hortalizas, verduras, cereales y tubérculos.
- Comer cinco veces al día.
- Consuma alimentos ricos en hierro como: hígado, carnes rojas, frejol, lenteja, hojas verdes.
- Tomar "Mi Bebida" dos veces al día.
- No olvide tomar las tabletas de HIERRO los días miércoles y viernes.

¡IMPORTANTE! NO FUME, NO TOME ALCOHOL O MEDICAMENTOS NO RECETADOS POR SU MEDICO.

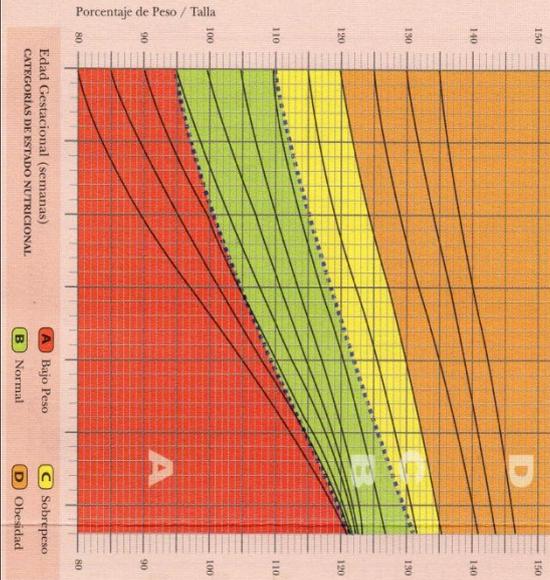
Su próxima cita es:

Año	Mes	Día	Año	Mes	Día

Procure espaciar sus embarazos un mínimo de dos años, para lograr su recuperación

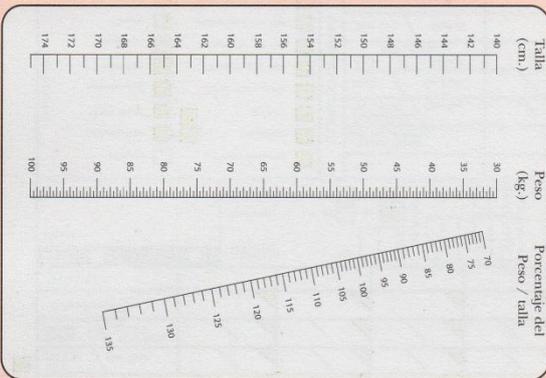
Gráfica de incremento de peso para embarazadas

Curva Patron



Nomograma para clasificación de la relación

Peso/ Talla de la mujer (%)



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR
DIRECCIÓN NACIONAL DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD
CARNE PERINATAL

Establecimiento de Salud

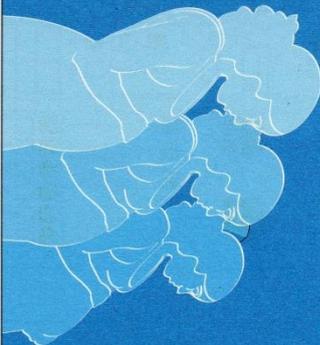
Dirección:

Provincia: Cantón:

Parroquia:

HISTORIA CLÍNICA N°

--	--	--	--	--	--	--	--



Apellidos y nombres:

Dirección domiciliaria:

Provincia: Cantón:

Parroquia y/o localidad:



PROMOCIÓN DE LA ATENCIÓN AL CONTROL PRENATAL

BENEFICIOS

- Atención personalizada
- Profesionales capacitados
- Control del embarazo
 - Examen Físico
 - Maniobras de Leopold
 - Auscultación frecuencia cardíaca fetal
 - Movimientos fetales
 - Medición de la altura uterina
 - Anamnesis
- Recomendaciones sobre medidas de higiene
- Realización de exámenes de laboratorio
 - Examen de orina (EMO)
 - Biometría Hemática
 - Glucosa
 - Tipificación Sanguínea
 - VDRL (Sífilis)
 - VIH (Sida)
- Entrega de Micro Nutrientes
 - Mi Bebida

SUBCENTRO DE SALUD SAN ANTONIO



“El arte en salud al servicio del pueblo”

FACULTAD CIENCIAS
DE LA SALUD

ESCUELA DE ENFERMERÍA



**UNIVERSIDAD TÉCNICA
DEL NORTE**
Facultad Ciencias de la Salud
**ESCUELA DE
ENFERMERÍA**

**CONTROL
PRENATAL**



LEONARDO CADENA / IREnf.

INTRODUCCIÓN

El 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 la morbi-mortalidad de la madre y su hijo.

Mediante el control prenatal, podemos vigilar la evolución del embarazo y preparar a la madre para el parto y la crianza de su hijo. De esa forma, se podrá controlar el momento de mayor peligro en la vida del ser humano.

Desarrollando un sistema estructurado de consultas médicas periódicas que evalúa el progreso normal del embarazo descubriendo precozmente a través de la clínica, el laboratorio y Ecogonografía la aparición de problemas durante el periodo gestacional.

La detección de enfermedades y de posibles complicaciones, en el periodo gestante nos permite anticipar acciones y/o tratamientos con el fin de que el embarazo llegue a término y que no se presente un niño prematuro o con problemas al momento del parto, que ponga en peligro su vida fuera del útero y la de su madre.

Objetivos

1. Asegurar y proteger la salud de la gestante y su hijo/a, antes, durante y después del parto
2. Reducir en lo posible las complicaciones que puedan surgir en el curso del embarazo
3. Permitir planear un parto seguro
4. Disminuir la morbilidad y mortalidad materna y perinatal.

Características

Control Precoz

Son los controles que se inicia a partir del primer retraso menstrual.

Control Periódico

Son aquellos controles repetitivos y oportunos según el grado de riesgo.

Control integral

Este garantiza las acciones de fomento, protección, recuperación, rehabilitación, de la salud.

Enfoque de riesgo

Estrategia necesaria para determinar los indicadores que califiquen El alto El mediano y Bajo riesgo en la madre y su hijo.

ESQUEMA

En el Ecuador cada día muere una mujer por causas relacionadas al embarazo, parto y post-parto.

Estas muertes maternas son evitables si todas las mujeres en estado de gestación tendrían una atención oportuna de salud, cumpliendo con el control prenatal, sus características y esquema.

NIVEL ÓPTIMO: 12 CONTROLES	NIVEL MÍNIMO EFICIENTE: 5 CONTROLES
Uno mensual hasta las 32 semanas	Uno en las primeras 20 semanas
Uno cada dos semanas hasta las 36 semanas	Uno entre las semanas 32 y 36
Uno semanal hasta el momento del parto	Uno cada dos semanas hasta el momento del parto

