



UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO
ESCUELA DE ENFERMERÍA

TESIS PREVIA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE LICENCIADAS DE
ENFERMERÍA

TEMA:

FACTORES DE RIESGOS MATERNOS RELACIONADOS CON EL PESO BAJO EN
LOS RECIÉN NACIDOS A TÉRMINO, EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA DEL
HOSPITAL “JOSÉ MARÍA VELASCO IBARRA”-TENA PERIODO ABRIL A
SEPTIEMBRE DEL 2013.

DIRECTORA

LCDA. MAURA MUÑOZ NARANJO

AUTORES:

VERÓNICA ELIZABETH CHIMBORAZO PILAMUNGA

LOURDES ROCÍO FIERRO VERDEZOTO

GUARANDA – ECUADOR

2013 – 2014

I. DEDICATORIA

De lo profundo de mi corazón dedico esta Tesis a Dios a la Virgen del Cisne por darme esa capacidad e inteligencia necesaria, por guiar mi camino, llenarme de bendiciones para cumplir con mi objetivo propuesto.

Con mucho cariño y todo mi amor a mis queridos padres quienes han sido el apoyo y la base de mi integra formación ya que el esfuerzo y sacrificio emprendieron en mí, y siempre estuvieron en todo momento, a mis hermanas que me incentivaron para culminar una etapa más en mi vida.

VERÓNICA

Dedico este trabajo de tesis a Dios y a la Virgencita de Guadalupe por haberme regalado el don de la vida, por ser mi fortaleza en mis momentos de debilidad y por brindarme una vida llena de aprendizaje.

A mis padres, porque creyeron en mí y me midieron ejemplos dignos de superación y entrega, gracias a ustedes, hoy puedo ver alcanzada mi meta, ya que siempre estuvieron impulsándome en los momentos más difíciles de mi carrera, y porque el orgullo que sienten por mí, fue lo que me hizo ir hasta el final.

LOURDES

II. AGRADECIMIENTO

Agradecemos a la Universidad Estatal de Bolívar, especialmente a la Facultad de Ciencias de la Salud, a las Autoridades, Docentes de nuestra Universidad quienes sembraron en nosotros, los sabios conocimientos de superación y progreso, quienes fueron los mensajeros del conocimiento y la ciencia, con su gran criterio profesional nos permitieron continuar con nuestros estudios con el objetivo de ser útiles de las futuras en la sociedad.

Al Hospital “José María Velazco Ibarra” por permitirnos desarrollar el trabajo de investigación, brindarnos toda la información necesaria el tiempo requerido para obtener datos y poder realizar nuestra investigación.

Nuestro profundo agradecimiento a nuestra directora de Tesis Lcda. Maura Muñoz Naranjo por los conocimientos sabios que nos brindó y su constante preocupación para el desarrollo de este trabajo de investigación.

A todos, desde lo más profundo de nuestros corazones, gracias.

VERÓNICA & LOURDES

III. CERTIFICACIÓN DE LA DIRECTORA DE LA TESIS



CERTIFICACIÓN

Yo Lcda., Maura Muñoz Naranjo, certifico que las Srtas.: Verónica Chimborazo y Lourdes Fierro, han cumplido con todos los pasos previos para el desarrollo de la Tesis de grado previa para la obtención del título de LICENCIADAS EN CIENCIAS DE LA ENFERMERIA, cuyo nombre es:

“FACTORES DE RIESGOS MATERNOS RELACIONADOS CON EL PESO BAJO EN LOS RECIÉN NACIDOS A TÉRMINO, EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL “JOSÉ MARÍA VELASCO IBARRA”- TENA PERIODO ABRIL A SEPTIEMBRE DEL 2013”.

Los portadores del presente pueden hacer uso del mismo en los trámites universitarios respectivos.

Atentamente,

Lcda. Maura Muñoz Naranjo

DIRECTORA

IV. ÍNDICE

I. DEDICATORIA.....	I
II. AGRADECIMIENTO.....	II
III. CERTIFICACIÓN DE LA DIRECTORA DE LA TESIS.....	III
IV. ÍNDICE.....	IV
V. ÍNDICE DE ANEXOS.....	VIII
1. TEMA.....	1
2. INTRODUCCIÓN.....	2
3. JUSTIFICACIÓN.....	3
4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	5
5. OBJETIVOS.....	6
4.1. OBJETIVO GENERAL:.....	6
4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	6
5. HIPÓTESIS.....	7
6. VARIABLES.....	8
7. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES.....	9
CAPÍTULO I.....	15
1.1. MARCO REFERENCIAL.....	15

1.1.1 HOSPITAL	15
1.1.2. GEOREFERENCIAL.....	16
1.1.3. MISIÓN.....	16
1.1.4. VISIÓN.....	17
1.1.5. NIVEL	17
1.1.6. OBJETIVOS ESTRATÉGICOS DEL HOSPITAL.....	18
1.1.7. COMUNIDADES DE MAYOR PUNTAJE QUE ACUDEN AL HOSPITAL JOSÉ MARÍA VELAZCO IBARRA	20
1.1.8. TEORÍA SITUACIONAL.....	24
1.2. MARCO LEGAL MATERNO INFANTIL	25
1.3. TEORÍA REFERENCIAL	26
1.4. FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA.....	28
1.4.1. EMBARAZO DESDE LA CONCEPCIÓN	28
1.4.2. RIESGO.....	29
1.4.3. FACTORES DE RIESGO MATERNOS QUE AFECTAN AL PESO BAJO	29
1.4.4. ACCESIBILIDAD	30
1.4.5. EDAD MATERNA	30
1.4.6. MULTIPARIDAD	33
1.4.7. INGRESO FAMILIAR	33

1.4.8. ETNIA	34
1.4.9. NIVEL DE INSTRUCCIÓN	36
1.4.10. HÁBITOS DURANTE EL EMBARAZO.....	36
1.4.11. DROGAS.....	38
1.4.12. TALLA	38
1.4.13. INTERVALO INTERGENÉSICO	39
1.4.14. PATOLOGÍA.....	40
1.4.15. PROBLEMAS DE SALUD DE LA MUJER EMBARAZADA	40
1.4.16. HIPERTENSIÓN ARTERIAL	41
1.4.17. DESNUTRICIÓN	41
1.4.18. INFECCIONES.....	42
1.4.18.1. INFECCIONES DURANTE EL EMBARAZO	42
1.4.19. PROBLEMAS CON LA PLACENTA	46
1.4.20. PESO DURANTE EL EMBARAZO.....	47
1.4.21. RECIÉN NACIDO.....	51
1.4.22. RECIÉN NACIDO ATERMINO.....	51
1.4.23. PESO	51
1.4.24. COMPLICACIONES DEL RECIÉN NACIDO CON BAJO PESO.....	52

1.4.25. RECIÉN NACIDO ATERMINO.....	60
1.4.26. ETAPAS	61
1.4.26.1. PERIODO DE CRECIMIENTO PRENATAL	61
1.4.27. PERIODOS BIOLÓGICOS DEL PESO DESDE LA CONCEPCIÓN HASTA LA MADUREZ.	62
1.4.28. PERIODO CRECIMIENTO FETAL FACTORES SOCIALES	63
1.4.29. COMO CLASIFICAR AL RECIÉN NACIDO SEGÚN PESO Y EDAD.....	64
CAPITULO II.....	67
2. DISEÑO METODOLÓGICO	67
2.1. TIPO DE ESTUDIO.....	67
2.1.2. POR EL NIVEL	67
2.1.3. POR EL LUGAR	67
2.2. TÉCNICA E INSTRUMENTO PARA LA OBTENCIÓN DE DATOS	68
2.3. DISEÑO POR LA DIMENSIÓN TEMPORAL.....	68
2.4. TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN	68
2.5. MÉTODOS	69
CAPITULO III	70
3.1. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	70
3.2. COMPROBACIÓN DE LA HIPÓTESIS	89

3.3. CONCLUSIONES	90
3.4. RECOMENDACIONES	91
CAPITULO V.....	92
4. PROPUESTA	92
4.1. INTRODUCCIÓN	93
4.2. JUSTIFICACIÓN	95
4.3. FUNDAMENTACIÓN BIBLIOGRÁFICA.....	96
4.3. SUSTENTACIÓN DE LA PROPUESTA	100
BIBLIOGRAFÍA	133
ANEXOS.....	137

V. ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO N. 1 ENCUESTAS Y GUÍA DE OBSERVACIÓN	138
ANEXO N. 2 GUÍA DE OBSERVACIÓN	143
ANEXO N. 3 FOTOS DE LA INVESTIGACIÓN	149
ANEXO N. 4 TRÍPTICO	155
ANEXO N. 5 CERTIFICADOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	157

1. TEMA

Factores de riesgos maternos relacionados con el peso bajo en los recién nacidos a término, en el servicio de Neonatología del Hospital “José María Velasco Ibarra-Tena” periodo Abril a Septiembre del 2013.

2. INTRODUCCIÓN

El bajo peso es un término que se utiliza en los recién nacidos cuyo peso al nacer es menor a 2500 gramos independientemente de su edad gestacional, constituye uno de los temas más importantes en el área de la salud materna perinatal, se considera como uno de los indicadores más significativos y bajo la misma perspectiva se considera eslabón primordial de morbi – mortalidad ocasionando una desnutrición en el primer año de vida lo cual conlleva a una disminución del desarrollo psicomotor, intelectual, problemas respiratorios y el déficit del sistema inmunológico que en algunas ocasiones llega a la muerte.

Así tenemos que para Latinoamérica y el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) destaca las siguientes cifras de Recién Nacido de Bajo Peso (RNBP) en el 2004; Haití 24.6%, Ecuador 16.1%, Perú el 12.2%, Venezuela 8.8%, Colombia el 8.7%, Brasil el 8.2%, Argentina el 7.3%, Chile 5.7%, Cuba 5.4%.¹

El peso bajo a nivel mundial se encuentra en 96% en el año 2008, del total de nacidos vivos con semanas de gestación entre 28 y 31, el 72,1% pesaron menos de 2.500 gramos, mientras que, el 27,9% pesaron 2.500 y más, entre 32 y 42 semanas de gestación, el 8,1% presentaron un peso menor a 2.500 gramos y el 91,9% presentaron un peso mayor o igual a 2.500 gramos, en la Provincia Napo, Cantón Tena en el Hospital José María Velazco Ibarra en el año 2010 se encuentra un 7.2% , mientras que en el 2011 a 2013 existen 230 casos de Recién Nacidos de Bajo Peso, dando un porcentaje 6.72%.²

Según la OMS constituye un problema de salud pública muy importante, pero en gran medida prevenible, es el factor más importante para determinar las probabilidades del recién nacido de sobrevivir y tener desarrollo y crecimiento sano de ahí esta relación conforma uno de los objetivos más importante en el control prenatal.

¹ www. Unicef. Org Indicadores de Bajo Peso al nacer 2004

² Herrera Alcázar V (2008) atención prenatal la Habana, editorial ciencias médicas.

3. JUSTIFICACIÓN

La estadística nacional de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2004 ha registrado un 16.1% de Recién Nacido de bajo peso (RNBP), mientras que en 2011 establece una prevalencia de 41.2%, un valor exorbitante y muy cuestionable, ya que sobrepasa la proyección estimada para el Ecuador esto constituye problema de Salud Pública ³

En los periodos 2011- 2012 y 2013 en el Hospital “José María Velasco Ibarra” tenemos un total de 3.418 nacidos vivos el mismo que representa el 100%, dividido en peso adecuado para la edad gestacional, peso elevado, bajo peso.⁴

Según los índices proporcionados por el servicio de Neonatología en el Hospital “José María Velasco Ibarra” se produce 230 RNAT de peso bajo equivalente al 6.72%, de los nacimientos ocurridos en 2011 al 2013.

El Ecuador en el marco del Plan Nacional del Buen Vivir (2009-2013), se planteó para el año 2013 disminuir en un 35% la mortalidad materna y neonatal precoz, reducir en 25% el embarazo en adolescentes y aumentar a un 70% la cobertura de parto institucional público, mediante la implementación del Plan Nacional de Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y Neonatal, y del Plan Nacional de Prevención de Embarazos en Adolescentes.⁵

Basándonos de este dato estadístico, consideremos un problema de Salud Pública ante el cual debemos tomar medidas necesarias, para tratar de disminuir la tasa de morbi-mortalidad de los neonatos.

Por este motivo resulta preocupante el crecimiento del recién nacido debido a que en varias

³ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2004-2011).

⁴ Hospital José María Velasco Ibarra (2013). Departamento de Estadística. Tena.

⁵ MSP (2013). Plan Nacional del Buen Vivir. Recuperado el 11 de Mayo del 2014, de <http://www.buenvivir.gob.ec/> Área de Salud .Ministerio de Salud Publica

ocasiones no alcanzan un peso adecuado fuera del vientre materno, ocasionando una desnutrición en el primer año de vida.

Esta investigación ayudara a identificar los factores de riesgo que inciden en las mujeres embarazadas de la población del Tena afectando el peso en el recién nacido a término, lo que genera gastos económicos y temor en el desarrollo de la población.

Además se ha confirmado que no existen estudios relacionados con el bajo peso del recién nacido a término. Por esta razón se justifica la realización de esta investigación, la misma que estará a cargo de las Internas de Enfermería de la Universidad Estatal de Bolívar.

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los factores maternos que influyen en el bajo peso al nacer en los recién nacidos a término en el Hospital “José María Velazco Ibarra”, en el Cantón Tena Provincia Napo, durante el periodo Abril a Septiembre del 2013?

5. OBJETIVOS

4.1. OBJETIVO GENERAL:

Relacionar los factores maternos en el peso bajo de los recién nacidos a término, en el servicio de Neonatología del Hospital “José María Velasco Ibarra”, periodo Abril a Septiembre del 2013.

4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar los factores maternos que inciden en el peso bajo de los recién nacidos a término en el servicio de Neonatología.
- Establecer las estrategias del Hospital ante los nacimientos de recién nacido de bajo peso a término.
- Elaborar una propuesta de aplicación de estrategias para las mujeres embarazadas.

5. HIPÓTESIS

Los factores maternos influyen en el bajo peso del Recién Nacido a término

6. VARIABLES

Variable Independiente

Factores de riesgo maternos

Variable Dependiente

Bajo peso del Recién Nacido a término.

7. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLES	CONCEPTO	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA
INDEPENDIENTE Factores de riesgo maternos	Es cualquier factor social, biológico, económico, demográfico al que está expuesta la mujer embarazada que aumenta la probabilidad de un recién nacido a término de peso bajo	Factores Socioeconómicos	Ingresos Etnia Edad Accesibilidad a la Unidad de Salud	50 -200 201- 350 351 – 400 401- 550 +550 Mestizo Nativo Mayor de 35 años Menor de 15 años Cerca Distante Muy distante

		Factor psicosociales	<p>Cómodo</p> <p>Difícultoso</p> <p>Ninguna</p> <p>Nivel de escolaridad</p> <p>Primaria completa</p> <p>Primaria incompleta.</p> <p>Secundaria completa</p> <p>Secundaria incompleta</p> <p>Talla</p> <p>Superior completa</p> <p>Superior incompleta</p> <p>Intervalo</p> <p>Intergenèsico</p> <p>Menor de 150cm</p> <p>Mayor de 151cm</p> <p>De 1 a 2 años.</p>
--	--	----------------------	---

		Factores biológicos	Control medico	2 a3 años 3 a 5 años 5 o mas
			Peso	Nivel óptimo 12 controles Ideal 7 controles Mínimo 5 controles
			Anemia	A la 10 semanas de gestación aumenta 0.65 kg, A las 20 semanas 4kg, A las 30 semanas 8.5 kg, Y a las 40 semanas 12.5kg.
			Estado nutricional	No presenta un

		Factores Ambientales	Fumar Beber alcohol Drogas	buen aumento de peso. Menor 11 g/dl
		Patologías Maternas	Presión Arterial	Según la OMS la ganancia ponderal es de 10 a 13 kg.
			Infecciones durante el embarazo	Si...No.... Nunca... A veces.....
				120/80

			Insuficiencia placentaria Desprendimiento de la placenta Placenta previa	140/90 90/60 Candidiasis Clamidia Infecciones urinarias Gonorrea Citomegalovirus SiNo.... SiNo.... SiNo....
--	--	--	--	---

CAPÍTULO I

1.1. MARCO REFERENCIAL

1.1.1 HOSPITAL

Lugar en el cual se atiende a los individuos que padecen una determinada enfermedad y que acuden a él con el objeto de recibir un diagnóstico y un posterior tratamiento para su afección.

HOSPITAL JOSÉ MARÍA VELASCO IBARRA DEL TENA

Reseña Histórica

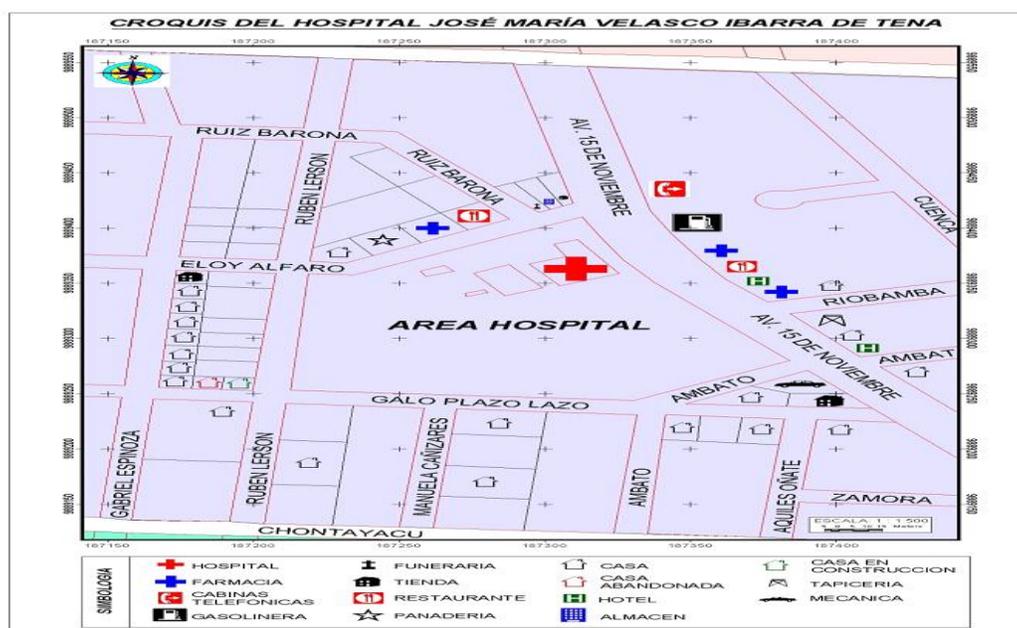


El Hospital “José María Velasco Ibarra” se localiza en la ciudad de Tena capital de la Provincia de Napo ubicada en la Región Amazónica conformada por estribaciones de la cordillera andina y la llanura Napo-Galeras. Lo típico de esta zona es su gran llanura selvática, cubierta de vegetación milenaria tupida, los bosques están formados por árboles de las más variadas especies con un clima templado húmedo y frío en las altas estribaciones de las cordilleras con una temperatura promedio de 25°C, con los siguiente límites: al norte por la Provincia de Sucumbíos, al sur por las provincias de Tungurahua y Pastaza, al este por la Provincia de Orellana, al Oeste por las Provincias de Pichincha y Cotopaxi.

En el año de 1950 se inicia la construcción del Hospital en Tena por la Dirección de Asistencia Pública Social de Quito; y el nombre se lo pone en homenaje al Presidente de la República de aquella época “José María Velasco Ibarra”.

Está ubicado dentro de la zona urbana de la ciudad, con fácil accesibilidad por encontrarse sobre una de las avenidas principales. Al norte: Calle Ambato, al sur: Calle Eloy Alfaro, al este: Calle Gabriel Espinosa, al oeste: Avenida 15 de Noviembre.

1.1.2. GEOREFERENCIAL



Fuente: Hospital José María Velasco Ibarra del Napo – Tena . Tomado de: <http://www.who.int/topics/hospitals/es/>

1.1.3. MISIÓN

Institución Pública de Servicio Social que provee atención de Salud con las cinco especialidades básicas; Medicina Interna, Ginecología - Obstetricia, Cirugía y Pediatría, Neonatología en donde disponemos de recurso humano calificado y tecnología adecuada;

promoviendo una atención integrada e integral de calidad, en busca de mejorar el estado de salud de la población en la Provincia de Napo.

1.1.4. VISIÓN

En el año 2013 seremos un hospital solidario y participativo, líder en el sector salud, dotado de infraestructura sanitaria adecuada. Dirigido por líderes con capacidad gerencial que basados en una cultura organizacional por procesos, aplican valores institucionales; tomando decisiones basados en un sistema de comunicación. Con un talento humano competitivo, motivado, en un constante mejoramiento de la calidad; respetando la interculturalidad y fomentando la participación ciudadana.

1.1.5. NIVEL

El Hospital está catalogado como Hospital provincial de segundo nivel, con una capacidad instalada para 120 camas que apoya con atención: Ambulatoria de mayor complejidad que el primer nivel de atención. Este Nivel está compuesto por las especialidades de: Internación hospitalaria (Pediatría, Gineco-obstetricia, Cirugía General y Medicina Interna, centro quirúrgico, Neonatología, Unidad de cuidados intensivos, emergencia laboratorios y rayos X, Farmacia; con apoyo de anestesiología, y servicios complementarios de diagnóstico y tratamiento)⁶

⁶ <http://www.who.int/topics/Hospitals/es- Hospital José María Velasco Ibarra.Napo - Tena />

1.1.6. OBJETIVOS ESTRATÉGICOS DEL HOSPITAL

- Diseñar el Plan de Control y Mejoramiento de la Calidad del Hospital para la satisfacción del cliente interno y externo del Hospital.
- Implementar la estructura por procesos en base a perfiles y competencias basadas en el modelo de gestión de recurso humano del Hospital José María Velasco Ibarra, a fin de lograr la calidad de los procesos, incorporando el trabajo en equipo.
- Elaborar e implementar las guías clínicas y protocolos de atención basadas en la evidencia para determinar el control de la calidad.
- Disponer un Plan de Capacitación permanente y continuo encaminado a perfeccionar el talento humano del Hospital “José María Velasco Ibarra”, a fin de elevar el nivel competitivo y resolutivo, generando satisfacción y motivación de todo el personal involucrado.
- Crear un Sistema de Comunicación Interna y Externa el mismo que servirá como un instrumento para conocer las distintas necesidades de comunicación e información que tiene el cliente dentro de la organización convirtiéndose como eje central del paciente en toda la actuación cotidiana.
- Crear una Unidad de Seguridad y Salud Laboral, la misma que permitirá establecer los lineamientos para desarrollar y promover los Servicios Preventivos de Seguridad y Salud en el “Hospital José María Velasco Ibarra” garantizando la protección de las personas, los bienes, valores, y el normal funcionamiento de los servicios.⁷

⁷ Hospital José María Velasco Ibarra del Napo (2013). Plan Estratégico del Hospital.

ÁREA DE AFLUENCIA DEL HOSPITAL “JOSÉ MARÍA VELASCO IBARRA”

Orden	Comunidades	Población total	Total de mujeres embarazadas durante el periodo enero a septiembre del 2013
1	CENTRO URBANO TENA	7.856	80
2	PAUSHIYACU	11.723	89
3	CENTRO SATELITAL	7044	72
4	ALLYKAWSAY	1331	56
5	MUYUNA	4663	70
6	AHUANO	4261	98
7	PUNI BUCANA	1091	54
8	CHONTA PUNTA	2821	38
9	ÑUCANCHILLACTA	1091	27
10	MONDAÑA	1732	76
11	PUERTO RICO	770	67
12	PANO	1336	86
13	MISAHUALLI	4918	100
14	PUERTO NAPO	3826	96
15	ATAHUALPA	1348	85
16	TALAG	1354	130
17	SHANDIA	1302	40
18	CARLOS JULIO AROSEMENA TOLA	3454	89
19	ARCHIDONA	9825	153
20	AMUPAKIN	1443	68
21	COTUNDO	4026	57
22	SARDINAS K 18	1955	55
23	M. JONDACHE	1044	30
24	WUAWUA SUMACO	1050	28
25	SAN PABLO DE USHPAYACU	4727	49
	TOTAL	85991	1825

Fuente: Estadística del Hospital “José María Velasco Ibarra” Enero a septiembre. Tena, 2013.

1.1.7. COMUNIDADES DE MAYOR PUNTAJE QUE ACUDEN AL HOSPITAL JOSÉ MARÍA VELAZCO IBARRA

RESEÑA HISTÓRICA

<p>ARCHIDONA</p> <p>Ciudad legendaria de la Amazonía, fundada por los españoles el 21 de Abril de 1560, cuenta con un Centro de Salud que fue creada en agosto de 1966 brindando una atención de calidad a toda la población.</p>	<p>LIMITES Norte: Cantón Quijos</p> <p>Sur: El Tena</p> <p>Este: Orellana</p> <p>Oeste: Provincias Pichincha y Cotopaxi.</p> <p>Superficie: 3028,1 Km²,</p> <p>Habitantes: 24.969</p> <p>12.633Hombres 12.336 Mujeres</p>	<p>Conformado por un equipo de salud como:</p> <p>Médico</p> <p>Odontólogo Enfermera</p> <p>Auxiliar de enfermería</p> <p>Estadístico</p> <p>Auxiliar de farmacia</p> <p>Laboratorio</p>	<p>En el año 67 mujeres se embarazan, 36 realizan 5 controles mensuales,17 entre 7 y 8 controles</p> <p>10 acuden al último control solo para las referencias al Hospital</p> <p>6 no acuden a los controles su parto es en domicilio con parteras debido a sus costumbres.</p> <p>ALIMENTACION Tanto indígenas como mestizas se alimenta de comida de la zona.</p>
--	---	---	--

<p>MISAHUALLI</p> <p>Creada el 1 de mayo de 1967.</p> <p>Cuenta con un Sub-Centro de Salud con un área de 378,75 m² que se encuentra ubicado en la cabecera parroquial.</p>	<p>LIMITES</p> <p>Norte: Cantón Archidona, Parroquia San Pablo</p> <p>Sur: Parroquia Puerto Napo</p> <p>Este: Parroquia Ahuano</p> <p>Oeste: Parroquias Puerto Napo y Tena</p> <p>Habitantes 5.127</p> <p>2.569 Hombres 2.558 Mujeres</p>	<p>Dispone del siguiente personal:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Médico - Odontólogo - Enfermera -Auxiliar de enfermería. 	<p>En el año 62 mujeres se embarazan</p> <p>31 acuden a 5 controles mensuales, 8 entre los 7 y 8 controles mensuales 5 mujeres al momento del parto</p> <p>10 embarazadas no acuden a los controles, su parto es en domicilio con parteras de acuerdo a sus costumbres.</p> <p>Su alimentación es chicha, loco de pescado, carne de monte entre otras comidas de la zona.</p>
<p>TALAG</p> <p>Fue fundada el 9 de junio de 1950, cuenta con un Sub-Centro de Salud de tipo A, con todos los recursos</p>	<p>Límites:</p> <p>Norte: Parroquia Panó</p> <p>Sur: Cantón Arosemena Tola</p>	<p>Dispone del siguiente personal:</p> <p>Obstetriz Odontólogo</p>	<p>Durante el año 53 mujeres embarazan 17 mujeres acuden de 5 a 7 controles 12 realizan de 2 a 3 controles</p>

<p>para satisfacer las necesidades primarias de la población,</p>	<p>Este: Cordillera de Llanganates y cantón Salcedo</p> <p>Oeste: Parroquia Puerto Napo</p> <p>Habitantes: 2.768</p> <p>Hombres1.283 Mujeres 1.485</p>	<p>Enfermería</p> <p>TAPS</p> <p>Estadística,</p> <p>Aux. de farmacia.</p>	<p>9 llegan el último mes para su labor de parto si presentan alguna complicación son enviadas al Hospital de Tena.</p> <p>8 mujeres no acuden a los controles y sus partos son en sus casas y son atendidas por partera.</p> <p>Su alimentación es de yuca con pescado sin sal, plátanos, carne de monte, chicha agua de guayusa y chonta.</p>
<p>AHUANO</p> <p>Fue fundado en el año 1875</p> <p>Cuenta con un Centro de Salud que se encuentra ubicado en la cabecera parroquial</p>	<p>LIMITES</p> <p>Norte: Parroquia Misahuallí, Cantón Archidona, Chontapunta</p> <p>Sur: Pastaza</p>	<p>Dispone del siguiente personal:</p> <p>Médico</p> <p>Odontólogo</p> <p>Enfermera</p>	<p>Centro de Ahuano se atienden 49 mujeres embarazadas, las mismas 13 mujeres llegan de 5 a controles.</p> <p>11 entre 2 a 3 controles</p> <p>14 se controlan el último mes para que se les envié de referencia al</p>

	<p>Este: Chontapunta</p> <p>Oeste: Parroquias Misahuallí, Puerto Napo</p> <p>Habitantes 4261</p> <p>Hombres 2.126 Mujeres 2.135</p>	<p>Obstetriz</p> <p>Auxiliares de enfermería</p> <p>Laboratorista</p> <p>TAPS</p>	<p>Hospital del Tena para su parto,</p> <p>11 mujeres no acuden a los controles por temor y sus creencias y su parto lo realizan en sus casas por partera.</p> <p>Se alimentación con productos de la misma zona.</p>
--	--	---	---

Fuente: Gobierno Autónomo Descentralizado Municipal del Cantón Tena (2013)

1.1.8. TEORÍA SITUACIONAL

Según las estadísticas de los recién nacidos vivos a término con bajo peso y peso adecuado en el Hospital “José María Velazco Ibarra” en el periodo 2011-2012-2013

Mediante la revisión de las Historias Clínicas del Hospital “José María Velazco Ibarra” hemos observado que durante el año 2011 existen 95 recién nacidos a término con bajo peso y 1182 recién nacidos peso adecuado a la edad gestacional con un total de 1.277.

En el año 2012 según la revisión existen 98 recién nacidos a término con bajo peso, y 1327 recién nacidos con peso adecuando para la edad gestacional con un total de 1425.

Mientras que el año 2013 de enero a junio existen 37 recién nacidos a termino con peso bajo, y 679 recién nacidos con peso adecuado para la edad gestacional con un total de 716.

Años	Recién nacido a término con peso bajo	Recién Nacido peso con adecuando a la edad gestacional	Total nacidos vivos
2011	95	1182	1.277
2012	98	1327	1.425
2013	37	679	716
Enero a Junio			
Total	230	3188	3418

Fuente: Estadística del Hospital “José María Velazco Ibarra” Enero a septiembre. Tena, 2013.

1.2. MARCO LEGAL MATERNO INFANTIL

Sección

De la salud

ART. 6: numeral 2 de la Ley Orgánica de Salud establecer como responsabilidad del Ministerio de Salud Pública “ejercer la rectoría del Sistema Nacional de Salud” y en el número 6 ” Formula e implementar políticas, programas y acciones de promoción, prevención y atención integral de salud sexual y salud reproductiva de acuerdo al ciclo de vida que permitan la vigencia, y declarar la obligatoriedad de su atención en los términos y condiciones que la realidad epidemiológica nacional y local requiera”;

Código de la Niñez y la Adolescencia establece en el capítulo 2 sobre los derechos de supervivencia.

Art. 25: “El poder público y las instituciones de salud y asistencia a niños, niñas y adolescentes crearan las condiciones de salud y asistencia a niños, niñas y adolescentes, crearan las condiciones adecuadas para la atención durante el embarazo y el parto a favor de la madre y del niño o niña, especialmente tratándose de madres adolescentes, y de niños o niñas con peso inferior a 2500gramos”;

El Plan Nacional de Desarrollo del Ecuador 2007- 2010, establece como metas para el sector salud hasta el año 2010, reducir en 25% la mortalidad de la niñez, reducir en 25% la mortalidad infantil, reducir en 35% la mortalidad neonatal precoz, reducir en 30% la mortalidad materna, reducir en 25% el embarazo adolescentes, y mejorar la calidad y calidez de los servicios de salud;

Con Acuerdo Ministerial no. 0000253 de 11 de agosto del 2005, se declara al Plan Nacional de la Reducción de la Mortalidad Materna, como prioridad en la Agenda Pública Nacional;

Art. 42.- El Estado garantizará el derecho a la salud, su promoción y protección, por medio del desarrollo de la seguridad alimentaria, la provisión de agua potable y saneamiento

básico, el fomento de ambientes saludables en lo familiar, laboral y comunitario, y la posibilidad de acceso permanente e ininterrumpido a servicios de salud, conforme a los principios de equidad, universalidad, solidaridad, calidad y eficiencia.

Art. 43.- Los programas y acciones de Salud Pública serán gratuitas para todos. Los servicios públicos de atención médica, lo serán para las personas que los necesiten. Por ningún motivo se negará la atención de emergencia en los establecimientos públicos o privados.

El Estado promoverá la cultura por la salud y la vida, con énfasis en la educación alimentaria y nutricional de madres y niños, y en la salud sexual y reproductiva, mediante la participación de la sociedad y la colaboración de los medios de comunicación social.

Adoptará programas tendientes a eliminar el alcoholismo y otras toxicomanías.

Art. 45.- El Estado organizará un sistema nacional de salud, que se integrará con las entidades públicas, autónomas, privadas y comunitarias del sector. Funcionará de manera descentralizada, desconcentrada y participativa.⁸

1.3. TEORÍA REFERENCIAL

Estas referencias bibliográficas son tomadas como guía para la realización de nuestro tema de investigación las mismas que fueron realizadas en distintos lugares y diferentes años, tomando en cuenta que los temas están enfocadas en factores de riesgo maternos y Recién Nacidos de bajo peso esto nos sirvió como una ayuda para la elaboración de nuestra Tesis.

⁸ MINISTERIO DE SALUD PUBLICA (2008) Componentes Normativo Materno Neonatal. Quito.

**Universidad Central Del Ecuador Facultad De Ciencias Médicas Instituto Superior
De Postgrado Postgrado De Pediatría**

Tema:

Factores De Riesgo Perinatales Para Peso Bajo En Recién Nacidos A Terminó Del Hospital
Gineco–Obstétrico Isidro Ayora, Quito 2012”

Autores:

Dr. Daniel Leonardo Cruz Montesinos

Dra. Mery Maribel Llivicura Molina

Año 2012

Universidad Técnica particular de Loja Escuela de Posgrados de Medicina

Diplomado Superior en Gerencia y Calidad en Servicios de Salud.

Tema: Factores de Riesgos Maternos Asociados a Bajo peso en los Recién Nacidos a
Término de la Maternidad de Carapungo. Mayo de 2010 a Mayo 2011.

Autoras:

Liliana de los Ángeles Arce Miño.

Mónica Fernanda Jiménez Loayza

Patricia Marcela Ospina Calderón

Centro universitario: UTPL-Quito Ecuador 2011

Universidad Técnica del Norte Facultad Ciencias de la Salud

Escuela de Enfermería

Ibarra-Ecuador

Tema:

“Factores de riesgo que inciden en el bajo peso al nacer de los Recién Nacidos atendidos en el Centro Obstétrico del Hospital San Luis de Otavalo en el periodo enero a julio 2012”

Autor:

Fabián Ricardo Araguillín Barrera

Director de tesis:

Lcda. Mercedes Cruz

1.4. FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA

1.4.1. EMBARAZO DESDE LA CONCEPCIÓN

También conocida como fecundación o fertilización, es la fusión de gametos para producir un nuevo organismo de la misma especie, el proceso implica un espermatozoide y un óvulo, cuya fusión finalmente conduce al desarrollo de un embrión. Todo el proceso de desarrollo de nuevos individuos se llama procreación o reproducción.

En el ser humano, la concepción o fertilización se produce en las trompas de Falopio. Constituye la penetración del óvulo por parte del espermatozoide, logrando de esta manera, la fusión del material genético de ambos.

El semen contiene millones de espermatozoides, los cuales inician una carrera en la vagina de la mujer para alcanzar el óvulo maduro. Esto puede suceder precisamente en el período que se llama ovulación. Cuando el óvulo está maduro, es expulsado por el ovario, y emprende un viaje por las trompas de Falopio, hacia el útero. Es en este recorrido que puede ser fecundado por un espermatozoide y entonces producirse la concepción.

1.4.2. RIESGO

Riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión. Entre los factores de riesgo más importantes cabe citar la insuficiencia ponderal, las prácticas sexuales de riesgo, la hipertensión, el consumo de tabaco y alcohol, el agua insalubre, las deficiencias del saneamiento y la falta de higiene.⁹

1.4.3. FACTORES DE RIESGO MATERNOS QUE AFECTAN AL PESO BAJO EN EL RECIÉN NACIDO

Factores Socioeconómicos

Como los bajos ingresos y la falta de educación también tienen relación con el incremento del riesgo de tener un bebé de peso demasiado bajo, Aparentemente, a veces este incremento puede atribuirse a la infección bacteriana del aparato reproductivo. Las madres

⁹ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2008). Factores de riesgo. Recuperado el 12 de NOVIEMBRE del 2013, de http://www.who.int/topics/risk_factors/es

con bajos ingresos puede que no sean capaces de afrontar los costos de una nutrición y un seguimiento médico adecuados.

1.4.4. ACCESIBILIDAD

Aquellas características del urbanismo, de la edificación, del transporte o de los medios y sistemas de comunicación que le permiten a cualquier persona su utilización y disfrute de manera autónoma, con independencia de su condición física, psíquica o sensorial.¹⁰

Es indispensable la accesibilidad

El acceso a la atención médica, o la falta de dicho acceso, tiene consecuencias importantes sobre la morbilidad y la mortalidad ya que los residentes de los alrededores del Cantón Tena viven a distancias lejanas lo que no les permite tener estilos de vida saludables y mejorar el estado de salud y bienestar de la población para prevenir enfermedades, lesiones e incapacidad y problemas mayores a futuro.¹¹

1.4.5. EDAD MATERNA

Embarazos < 15 años

La edad materna, es un factor biológico asociado con bajo peso al nacer. A menor edad en la mujer mayor probabilidad de un neonato prematuro o de bajo peso. La inmadurez biológica, anatómica, funcional y ginecológica, puede explicar estos resultados adversos.

¹⁰ ESCUELA ANDALUZA DE SALUD PÚBLICA (2010). Resultados y Calidad del Sistema Sanitario Público. Recuperado el 16 de Abril del 2014, de <http://www.calidadsaludandalucia.com/es/accesibilidad.html>

¹¹ MEDICUS MUNDI (2010). Salud integral incluyente. Recuperado el 17 de Marzo del 2014, de <http://www.saludintegralincluyente.com/proyecto/enfoques/derecho-a-la-salud.html>

Se calcula que cada año fallecen 70.000 adolescentes de países en vías de desarrollo como consecuencia del embarazo y el parto. Un millón de hijos de madres adolescentes mueren antes de cumplir un año de edad.

El embarazo adolescente, debe ser considerado de alto riesgo, ya que este grupo presenta más episodios de eclampsia, parto pretérmino, ruptura prematura de membranas, bajo peso al nacer, prematuridad, complicaciones postparto e infecciones de herida quirúrgica (cesárea).

El inicio de un embarazo en una adolescente, marca la línea de partida de una competencia entre binomio madre-hijo, ya que dos organismos en crecimiento y desarrollo luchan entre sí por obtener mayor y mejores nutrientes.

Las madres adolescentes corren mayor riesgo ya que sus órganos no están totalmente desarrollados. Esto puede derivar en problemas respiratorios, como el síndrome de dificultad respiratoria, hemorragias cerebrales, pérdida de la vista, Los bebés de muy bajo peso al nacer tienen casi 100 veces más probabilidades de morir durante su primer año de vida.¹²

Embarazo de 16 años

Es aquel embarazo que se produce en una mujer adolescente; entre la adolescencia inicial o pubertad comienzo de la edad fértil y el final de la adolescencia, El embarazo en una mujer adolescente puede llegar a término, produciéndose el nacimiento, o interrumpirse por aborto, ya sea éste espontáneo o inducido.

La Organización Mundial de Salud (OMS) considera el embarazo adolescente un problema culturalmente complejo, alienta a retrasar la maternidad y el matrimonio para evitar los altos índices de mortalidad materna y mortalidad de recién nacidos así como otras

¹² IRENE OLMOS BUSTOS (2012). Embarazo de Adolescentes Recuperado el 17 de Marzo del 2014, de <http://adolescentesembarazadas.wordpress.com/embarazo-en-adolescentes/>

complicaciones sanitarias, parto prematuro, bajo peso, hipertensión arterial, anemia, asociadas al embarazo en jóvenes adolescentes.

Complicaciones

Entre las consecuencias más graves está el riesgo de muerte, entre 2 y 5 veces mayor que en los embarazos de mujeres de 20 a 30 años. En embarazos en jóvenes de bajos recursos existe más alto riesgo

En embarazo adolescente es traumático en la mayoría de los casos, por el lógico conflicto que se establece entre ser madre o padre y al mismo tiempo continuar siendo hijo que necesita contención,

Provoca el abandono de la escolaridad, ya que cuando las jóvenes quedan embarazadas deben asumir responsabilidades tempranamente que, por lo general, no pueden compartir con los estudios, o se les dificulta notablemente por lo que optan por tener a sus bebés y abandonar la escuela.¹³

Embarazos de 30 a 34 años de edad

Comienzan a experimentar una disminución en su fertilidad, No es raro que a una mujer en la mitad de su tercera década de vida le lleve más tiempo concebir que a una mujer joven.

La disminución de la fertilidad que se produce con la edad puede atribuirse, en parte, a una menor frecuencia de la ovulación o a problemas tales como la endometriosis, por la cual tejidos similares al que recubre el útero se adhieren a los ovarios o los trompas de Falopio e interfieren con la concepción.¹⁴

¹³ JAIME ALBEIRO LOPEZ OVALLE (2012). Embarazo En Adolescentes Recuperado el 20 de Marzo del 2014, de <http://es.scribd.com/doc/249034/EMBARAZO-EN-ADOLESCENTES>

¹⁴ VASQUEZ LUIS (2011). Etapas del Embarazo. Recuperado el 22 de Abril del 2014, de <http://www.bebescr.com/embarazo/emba0002.shtml>

Embarazos > 35 años

Disminuye la fertilidad en las mujeres de más de 35 años se debe a que tienden a ovular (librar un óvulo de los ovarios) con menor frecuencia que las mujeres más jóvenes.

También interfieren con la concepción ciertos problemas de salud que son más comunes después de esta edad, como la endometriosis (que ocasiona que los tejidos se adhieran a los ovarios o a las trompas de Falopio), la obstrucción de las trompas de Falopio y por ende a que el recién nacido tenga un bajo peso y desarrolle una serie de complicaciones.

1.4.6. MULTIPARIDAD

El número de gestas puede ser otro factor predisponente para el bajo peso al nacer ya que después de cada parto el útero va desgastándose por lo cual el nuevo feto no tendrá los mismos beneficios que el primero.

En cuanto a los antecedentes de haber tenido RNBP previos, se ha demostrado que aumenta en casi 5 veces las probabilidades de tener un recién nacido igual.

Se ha identificado por algunos autores como factor de riesgo los antecedentes de partos de niños con bajo peso en abuelas o madres de las embarazadas cuyo producto de la concepción también ha tenido un peso por debajo de los 2 500 g al nacer.

1.4.7. INGRESO FAMILIAR

El ingreso familiar es la suma de todos los sueldos, salarios, ganancias, pagos de interés, alquiler, transferencias y otras formas de ingreso de una familia en un período determinado se definen como el total de ingresos de todos los miembros de un hogar.

Como afecta el ingreso familiar en la mujer embarazada

El déficit de recursos económicos en la familia puede con llevar a que la mujer embarazada no tenga una alimentación apropiada durante su gestación lo que puede tener complicaciones como: aborto espontaneo, parto prematuro, malformaciones congénitas, menor peso de nacimiento y mayor probabilidad del niño, de enfermarse y morir en el momento de nacer o en los primeros días después del nacimiento.¹⁵

1.4.8. ETNIA

Una etnia (del griego clásico ethnos, pueblo, nación) es un conjunto de personas que comparten rasgos culturales, idioma, religión, celebración de ciertas festividades, expresiones artísticas (como música), vestimenta, nexos históricos, tipo de alimentación, y, muchas veces, un territorio.

Según Weigel y Caíza, en el estudio “Disparidad étnico racial en el resultado de crecimiento fetal, en recién nacidos ecuatorianos” (2012), determinaron que existe disparidad entre los grupos étnicos afroamericano, nativo y mestizo. El grupo minoritario afroamericano, tiene mayor probabilidad de presentar microcefalia en comparación a los mestizos. El peso bajo al nacimiento era estadísticamente mayor en la etnia mestiza.

Diferencias entre etnia y raza

Etnia

Hace referencia a los aspectos culturales de un pueblo, los cuales se encuentran sumamente ligados a una historia; la raza engloba los rasgos físicos y biológicos que son representativos del mismo.

En una etnia confluyen una serie de prácticas culturales, lingüísticas, religiosas y de comportamiento enmarcadas en una estructura social, política.

¹⁵ ELIJÚ PATIÑO S. (2013). La Nutrición De La Mujer Embarazada. Recuperado el 2 de Agosto del 2013, de http://fundacionbengoa.org/informacion_nutricion/nutricion-mujer-embarazada.asp

Raza

Es una subdivisión que se hace dentro de una especie y que sirve para identificar con claridad los grupos que claramente se diferencian del resto por contar con una serie de características. Los individuos que pertenecen a una misma etnia comparten una ascendencia común. En general sienten una unión con el resto que forman parte de la misma que los lleva a unirse entre sí para vivir ya sea en el mismo territorio donde la etnia tiene el poder de predominio, como en aquellos lugares donde son minoría.

Etnias prevalentes en las mujeres embarazadas

Mestizo

Se define la mezcla entre español e indio, la de mulato o mezcla entre negro y español, una infinita cantidad de categorías intermedias para definir grados sutiles de mezclas. Estos grupos étnicos y las otras mezclas son englobados bajo el concepto de especies, término que en realidad incluía a todos los que no fueran españoles o indios. Iniciado desde el primer momento del contacto, el mestizaje hispano-indígena se ha atribuido a una serie de factores románticos, en particular a la falta de prejuicios raciales de los españoles, supuestamente muy diferentes en eso de los ingleses.¹⁶

Nativo

Se caracteriza por su baja estatura, su cuerpo robusto, el hombre es muy fuerte y duro para trabajar, tienen un gran aguante. La mujer también de estatura pequeña, más bien es delgada y también de gran resistencia para el trabajo, sobre todo agrícola que lo desarrolla junto a su marido. Los nativos, de la amazonia, son de tez trigueña, de recia contextura, de cabello lacio y normalmente sin barba.

¹⁶ GUARDERAS JOSÉ (2011). Indígenas y Mestizos. Recuperado el 23 de Abril del 2014, de <https://sites.google.com/site/monografiaindigenasymontubios>

1.4.9. NIVEL DE INSTRUCCIÓN

Las posibilidades alimentarias de una población, familia o de una comunidad también se relacionan con el modo en que se aprovechan o utilizan los propios recursos y capacidades, es por ello que la falta de información o la información errónea y confusa influyen notablemente sobre los hábitos dietéticos de una población.

Todo esto demuestra que el grado de instrucción, puede tener un rol como causa indirecta en la existencia de los problemas alimentarios.

Según la investigación las madres analfabetas o con instrucción primaria tienen mayor riesgo de que su niño tenga bajo peso al nacer.

La mayor escolaridad influye en el conocimiento de la mujer acerca de la necesidad de cuidados prenatales y alimentación adecuada, el mejor nivel educativo de los padres seguramente permite una mejor situación económica, estabilidad matrimonial y mejor atención prenatal.

1.4.10. HÁBITOS DURANTE EL EMBARAZO

TABACO

Es un producto vegetal que se obtiene de la planta de nicotina, una sustancia tóxica que inhalando el humo produce fuerte adicción, ésta estimula la sensación de satisfacción y bienestar en el cerebro y proporciona euforia al individuo.

Consecuencias por fumar durante el embarazo

Los bebés de las mujeres que fuman durante el embarazo tienen un mayor riesgo de nacer prematuros y con bajo peso y de padecer el síndrome de muerte súbita del bebé. Estas mujeres también tienen un mayor riesgo de tener complicaciones durante el embarazo, incluidos problemas en la placenta.

El tabaquismo, ha sido implicado en un gran número de patologías obstétricas, neonatales del crecimiento y desarrollo. Los datos de países desarrollados, muestran una tendencia al descenso en los últimos años (20-30%), pero la edad de inicio del hábito de fumar es cada vez menor.

En estos países, la prevalencia en las mujeres embarazadas varía con la edad, las mujeres mayores de 30 años son las que menos fuman, en cambio las más fumadoras se encuentran en el rango de 15 a 24 años, abandonando este hábito durante el embarazo entre el 20-40% de las fumadoras.

ALCOHOL

Es un líquido incoloro e inflamable, de olor fuerte, que se obtiene por la destilación del vino o de otros licores, también Se obtiene por destilación de productos de fermentación.

Consecuencias por el uso de Alcohol durante el embarazo

Las consecuencias del consumo de sustancias tóxicas han sido observadas en la placenta, en el embrión y feto. Entre las más frecuentes se ha destacado el bajo peso al nacer, parto pre término y restricción del crecimiento intrauterino. Existe una amplia gama de alteraciones vinculadas al consumo de alcohol, entre ellas cabe destacar las alteraciones neurológicas, el efecto teratogénico, entre otras.

El daño producido por el alcohol sobre las neuronas se produce en todo el embarazo, no sólo durante el primer trimestre, siendo la primera causa de retardo mental 100% prevenible.¹⁷

¹⁷ DEFINICIÓN DE (2010). Definición De Alcohol. Recuperado el 1 de Mayo del 2014, de <http://definicion.de/alcohol/#ixzz301E23giK>

1.4.11. DROGAS.

Es sustancias naturales o sintéticas, que introducida en un ser vivo, por cualquier vía es capaz de modificar una o más funciones del organismo relacionadas con su conducta, comportamiento, juicio, percepción o estado de ánimo.

Consecuencias por el uso de Drogas durante el embarazo

Las mujeres que consumen drogas, como la cocaína conjunto con el alcohol durante el embarazo, pueden aumentar sus probabilidades de tener, parto prematuro y mayor riesgo de nacer un bebe prematuros y con bajo peso, el consumo de drogas durante la gestación puede retrasar el crecimiento del bebé en la matriz y causar defectos, problemas para la madre y el niño, no solamente durante el periodo embrionario y fetal, sino también durante el resto de sus vidas con alteraciones en los procesos de aprendizaje y conductuales.¹⁸

1.4.12. TALLA

Es una medida de la estatura de una persona, medida desde la planta del pie hasta el vértice de la cabeza.

Talla normal

La talla normal depende de la estatura de la familia, la estatura de la mujer gestante puede estar dentro de 1.65 a los 1.80centímetros.

Talla baja

¹⁸ RIOJA SALUD (2011). Qué Son Las Drogas. Recuperado el 2 de Julio del 2013, de <http://www.infodrogas.org/inf-drogas/ique-son-las-drogas>

La estatura baja está relacionada con la deficiencia de la hormona del crecimiento.

Las mujeres con talla materna baja (<150 cm.) en estado de gestación presentan una pelvis reducida en sus diámetros obstétricos por lo que tienen mayor incidencia de parto por cesárea y puede ser considerada como factor de riesgo además a que su bebe nazca con un bajo peso.¹⁹

1.4.13. INTERVALO INTERGENÉSICO

El período intergenésico, se define como el espacio de tiempo que existe entre la culminación de un embarazo y la concepción del siguiente embarazo.

Complicaciones

En las pacientes multíparas, el riesgo de presentar complicaciones tales como labor de parto pre término, trastorno hipertensivo del embarazo, óbito, diabetes gestacional, sufrimiento fetal agudo y bajo peso al nacer aumenta a razón de un intervalo intergenésico < 24 o > 60 meses, independientemente de otras variables como la edad¹⁻³. Un intervalo intergenésico < 24 meses se ha asociado con una evolución perinatal adversa.

Con relación a preeclampsia-eclampsia se conocen factores de riesgo como edad y primiparidad, entre otros sin embargo, un período intergenésico de más de 10 años se comporta igual que una nulípara, generando 3 veces más riesgo de tener preeclampsia, entre otras complicaciones.

¹⁹ MÉDICOS CUBANO (2012). Definición de Talla. Recuperado el 2 de Mayo del 2014, de http://www.medicoscubanos.com/diccionario_medico.aspx?q=talla

1.4.14. PATOLOGÍA

Es aquella enfermedad o dolencia que padece una persona en un momento determinado y por otro lado el que dice que la patología es aquella parte de la medicina que se ocupa del estudio de las enfermedades y del conjunto de sus síntomas.²⁰

1.4.15. PROBLEMAS DE SALUD DE LA MUJER EMBARAZADA

Anemia en la gestación

Disminuye la masa de hemoglobina en el período de gestación; se considera anemia cuando el nivel de hemoglobina en el primer y tercer trimestre es menor a 11 gr% y cuando éste es inferior a 10,5 gr%, la anemia surge por las insuficientes cantidades de hierro, megaloblástica por falta de vitamina lo que hace que el recién nacido nazca con un peso bajo.

Durante el embarazo es la deficiencia de hierro que lleva a la disminución de los niveles de hemoglobina por debajo de 11 g/dl en el primer y tercer trimestre y de 10,5 g/dl en el segundo trimestre.

Clasificación de la anemia:

Valor normal de la hemoglobina 13g/dl a 15g/dl

Anemia leve de 10,1 a 10.9 g/dl

Anemia Moderada 7,1 – 10,0 g/dl

Anemia grave menos de 7g/dl

²⁰ DEFINICIÓN ABC (2013). Definición de Patología. Recuperado el 12 de Febrero del 2014, de <http://www.definicionabc.com/salud/patologia.php#ixzz2jJabfDoz>

Limitado consumo de minerales y vitaminas

El consumo de minerales y vitaminas ayuda a que los recién nacido obtenga energía obtengan un crecimiento y desarrollo con normalidad ya que estos minerales y vitaminas ayudan a reparar y a mantener las células y los tejidos, la carencias de estos presentar generar graves complicaciones.

1.4.16. HIPERTENSIÓN ARTERIAL

La complicación más probable de la preeclampsia es la eclampsia, definida por la aparición de convulsiones o estado de coma al final del embarazo o en el puerperio inmediato con hipertensión arterial, edema y proteinuria. La preeclampsia-eclampsia, es un problema de Salud Pública que aumenta las enfermedades maternas durante el embarazo, la proporción de neonatos prematuros y de bajo peso al nacer, la morbilidad, mortalidad y el gasto generado por la atención medica de la madre y su hijo

Puede causar que los recién nacidos carezcan del peso adecuado o nazcan prematuramente. En los casos más graves puede desarrollar preeclampsia, un aumento repentino de la presión arterial después de la semana 20 del embarazo. Esto puede implicar un riesgo tanto para la vida de la madre, como la del bebé.

1.4.17. DESNUTRICIÓN

La desnutrición se define como la falta de suficientes nutrientes, que son esenciales para el funcionamiento normal del cuerpo. Con el tiempo, que afecta a los órganos del cuerpo y los resultados de leves a graves problemas de salud. Desde el momento en que la mujer concibe, ella tiene la responsabilidad de seguir una dieta saludable en grandes cantidades para apoyar el crecimiento de toda una vida dentro de su vientre.

Efectos de la desnutrición durante la gestación

Si una mujer embarazada está desnutrida, es comprensible que el bebé en el vientre de la madre no recibe los nutrientes suficientes. En otras palabras, los nutrientes y minerales traza esenciales para el desarrollo de una vida entera no se proporcionan en cantidades suficientes. Como consecuencia, el bebé exhibirá tasa de crecimiento pobre y bajo peso. Los efectos generales de la desnutrición en el cuerpo son la debilidad del sistema inmunológico, un mayor riesgo a las enfermedades, el nivel de resistencia baja y menor altura.

Algunos de los efectos de la malnutrición durante el embarazo, se realizan por el niño a través de la vida entera. Un bebé desnutrido es propenso a las infecciones, retrasos en el crecimiento, menos coordinación, mala visión, dificultad para aprender y muchas otras enfermedades.

Los efectos de la malnutrición sobre el desarrollo infantil se atribuyen a la falta de nutrientes durante el embarazo y también durante el período de lactancia²¹

1.4.18. INFECCIONES

Ciertas infecciones, en particular las del útero, pueden aumentar sus probabilidades de tener un bebé prematuro.

1.4.18.1. INFECCIONES DURANTE EL EMBARAZO

Candidiasis

²¹ SALUD Y BIENESTAR (2013). Efectos de la desnutrición durante el embarazo. . Recuperado el 22 de Marzo del 2014, de <http://lasaludi.info/efectos-de-la-desnutricion-durante-el-embarazo.html>

Una infección causada por la proliferación excesiva de las bacterias que se encuentran normalmente en la vagina. La candidiasis es más común durante el embarazo que en otros momentos de la vida de una mujer.

No pone en peligro la salud de su bebé. Pero puede ser incómoda y difícil de tratar durante el embarazo.

Síntomas

- Picazón extrema en la vagina y alrededor de ella
- Ardor, enrojecimiento e hinchazón de la vagina y la vulva
- Dolor al orinar o durante las relaciones sexuales
- Flujo vaginal espeso, blanco, que parece requesón y no tiene mal olor

Clamidia

Es una bacteria muy agresiva para la mucosa de los genitales, inclusive puede causar lesionar las trompas y causar problemas de fertilidad Es responsable de una de las formas más frecuentes de vaginitis, también puede transmitírsela a su bebé durante el parto.²²

Síntomas

- Ardor y molestias al orinar.
- Aumento de las secreciones vaginales.
- Dolores en el vientre.

Citomegalovirus

Un virus común que puede causar enfermedad en bebés cuyas madres estén infectadas con el Citomegalovirus (CMV) durante el embarazo.

²² LOZA PEÑAFIEL HOMERO (2012). Infecciones Intimas En El Embarazo. Recuperado el 16 de Marzo del 2014, de http://www.gruponatal.com/articulos_infecciones_intimas.html

Una infección por CMV en los lactantes puede provocar pérdida de la audición, pérdida de la visión y otras discapacidades.

Síntomas

- Fiebre, dolor de garganta, fatiga e inflamación de las glándulas
- Algunas mujeres no presentan síntomas

Gonorrea

Enfermedad de transmisión sexual, causada por una bacteria, puede crecer y multiplicarse fácilmente en áreas húmedas y tibias del aparato reproductivo, incluidos el cuello uterino el útero y las trompas de Falopio (también llamadas oviductos) en la mujer, y en la uretra (conducto urinario) en la mujer y el hombre.

Infección de las vías urinarias

Una infección del tracto urinario, aparece con mayor frecuencia entre las mujeres; una tendencia que se acentúa durante el embarazo, debido al aumento de las hormonas, esta enfermedad puede provocar partos prematuros y recién nacidos de bajo peso,

Si no se trata se puede propagar a los riñones es decir aumentan de tamaño por la suba del flujo sanguíneo que deben filtrar y por lo tanto se extiende la longitud renalfección del tracto urinario. Si no se trata, se puede propagar a los riñones, lo que podría provocar un trabajo de parto prematuro.²³

Síntomas

- Dolor o ardor al orinar
- Frecuencia urinaria
- Dolor en la pelvis, la espalda, el estómago o el costado

²³ BABY CENTER (2014). Infecciones Durante El Embarazo. Recuperado el 16 de Marzo del 2014, de <http://espanol.babycenter.com/c700364/infecciones-durante-el-embarazo>

- Temblores, escalofríos, fiebre, sudor
- Picazón
- Dolor en el bajo vientre

Complicaciones de la infecciones de vías urinarias durante embarazo

Durante el embarazo, se halla entre los factores de riesgo de sufrir una cistitis, porque en la fase avanzada del embarazo la orina fluye a una velocidad relativamente lenta por las vías urinarias. La consecuencia: la orina se acumula, los gérmenes permanecen durante más tiempo en la vejiga y pueden provocar más fácilmente una cistitis. El alto nivel de la hormona progesterona relaja el tono muscular de los uréteres (los tubos que comunican los riñones y la vejiga), y esto los dilata y hace más lento el flujo de la orina. Además el útero, que cada vez está más grande, puede comprimir los uréteres lo cual dificulta el paso de la orina la vejiga también pierde tono muscular durante el embarazo. Resulta más difícil vaciarla por completo cuando orinas y se vuelve más propensa al reflujo, una condición en la que parte de la orina vuelve a subir por los uréteres hacia los riñones. El resultado de todos estos cambios es que la orina tarda más tiempo en atravesar las vías urinarias, y esto da más oportunidad a que las bacterias se multipliquen y también facilita la elevación de la orina hacia los riñones. Además, durante el embarazo tu orina es menos ácida y es más propensa a contener glucosa, y ambas cosas aumentan el potencial de crecimiento de las bacterias.²⁴

Es peligroso que una paciente embarazada tenga una infección urinaria

Un embarazo puede complicarse con una infección de estas, inclusive con menos cantidad de gérmenes que lo habitual en una mujer que no está gestando, el niño puede nacer antes de tiempo, con bajo peso, o se corre el riesgo de una ruptura prematura de membranas que puede desencadenar una infección.

²⁴ DÉBORA ABOLSKY (2013). Enfermedades Que Pueden Afectar El Embarazo. Recuperado el 18 de Marzo del 2014, de <http://www.planetamama.com.ar/nota/enfermedades-que-pueden-afectar-el-embarazo?page=full>

1.4.19. PROBLEMAS CON LA PLACENTA

La placenta crece en su útero y suministra alimentos y oxígeno al bebé a través del cordón umbilical. Algunos problemas en la placenta son capaces de reducir el flujo de sangre y nutrientes para su bebé, lo cual puede limitar su crecimiento y estos son:

Insuficiencia placentaria

Caracterizada por una deficiencia en la producción de oxígeno y nutrientes en la placenta causando que el feto no reciba las suficientes cantidades para desarrollarse correctamente, este tipo de complicación durante el embarazo es asintomática

Desprendimiento de la placenta

Es una complicación en la que la placenta se desprende de la pared uterina, en forma parcial o casi totalmente, antes del parto. Los casos leves pueden causar pocos problemas, pero los más graves pueden privar al bebé de oxígeno y nutrientes y provocar una hemorragia en la madre que puede poner en peligro su vida y la del bebé.²⁵

Placenta previa

Es una placenta que se desarrolla en la parte inferior del útero y cubre parte o la totalidad de la abertura del cuello uterino. Cuando la placenta se encuentra en esta posición puede bloquear la salida del bebé del útero.

Además, cuando el cuello uterino comienza a contraerse y dilatarse antes del parto, los vasos sanguíneos que conectan la placenta en posición anormal con el útero pueden romperse y producir una hemorragia.

²⁵ ARANES V. (2014). Problemas Con La Placenta. . Recuperado el 11 de Marzo del 2014, de http://www.proyecto-bebe.es/problemas_con_la_placenta.htm

1.4.20. PESO DURANTE EL EMBARAZO

Deficiente peso durante el embarazo

Un incorrecto peso en aquella mujer que no aumenta peso durante es más probable que tenga un producto con bajo peso al nacer que las que aumentan cantidad adecuada durante el periodo

Como evaluar un embarazo seguro

Realizando controles

Mediante el anamnesis

Exámenes complementarios

Cuantos controles debe realizar durante el embarazo

Los controles que normalmente una mujer embarazada debe tener durante el periodo son :

Nivel óptimo: 12 controles

Uno mensual hasta las 32 semanas.

Una cada dos semanas hasta las 36 semanas.

Uno semanal hasta el momento del parto.

Nivel mínimo: 5 controles

Uno en las primeras 20 semanas

Uno en las 32 y 36 semanas

Una cada 2 semanas hasta el momento del parto.

Importancia de los controles médicos

El control prenatal durante el embarazo consiste en la atención que recibe la embarazada desde la primera vez que acude al médico hasta el momento del parto. Dicho control debe ser completo, integral, periódico, en un ambiente tranquilo y acogedor debiendo ser realizado por un profesional de la salud que conozca la evolución normal del embarazo y que esté en capacidad de prever complicaciones que puedan poner en riesgo la vida de la madre y su hijo.

Es recomendado realizar una visita al médico de manera preconcepcional, es decir antes de quedar embarazada, para diagnosticar cualquier enfermedad que se tenga y que hasta ese momento no se haya manifestado, o que se pueda desencadenar con el embarazo, y así proteger la vida de su hijo y la de la madre. Se recomendará, en esta visita, tomar Acido Fólico que evita malformaciones neurológicas del bebe.

El primer control prenatal debe ser realizado lo más temprano posible, en este se preguntará la fecha de la última menstruación para en base a ésta calcular la fecha probable de parto, además se investigará antecedentes de enfermedades que tuvo o que se encuentre padeciendo, cirugías que le hayan realizado, si tuvo embarazos anteriores y como terminaron estos, en parto o cesárea, si este embarazo fue planificado o recibió tratamiento para conseguirlo, medicación que está tomando, además de molestias que estuviera sintiendo, algunas propias del embarazo y otras que puedan poner en riesgo su vida.

Es importante diagnosticar o saber a tiempo si estamos cursando con alguna enfermedad como Diabetes, Presión alta, problemas de tiroides, artritis reumatoide, enfermedades del corazón entre otras.

El ginecólogo deberá llevar un estricto control para evitar complicaciones futuras que pongan en riesgo la vida de nuestro hijo y la de nosotras y si es necesario se pedirá la valoración conjunta con un especialista para su enfermedad.

El primer control prenatal se debe realizar:

- Examen de sangre: para descubrir si tiene anemia o alguna infección, saber su tipo de sangre, VDRL (Sífilis), VIH (SIDA sólo si usted lo autoriza).
- Examen de orina: para descartar una infección de vías urinarias.
- Examen de los senos.
- Examen ginecológico.
- Se pedirá a la paciente un control odontológico.
- Se indicará si es necesario o no recibir la vacuna para evitar el tétanos.

Una ecografía en caso de que la paciente no recuerde la fecha de la última menstruación, presente sangrado vaginal, eliminación de líquido por la vagina, dolor intenso a nivel del vientre, para descartar alguna malformación fetal.

El obstetra examinará de manera integral a la madre y su hijo, detectara alteración de latido fetal, problemas en el crecimiento adecuado de su hijo, es decir evaluara el bienestar del bebe.

Se aconsejará alimentación adecuada durante el embarazo, vestimenta cómoda, horas necesarias de descanso, ambiente tranquilo en el trabajo y el hogar, se recomienda multivitamínico y se indican los signos de alarma que pueden poner en peligro su vida y la de su hijo. Entre estos son de importancia: presencia de sangrado vaginal, dolor intenso en el vientre, dolor de cabeza, hinchazón de piernas, eliminación de líquido vaginal, disminución de los movimientos del bebe, etc.

Según MSP/OPS Considera que mínimo deben ser 5 controles prenatales se deben iniciarse el primer mes de embarazo y concluir al inicio del trabajo de parto; cada mujer embarazada tenga óptimamente 12 consultas: una mensual hasta la semana 32 del embarazo; una cada dos semanas hasta la semana 36 y, finalmente, una consulta semanal hasta el parto, Las normas del Ministerio de Salud Pública (MSP) consideran aceptable Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda que, salvo pocas excepciones, todo

embarazo debe ser considerado en principio como de bajo riesgo, hasta una clara evidencia de lo contrario.²⁶

El incremento de peso durante el embarazo se distribuye de la siguiente manera:

- 10 y 13 kilos para una mujer bien nutrida.
- 12,5 y 18 kilos si es desnutrida.
- 5 a 9k si es obesa.
- 7 a 11.5 kilogramos mujer con sobrepeso

Ganancia de peso por semanas en un feto de Bajo Peso

- 1 al 4 mes 1,350 Kg.
- 4 al 5 mes 1,700 Kg.
- 5 al 6 mes 1,700 Kg.
- 6 al 7 mes 2,500 Kg.
- 7 al 8 mes 2,000 Kg.
- 9 mes 1,700 Kg.

Criterio diagnóstico del estado nutricional de la embarazada, según IMC en semanas de gestación seleccionadas.

Semanas de gestación	Bajo peso	Normal	Sobrepeso	Obesidad
10	< 20,3kg	20,3 - 25,2kg	25,3 – 30,2 kg	>30,3 kg
20	< 21,6kg	21,6 – 26,3 kg	26,4 – 31,0 kg	>31,1 kg
30	< 23,4kg	23,4 – 27,8 kg	27,9 – 32,1kg	>32,2kg
40	< 25,0 kg	25,0 – 29,1kg	29,2 – 33,1kg	>33,2kg

Fuente: Atalah E., Castro R.: Obesidad materna y riesgo reproductivo. Rev Méd Chile 2004; 132: 923-930.

²⁶ MSP. Atención Médica Durante el Embarazo (Controles prenatales). Recuperado el 1 de septiembre del 2013, de http://kidshealth.org/parent/en_espanol/embarazo

1.4.21. RECIÉN NACIDO.

Definición.

Un neonato o recién nacido es un bebe que tiene 27 días o menos desde su nacimiento, bien sea por parto o por cesárea. La definición de este período es importante porque representa una etapa muy corta de la vida; sin embargo, en ella suceden cambios muy rápidos que pueden derivar en consecuencias importantes para el resto de la vida del recién nacido.

1.4.22. RECIÉN NACIDO ATERMINO

Es aquel que ha concluido los 9 meses de gestación con un aproximado de: RNT (Recién nacido de término): Aquellos nacidos con 38 sem de gestación y < de 42 sem de gestación.

1.4.23. PESO

Definición.

El peso al nacer permite determinar el estado de nutrición y el desarrollo del bebé en relación con la duración de la gestación.

Recién nacido de peso bajo

Se denomina bajo peso al nacer a todo neonato que al momento de su nacimiento tenga un peso menos a 2.500mg, cualquiera que sea la causa y sin tener en cuenta la duración de la gestación, se considera que ha tenido una gestación más corta o un crecimiento intrauterino menor del esperado o bien ambas cosas, el peso valora el crecimiento, la edad gestacional y

la madurez del feto.²⁷

1.4.24. COMPLICACIONES DEL RECIÉN NACIDO CON BAJO PESO

Un bebé que nace con bajo peso tiene más riesgo de sufrir complicaciones, su pequeño cuerpo no es muy resistente, por lo que es posible que presente dificultades para alimentarse, aumentar de peso y para combatir las infecciones. Debido a su tejido adiposo escaso, estos bebés también suelen tener complicaciones para mantener el calor en temperaturas normales.

Como muchos de estos bebés también son prematuros, puede resultar difícil diferenciar los problemas provocados por la prematurez de los problemas debidos al hecho de ser muy pequeños. En general, cuanto menor es el peso al nacer, mayores son los riesgos de sufrir complicaciones.

Problemas frecuentes de los bebés con bajo peso al nacer:

- Niveles bajos de oxígeno al nacer
- Incapacidad de mantener la temperatura corporal
- Dificultad para alimentarse y para aumentar de peso
- Infecciones
- Problemas respiratorios como por ejemplo, el síndrome de dificultad respiratoria (una enfermedad respiratoria de la prematurez causada por el desarrollo pulmonar insuficiente)
- Problemas neurológicos como por ejemplo, la hemorragia intraventricular (sangrado dentro del cerebro).

➤ ²⁷ MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR (2008). Manual Neonatal. http://www.ecured.cu/index.php/Bajo_peso_al_nacer

- Problemas gastrointestinales como por ejemplo, la enterocolitis necrotizante (enfermedad intestinal grave que es frecuente en los prematuros).
- Síndrome de muerte súbita del lactante.

Casi todos los bebés con bajo peso al nacer necesitan atención especializada en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) hasta que logren aumentar de peso y se encuentren en condiciones de ir a casa.²⁸

Protocolo de vigilancia y control del bajo peso al nacer a término del MSP.

Este protocolo establece el proceso de vigilancia para los recién nacidos pre términos y a término con bajo peso al nacer y define los lineamientos para la notificación, recolección y análisis de los datos que permitan orientar las acciones, medidas de prevención y control de los casos de bajo peso al nacer a nivel nacional, departamental, distrital y municipal según se requiera, Teniendo en cuenta que las intervenciones y guías sirven para la recuperación del recién nacido de bajo peso a término, a fin de evaluar las acciones que garanticen su recuperación bajo el sistema de atención en salud.

PESO BAJO AL NACIMIENTO	
CÓDIGO	CODIFICACIÓN CIE 10
PO5	Peso bajo al nacimiento.
DEFINICIONES	
RN PESO BAJO AL NACIMIENTO	<p>Cuando el recién nacido presenta un peso menor a 2500g, se clasifica en:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Peso bajo:< 2500g • Peso muy bajo:<1500g • Peso extremadamente bajo:< 1000g

²⁸ MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR (2008). Normas y protocolos MSP neonatal.

<p>RN PESO BAJO PAR LA EDAD GESTACIONAL</p>	<p>Pequeño para la edad gestacional (PEG)</p> <p>Se establece de acuerdo a la curva peso- Edad Gestacional. Corresponde al recién nacido que se ubica por su peso por debajo o en el percentil 10, en relación a la edad gestacional (figura 1)</p> <p>Es necesario determinar si el peso bajo conlleva restricción del crecimiento fetal (RCF), simétrico o asimétrico.</p> <p>La RCF se determina mediante el índice de Rohrer (índice ponderal o índice pondo-estatural: IPE).</p>
--	---

<p align="center">DIAGNÓSTICO DE PESO BAJO AL NACIMIENTO</p>	
<p>DIAGNÓSTICOS</p>	<p>HALLAZGOS</p>
<p>ANAMNESIS</p>	<p>CONSIDERAR FACTORES DE RIESGOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estado económico y social de la madre • Desnutrición, escasa ganancia ponderal durante el embarazo, trabajo durante el embarazo. • Deficiencia placentaria. • Intervalo intergésico corto. • Abortos espontáneos. • Drogadicción enfermedad crónica de la madre. • Trastornos hipertensivos de la gestación. • Embarazo múltiple. • Cromosomopatía. • STORCH. • Antropometría, la graficación de la curva de

EXAMEN FÍSICO	<p>crecimiento, las formulas descritas y la clínica (aparición de desgaste, disminución del tejido mamario, suturas y fontanelas anchas).</p> <ul style="list-style-type: none"> • La restricción del crecimiento feta simétrico (perímetro cefálico, talla, peso y proporcionados) se produce desde el inicio de la gestación. • La restricción del crecimiento fetal simétrico (disminución del peso, con perímetro cefálico y tallas normales para la edad gestacional), se produce en el segundo o tercer trimestre.
----------------------	--

TRATAMIENTO DEL PESO BAJO AL NACIMIENTO	
PROTOCOLO DE MANEJO DEL RECIÉN NACIDO DE PESO BAJO AL NACIMIENTO	NIVEL
ETAPA PRENATAL	II
1.- Realice, complete o revise la historia clínica perinatal y el parto perinatal.	X
2.- Establezca factores de riesgo antes del nacimiento.	X
3.- Escuche y responda atentamente a sus preguntas e inquietudes y a las de sus familiares.	X
4.- Identificar y tratar de ser posible, los factores de riesgo para el peso bajo al nacimiento.	X
5.- Si se requiere de referencia a una unidad de mayor complejidad, el mejor transporte es el intraútero.	X
ETAPA POSNATAL	
6.- Valoración inicial e inmediata por el personal de mayor experiencia (no estudiantes de pregrado).	X
7.- Determinar la edad gestacional y la horas/ días de vida del recién nacido.	X

<p>8.- Aplicar medidas generales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • abrigar (temperatura axila entre 36,5° C y 37°C), • monitorear signos vitales, • administrar oxígeno de ser necesario (mantener saturación de 88% y 92 %), • colocar vitamina k (0,5mg intramuscular en el muslo derecho), • realizar profilaxis ocular. • Mantener a ambiente térmico ocular. • Estimular estímulos fuertes (ruidos, luz, manipulación etc). 	X
<p>9.- Registrar temperatura axilar cada 8 horas. Mantener la temperatura en 36.5 y 37°C.</p>	X
<p>10.- Determinar cada 3 horas (hasta que el RN se estabilice): FR, FC presión arterial, Escalas de Downes (ver capítulo trastornos respiratorios) y saturación de oxígeno, mantener saturación de oxígeno entre 88, y 92 % para el recién nacido.</p>	X
<p>11.- Exámenes básicos: tipificación, bilirrubinas, De ser necesario realizar los exámenes para tratar la patología subyacente, (BH, gases arteriales etc).</p>	X
<p>12.- Registrar glicemia una vez al día y por razones necesarias. Si existe dificultad respiratoria moderada o severa, realizar gasometría, Si existe dificultad respiratoria moderada o severa: realizar radiografía de tórax.</p>	X
<p>13.- Prevenir la hipoglicemia: iniciar lactancia materna lo antes posible si las condiciones del RN prematuro lo permiten; de lo contrario administrar líquidos intravenosos (ver capítulo: “líquidos intravenosos”).</p>	X
<p>14.- Prevenir la hipotermia: secar y abrigar al RN inmediatamente luego del parto, si amerita colocar en incubadora, no bañar. Si no se cuenta con incubadora, optar por el Método canguro.</p>	X
<p>15.- Administrar oxígeno, si RN presenta signos de dificultad respiratoria (taquipnea, cianosis, quejido respiratorio, o retracciones subcostales o</p>	X

subxifoideas.	
16.- Identificar y registrar en la Historia Clínica signos de peligro: hipo actividad, mal succión, distención abdominal, frecuencia respiratoria menor a $_>$ a 60 x´; frecuencia respiratoria < a 40 x´.	
17.- Una vez establecido el RN, realizar antropometría completa: medir peso, talla, perímetro cefálico y perímetro braquial graficara las curvas correspondientes.	X
18.- Si el RN pesa menos de 2000 gramos, edad estimada < a34 semanas, necesito de reanimación o presenta algún signos de peligro requiere inmediata referencia a nivel III de acuerdo a las normas.	X
19.- Vigilar la temperatura y registrarla en la historia clínica. Si existe fiebre, (temperatura axilar > a 37°C) bajar por medios físicos. Si existe hipotermia (temperatura axilar < 36,5°C) abrigar. Si no se contrala la temperatura refiera a nivel III de acuerdo a las normas.	X
20.- Si presenta inestabilidad térmica temperatura < 35°C o > a 37,5°C, mal estado general, taquipnea, taquicardia, letargia sospeche infección y si necesita ser diferido otra unidad de mayor complejidad, administrar la primera dosis de antibióticos (Ampicilina 50 mg/kg IM y Gentamicina 5 mg/kg IM) y trasladar al nivel III de acuerdo a las normas.	X

<p>21.- Alimentación</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se debe indicar lactancia materna exclusiva de inmediata, si la FR es <80x´ • Si es necesario, administrar la leche por sonda orogástrica, en especial en RNs de menos peso menor a 1 800 gramos (succión y deglución inmaduras). • Si la FR debe 61x y 80x dar leche materna exclusiva por sonda oro gástrica. • Comenzar volúmenes pequeños (5-10cc/kg/ día) y fraccionados cada 3 horas se aumentara el volumen diariamente en forma paulatina de acuerdo a la condición clínica del RN. • Completar los requerimientos los líquidos intravenosos. Vigilar la tolerancia gástrica, midiendo en residuo gástrico (> 1cc/kg o si sobrepasa el 50% de la toma anterior por dos o tres tomas consecutivas suspender la alimentación). • Si la frecuencia respiratoria sobrepasa los 80rpm, por suspender la alimentación. • No dar suero glucosado ni otro liquido vía oral. 	X
<p>22.- Requerimiento energéticos y de líquidos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aporte de glucosa entre 5 y 7 mg/kg/min(Ver “hipoglicemia”). • Líquidos intravenosos: 100-140cc/kg/día; prematuros extremos (< 100 gramos) requiere de 180-200cc/kg/día. • Se administra electrolitos por vía endovenosa a las 72 horas de vida (sodio: 2 a 4mEq/kg/día, potasio: 1-4 mEq/kg/día). 	X
<p>23.- Suspender los líquidos cuando la ingesta oral sea de 110cc/kg/día.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para el mantenimiento del peso, el requerimiento energético es de 	X

<p>100 kcal/kg/día. Para el crecimiento energético es de 120-160 kcal/kg/día.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizar balance hídrico diario. <p>Para detalles, ver capítulo "Líquido y Electrolitos"</p>	
<p>24.- Egreso: Se debe tomar en cuenta los siguientes criterios de alta (independientemente de peso o edad):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Coordinación de succión y deglución. • Regulación de la temperatura. • Condición clínica estable: FC, frecuencia respiratoria, presión, etc. • Hto > 30% • Alimentación por succión, sin sonda, con ganancia de peso consistente de 20 a 30 gramos por días. • Sin apneas por más de 7 días. • El RN sin amerita en método canguro debe haber dormido con su madre en el hospital al menos por una ocasión. 	X
<p>25.- Registro completo en el Historial Clínico de todos los eventos.</p>	x
<p>26.- El seguimiento debe comprender evaluación estricta del crecimiento (velocidad de crecimiento) y del desarrollo, además terapias de estimulación temprana.</p>	x
<p>27.- Programa una cita para la primera visita de seguimiento o proceda a contrarreferencia a la unidad de origen. No olvide enviar con la paciente y con el personal de correspondencia la hoja de contra referencia y/o epicrisis completa y correctamente llena, con firma, nombre legible y sello de responsabilidad para su análisis en la unidad de origen. Envíe los resultados de exámenes necesarios para la recuperación completa y/o rehabilitación apropiada.</p>	x

Fuente: Normas y protocolos Neonatal Ministerio de Salud Pública (M.S.P) (2008)

1.4.25. RECIÉN NACIDO A TÉRMINO

Es aquel que ha concluido los 9 meses de gestación con un aproximado de: RNT (Recién nacido de término): Aquellos nacidos con 38 sem de gestación y < de 42 sem de gestación.

Crecimiento

Es el aumento irreversible de tamaño en un organismo como consecuencia de la proliferación celular, misma que conduce al desarrollo de estructuras más especializadas del organismo, hasta llegar a tejidos, órganos y sistemas.

El recién nacido a término tiene un peso promedio de 3200 gramos a las 40 semanas de gestación, que varía entre 2500 a 4000 gramos.²⁹

Factores que intervienen en el crecimiento:

Aspectos Generales

El bajo peso de nacimiento puede atribuirse a un periodo reducido de gestación, lo cual constituye la prematuridad, o a un retardo en la tasa de crecimiento intrauterino, lo cual da origen a un neonato pequeño para la edad gestacional.

En la especie humana el crecimiento es una característica constante desde su concepción hasta su madurez e incluso en algunos aspectos específicos persistente hasta la muerte.

El crecimiento se puede definir como el resultado de la división y crecimiento celular sin interferencias, que da como producto un ser humano a término con la total expresión de su potencial genético y modulado por las circunstancias ambientales que lo rodean.

Tanto el crecimiento como la división celular dependen de la capacidad de las mismas para

²⁹ FERNÁNDEZ E. (2010). Crecimiento. Recuperado el 11 de Mayo del 2014, de <http://www.tareasya.com.mx/index.php/tareas-ya/secundaria/ciencias-1/el-cuerpo-humano/1518-Crecimiento.html>

asimilar los nutrientes que encuentra en el ambiente en que se desarrolla. Así, los alimentos son usados por el cuerpo para construir nuevas estrictas celulares.

Los cambios corporales que ocurren antes del nacimiento continúan posteriormente, considerando que el momento del nacimiento es cuando la ganancia de peso es más rápida que en ningún otro momento en la vida. Se teoriza que al alcanzar el máximo de peso se produce el inicio de labor de parto, lo que lleva a la conclusión de que los niños de menor peso prolongan la gestación y los de mayor peso que el promedio nace con alguna anticipación.

Las curvas de ganancia de peso muestran que el momento de mayor ganancia de peso es durante los primeros 4 a 5 meses de edad postnatal, siendo aún mayor que durante la pubertad e incluso que durante la 32^a semana intrauterina, cuando es equivalente a 15 Kg/año. De igual manera, al comparar el incremento de talla a las 32 semanas de edad gestacional que es de 65 cm/año, deja al incremento durante el primer año de vida y la pubertad como insignificante.

1.4.26. ETAPAS

1.4.26.1. PERIODO DE CRECIMIENTO PRENATAL

De acuerdo al periodo biológico de crecimiento se identifica.

Cinco periodos biológicos del crecimiento

Periodo prenatal: Es el cual el crecimiento es diferenciado, durante el primer tercio se produce la diferenciación celular y la conformación celular de las estructuras orgánicas, a continuación se produce el crecimiento de órganos y sistemas tomando la forma definitiva y finalmente en el tercer trimestre o tercio final de la vida gestacional se produce el gran

empuje de crecimiento.³⁰

Segundo periodo: Comprende desde el nacimiento hasta los dos años de vida y se caracteriza por el crecimiento rápido especialmente durante el primer año de vida, hasta el segundo año se produce el mayor el mayor crecimiento cerebral.

El tercer periodo: Va desde los dos años hasta la pubertad y se caracteriza por un crecimiento lento pero sostenido, especialmente entre los 6 y 8 años.

El cuarto periodo: Es de crecimiento rápido va desde el inicio de la pubertad hasta los 15 o 16 años e involucra el “estirón puberal”. Incluye además los cambios propios de la maduración sexual.

El quinto periodo: Va desde los 15 a 16 años hasta la madurez

1.4.27. PERIODOS BIOLÓGICOS DEL PESO DESDE LA CONCEPCIÓN HASTA LA MADUREZ.

La longitud corporal es la suma del largo de la cabeza, de la columna de los huesos de los miembros inferiores. Estos segmentos crecen a diferentes velocidades según la edad lo que da como resultado cambios en el aspecto corporal. el recién nacido tiene una cabeza desproporcionada grande y las piernas muy cortas. El crecimiento del segmento superior la talla sentado y del segmento inferior (longitud de los miembros inferiores) tiene patrones de crecimiento diferentes. El segmento superiores extremadamente rápido en las primeras etapas de la vida alcanzando una velocidad de crecimiento.³¹

³⁰ CHIRIBOGA E Y TEJADA L. (2009). Pediatría Clínica en la Práctica Médica. Quito Ecuador.

³¹ WIDOWSON E. (2009). Crecimiento y Composición corporal en la Niñez. Hospital Addenbroke. Cambridge.

1.4.28. PERIODO CRECIMIENTO FETAL FACTORES SOCIALES

Demográficos: Condición socioeconómica, educación de la madre, etnia, edad de la madre.

Preconcepcionales: Paridad talla materna, enfermedades crónicas, antecedentes obstétricos desfavorables.

Concepcionales: Embarazo múltiple, incremento de peso durante la gestación, intervalo intergenésico, infecciones, malformaciones congénitas.

Factores ambientales y del comportamiento: Hábito de fumar, abuso del alcohol, actitud elevada, estrés.

Factores dependientes del cuidado de la salud: Falta de control prenatal.

Evaluación del recién nacido.

El patrón de crecimiento fetal definido en una curva de referencia 12 del **Centro Latinoamericano De Perinatología (CLAP) actualmente** en vigencia, en reemplazo de la gráfica de Lubchenco y Bataglia utilizada durante muchos años y que hacía referencia a una población Norteamericana.

El grafico indica el CRECIMIENTO INTRAUTERINO normal de los recién nacidos o nacidas. Basada en el crecimiento de una población cuyas características de crecimiento son las “óptimas” y sirven de base para evaluar el crecimiento de cualquier nacido o nacida o para comparar con otras poblaciones. Además, le indicara como se encuentra clasificado en este momento.³²

³² MSP (2008). Normas de la salud de la Niñez. Quito - Ecuador

1.4.29. COMO CLASIFICAR AL RECIÉN NACIDO SEGÚN PESO Y EDAD GESTACIONAL

1. Dependiendo de su ubicación en la curva, se clasifica de la manera siguiente:

- **Pequeño para su edad gestacional (PEG)**, cuando se ubica en cualquier lugar, por debajo de la curva inferior (10° percentil).
- **Adecuado para su edad gestacional (AEG)**, cuando se ubica en cualquier lugar, entre las dos curvas (10° a 90° percentil).
- **Grande para su edad gestacional (GEG)**, cuando se ubica en cualquier lugar, por encima de la línea superior (90° percentil).

2 .-Dependiendo de su peso al nacer, se clasifica de la manera siguiente:

- Bajo peso al nacer (BPN)**, cuando se ubica entre el peso 0 gr y el peso 2,499gr, independiente de su edad gestacional, o sea, menos de 2,500gm.
- Muy bajo peso al nacer (MBPN)**, cuando se ubica entre el peso 1000gm y el peso 1500gm, independiente de su edad gestacional, ósea menos de 1500gramos.
- **Extremado bajo peso al nacer (EBPN)**, cuando se ubica entre el peso 0 gr y el peso 999gm, independiente de su edad gestacional, o sea, menos de 1000gramos.

Existen diferentes clasificaciones para los recién nacidos o nacidas, utilizando el peso y su edad gestacional:

Dependiendo de la edad gestacional, se clasifica de la manera siguiente:

PRETERMINO, cuando el recién nacido o nacida se ubica en la curva entre la semana 24 hasta la semanas 36 y seis días de gestación, o sea menos de 37 semanas, independiente del peso al nacer.

A TERMINO, cuando el recién nacido o nacida se ubica entre la semana 37 y 41 semanas 6 días de gestación, independiente del peso al nacer.

POSTERMINO, cuando el recién nacido o nacida se ubica a partir de la semana 42 de gestación, independiente del peso al nacer.³³

1.4.30. CLASIFICACIÓN POR PESO Y EDAD GESTACIONAL.

La clasificación del recién nacido por peso y edad gestacional es muy importante ya que indica el riesgo al momento del nacimiento. La morbilidad y la mortalidad neonatal son inversamente proporcionales al peso y edad gestacional, lo que quiere decir, que a menos peso o menor edad gestacional, mayor será morbilidad y la mortalidad.

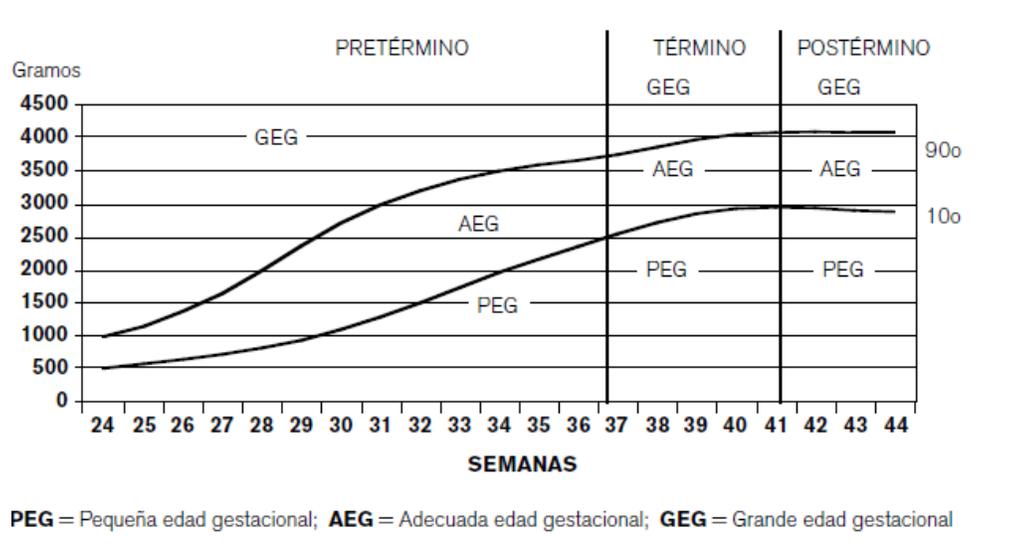
Cómo determinar el peso para la edad gestacional

El peso para la EG se evalúa según curvas de crecimiento de la OPS-OMS. Identifica a los RN cuyo peso para EG está adecuado, grande o pequeño.

1. Calcular la EG en semanas (por FUM o por EF)
2. Pesar al RN.
3. Utilizar el gráfico de peso para la EG para clasificar al RN.

³³ CLPA (2010) Centro Latino Americano de Perinatología. Recuperado el 3 de Mayo del 2014, de <http://www.paho.org/clap/>

Clasificación por peso y edad gestacional



Fuente: Manual Neonatal diciembre 2011

CAPITULO II

2. DISEÑO METODOLÓGICO

2.1. TIPO DE ESTUDIO

2.1.1. POR EL PROPÓSITO

Aplicada Sirve para resolver problemas que mejoren la salud de las mujeres durante su embarazo.

Este trabajo fue desarrollado a través de encuestas a las mujeres embarazadas y revisión de Historias Clínicas.

2.1.2. POR EL NIVEL

Descriptivo Es un estudio que se relaciona con una serie de cuestiones y se mide cada una de ellas independientemente encaminado al descubrimiento de relaciones entre las variables.

Este tipo de investigación describe sistemáticamente las características de una población, situación o área de interés, mediante la revisión de las historias clínicas y encuestas realizadas a las mujeres embarazadas que fueron atendidas en el “Hospital José María Velazco Ibarra” la cual sirve para probar la hipótesis.

2.1.3. POR EL LUGAR

De Campo Porque se realiza en el lugar de los hechos, o sea en los lugares en donde se están desarrollando los acontecimientos, es decir, conduce al contacto directo con los sujetos u objetos.

Apoyándonos en informaciones que provengan de entrevistas, historias clínicas, y observaciones.

2.2. TÉCNICA E INSTRUMENTO PARA LA OBTENCIÓN DE DATOS

Técnica de recopilación de datos

Se utilizó las Historias Clínicas y encuestas de las mujeres embarazadas que fueron atendidas en el Hospital “José María Velazco Ibarra” abril a septiembre 2013.

2.3. DISEÑO POR LA DIMENSIÓN TEMPORAL

Por el tiempo de ocurrencia de los hechos, la investigación tuvo la característica de ser una investigación transversal, ya que las variables de estudio fueron medidas en un período de tiempo corto en el Hospital “José María Velazco Ibarra” con el fin de reconocer cual es la importancia del tema.

2.4. TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

El procesamiento de los datos obtenidos en ésta investigación se realizó a través de cuadros estadísticos y gráficos de barras por su versatilidad para representar datos cualitativos y cuantitativos, así como también por su sencillez y facilidad para interpretarlos, los mismos que permitieron representar y visualizar la información obtenida de las mujeres embarazadas en el Hospital “José María Velazco Ibarra” Además, los resultados que se obtuvieron con la aplicación de instrumentos fueron tabulados y organizados para el procesamiento a través de una base de datos computarizados. Posteriormente se obtuvieron resultados en términos de medidas estadísticas descriptivas como son: distribución de frecuencias y porcentajes, que permitieron la verificación o comprobación de la hipótesis.

2.5. MÉTODOS

Para el desarrollo del presente trabajo de investigación emplearemos el método deductivo.

Método Deductivo

En el proceso de investigación este método lo utilizamos para cumplir con un proceso sintético analítico, donde presentaremos conceptos, principios, definiciones, leyes o normas generales de donde formularemos conclusiones, consecuencias los mismos que nos permiten examinar casos particulares.

CAPITULO III

3.1. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

TABULACIÓN DE LOS DATOS DE LAS ENCUESTAS APLICADAS Y REVISIONES DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS A LAS MADRES Y RECIÉN NACIDOS DEL HOSPITAL “JOSÉ MARÍA VELASCO IBARRA”-TENA PERIODO ABRIL A SEPTIEMBRE DEL 2013.

TABLA N°. 1

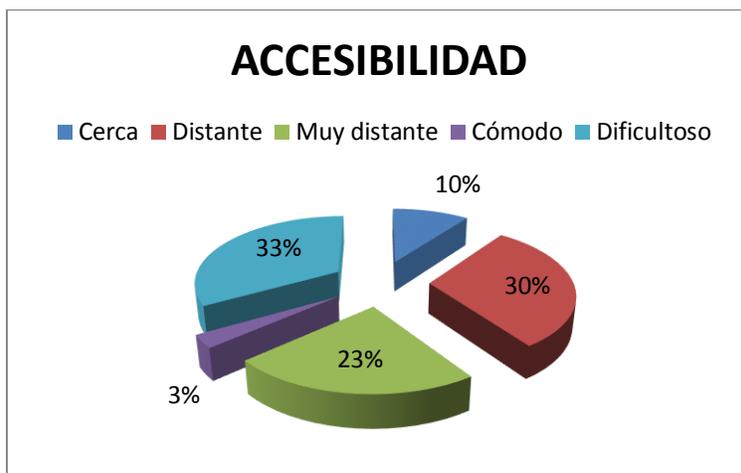
ACCESIBILIDAD DE LAS MUJERES EMBARAZADAS QUE ACUDEN AL HOSPITAL “JOSÉ MARÍA VELASCO IBARRA” DURANTE EL PERIODO ABRIL A SEPTIEMBRE DEL 2013.

ACCESIBILIDAD	NUMERO	PORCENTAJE
Cerca	3	10%
Distante	9	30%
Muy distante	7	23%
Cómodo	1	3%
Difícil	10	33%
TOTAL	30	100%

FUENTE Encuestas realizadas a las madres de familia que acuden al Hospital “José María Velasco Ibarra”-Tena periodo abril a septiembre del 2013.

ELABORADO POR: I.R.E. Verónica Chimborazo I.R.E. Lourdes Fierro

GRÁFICO N°. 1



ANÁLISIS

La accesibilidad de las mujeres que acuden al Hospital para realizar los controles prenatales la califican de distante y dificultoso; se ve afectada por la distancia dado que como tiempo mínimo desde la comunidad para acceder a la Unidad Operativa, es de 45 minutos, y la disponibilidad de vehículos para el traslado es escaso, por lo que no se puede cumplir con los controles prenatales establecidos como óptimos lo que constituye un factor de riesgo para un Recién Nacido que se puede manifestar en su peso al nacimiento.

TABLA N°. 2

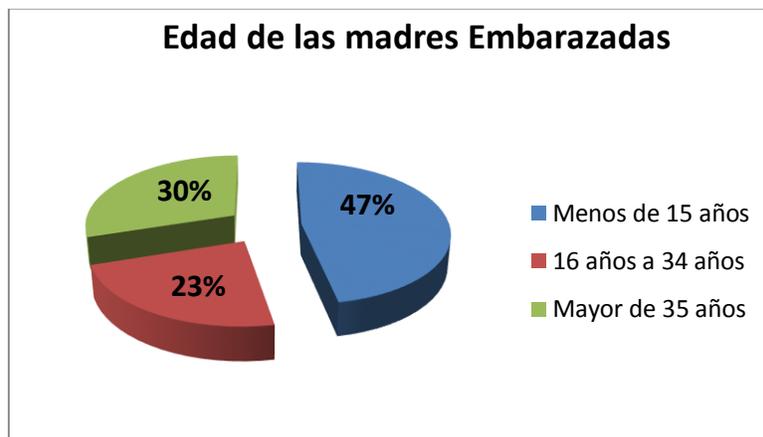
EDAD DE MUJERES EMBARAZADAS QUE ACUDEN AL HOSPITAL “JOSÉ MARÍA VELASCO IBARRA” DURANTE EL PERIODO ABRIL A SEPTIEMBRE DEL 2013.

EDAD DE LA GESTA	NÚMERO	PORCENTAJE
Menos de 15 años	14	47%
16 años a 34 años	7	23%
Mayor de 35 años	9	30%
TOTAL	30	100%

FUENTE Encuestas realizadas a las madres de familia que acuden al Hospital “José María Velasco Ibarra-Tena” periodo abril a septiembre del 2013.

ELABORADO POR: I.R.E. Verónica Chimborazo I.R.E. Lourdes Fierro

GRÁFICO N°. 2



ANÁLISIS Las mujeres en estudio presentan como factor de riesgo la edad, dado que la mayor concentración de población corresponde al grupo menor de 15 años y mayor de 35 años, existiendo componentes de orden biológico, ginecológico y psicológico que favorecen al nacimiento de productos de peso bajo.

TABLA N°. 3

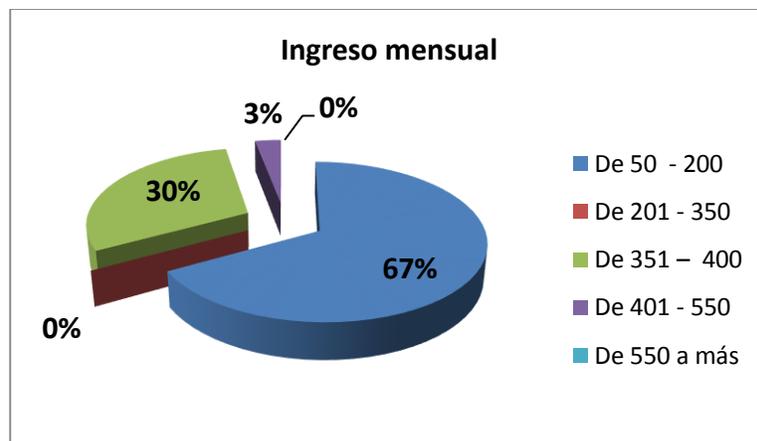
INGRESO MENSUAL DE LAS MUJERES EMBARAZADAS QUE ACUDEN AL HOSPITAL “JOSÉ MARÍA VELASCO IBARRA” DURANTE EL PERIODO ABRIL A SEPTIEMBRE DEL 2013

INGRESO MENSUAL	NUMERO	PORCENTAJE
De 50 - 200	20	67%
De 201 – 350	0	0%
De 351 – 400	9	30%
De 401 – 550	1	3%
De 550 a más	0	0%
TOTAL	30	100%

FUENTE Encuestas realizadas a las madres de familia que acuden al Hospital “José María Velasco Ibarra”-Tena periodo abril a septiembre del 2013.

ELABORADO POR: I.R.E. Verónica Chimborazo, I.R.E. Lourdes Fierro

GRÁFICO N°. 3



ANÁLISIS.- Podemos apreciar que el ingreso mensual por familia es menor que el salario básico unificado siendo un promedio de 50 – 200 dólares mensuales lo que conlleva a que la mujer embarazada no tenga una alimentación apropiada durante su gestación, puede tener complicaciones como: aborto espontaneo, parto prematuro, malformaciones congénitas, menor peso del recién nacido y mayor probabilidad del niño, de enfermarse y morir en el momento de nacer o en los primeros días después del nacimiento.

TABLA N°. 4

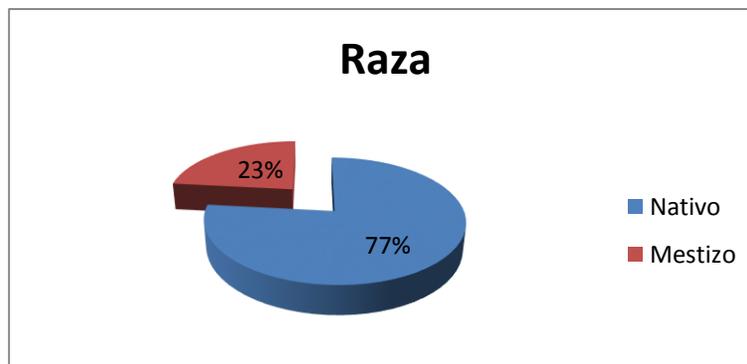
IDENTIFICACIÓN DE LAS RAZAS DE LAS MUJERES EMBARAZAS QUE ACUDEN AL HOSPITAL “JOSÉ MARÍA VELASCO IBARRA” DURANTE EL PERIODO ABRIL A SEPTIEMBRE DEL 2013

RAZA	NÚMERO	PORCENTAJE
Nativo	23	77%
Mestizo	7	23%
TOTAL	30	100%

FUENTE Encuestas realizadas a las madres de familia que acuden al Hospital “José María Velasco Ibarra”-Tena periodo abril a septiembre del 2013.

ELABORADO POR: I.R.E. Verónica Chimborazo I.R.E. Lourdes Fierro

GRÁFICO N°. 4



ANÁLISIS

La raza predominante en la población en estudio es la nativa, siendo sus características estatura pequeña, tez trigueña, es delgada y de gran resistencia para el trabajo. Su alimentación predomina por el consumo de carbohidratos como son yuca y plátano. Sin ser esto un factor de riesgo en el embarazo y tampoco para obtener un producto de peso bajo.

TABLA N°. 5

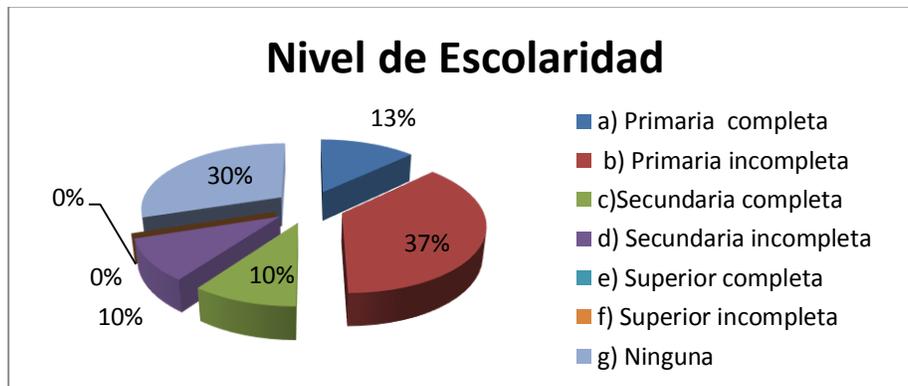
ESCOLARIDAD DE LAS MUJERES EMBARAZADAS QUE ACUDEN AL HOSPITAL “JOSÉ MARÍA VELASCO IBARRA” DURANTE EL PERIODO ABRIL A SEPTIEMBRE DEL 2013

ESCOLARIDAD	NUMERO	PORCENTAJE
Primaria completa	4	13%
Primaria incompleta	11	37%
Secundaria completa	3	10%
Secundaria incompleta	3	10%
Superior completa	0	0%
Superior incompleta	0	0%
Ninguna	9	30%
TOTAL	30	100%

FUENTE Encuestas realizadas a las madres de familia que acuden al Hospital “José María Velasco Ibarra”-Tena periodo abril a septiembre del 2013.

ELABORADO POR: I.R.E. Verónica Chimborazo I.R.E. Lourdes Fierro

GRÁFICO N°. 5



ANÁLISIS El nivel de instrucción primaria incompleta y ninguna, se lo determina como un elemento de riesgo en el embarazo, tanto para la madre como para que el producto que nazca con bajo peso, déficit de conocimiento sobre los cuidados y la forma de alimentación durante su embarazo; la falta de orientación y el desconocimiento conlleva a complicaciones en el embarazo y el producto.

TABLA N°. 6

CONSUMO DE DROGAS, ALCOHOL, TABACO EN LAS MADRES QUE ACUDEN AL HOSPITAL “JOSÉ MARÍA VELASCO IBARRA” DURANTE EL PERIODO ABRIL A SEPTIEMBRE DEL 2013

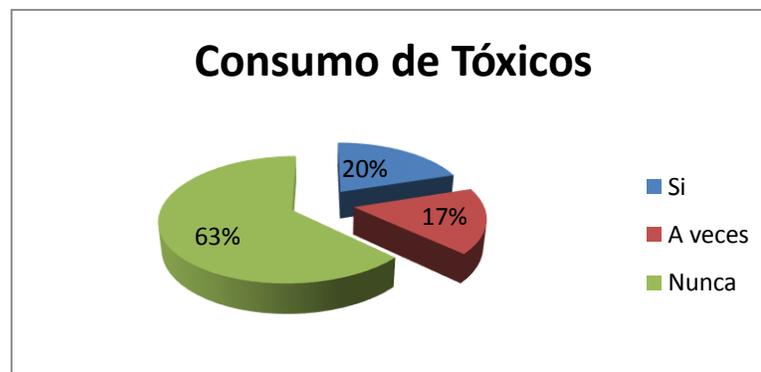
ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	6	20%
A veces	5	17%
Nunca	19	63%
TOTAL	30	100%

TIPO DE CONSUMO	FRECUENCIA
Alcohol	11
Drogas	0
Tabaco	0
TOTAL	11

FUENTE Encuestas realizadas a las madres de familia que acuden al Hospital “José María Velasco Ibarra”-Tena periodo abril a septiembre del 2013.

ELABORADO POR: I.R.E. Verónica Chimborazo I.R.E. Lourdes Fierro

GRÁFICO N°. 6



ANÁLISIS Los hábitos de las mujeres embarazadas en lo relacionado a consumo de sustancias tóxicas constituye un factor de riesgo ya que el 37% de mujeres embarazadas consumen alcohol, y conlleva a que el producto nazca con complicaciones y con peso bajo.

TABLA N°. 7

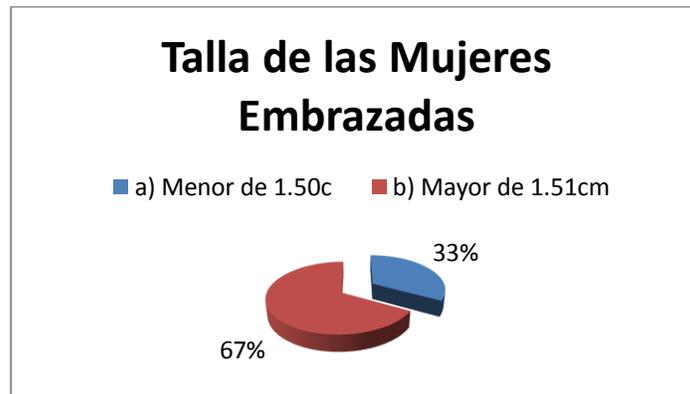
**TALLA DE LAS MUJERES EMBARAZADAS QUE ACUDEN AL HOSPITAL
“JOSÉ MARÍA VELASCO IBARRA” DURANTE EL PERIODO ABRIL A
SEPTIEMBRE DEL 2013**

TALLA	NÚMERO	PORCENTAJE
Menor de 1.50c	10	33%
Mayor de 1.51cm	20	67%
TOTAL	30	100%

FUENTE Revisión de las historias clínicas de las madres que acuden al Hospital “José María Velasco Ibarra”-Tena periodo abril a septiembre del 2013.

ELABORADO POR: I.R.E. Verónica Chimborazo, I.R.E. Lourdes Fierro

GRÁFICO N°. 7



ANÁLISIS:

La talla de las madres no constituye un factor de riesgo debido a que el Ministerio de Salud Pública (MSP). Establece que una Talla adecuada es a partir de 1.51cm y esta es apropiada para la gestación, ya que a su vez no presentan ningún peligro, ni complicación para el producto.

TABLA N° 8

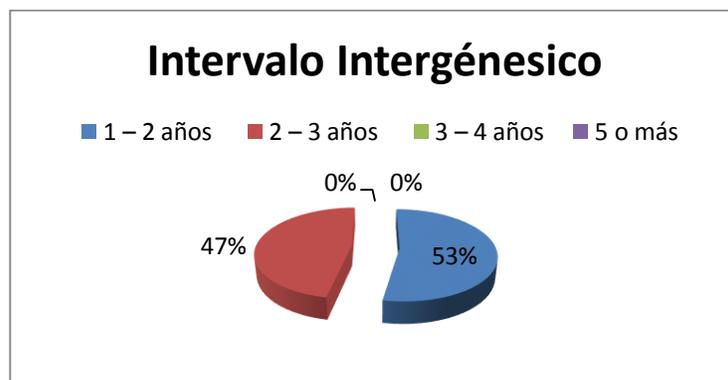
INTERVALO DE LA PROCREACIÓN DE SU NUEVO EMBARAZO DE LAS MADRES QUE ACUDEN AL HOSPITAL “JOSÉ MARÍA VELASCO IBARRA” DURANTE EL PERIODO ABRIL A SEPTIEMBRE DEL 2013.

INTERVALO DE PROCREACIÓN	NÚMERO	PORCENTAJE
1 – 2 años	16	53%
2 – 3 años	14	47%
3 – 4 años	0	0
5 o más	0	0
TOTAL	30	100%

FUENTE Revisión de las historias clínicas de las madres que acuden al Hospital “José María Velasco Ibarra”-Tena periodo abril a septiembre del 2013.

ELABORADO POR: I.R.E. Verónica Chimborazo, I.R.E. Lourdes Fierro

GRÁFICO N° 8



ANÁLISIS

Las mujeres embarazadas que acuden al Hospital tienen un intervalo de procreación 1 año a 2 años, por lo que hay mayor riesgos de presentar complicaciones tales como labor de parto pre término, trastorno hipertensivo, óbito, diabetes gestacional, sufrimiento fetal agudo y bajo peso al nacer.

TABLA N°. 9

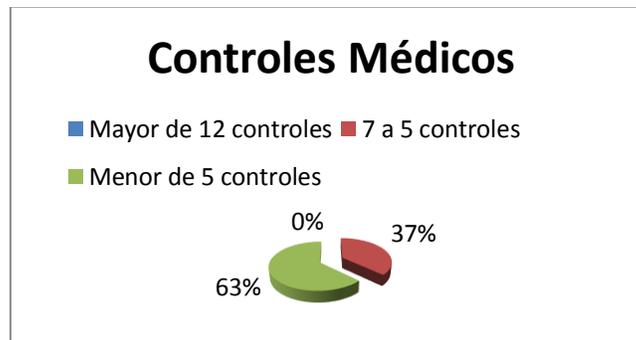
CONTROLES MÉDICOS QUE SE HA REALIZO DURANTE EL EMBARAZO DE LAS MADRES QUE ACUDEN AL HOSPITAL “JOSÉ MARÍA VELASCO IBARRA” DURANTE EL PERIODO ABRIL A SEPTIEMBRE DEL 2013

CONTROLES	NUMERO	PORCENTAJE
Mayor de 12 controles	0	0
7 a 5 controles	11	37%
Menor de 5 controles	19	63%
TOTAL	30	100%

FUENTE Revisión de las historias clínicas de las madres que acuden al Hospital “José María Velasco Ibarra”-Tena periodo abril a septiembre del 2013.

ELABORADO POR: I.R.E. Verónica Chimborazo, I.R.E. Lourdes Fierro

GRÁFICO N°. 9



ANÁLISIS.- Según lo observado las mujeres embarazadas no cumplen con los controles óptimos que Ministerio de Salud Pública (MSP). Determina, por la falta de recursos económicos y el difícil acceso a las unidades de salud, lo que limita el conocimiento de una adecuada alimentación, consumo de hierro durante su gestación; y las posibles consecuencias que puede tener su producto luego de su nacimiento. Según MSP/OPS considera que mínimo debe ser 5 controles prenatales se deben iniciarse el primer mes de embarazo y concluir al inicio del trabajo de parto.

TABLA N°. 10

AUMENTO DE PESO DEL PRODUCTO DURANTE EL EMBARAZO EN LAS MUJERES QUE ACUDEN AL HOSPITAL "JOSÉ MARÍA VELASCO IBARRA" DURANTE EL PERIODO ABRIL A SEPTIEMBRE DEL 2013

GANANCIA DE PESO DURANTE EL EMBARAZO	NÚMERO	PORCENTAJE
Bajo < 9.9 kg	14	47%
Normal 10 y 13 kg	16	53%
Total	30	100%

FUENTE Revisión de las historias clínicas de las madres que acuden al Hospital "José María Velasco Ibarra"-Tena periodo abril a septiembre del 2013.

ELABORADO POR: I.R.E. Verónica Chimborazo, I.R.E. Lourdes Fierro

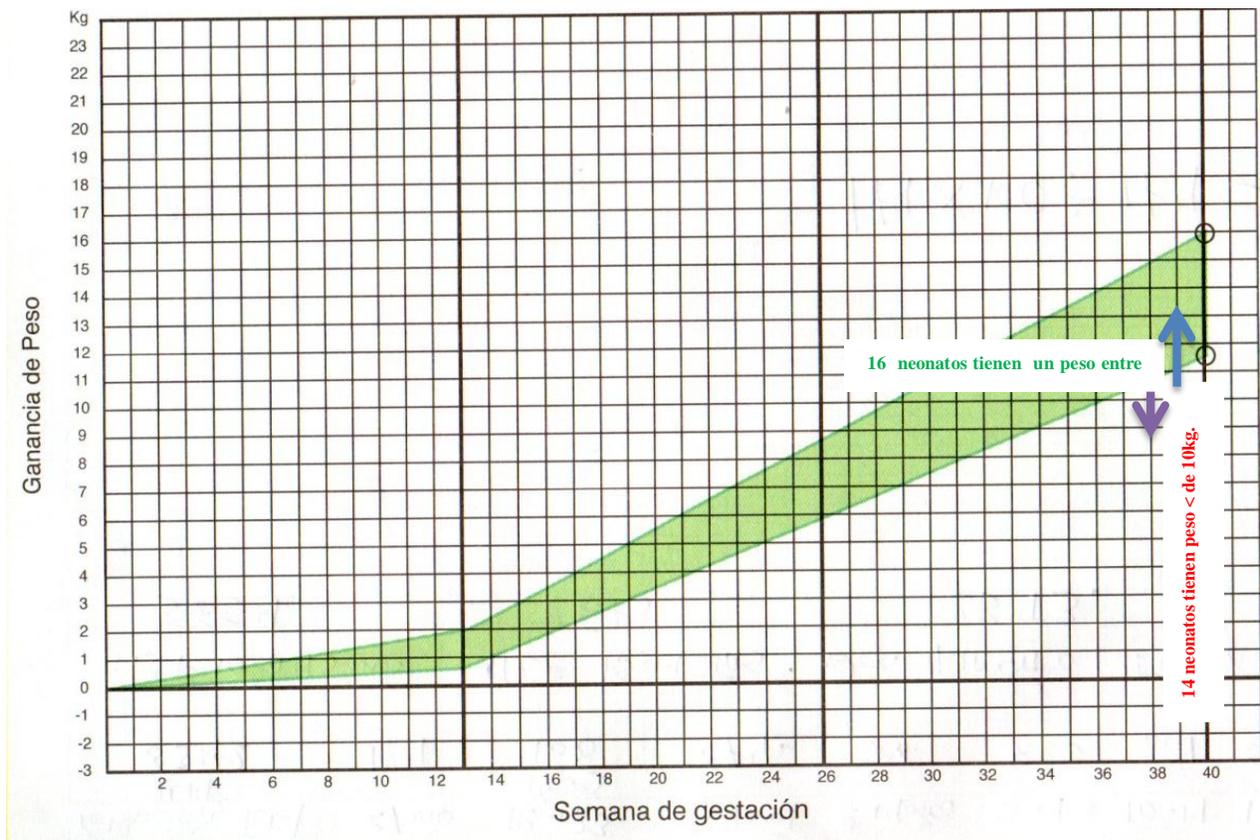
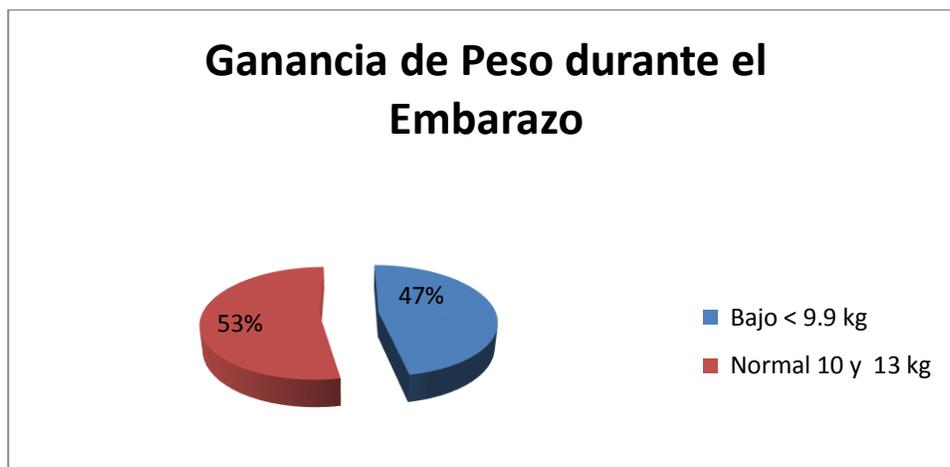


GRÁFICO N°. 10



ANÁLISIS

El incremento ponderal de las mujeres embarazadas, se encuentra en lo establecido como normal, dado que la normativa del Ministerio de Salud Pública menciona que el peso adecuado en incremento total durante el embarazo es de 10 a 13(kg). Según lo observado en la tabla de ganancia de peso existe en ellas un peso adecuado de 53% mientras que el 47% no llega a obtener el peso ideal durante la gestación lo que constituye un factor de riesgo para que el neonato nazca con peso bajo.

TABLA N°. 11

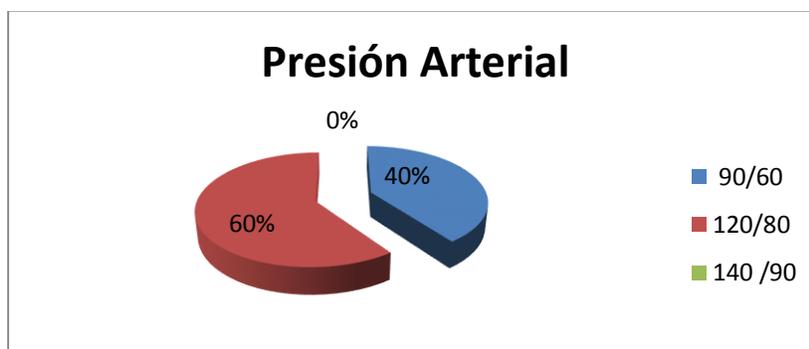
VALORES DE LA PRESIÓN ARTERIAL DE LAS MADRES EMBARAZADAS QUE ACUDEN AL HOSPITAL “JOSÉ MARÍA VELASCO IBARRA” DURANTE EL PERIODO ABRIL A SEPTIEMBRE DEL 2013

PRESIÓN ARTERIAL	NUMERO	PORCENTAJE
90/60	12	40%
120/80	18	60%
140 /90	0	0
TOTAL	30	100%

FUENTE Revisión de las historias clínicas de las madres que acuden al Hospital “José María Velasco Ibarra”-Tena periodo abril a septiembre del 2013.

ELABORADO POR: I.R.E. Verónica Chimborazo, I.R.E. Lourdes Fierro

GRÁFICO N°. 11



ANÁLISIS

Tomando como referencia lo establecido en el manual Ministerio Salud Pública 2008 la T/A normal en la mujer gestante es de 120/80 lo que no constituye un factor de riesgo en las mujeres embarazadas que acuden al Hospital “José María Velasco Ibarra” para obtener un producto de peso bajo.

TABLA N°. 12

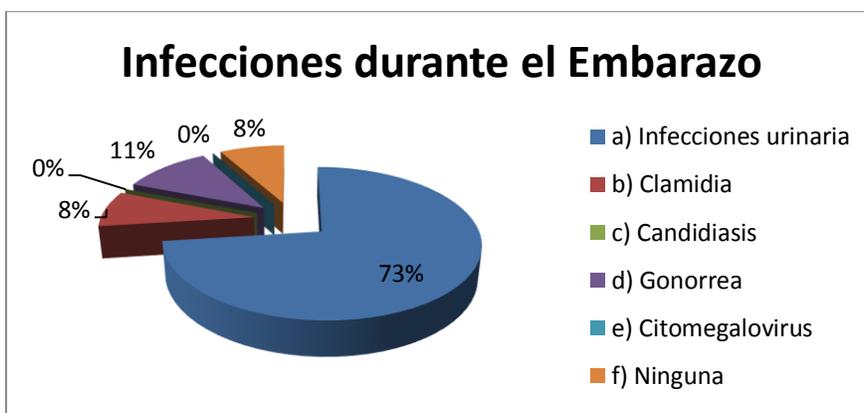
INFECCIÓN DE LAS MADRES QUE ACUDEN AL HOSPITAL “JOSÉ MARÍA VELASCO IBARRA” DURANTE EL PERIODO ABRIL A SEPTIEMBRE DEL 2013.

INFECCIONES DURANTE EL EMBARAZO	NÚMERO	PORCENTAJE
Infecciones urinaria	26	73%
Clamidia	3	8%
Candidiasis	0	0
Gonorrea	4	11%
Citomegalovirus	0	0
Ninguna	3	8%
TOTAL	36	100%

FUENTE Revisión de las historias clínicas de las madres que acuden al Hospital “José María Velasco Ibarra”-Tena periodo abril a septiembre del 2013.

ELABORADO POR: I.R.E. Verónica Chimborazo, I.R.E. Lourdes Fierro

GRÁFICO N°. 12



ANÁLISIS

Las mujeres embarazadas presentan con mayor frecuencia infecciones de vías urinarias lo que aumenta la probabilidad de sufrir una cistitis; durante embarazo la orina fluye a una velocidad relativamente lenta por las vías urinarias acumulándose, gérmenes que permanecen más tiempo en la vejiga, produciendo una ruptura prematura de membranas que puede desencadenar una infección, retardo del crecimiento intrauterino y recién nacidos con bajo peso.

TABLA N°. 13

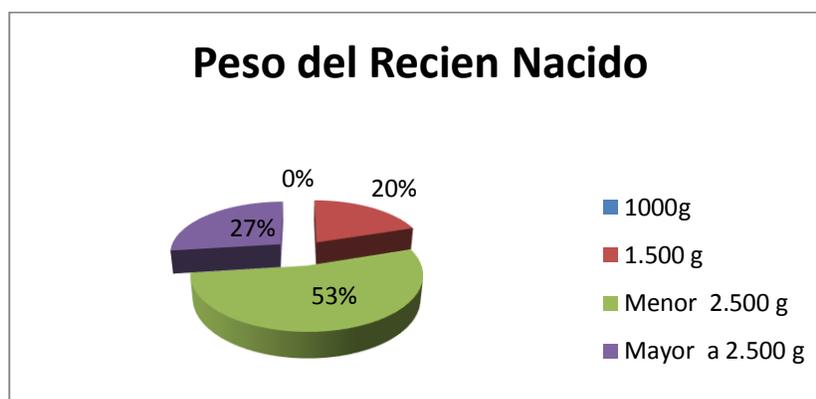
PESO DE LOS RECIÉN NACIDOS QUE SE ENCUENTRAN EN EL L HOSPITAL “JOSÉ MARÍA VELASCO IBARRA” DURANTE EL PERIODO ABRIL A SEPTIEMBRE DEL 2013.

PESO DEL RN	NÚMERO	PORCENTAJE
1000g	0	0
1.500 g	6	20%
Menor 2.500 g	16	53%
Mayor a 2.501 g	8	27%
TOTAL	30	100%

FUENTE Revisión de las historias clínicas de las madres que acuden al Hospital “José María Velasco Ibarra”-Tena periodo abril a septiembre del 2013.

ELABORADO POR: I.R.E. Verónica Chimborazo, I.R.E. Lourdes Fierro

GRÁFICO N°. 13



ANÁLISIS La relación de recién nacidos a término con peso bajo menor de 2.500g en correspondencia con la edad gestacional es de 73%, lo que supera lo establecido por el Ministerio Salud Pública el 8.4%, lo que es consecuencia del grado de instrucción, accesibilidad, la economía, infecciones de vías urinarias, consumo de tóxicos e intervalo intergenésico.

TABLA N°. 14

SEMANAS DE CULMINACIÓN DE SU EMBARAZO LAS MADRES QUE ACUDEN AL HOSPITAL “JOSÉ MARÍA VELASCO IBARRA” DURANTE EL PERIODO ABRIL A SEPTIEMBRE DEL 2013.

CULMINACIÓN DEL EMBRAZO	NÚMERO	PORCENTAJE
37 Semanas	10	33%
38 Semanas	9	30%
39 Semanas	7	23%
40 Semanas	2	7%
41 Semanas	1	3%
42 Semanas	1	3%
TOTAL	30	100%

FUENTE Revisión de las historias clínicas de las madres que acuden al Hospital “José María Velasco Ibarra”-Tena periodo abril a septiembre del 2013.

ELABORADO POR: I.R.E. Verónica Chimborazo, I.R.E. Lourdes Fierro.

GRÁFICO N°. 14



ANÁLISIS

Las mujeres embarazadas que acuden al Hospital culminaron su embarazo entre 37 semanas y 38 semanas de gestación lo que no constituye un factor de riesgo para que su niño nazca con un bajo peso.

TABLA N°. 15

GUÍA DE OBSERVACIÓN PARA EL CUMPLIMIENTO DEL PROTOCOLO DE LOS RECIÉN NACIDOS DE PESO BAJO EN EL HOSPITAL “JOSÉ MARÍA VELASCO IBARRA”

ETAPA PRENATAL

Indicador	Cumplen	Número	No cumplen	Número
1.- Realiza y revisa la historia clínica perinatal y carne perinatal.	100%	250	0%	0
2.- Establece factores de riesgo antes del nacimiento.	98%	245	2%	5
3.- Escucha y responde atentamente a las preguntas de sus familiares.	100%	250	0%	0
4.- Identifica factores de riesgo para el peso al nacimiento.	91%	228	9%	22
5.- Si se requiere de referencia a una unidad de mayor complejidad, el mejor transporte es el intrauterino.	32%	80	68%	170

ETAPA POSNATAL

Número identificado	Cumplen	Número	No cumplen	Número
6.- Valoración inmediata por el personal de mayor experiencia.	100%	250	0%	0
7.- Determinar la edad gestacional.	92%	230	8%	20
8.- Aplicar medidas generales.	100%	250	0%	0
9.- Registrar la temperatura cada 8 horas.	100%	250	0%	0

Mantener en 36.5 y 37°C.				
10.- Determinar cada 3h hasta que el recién nacido se estabilice FR, FC P.A.	100%	250	0%	0
11.-Realiza exámenes básicos, bilirrubinas, BH, y de ser necesario exámenes para tratar patología.	70%	175	30%	75
12.- Registra glicemia una vez al día, realiza gasometría y radiografía de tórax.	32%	80	68%	170
13.- Prevenir la hipoglicemias: iniciar lactancia materna lo antes posible si el RN necesita.	100%	250	0%	0
14.- Previene la hipotermia: secar y abrigar al RN inmediatamente luego del parto.	100%	250	0%	0
15.- Administrar oxígeno, si RN presenta signos de dificultad respiratoria taquipnea, cianosis, quejido respiratorio o retracciones subcostales o subxifoideas.	28%	70	72%	180
16.- Identifica y registra en la historia clínica signos de peligro: hipoactividad, mal succión, distensión abdominal, frecuencia respiratoria menor a 40x´.	100%	250	0%	0
17.- Una vez establecido el RN realizar antropometría completa.	100%	250	0%	0
18.- Si el RN menor de 2000 gramos, edad estimada < de 34 semanas necesitó de reanimación o presenta algún signo de peligro referencia a nivel III.	16%	40	84%	210
19.- Vigilar la temperatura y registrarla en la historia clínica si existe fiebre, > a 37 bajar por medios físicos.	19.2%	48	80.8%	202

20.- Si presenta inestabilidad térmica temperatura < 35 o mayor 37.5°C, administrar la primera dosis de antibióticos.	24%	60	76%	190
21.- Alimentación	21.2%	53	78.8%	197
22.- Requerimiento energéticos y de líquidos.	66,8%	167	33,2%	83
23.- Suspender los líquidos cuando la ingesta oral sea de 110cc/kg/día.	95.2%	238	4.8%	12
24.- Egreso:	100%	250	0%	0
25.- Registro completo en historial clínica de todos los eventos.	100%	250	0%	0
26.- Seguimiento, evaluación estricta del crecimiento, desarrollo y estimulación temprana.	100%	250	0%	0
27.- Programar una cita para la primera visita de seguimiento.	100%	250	0%	0

FUENTE guía de observación del cumplimiento de protocolo de recién nacidos de bajo peso de las madres que acuden al Hospital “José María Velasco Ibarra”-Tena periodo abril a septiembre del 2013.

ELABORADO POR: I.R.E. Verónica Chimborazo, I.R.E. Lourdes Fierro

ANÁLISIS

El Hospital “José María Velasco Ibarra” cuenta con una estrategia de guía para la atención y tratamiento al recién nacido de peso bajo establecido por el Ministerio de Salud Pública; tanto en la etapa prenatal como en la posnatal no se llega a cumplir al 100% los indicadores 2,4,5,7,11,12,15,18,19,20,21,22,23. mientras que los indicadores 1,3,6,8,9,10,13,14,16,17,24,25,26,27 se cumplen al 100% lo que significa que los 14 indicadores cumplen el porcentaje requerido por el Ministerio de Salud Pública (MSP). Esto garantiza al recién nacido reciba atención de calidad.

3.2. COMPROBACIÓN DE LA HIPÓTESIS

Después de realizar un análisis cuantitativo de los gráficos estadísticos y según las encuestas aplicadas a las mujeres embarazadas en el servicio de Gineco-obstetricia del Hospital “José María Velasco Ibarra” hemos llegado a determinar que los factores de riesgo durante el embarazo influye en el recién nacido siendo una consecuencia de ello el bajo peso al nacimiento

3.3. CONCLUSIONES

Los factores maternos que influyen en una alta incidencia de nacimientos de neonatos a término de bajo peso, en el Hospital “José María Velazco Ibarra” son la accesibilidad a las unidades de salud, economía, instrucción educativa, intervalo Intergenésico, hábitos, deficiente incremento ponderal en el embarazo.

La accesibilidad a las unidades de salud ya que consideran distante y dificultoso; dado que como tiempo mínimo desde la comunidad es de 45 minutos, y la disponibilidad de transporte para el traslado es escaso, por lo que no pueden cumplir con los controles prenatales, las mujeres embarazadas menores de 15 años y mayores de 35 presentan riesgos biológicos, ginecológicos y psicológico.

La falta de instrucción, y el déficit de conocimiento y orientación aumenta la probabilidad de riesgo para un nacimientos del recién nacido a término de peso bajo, los ingresos económicos bajo el salario básico unificado induce a que las mujeres embarazadas no tengas estilos de vida saludables; El consumo de sustancias toxicas: Alcohol, Tabaco, Drogas constituye un peligro durante su embarazo ya que puede presentar parto pre término, trastorno hipertensivo, sufrimiento fetal y bajo peso al nacer.

Las estrategias que el Hospital “José María Velasco Ibarra”, aplica para la atención al Neonato de peso bajo, corresponde a lo establecido por el Ministerio Salud Pública en el Manual de Atención Neonatal dando cumplimiento en porcentajes superiores al 80%, lo que en la valoración del MSP equivale a una atención de calidad.

3.4. RECOMENDACIONES

- Que exista una mejor coordinación entre el Hospital y los Sub-Centros de Salud para que de esta manera se dé la atención oportuna a las mujeres embarazadas y así evitar complicaciones; aplicando guías y protocolos establecidos por el Ministerio Salud Pública.

- Capacitación continua y oportuna al personal sobre la importancia, manejo y llenado del formulario 051-2008; mejorar la detección temprana e investigar los factores de riesgo a futuro.

- Que Hospital “José María Velazco Ibarra” realice campañas de difusión promoción, prevención de Salud, basado en las necesidades de la población.

CAPITULO V

4. PROPUESTA

ESTRATEGIA AIEPI COMUNITARIA EN LA ATENCIÓN A LAS MUJERES EMBARAZADAS DE LA COMUNIDAD AHUANO PROVINCIA NAPO CANTÓN TENA.

4.1. INTRODUCCIÓN

La estrategia AIEPI comunitaria no implica solo en niños < 5 años si no en mujeres embarazadas de esta manera permite intervenir con mayor impacto a la población y de esta manera mejorar las condiciones de salud de las mujeres embarazadas, en particular reduce las enfermedades; su diseño incluye acciones de detección precoz y tratamiento apropiado así como intervenciones de prevención y de promoción de la salud.

Contribuyen a mejorar los conocimientos, actitudes y prácticas de la población respecto al cuidado de las mujeres embarazadas en el hogar, de esta manera reduce la incidencia y/o gravedad de los episodios de enfermedades y mortalidad, garantizando una adecuada calidad de atención.³⁴

La presente propuesta trata principalmente sobre los factores de riesgo maternos durante el embarazo sus causas, consecuencias y secuelas que puede presentar el producto al momento del nacimiento, según las estadísticas basada en la Organización Panamericana Salud un 80% de mujeres presentan factores de riesgo durante su embarazo, siendo este un problema de salud pública que afecta a millones de mujeres cada año es una segunda causa de la morbi-mortalidad en el recién nacido, el objetivo de esta investigación es diseñar medidas para disminuir el problema.

Según el objetivo tres del plan del buen vivir, mejora las condiciones para la vida satisfactoria y saludable de todas las personas, familias y colectividades respetando su diversidad. Fortalecemos la capacidad pública y social para lograr una atención equilibrada, sustentable y creativa de las necesidades de ciudadanas y ciudadanos.

El marco general de la reforma estructural de salud en el Ecuador define la Política Nacional de Salud, la ley del Sistema Nacional con la visión de mejorar la cobertura y

³⁴ ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (2011). Atención integral de las enfermedades prevalentes en la infancia (AIEPI).

accesos al servicios de salud, control y erradicación de enfermedades, define un nuevo modelo de atención en el que la participación ciudadana y el empoderamiento comunitario son claves para garantizar óptimos resultados, además determina la política que fomenta las acciones de protección y promoción para la salud, con la participación y compromiso de los gobiernos seccionales en planes de desarrollo.³⁵

En el ámbito de la salud para madres embarazadas, los factores de riesgo representa un problema negativo dentro de la comunidad, dando como resultado un impacto perjudicial para la madre y del recién nacido.

Por tratarse de un tema importante para la mujer embarazada, el recién nacido, la familia y la sociedad en general, nosotras como integrantes de salud e internas rotativas de enfermería realizamos este trabajo con el fin de apoyar el cumplimiento de los objetivo postulado en el plan de Buen Vivir.

³⁵ MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA (2008). Atención integral de enfermedades prevalentes en la infancia Marco general de la reforma estructural de la Salud en el Ecuador. Recuperado el 8 de Mayo del 2014, de <http://www.conasa.gob.ec/index.php>

4.2. JUSTIFICACIÓN

En base a los datos obtenidos de la investigación realizada, es un tema preocupante y de importancia para la mujer embarazada, sociedad y comunidad debido a que estos factores de riesgo afectan significativamente al peso de recién nacido a-termino (RNAT) lo que provoca complicaciones en el desarrollo y crecimiento que no les permite tener un estilo de vida saludable.

A los factores maternos se agregó la dificultosa accesibilidad a las unidades de salud no dando cumplimiento con los controles prenatales, establecidos por el Ministerio de Salud Pública.

La falta instrucción, el déficit de conocimiento conlleva a que la mujer embarazada procee un nuevo ser consecutivamente de esta manera aumenta la probabilidad de riesgo, la falta de ingresos económicos induce a que las mujeres embarazadas no tengas una alimentación adecuada; El consumo de sustancias toxicas: Alcohol, tabaco, drogas contribuye a un peligro para embarazo.

Por esta razón justificamos la presente propuesta como un medio de prevención a los riesgos en el embarazo y de esta manera disminuir sustancialmente el riesgo biológico en madres embarazadas de la población de Ahuano.

4.3. FUNDAMENTACIÓN BIBLIOGRÁFICA

La estrategia AIEPI (Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia), es un enfoque integrado de la salud infantil que se centra en el bienestar general del niño. Su finalidad es reducir la mortalidad, la morbilidad y la discapacidad en los menores de cinco años, así como promover su mejor crecimiento y desarrollo. La estrategia también abarca componentes preventivos y curativos para su aplicación tanto por las familias y las comunidades. Se constituye actualmente en la principal herramienta para mejorar la salud de la niñez y de mujer en periodo de gestación centrandose su atención en el estado de salud y no en las enfermedades que ocasionalmente pueden afectarlos³⁶

La Estrategia AIEPI fue elaborada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF).

De esta manera aumenta la detección precoz, tratamiento y promoción de la salud como parte de la atención, con lo cual contribuye a mejorar el conocimiento y las prácticas de cuidado al usuario (a).

OBJETIVOS DE LA ESTRATEGIA AIEPI

- 1.** Reducir las muertes de los niños y niñas.
- 2.** Reducir la aparición y gravedad de las enfermedades prevenibles que afectan a los niños y niñas.
- 3.** Mejorar la calidad de la atención en la comunidad y servicios de salud de los niños y las niñas y la mujer gestante.

El desarrollo del componente comunitario tiene tres momentos importantes:

³⁶ Atención-Integral-a-las-enfermedades-prevalentes-de-la-infancia (AIEPI)

Primer momento: Relacionado al análisis de la realidad local (diagnostico local participativo), debe contar con información directa de la localidad acerca el problema de salud infantil y materna.

Segundo momento: Corresponde a la situación y descripción de las 16 practicas claves familiares y comunitarias de atención y cuidado a los niños, niñas y madres embarazadas para ellos a través de sondeos, encuestas de opción, encuesta de conocimientos actitudes y prácticas , entrevistas a profundidad o grupos focales.

Tercer momento: Corresponde al análisis y ejercicio participativo de la comunidad representada a través de la familia actores sociales y servicios de salud, la misma que partiendo del análisis de la realidad, la identificación de causas y consecuencias el problema de salud infantil.

Estrategias de AIEPI comunitario

El componente comunitario de la estrategia propone que las familias apliquen 16 Prácticas Saludables para el desarrollo seguro de los pequeños, estimulando su crecimiento, previniendo que se enfermen, brindando cuidados adecuados en su casa hogar cuando estén enfermos y detectando signos de peligro que requieran un tratamiento inmediato:

1. **Lactancia Materna:** Exclusiva hasta los 6 meses.
2. **Alimentación Complementaria:** Adecuada y suficiente, adicionada a partir de los 6 meses de edad.
3. **Uso de micronutrientes:** La alimentación debe ser nutritiva y con un gran aporte de hierro y vitamina. Deben ser suministrados a los niños y niñas como suplementos, de forma anual.
4. **Estimulación oportuna del Desarrollo Neurológico:** Se debe promover el desarrollo integral del niño con afecto y la estimulación adecuada de las conductas que debe adquirir, según su edad.
5. **Vacunación:** Oportuna, según su edad y hasta completar el esquema indicado por el servicio de salud.

6. **Higiene:** Deben promoverse en el niño y la familia las conductas de higiene (lavado de manos y cara), y los ambientes libres de humo y otros contaminantes.
7. **Manejo de la malaria y el dengue:** Deben mantenerse las medidas para prevenir su transmisión, como el uso de toldillos, tratados con insecticida, y el manejo adecuado de los depósitos de agua, para evitar criaderos de larvas de los transmisores.
8. **Debe prevenirse la transmisión perinatal del VIH:** Las gestantes deben hacerse la prueba de VIH para establecer el manejo adecuado y oportuno de cada caso.
9. **La alimentación del niño o la niña enfermo:** Debe ser nutritiva, con líquidos y alimentos que le agraden y en una mayor frecuencia para facilitar el restablecimiento de la salud.
10. **El cuidado en casa del niño o la niña enfermo(a):** Esta tarea la debe realizar una persona responsable, siguiendo las recomendaciones del personal de salud. Debe tener claridad sobre los signos de peligro de la enfermedad y acudir a la institución de salud de forma inmediata si estos se presentan.
11. **Prevención de lesiones y accidentes en los niños:** Deben identificarse los elementos y/o situaciones riesgosas para el pequeño y efectuar su prevención y control.
12. **Buen Trato y cuidado permanente:** Se le debe manifestar cariño, comprensión y protección frente a cualquier forma de maltrato o descuido.
13. **Participación del Hombre:** Debe intervenir en la planeación y desarrollo de la familia; en los procesos de gestación y parto, y en las labores diarias del hogar. Debe brindar su afecto y cariño a cada uno de sus hijos.
14. **Tratamiento fuera del hogar:** Lleve de inmediato al niño al servicio de salud en caso de no poder tomar pecho o beber líquidos, si vomita todo, convulsiona o parece como dormido, pero no puede ser despertado.
15. **Seguir las recomendaciones del personal de salud:** Una vez haya sido atendido por el personal de salud, debe asegurarse de haber entendido todas las indicaciones y cumplirlas.

16. Control Prenatal: Todas las mujeres deben recibir control durante su gestación por parte del personal de salud y procurar que el parto sea atendido en las instituciones hospitalarias más adecuadas.³⁷

De la estrategia AIEPI Comunitaria, Se tomaron los siguientes literales claves 15 y 16 la misma que se utilizó en la elaboración de la propuesta, esta permitirá a las usuarias y (os) que asistan a la Unidad de Salud para la atención medica mensual y así obtener un resultado óptimo en la Salud.

Seguir las recomendaciones del personal de salud.

Como se incorpora y donde lo implementada la estrategia AIEPI.

El Centro de Salud Ahuano incorpora la estrategia AIEPI de una manera eficiente, brindando servicios de Salud a la familia y la comunidad a través de la identificación de enfermedades prevalentes, tratamiento y seguimiento en las usuarias (0), realizando un diagnostico apropiado y completo; efectuando acciones de prevención de las enfermedades y de promoción de la salud.

La estrategia AIEPI fue implementada en el Centro de Salud Ahuano y en las diferentes comunidades para así identificar la prevalencia de enfermedades, y de esta manera disminuir riesgos, el personal de salud que labora en la unidad fue capacitada de manera adecuada para brindar una atención oportuna a las y los usuarios que asisten al centro de salud.³⁸

Para el desarrollo de la estrategia AIEPI partimos de la línea de base para el desarrollo de la propuesta.

³⁷ http://www.saludcoop.coop/index.php?option=com_content&view=article&id=102:16-practicas-saludables-para-la-salud-integral-de-los-ninos-&Itemid=220

³⁸ Junta Parroquial De La Comunidad Ahuano (2014). Centro de Salud

En conclusión, la Estrategia está basada en el derecho que todo niño, niñas y mujer embarazada tiende a ser atendido con calidad y calidez, Con enfoque en la identificación del riesgo respondiendo a las causas principales de morbilidad y mortalidad en el país, Y así se logre lo esperado y se cumpla con el compromiso adquirido en los Objetivos de Desarrollo del Milenio y el Plan Nacional de Salud Pública.

4.3. SUSTENTACIÓN DE LA PROPUESTA

La investigación se sustenta en el déficit de conocimiento de mujeres de comunidades lejanas que no asisten a la Unidad Salud y de mujeres embarazadas que son atendidas en el Centro de Salud de Ahuano, este problema se idéntico mediante interrogaciones en la comunidad y en la Unidad de Salud, las mismas que manifestaron desconocer los riesgos que presenta durante el embarazo y como afecta al producto, de ahí la necesidad de las mujeres gestantes de conocer sobre los Factores de Riesgos maternos que afectara al neonato, los mismos que se efectuara en el mes de mayo 2014 mediante un programa de capacitación continua, consejería subsecuente, control y seguimiento.

LÍNEA DE BASE

Un embarazo con riesgo, según la Organización Panamericana de la Salud (OPS) Constituye mayores posibilidades de complicaciones debido a las condiciones y estilos de vida, como consecuencia de los factores externos, muchas de ellas pueden producir diferentes alteraciones en el producto que pueden ser desde retrasos en el crecimiento intrauterino, malformaciones del cuerpo y de los órganos internos, y el fallecimiento antes del parto o inmediatamente después.

Debemos mencionar que se trabajara con un número significativo de 49 mujeres embarazadas captadas en la comunidad Ahuano de la Provincia Napo, Cantón Tena, en el

año 2014, Como datos obtenidos del levantamiento de la línea de Base encontramos los siguientes aspectos relevantes dignos de mencionar:

- De las 49 mujeres embarazadas un 40.8% que corresponde a 20 mujeres que se encuentra en comunidades lejanas desconocen los factores de riesgos por el difícil acceso y escaso transporte dificulta realizar los controles prenatales.
- Respecto a las capacitaciones sobre riesgos en el embarazo afirman las 20 mujeres embarazadas que acuden al centro de salud no haber tenido acceso a capacitarse y orientación en factores de riesgos maternos a pesar de existir el centro de salud.
- El 40.8 % de mujeres embarazadas tienen un ingreso mensual menor que el salario básico unificado esto conlleva a que las mujeres embarazadas no tengan una debida alimentación provocando desnutrición y afectando significativamente al producto
- De las 49 mujeres embarazadas su nivel de instrucción es mínimo estos provoca un problema de salud pública lo que produce un déficit de conocimiento de las complicaciones de los factores de riesgos maternos.
- Para el año 2014 se encontraron 49 mujeres embarazadas en el área objeto de estudio.

COMUNIDAD AHUANO

RESEÑA HISTÓRICA

AHUANO proviene del habla Quichua Awa –Runa que significa de mayor altura. Según cuenta la leyenda, en el sector existían gran cantidad de árboles de Ahuano de las cuales se elaboraban bateas para lavar oro que había en el río Napo. Fue fundado entre los años 1870 a 1875, por el misionero Josefino de origen italiano Mario Canoba.

El 30 de abril la parroquia celebra sus festividades eligiendo dos reinas entre las más hermosas mujeres, tanto colonas como indígenas, 12 de diciembre celebra de la fiesta en honor a la “Virgen de Guadalupe”, patrona de Ahuano.

LÍMITES PARROQUIALES:

Norte: Parroquia Misahuallí, Cantón Archidona, Chontapunta.

Sur: Pastaza

Este: Chontapunta.

Oeste: Parroquias Misahuallí, Puerto Napo

Características de la población

Su población es de 4.162 Habitantes, con una superficie 41.706 dando un porcentaje de 10.60 % la mayoría de habitantes acuden a Centro de Salud a realizarse sus controles

mientras una poca cantidad prefieren atenderse en otras áreas de salud, esta comunidad se caracteriza por realizar una labor responsable en la atención del usuario.³⁹

SALUD

La parroquia Ahuano está atendida por un Centro de Salud que se encuentra ubicado en la cabecera parroquial, la misma que dispone del siguiente personal:

- 4 Médicos
- 1 Ginecóloga
- 2 Odontólogo
- 2 Enfermera
- 1 Interno de enfermería
- 2 Auxiliar de enfermería
- 2 Laboratorista
- 1 Estadístico
- 4 Taps
- 1 Auxiliar de limpieza

SERVICIOS QUE PRESTA LA UNIDAD DE SALUD Y ACTIVIDADES QUE REALIZA CADA UNA DE ELLOS.

Medicina General Detectan enfermedades, tratamiento continuo y el cuidado directo al paciente, visitas domiciliarias.

³⁹ Junta Parroquial De La Comunidad Ahuano (2014). Centro de Salud

Gineco-Obstetricia Controles prenatales, recolección de muestras Papanicolaou, seguimiento a las mujeres embarazadas, Planificación familiar, tratamiento ginecológico en las mujeres.

Odontología Higiene bucal, Tratamiento y extracción de piezas dentarias.

Enfermería Preparación del paciente, administración de medicamentos, pos-consulta, Detección y seguimiento a los pacientes de TB, Programa Ampliado de Inmunizaciones Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), Elaboración de informes mensuales, Cuidado directo, Educación continua, Asistencia al médico, Curaciones, Visitas domiciliarias.

Auxiliar de enfermería Prepara al paciente, Preparación del material, Salidas a comunidades, Asistencia al médico.

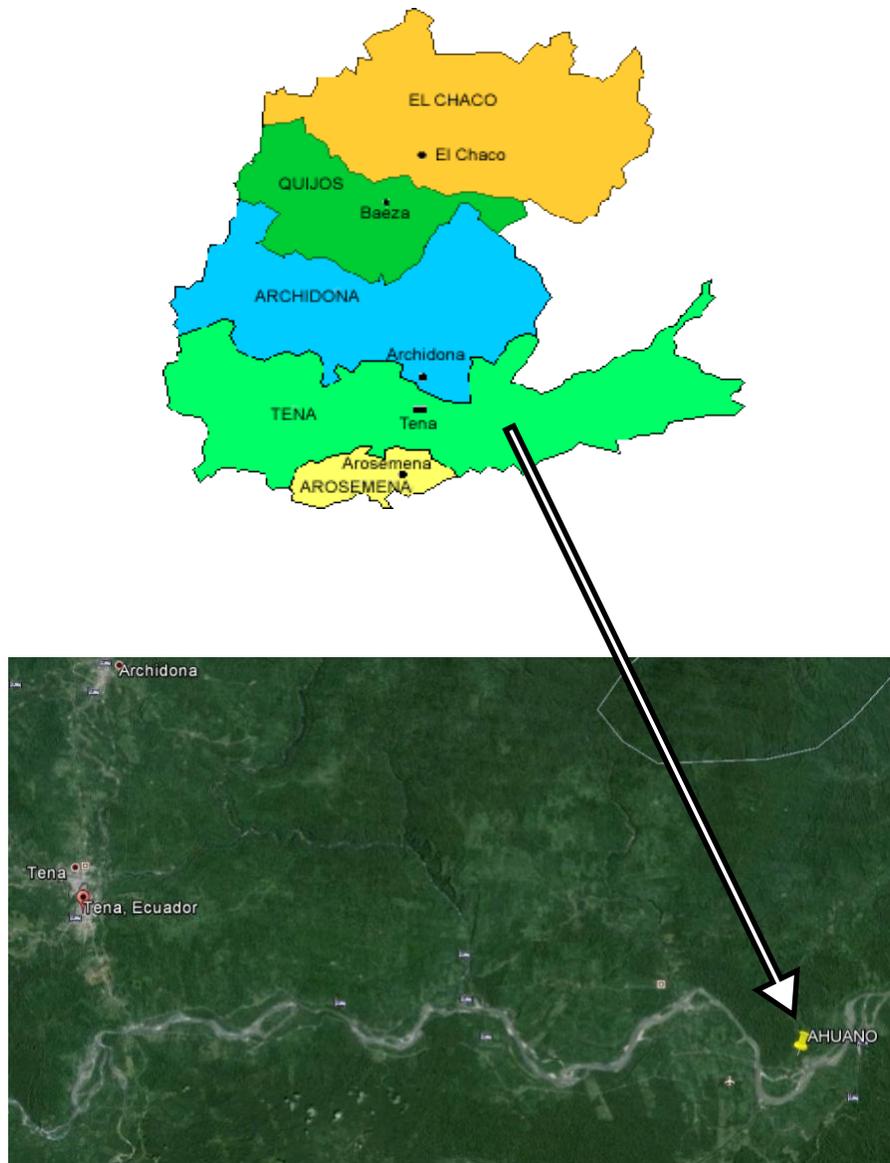
Laboratorio Exámenes de hemocultivo, Coproparasitario, exámenes de VIH, BH, exámenes de sangre, pruebas de embarazo, exámenes de detección de leishmaniasis, dengue.

Estadística Abrir historias, Recolección de datos, Coger turnos, Archiva las historias clínicas.

Taps Captación de mujeres embarazadas, discapacitados, Visitas domiciliarias,

Auxiliar de limpieza Realiza limpieza en toda la unidad

Ubicación de la comunidad Ahuano



Organización de las comunidades

Se organiza realizando reuniones, mingas comunitarias organizadamente y en conjunto con la junta parroquial, teniente político, presidente de la comunidad, miembros de la misma comunidad, policía nacional y miembros del Equipo de Salud.

Miembros que conforman la comunidad

- Presidente de la Junta parroquial
- Teniente político
- Presidente de la comunidad
- Habitantes de la comunidad
- Policía nacional
- Miembros del equipo de salud.
- Parteras
- Escuelas
- Colegios
- Párroco de la iglesia
- Miembros de CVB

Programas que realizan la unidad de salud para evitar enfermedades

- Programa ampliado de inmunizaciones (PAI)
- Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar y Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENIPLA)
- Seguridad alimentaria y nutricional
- Control de la tuberculosis
- Tamizaje neonatal
- Salud intercultural
- Modelo de atención integral de salud
- Atención primaria en salud
- Atención integral a adolescentes
- Programa nacional de control de la rabia
- Programas ambientales
- Salud bucal
- Misión Manuela Espejo

Organización de los servicios de salud

El Centro de Salud Ahuano atiende las 24 horas del día asistiendo en todo momento al usuario (a), en muchos casos el establecimiento no cuenta con los equipos y medicamentos necesarios para tratar una emergencia de mayor complejidad, la misma que se ayuda con llamadas telefónicas al hospital más cercano siendo de esta transferido en ambulancias y transportes particulares y así proporcionar un servicio oportuno al usuario, familia y comunidad.

Características de las viviendas relacionadas a la salud

La comunidad de Ahuano posee una viviendas de madera de más o menos 8 x 6 metros las cuales se encuentran muy dispersas muchas de ellas en condiciones deterioradas por lo que el acceso sólo es posible por medio de senderos, ríos a través de canoas elaborados por los mismos pobladores esto influye en la salud causando insatisfacción a las familia, las personas pobres están sujetas a condiciones que las lleva a padecer enfermedades y problemas de salud con más frecuencia, el acceso o carencia de los recursos para satisfacer las necesidades dificulta la calidad de vida

Servicios básicos

Los mayores problemas que manifiestan los pobladores son la falta de alcantarillado ya que la aguas hervidas son eliminados a los ríos, los desechos son eliminados a quebradas y ríos aledaños, los pobladores utilizan diversos medios para el acceso del líquido vital principalmente a través de las vertientes fluviales y la recolección del agua lluvia esto produce un medio de contaminación y que exista mayor incidencia y prevalencia de las enfermedades.

Cultura la comunidad del Ahuano esta conformadas por nativos y mestizos hablan el idioma quechua, español, shuar, elaboran chicha de yuca y plátano, realizan celebraciones en base a sus creencias y costumbres.

Accesibilidad

Las vías por las que acceden los vehículos al centro de salud son empedradas, esta comunidad no presenta acceso directo a carreteras asfaltadas por lo que les dificultan asistir a los controles mensuales y esta se ve afectada por la distancia dado que como tiempo mínimo desde la comunidad para acceder a la Unidad Operativa es de una hora, y la disponibilidad de vehículos para el traslado es escaso.

Recursos Naturales

El principal recurso natural de esta zona es el Río Napo el cual se utiliza para la navegación y la comercialización de los productos propios de la zona como son el cacao, la yuca, verde., las principales fuentes de alimentación provienen de la caza, pesca y agricultura.⁴⁰

⁴⁰ Junta Parroquial De La Comunidad Ahuano (2014). Centro de Salud

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Incrementar en un 95 % de mujeres embarazadas a la utilización de los servicios que oferta la Unidad Operativa de la comunidad Ahuano Provincia Napo - Cantón Tena.

OBJETIVO ESPECIFICO

- Sistematizar con el coordinador de la unidad de Salud un programa de intervención en la comunidad orientado a las mujeres embarazadas.

ENTIDAD BENEFICIARIA: Mujeres embarazadas de la comunidad del Ahuano.

LUGAR: Comunidad Ahuano

UBICACIÓN: **Provincia:** Napo **Cantón:** Tena **Dirección:** Nuevo Horizonte

PLANIFICACIÓN DE BASE

PROBLEMA	CAUSAS	CONSECUENCIAS	ACCIONES
Factores que inducen a que se produzcan riesgos en mujeres embarazadas de la comunidad Ahuano	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ingresos económicos ➤ Nivel de instrucción ➤ Consumo de Tóxicos. ➤ Intervalo de la Procreación ➤ Controles Prenatales. ➤ Ganancia de peso durante el embarazo. ➤ Infección de las vías Urinarias 	Presentan complicaciones y riesgos para la madre durante el embarazo posteriormente que el neonato obtenga problemas y presente secuelas que dificultarían su crecimiento y desarrollo de esta manera no pueda tener estilos de vida saludable.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Diseñar un programa de capacitación. ➤ Charlas educativas ➤ Elaboración de trípticos. ➤ Visitas domiciliarias. ➤ Seguimiento y tratamiento.

ACTIVIDADES DE LA PROPUESTA

ACTIVIDADES	OBJETIVO	RESPONSABLES	EJECUCIÓN
<p>➤ Diseño de un programa de capacitación continua sobre los factores que inciden a que se produzca riesgos en las mujeres embarazadas que acuden al Centro de Salud Ahuano Provincia Napo Cantón Tena</p>	<p>Fortalecer los conocimientos de mujeres embarazadas</p>	<p>I.R.E Verónica Chimborazo y Lourdes Fierro Dr. David Villafuerte Obs. Angélica Mejía</p>	<p>12-05-2014 13-05-2014</p>
<p>➤ Programación de visita domiciliaria a mujeres embarazadas que presentan factores de riesgos.</p>	<p>Disminuir los riesgos en la madre y el producto.</p>	<p>Obs. Angélica Mejía Dr. David Villafuerte. Licda. Narcisa Ledesma Odontóloga. María Chong</p>	<p>Cada 15 y 28 de cada mes</p>
<p>➤ Desarrollo un programa de difusión de la Unidad Operativa</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elaboración de tríptico 	<p>Utilización semanal de la unidad operativa</p>	<p>I.R.E. Verónica Chimborazo Lourdes Fierro Dr. David Villafuerte</p>	<p>12-05-2014</p>

		Obs. Angélica Mejía	
➤ Evaluación trimestral el programa de intervención	Retroalimentación	Dr. David Villafuerte Obs. Angélica Mejía	Trimestralmente

El Personal del Centro de Salud Ahuano se compromete a dar cumplimiento y seguimiento a programa educativo elaborado por las Internas Rotativas de Enfermería, de la Universidad Estatal de Bolívar las mismas que se ejecutara en el mes de junio en las semanas determinadas por el coordinador del Centro de Salud, con el adjetivo que las mujeres embarazadas de la comunidad del Ahuano fortalezcan sus conocimientos.

PROGRAMA EDUCATIVO

Capacitación continúa sobre los factores que inciden a que se produzca riesgos en las mujeres embarazadas que acuden al Centro de Salud Ahuano Provincia Napo Cantón Tena

INTRODUCCIÓN

Los factores de riesgos prenatales en las mujeres embarazadas es un problema de salud pública por su alto nivel de incidencia en el país ya que estos factores de riesgo produce, consecuencias y secuelas para producto al momento del nacimiento, según las estadísticas basada en la Organización Panamericana de Salud (O.P.S) un 80% de mujeres presentan factores de riesgo durante su embarazo, afectando a millones de mujeres cada año es una segunda causa de la morbi-mortalidad en el recién nacido.⁴¹

Por esta razón se considera de gran importancia educar a las mujeres embarazadas que acuden al Centro de Salud Ahuano, sobre los factores de riesgo que presenta durante el embarazo, prevención, diagnóstico y tratamiento teniendo en cuenta los hábitos, costumbres y estilos de vida, facilitando concientizar a la población sobre la importancia de la asistencia a la unidad de salud.

⁴¹ ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (2010).Estudios De Factores De Riesgos En El Embarazo. Recuperado el 10 Mayo del 2014, de http://www1.paho.org/cdmedia/ge_cp/Ecuador.pdf

JUSTIFICACIÓN

Los factores de riesgo sigue teniendo un gran incidencia en el mundo, sin duda en nuestro país la clave para disminuir los factores de riesgo está en el diagnóstico y tratamiento precoz, actuando de manera anticipada permitirá evitar complicaciones de los factores de riesgos y cambios de estilos de vida en las mujeres embarazadas.

Existiendo un limitado conocimiento, es por eso la importancia para que las mujeres embarazadas de la comunidad Ahuano fortalezca sus conocimientos y liberen sus inquietudes pensando en llevar el mensaje de prevención, según el contexto de la comunidad.

Todo esto nos permitirá que se pueda concientizar a las mujeres embarazadas de la gran importancia de asistir a la Unidad de Salud.

OBJETIVOS

Objetivo General

- Contribuir en el mejoramiento de los conocimientos, actitudes y prácticas en mujeres embarazadas para prevenir y controlar los factores de riesgos mediante actividades sostenidas de información, educación y comunicación en la población.

Objetivos Específicos

- Educar a las mujeres embarazadas sobre los factores de riesgo que se presenta en el embarazo y las consecuencias de los mismos.
- Interactuar con la comunidad y responder las inquietudes de las mujeres embarazadas.

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

INSTITUCIÓN: Centro de Salud de Ahuano

UBICACIÓN:

PROVINCIA: Napo

CANTÓN: Tena

DIRECCIÓN: Nuevo Horizonte

GRUPO AL QUE VA DIRIGIDO: Mujeres embarazadas de la comunidad Ahuano.

HORARIO DE TRABAJO: Primera semana, segunda, tercera semana de junio de 8:00 a 10:00 am

CONTENIDOS

UNIDAD N.- 1

1.1 Embarazo

1.1.1 Sintomas

1.1.2 Duración del embarazo

1.1.3 Cambios durante el embarazo

1.1.4 Embarazo saludable

1.1.5 Embarazo riesgoso

UNIDAD N.- 2

2.1 Factores de riesgo en el embarazo

2.2 Cuales son los riesgos prenatales durante el embarazo.

2.2.1 Como afecta Ingresos económicos en el embarazo

2.2.2 En que afecta el Nivel de instrucción

2.2.3 Consecuencias del consumo de Tóxicos: Alcohol, Drogas, Tabaco

2.2.4 Importancia Controles Prenatales.

2.2.5 Ganancia de peso durante el embarazo.

2.2.6 Complicaciones de las Infecciones durante el embarazo

DURACIÓN FECHA: 1 de junio al 22 de junio del 2014

RESPONSABLES:

- Médicos
- Obstetrix
- Enfermeras
- Internas Rotativas de enfermería
- Mujeres embarazadas.

BENEFICIARIOS

Directos:

- Mujeres embarazadas.

Indirectos:

- Familiares de las mujeres embarazadas
- Interno/a Rotativos de Enfermería de la Universidad Estatal de Bolívar
- Personal de la Unidad de Salud

METODOLOGÍA

- **Expositiva.**- La presentación de la temática estará a cargo del coordinador del Centro de Salud Ahuano
- **Explicativa/Participativa.**- Mujeres embarazadas expondrán sus inquietudes sobre los temas tratados.

RECURSOS MATERIALES

- AUDIOVISUALES

- TV
- Sala de reunión
- Computadora
- Infucos

CRONOGRAMA EDUCATIVO

Nosotras como Internas Rotativas de Enfermería de la Universidad Estatal de Bolívar dejamos diseñando este programa educativo, con el fin de que el equipo de Salud que labora en el Centro de Salud Ahuano ejecute, de seguimiento al programa con la finalidad que las mujeres embarazadas fortalezcan sus conocimientos y obtengan mejores estilos de vida.

Fecha/hora	Tema	Actividades	Material	Responsable
2 - 06-2014	Definición Embarazo Síntomas Duración del embarazo Cambios durante el embarazo Embarazo saludable Embarazo riesgoso	Charlas Presentación de videos Entrega de trípticos	Laptop Infocus Esferos Carpetas	Obs. Angélica Mejía
06- 06- 2014 8:00-10:00	Factores de riesgo en el embarazo Cuáles son los riesgos prenatales durante el embarazo. Como afecta Ingresos económicos en el embarazo En que afecta el Nivel de instrucción	Charlas Entrega de trípticos	Laptop Infocus Esferos Carpetas	Licda. Narcisa Ledesma

	<p>Consecuencias del consumo de Tóxicos: Alcohol, Drogas, Tabaco</p> <p>Importancia Controles Prenatales.</p> <p>Ganancia de peso durante el embarazo.</p> <p>Complicaciones de las Infecciones durante el embarazo</p>			
9 -06- 2014	<p>Definición Embarazo</p> <p>Síntomas</p> <p>Duración del embarazo</p> <p>Cambios durante el embarazo</p> <p>Embarazo saludable</p> <p>Embarazo riesgoso</p>	<p>Charlas</p> <p>Entrega de trípticos</p>	<p>Laptop</p> <p>Infocus</p> <p>Esferos</p> <p>Carpetas</p>	<p>I.R.E</p> <p>Michael Borja</p> <p>Lcda. Narcisa Ledesma</p>
13 -06- 2014 8:00-10:00	<p>Factores de riesgo en el embarazo</p> <p>Cuáles son los riesgos prenatales durante el embarazo.</p> <p>Como afecta Ingresos</p>	<p>Charlas</p> <p>Presentación de videos</p> <p>Entrega de trípticos</p>	<p>Laptop</p> <p>Infocus</p> <p>Esferos</p> <p>Carpetas</p>	<p>Dr. David Villafuerte</p>

	<p>económicos en el embarazo</p> <p>En que afecta el Nivel de instrucción</p> <p>Consecuencias del consumo de Tóxicos: Alcohol, Drogas, Tabaco</p> <p>Importancia Controles Prenatales.</p> <p>Ganancia de peso durante el embarazo.</p> <p>Complicaciones de las Infecciones durante el embarazo</p>			
16-06-2014	<p>Definición Embarazo</p> <p>Síntomas</p> <p>Duración del embarazo</p> <p>Cambios durante el embarazo</p> <p>Embarazo saludable</p> <p>Embarazo riesgoso</p>	<p>Charlas</p> <p>Presentación de videos</p> <p>Entrega de trípticos</p>	<p>Laptop</p> <p>Infocus</p> <p>Esferos</p> <p>Carpetas</p>	<p>Obs. Angélica Mejía</p>
20 -06-2014	<p>Factores de riesgo en el embarazo</p> <p>Cuáles son los riesgos</p>	<p>Charlas</p> <p>Presentación de videos</p>	<p>Laptop</p> <p>Infocus</p>	<p>Dr. Cristhian Porras</p>

	<p>prenatales durante el embarazo.</p> <p>Como afecta Ingresos económicos en el embarazo</p> <p>En que afecta el Nivel de instrucción</p> <p>Consecuencias del consumo de Tóxicos: Alcohol, Drogas, Tabaco</p> <p>Importancia Controles Prenatales.</p> <p>Ganancia de peso durante el embarazo.</p> <p>Complicaciones de las Infecciones durante el embarazo.</p>	<p>Entrega de trípticos</p>	<p>Esferos</p> <p>Carpetas</p>	
--	--	-----------------------------	--------------------------------	--

FACTIBILIDAD

Las investigadoras tuvimos acceso a toda la información disponible tanto en el personal de salud como en la Junta Parroquial de Ahuano Cantón Tena Provincia de Napo, las mismas que nos permitió obtener datos fundamentales para nuestro trabajo.

RECURSOS PRESUPUESTO

MATERIALES	CANTIDAD	PV\UNIT	TOTAL
Flash memory	2	\$8	\$16
Internet	30	\$1,00	\$30.00
Impresiones	500	\$0,10ctvs	\$50
Carpetas	6	\$0,30ctvs	\$1,80
Copias	50	\$0,2ctvs	\$5.00
Esferos	2	\$0.30ctvs	\$0.60
Trasporte, alimentación, hospedaje.	-	-	\$150.00
Total			\$353,40

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DE LA INVESTIGACIÓN

TIEMPO ACTIVIDADES	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M
Elaboracion y restructuracion del tema		→												
Delimitacion del tema		→												
Plantamiento del problema				→										
Hipotesis y variables														
Operalizacion de las variables					→									
Elaboracion del marco teorico						→								

Elaboracion del diseño metodologico														
Elaboracion de la encuesta								→						
Aplicación de la encuesta								→						
Tabulacion y analisis de datos										→				
Elaboracion de la propuesta											→			
Elaboracion de la tesis	→													→
Presentacion del borrador														→

GLOSARIO

Riesgo.- Probabilidad de ocurrencia de un evento. Constituye una medida de probabilidad estadística de que en un futuro se produzca un acontecimiento. Probabilidad de que un individuo libre de enfermedad y susceptible de ella, la desarrolle en un periodo determinado.

Anemia.-Disminución de la cantidad de hemoglobina en la sangre, por debajo de los valores considerados como normales según la edad y sexo. Estos valores son de 12 a 16 gramos por litro en mujeres y de 13 a 18 en varones.

Patología.- Es aquella enfermedad o dolencia que padece una persona en un momento determinado.

Hipertensión Arterial.- Es el aumento de la resistencia vascular debido a la vasoconstricción arteriolar e hipertrofia de la pared vascular que conduce a la elevación de la presión arterial sistémica 140/90mmhg.

Desnutrición.- Deficiencia en la nutrición causada por una dieta inadecuada o por algún defecto en el metabolismo que impide que el organismo utilice su alimento de manera adecuada.

Infección.-Transmisión de una enfermedad por contacto con el germen o virus que la causa.

Candidiasis.-Una infección causada por diversas variedades de Candida, parásitos de 'hongos', que afecta a las membranas mucosas, como ocurre en la boca o la vagina, es frecuente entre los individuos con un sistema inmunológico normal.

Clamidia.-Es una enfermedad de transmisión sexual común, causada por una bacteria, puede infectar tanto a hombres como a mujeres y puede causar daños graves y permanentes a los órganos genitales de la mujer.

Citomegalovirus.- Es un virus común que puede contraerse mediante el contacto con la saliva o la orina de los niños, es una infección que se transmite de madre a bebé durante el embarazo. La infección puede causar pérdida auditiva, convulsiones y discapacidades del desarrollo.

Gonorrea.- Es una enfermedad de transmisión sexual, causada por una bacteria. La gonorrea puede crecer y multiplicarse fácilmente en áreas húmedas y tibias del aparato reproductivo, incluidos el cuello uterino, el útero y las trompas, Esta bacteria también puede crecer en la boca, la garganta, los ojos y el ano.

Infecciones urinarias.- La infección provocada por la invasión de microorganismos en el tracto urinario, la infección afecta directamente a los riñones.

Desprendimiento de placenta.- Es una complicación poco común pero grave del embarazo. Si la placenta se desprende de la pared interna del útero, ya sea total o parcialmente, puede provocar importantes hemorragias en la madre, el desprendimiento de placenta suele implicar una cesárea de urgencia.

Placenta Previa.- Es cuando la placenta está ubicada en una posición más baja de lo normal en el útero, al lado del cuello uterino o cubriéndolo, La placenta es el órgano en forma de panqueque normalmente ubicado cerca de la parte de arriba del útero que nutre al bebé a través del cordón umbilical.

Peso.- El peso al nacer permite determinar el estado de nutrición y el desarrollo del bebé en relación con la duración de la gestación.

Recién Nacido A Término.- Es aquel que ha concluido los 9 meses de gestación con un aproximado de: RNT Recién nacido de término): Aquellos nacidos con 38 sem de gestación y < de 42 semana de gestación.

Crecimiento.- Se define como el aumento continuo del tamaño en un organismo consecuencia de la proliferación celular que conduce al desarrollo de estructuras más especializadas del mismo.

Peso Bajo.- Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el bajo peso al nacer se da cuando un niño pesa menos de 2,500 g al nacer. Esta medición debe realizarse al momento de nacer o dentro de las primeras horas de vida, antes de que la significativa pérdida postnatal haya ocurrido.

Factor Materno.- La presencia de un factor de riesgo significa un riesgo aumentado de presentar en un futuro una enfermedad, en comparación con personas no expuestas. En este sentido sirven como elemento para predecir la futura presencia de una enfermedad.

Etnia Materna.- Etnia se refiere a los valores y prácticas culturales que distinguen a los grupos humanos.

Accesibilidad.- Aquellas características del urbanismo, de la edificación, del transporte o de los medios y sistemas de comunicación que le permiten a cualquier persona su utilización y disfrute de manera autónoma, con independencia de su condición física, psíquica o sensorial.

Cerca.- En un lugar próximo a otro que se toma como referencia

Distante.- Que está a gran distancia en el espacio o en el tiempo

Muy distante.- Apartado, remoto, lejano en el tiempo o en el espacio

Cómodo.- Fácil, que requiere poco esfuerzo

Difícil.- Implica o conlleva dificultad

Embarazo.- El embarazo es el término que define el período de gestación humana luego de unión de un espermatozoito en el ovulo de la mujer.

Riesgo.- El riesgo se define como la combinación de la probabilidad de que se produzca un evento y sus consecuencias negativas.

Distancia.- Espacio, considerado desde una perspectiva lineal, entre una persona o cosa y otra

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

Recién nacido.- Se entiende por recién nacido al período del niño que va desde su nacimiento hasta los 28 primeros días de la vida.

Peso bajo.- Es un neonato de 37 a 42 semanas de edad gestacional, cuyo peso es menor a 2500 gramos y que requiere de acciones a que garanticen su recuperación, bajo el sistema de atención en salud.

Salario.- Es la suma de dinero y otros pagos en especie que recibe de forma periódica un trabajador de su empleador por un tiempo de trabajo determinado

Alimentación.- Es el proceso mediante el cual los seres vivos consumen diferentes tipos de alimentos

Aborto espontáneo.- El aborto espontáneo o aborto natural es la pérdida de un embrión o feto por causas no provocadas intencionalmente. Se distingue pues del aborto inducido.

Parto prematuro.- Es definido médicamente como el parto ocurrido antes de 37 semanas de gestación, en oposición a la mayoría de los embarazos que duran más de 37 semanas, contadas desde el primer día de la última menstruación.

Malformaciones congénitas.- Probabilidad son deficientes estructurales presentes al nacer y producidas por una alteración en el desarrollo fetal.

Nacimiento.- Es aquel que refiere a la finalización del embarazo humano, es decir, el momento en el cual el bebé deja el útero materno para empezar a formar parte del mundo.

Raza.- Es una subdivisión que se hace dentro de una especie y que sirve para identificar con claridad los grupos que claramente se diferencia del resto por contar con una serie de características.

Carbohidratos.- Los carbohidratos, también conocidos como glúcidos, hidratos de carbono y sacáridos son aquellas moléculas orgánicas compuestas por carbono, hidrógeno y oxígeno que resultan ser la forma biológica primaria de almacenamiento y consumo de energía.

Hierro.- El hierro es un elemento esencial para los seres vivos. Es necesario para una adecuada oxigenación de los tejidos y para el metabolismo de las células.

Escolaridad.- Tiempo durante el que un alumno asiste a la escuela o a cualquier centro de enseñanza.

Instrucción.- Conjunto de enseñanzas de datos y conocimientos impartidos a una persona o entidad con un propósito.

Drogas.- Son sustancias naturales o sintéticas, que introducida en un ser vivo, por cualquier vía es capaz de modificar una o más funciones del organismo relacionadas con su conducta, comportamiento, juicio, percepción o estado de ánimo.

Alcohol.- Es un Líquido incoloro e inflamable, de olor fuerte, que se obtiene por la destilación del vino o de otros licores, también Se obtiene por destilación de productos de fermentación.

Tabaco.-Es un producto vegetal que se obtiene de la planta de nicotina, una sustancia tóxica que inhalando el humo produce fuerte adicción, ésta estimula la sensación de satisfacción y bienestar en el cerebro y proporciona euforia al individuo.

Talla.-Es una medida de la estatura de una persona, medida desde la planta del pie hasta el vértice de la cabeza.

Intervalo Intergenésico.-Se refiere al período de tiempo comprendido entre dos nacidos vivos consecutivos.

Parto pre término.-Es el parto que ocurre después de la semana 20 y antes de las 37 semanas completas.

Trastorno hipertensivo.- La enfermedad hipertensiva del embarazo comprende un grupo de padecimientos que tienen como denominador común la elevación de las cifras de la tensión arterial mayor de 120/80 mm de Hg.

Óbito.- Óbito fetal es como se denomina a la muerte fetal en el útero materno antes de su nacimiento.

Diabetes Gestacional.- Es un tipo de diabetes transitoria que se produce durante el embarazo, que se manifiesta con elevaciones de los niveles de glucosa en sangre.

Control prenatal.- Es el cuidado médico que recibes de forma periódica durante tu embarazo. En los primeros meses tus citas son mensuales, y su frecuencia aumenta conforme se acerca tu fecha probable de parto

MSP.- Ministerio de Salud Pública

OPS.- Organización Panamericana de Salud

Presión arterial.- Es la fuerza que ejerce la sangre contra las paredes de las arterias. Cada vez que el corazón late, bombea sangre hacia las arterias, cuando su presión es más alta se le llama presión sistólica, Cuando su corazón está en reposo, entre un latido y otro, la presión sanguínea disminuye se llama la presión diastólica.

Infección.- Invasión y desarrollo de un microorganismo en los tejidos del hospedador aun sin darse manifestaciones clínicas importantes.

Cistitis.- Inflamación de la mucosa de la vejiga urinaria.

Ruptura prematura de membranas.- Es un trastorno que se produce en el embarazo cuando el saco amniótico se rompe más de una hora antes del inicio del trabajo de parto.

Vejiga.- Depósito muscular y membranoso en forma de bolsa que recoge y almacena la orina que secretan los riñones, para luego ser expulsado.

Crecimiento intrauterino.- es la consecuencia de la supresión del potencial genético de crecimiento fetal, que ocurre como respuesta a la reducción del aporte de sustratos, o, más infrecuentemente, a noxas genéticas, tóxicas o infecciosas. En cualquiera de estos casos, RCIU implica una restricción anormal del crecimiento en un individuo (feto) que tiene un potencial de desarrollo mayor.

Peso.- Masa y la cantidad de materia que está presente en un cuerpo.

Complicación.- Fenómeno que sobreviene en el curso de una enfermedad, distinto de las manifestaciones habituales de ésta y consecuencia de las lesiones provocadas.

AIEPI.- Atención integral de enfermedades prevalentes en la infancia

BIBLIOGRAFÍA

- Herrera Alcázar V (2008) atención prenatal la Habana, editorial ciencias médicas.
- www. Unicef. Org Indicadores de Bajo Peso al nacer 2004.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2004-2011).
- Hospital José María Velazco Ibarra (2013). Departamento de Estadística. Tena.
- MSP (2013). Plan Nacional del Buen Vivir. Recuperado el 11 de Mayo del 2014, de <http://www.buenvivir.gob.ec/Área de Salud .Ministerio de Salud Publica>
- <http://www.who.int/topics/hospitals/es- Hospital José María Velasco Ibarra.Napo - Tena />
- Hospital José María Velasco Ibarra del Napo (2013). Plan Estratégico del Hospital.
- ARANES V. (2014). Problemas Con La Placenta. . Recuperado el 11 de Marzo del 2014, de http://www.proyecto-bebe.es/problemas_con_la_placenta.htm
- ATALAH E., CASTRO R. (2008). Obesidad materna y riesgo reproductivo. Rev Méd Chile; 132: 923-930.
- BABY CENTER (2014). Infecciones Durante El Embarazo. Recuperado el 16 de Marzo del 2014, de <http://espanol.babycenter.com/c700364/infecciones-durante-el-embarazo>
- CHIRIBOGA E Y TEJADA L. (2009). Pediatría Clínica en la Práctica Médica. Quito Ecuador.
- DÉBORA ABOLSKY (2013). Enfermedades Que Pueden Afectar El Embarazo. Recuperado el 18 de Marzo del 2014, de <http://www.planetamama.com.ar/nota/enfermedades-que-pueden-afectar-el-embarazo?page=full>

- DEFINICIÓN ABC (2013). Definición de Patología. Recuperado el 12 de Febrero del 2014, de <http://www.definicionabc.com/salud/patologia.php#ixzz2jJabfDoz>
- DEFINICIÓN DE (2010). Definición De Alcohol. Recuperado el 1 de Mayo del 2014, de <http://definicion.de/alcohol/#ixzz301E23giK>
- ELIJÚ PATIÑO S. (2013). La Nutrición De La Mujer Embarazada. Recuperado el 2 de agosto del 2013, de http://fundacionbengoa.org/informacion_nutricion/nutricion-mujer-embarazada.asp
- ESCUELA ANDALUZA DE SALUD PÚBLICA (2010). Resultados y Calidad del Sistema Sanitario Público. Recuperado el 16 de Abril del 2014, de <http://www.calidadsaludandalucia.com/es/accesibilidad.html>
- FERNÁNDEZ E. (2010). Crecimiento. Recuperado el 11 de Mayo del 2014, de <http://www.tareasya.com.mx/index.php/tareas-ya/secundaria/ciencias-1/el-cuerpo-humano/1518-Crecimiento.html>
- GUARDERAS COBO JOSÉ RAFAEL (2011). Indígenas y Mestisos. Recuperado el 23 de Abril del 2014, de <https://sites.google.com/site/monografiaindigenasymontubios/comparaciones/caracteristicas>
- IRENE OLMOS BUSTOS (2012). Embarazo de Adolescentes. Recuperado el 17 de Marzo del 2014, de <http://adolescentesembarazadas.wordpress.com/embarazo-en-adolescentes>
- JAIME ALBEIRO LOPEZ OVALLE (2012). Embarazo En Adolescentes. Recuperado el 20 de Marzo del 2014, de <http://es.scribd.com/doc/249034/EMBARAZO-EN-ADOLESCENTES>

- MSP. Atención Médica Durante el Embarazo (Controles prenatales) . Recuperado el 1 de septiembre del 2013, de http://kidshealth.org/parent/en_espanol/embarazo
- LOZA PEÑAFIEL HOMERO (2012). Infecciones Intimas En El Embarazo. Recuperado el 16 de Marzo del 2014, de http://www.gruponatal.com/articulos_infecciones_intimas.html
- MÉDICOS CUBANO (2012). Definición de Talla. Recuperado el 2 de Mayo del 2014, de http://www.medicoscubanos.com/diccionario_medico.aspx?q=talla
- MEDICUS MUNDI (2010). Salud integral incluyente. Recuperado el 17 de Marzo del 2014, de <http://www.saludintegralincluyente.com/proyecto/enfoques/derecho-a-la-salud.html>
- MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR (2008). Normas y protocolos MSP neonatal.
- MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR (2008). Manual Neonatal. http://www.ecured.cu/index.php/Bajo_peso_al_nacer
- MSP (2008). Normas de la salud de la Niñez. Quito – Ecuador
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (2011). Atención integral de las enfermedades prevalentes en la infancia (AIEPI).
- MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA (2008). aAtención integral de enfermedades prevalentes en la infancia
- Marco general de la reforma estructural de la Salud en el Ecuador. Recuperado el 8 de Mayo del 2014, de <http://www.conasa.gob.ec/index.php>
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2008). Factores de riesgo. Recuperado el 12 de Abril del 2014, de http://www.who.int/topics/risk_factors/es

- RIOJA SALUD (2011). Qué Son Las Drogas. Recuperado el 2 de julio del 2013, de <http://www.infodrogas.org/inf-drogas/ique-son-las-drogas>
- SALUD Y BIENESTAR (2013). Efectos de la desnutrición durante el embarazo. . Recuperado el 22 de Marzo del 2014, de <http://lasaludi.info/efectos-de-la-desnutricion-durante-el-embarazo.html>
- VASQUEZ LUIS (2011). Etapas del Embarazo. Recuperado el 22 de Abril del 2014, de <http://www.bebescr.com/embarazo/emba0002.shtml>
- WIDOWSON E. (2009). Crecimiento y Composición corporal en la Niñez. Hospital Addenbroke. Cambridge.
- MSP (2013). Plan Nacional del Buen Vivir. Recuperado el 11 de Mayo del 2014, de <http://www.buenvivir.gob.ec/Área de Salud .Ministerio de Salud Publica>
- Hospital José María Velasco Ibarra. (2011).Napó - Tena Tomado de: <http://www.who.int/topics/hospitals/es/>
- MINISTERIO DE SALUD PUBLICA (2008) Componentes Normativo Materno Neonatal. Quito.
- CLPA (2010) Centro Latino Americano de Perinatología. Recuperado el 3 de Mayo del 2014, de <http://www.paho.org/clap/>

ANEXOS

ANEXO N. 1 ENCUESTAS Y GUÍA DE OBSERVACIÓN

UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR

FACULTA DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO

ESCUELA DE ENFERMERÍA

Fecha de aplicación:

OBJETIVO

Determinar los factores maternos que inciden en el peso bajo de los recién nacidos a término en el servicio de Neonatología

INSTRUCCIÓN: Revisión de Historias Clínicas de las pacientes del Hospital “José María Velazco Ibarra”.

1. Talla de la madre

- a) Menor de 1.50 cm
- b) Menor de 1.51 cm

2. Intervalo de la procreación de su nuevo embarazo

- a) 1-2 años
- b) 2-3 años
- c) 3-4 años
- d) 5 o mas

3. Controles médicos que se han realizado durante el embarazo

- a) Mayor de 12 controles
- b) 7 a 5 controles
- c) Menor de 5 controles

4. Aumento de peso durante el embarazo

- a) A las 10 semanas de gestación aumenta 0.65kg
- b) A las 20 semanas 4kg

- c) A las 30 semanas 8.5 kg
- d) A las 40 semanas 12.5 kg
- e) No presenta un buen aumento de peso

5. Durante el embarazo con que precisión arterial se mantenía

- a) 90/60
- b) 120/80
- c) 140/90

6. En su embarazo presento alguna infección

- a) Infecciones urinarias
- b) Clamidia
- c) Candidiasis
- d) Gonorrea
- e) Citomegalovirus
- f) Ninguna

7. El peso al nacer de su niño fue:

- a) 1000gr
- b) 1500gr
- c) 2500gr
- d) Mayor a 2500gr

8. Culmino su embarazo a las:

- a) 37 Semanas
- b) 38 Semanas
- c) 39 Semanas
- d) 40 Semanas
- e) 41 Semanas
- f) 42 Semanas

UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO

ESCUELA DE ENFERMERÍA

Encuestas a las madre de los recién nacidos de bajo peso en el Hospital “José María Velasco Ibarra”.

OBJETIVO

Determinar los factores maternos que inciden en el bajo peso de los recién nacidos a término en el servicio de Neonatología.

Fecha de aplicación:

INSTRUCCIONES

1).- Para usted el Hospital esta:

- a) Cerca
- b) Distante
- c) Muy distante
- d) Cómodo
- e) Dificultoso

2.- A qué edad se embarazo

- a) Menor de 15 años
- b) 16 a 34 años

c) Mayor de 35 años

3.- Cuanto es el ingreso mensual en su familia

a) 50-200

b) 201- 350

c) 351- 400

d) 401- 550

f) +550

4.- Con que raza usted se identifica.

a) Nativo

b) Mestizo

5.- Que nivel de escolaridad tiene.

a) Primaria completa

b) primaria incompleta

c) Secundaria completa

d) Secundaria incompleta

e) Superior completa

f) Superior incompleta

g) Ninguna

6.- Usted consume Drogas, Alcohol, Tabaco.

a) Si

b) A veces

c) Nunca

Como cuales drogas consume.....

FIRMA.....

ANEXO N. 2 GUÍA DE OBSERVACIÓN

GUÍA DE OBSERVACIÓN PARA EL CUMPLIMIENTO DEL PROTOCOLO PARA LOS RECIÉN NACIDOS DE BAJO PESO EN EL HOSPITAL “JOSÉ MARÍA VELASCO IBARRA”

INDICADORES	CUMPLE	%	NO CUMPLE	%
ETAPA PRENATAL				
1.- Realice, complete o revise la historia clínica perinatal y el carne perinatal.				
2.- Establezca factores de riesgo antes del nacimiento.				
3.- Escuche y responda atentamente a sus preguntas e inquietudes y a las de sus familiares.				
4.- Identificar y tratar de ser posible, los factores de riesgo para el peso bajo al nacimiento.				
5.- Si se requiere de referencia a una unidad de mayor complejidad, el mejor transporte es el intraútero.				
ETAPA POSNATAL				
6.- Valoración inicial e inmediata por el personal de mayor experiencia (no estudiantes de pregrado).				
7.- Determinar la edad gestacional y la horas/ días de vida del recién nacido.				
8.- Aplicar medidas generales: <ul style="list-style-type: none"> • abrigar (temperatura axila entre 36,5° C y 37°C), • monitorear signos vitales, • administrar oxígeno de ser necesario (mantener saturación de 88% y 92 %), 				

<ul style="list-style-type: none"> • colocar vitamina k (0,5mg intramuscular en el muslo derecho), • realizar profilaxis ocular. • Mantener a ambiente térmico ocular. • Estimular estímulos fuertes (ruidos, luz, manipulación etc). 				
9.- Registrar temperatura axilar cada 8 horas. Mantener la temperatura en 36.5 y 37°C.				
10.- Determinar cada 3 horas (hasta que el RN se estabilice): FR, FC presión arterial, Escalas de Downes (ver capítulo trastornos respiratorios) y saturación de oxígeno, mantener saturación de oxígeno entre 88, y 92 % para el recién nacido.				
11.- Exámenes básicos: tipificación, bilirrubinas, De ser necesario realizar los exámenes para tratar la patología subyacente, (BH, gases arteriales etc).				
12.- Registrar glicemia una vez al día y por razones necesarias. Si existe dificultad respiratoria moderada o severa, realizar gasometría, Si existe dificultad respiratoria moderada o severa: realizar radiografía de tórax.				
13.- Prevenir la hipoglicemia: iniciar lactancia materna lo antes posible si las condiciones del RN prematuro lo permiten; de lo contrario administrar líquidos intravenosos (ver capítulo: “líquidos intravenosos”).				
14.- Prevenir la hipotermia: secar y abrigar al RN inmediatamente luego del parto, si amerita colocar en incubadora, no bañar. Si no se cuenta con incubadora, optar por el Método canguro.				

15.- Administrar oxígeno, si RN presenta signos de dificultad respiratoria (taquipnea, cianosis, quejido respiratorio, o retracciones subcostales o subxifoideas.				
16.- Identificar y registrar en la Historia Clínica signos de peligro: hipo actividad, mal succión, distensión abdominal, frecuencia respiratoria menor a $_ >$ a 60 x´; frecuencia respiratoria $<$ a 40 x´.				
17.- Una vez establecido el RN, realizar antropometría completa: medir peso, talla, perímetro cefálico y perímetro braquial graficara las curvas correspondientes.				
18.- Si el RN pesa menos de 2000 gramos, edad estimada $<$ a 34 semanas, necesito de reanimación o presenta algún signos de peligro requiere inmediata referencia a nivel III de acuerdo a las normas.				
19.- Vigilar la temperatura y registrarla en la historia clínica. Si existe fiebre, (temperatura axilar $>$ a 37°C) bajar por medios físicos. Si existe hipotermia (temperatura axilar $<$ 36,5°C) abrigar. Si no se contrala la temperatura refiera a nivel III de acuerdo a las normas.				
20.- Si presenta inestabilidad térmica temperatura $<$ 35°C o $>$ a 37,5°C, mal estado general, taquipnea, taquicardia, letargia sospeche infección y si necesita ser diferido otra unidad de mayor complejidad, administrar la primera dosis de antibióticos (Ampicilina 50 mg/kg IM y Gentamicina 5 mg/kg IM) y trasladar al nivel III de acuerdo a las normas.				
21.- Alimentación				

<ul style="list-style-type: none"> • Se debe indicar lactancia materna exclusiva de inmediata, si la FR es <80x´ • Si es necesario, administrar la leche por sonda orogástrica, en especial en RNs de menos peso menor a 1 800 gramos (succión y deglución inmaduras). • Si la FR debe 61x y 80x dar leche materna exclusiva por sonda oro gástrica. • Comenzar volúmenes pequeños (5-10cc/kg/día) y fraccionados cada 3 horas se aumentara el volumen diariamente en forma paulatina de acuerdo a la condición clínica del RN. • Completar los requerimientos los líquidos intravenosos. Vigilar la tolerancia gástrica, midiendo en residuo gástrico (> 1cc/kg o si sobrepasa el 50% de la toma anterior por dos o tres tomas consecutivas suspender la alimentación). • Si la frecuencia respiratoria sobrepasa los 80rpm, por suspender la alimentación. • No dar suero glucosado ni otro liquido vía oral. 				
<p>22.- Requerimiento energéticos y de líquidos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aporte de glucosa entre 5 y 7 mg/kg/min(Ver “hipoglicemia”). • Líquidos intravenosos: 100-140cc/kg/día; prematuros extremos (< 100 gramos) requiere de 180-200cc/kg/día. • Se administra electrolitos por vía endovenosa a 				

las 72 horas de vida (sodio: 2 a 4mEq/kg/día, potasio: 1-4 mEq/kg/día).				
<p>23.- Suspender los líquidos cuando la ingesta oral sea de 110cc/kg/día.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para el mantenimiento del peso, el requerimiento energético es de 100 kcal/kg/día. Para el crecimiento energético es de 120-160 kcal/kg/día. • Realizar balance hídrico diario. <p>Para detalles, ver capítulo "Líquido y Electrolitos"</p>				
<p>24.- Egreso: Se debe tomar en cuenta los siguientes criterios de alta (independientemente de peso o edad):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Coordinación de succión y deglución. • Regulación de la temperatura. • Condición clínica estable: FC, frecuencia respiratoria, presión, etc. • Hto > 30% • Alimentación por succión, sin sonda, con ganancia de peso consistente de 20 a 30 gramos por días. • Sin apneas por más de 7 días. • El RN sin amerita en método canguro debe haber dormido con su madre en el hospital al menos por una ocasión. 				
25.- Registro completo en el Historial Clínico de todos los eventos.				
26.- El seguimiento debe comprender evaluación				

<p>estricta del crecimiento (velocidad de crecimiento) y del desarrollo, además terapias de estimulación temprana.</p>				
<p>27.- Programa una cita para la primera visita de seguimiento o proceda a contrarreferencia a la unidad de origen. No olvide enviar con la paciente y con el personal de correspondencia la hoja de contra referencia y/o epicrisis completa y correctamente llena, con firma, nombre legible y sello de responsabilidad para su análisis en la unidad de origen. Envié los resultados de exámenes necesarios para la recuperación completa y/o rehabilitación apropiada.</p>				

ANEXO N. 3 FOTOS DE LA INVESTIGACIÓN

HOSPITAL JOSÉ MARÍA VELASCO IBARRA



REVISIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS EN EL HOSPITAL POR LAS INTERNAS DE ENFERMERÍA





**ENCUESTAS A LAS MADRES DE LOS NEONATOS DE BAJO PESO
REALIZADAS POR LAS INTERNAS DE ENFERMERÍA**





**GUÍA DE OBSERVACIÓN A LOS NEONATOS DE BAJO PESO REALIZADAS
POR LAS INTERNAS DE ENFERMERIA**

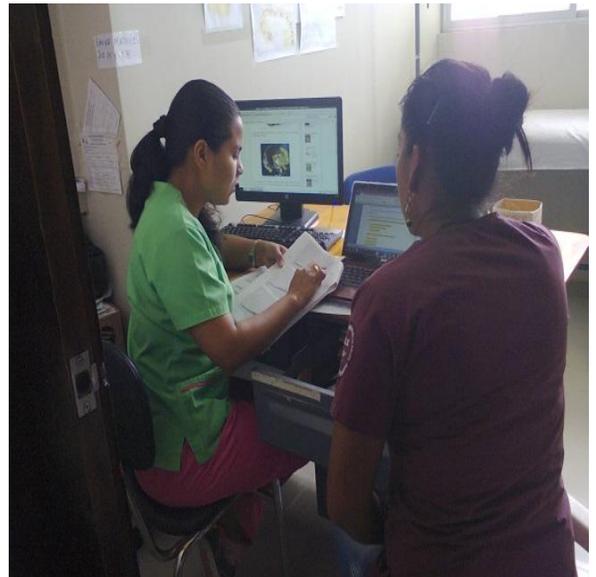


CENTRO DE SALUD AHUANO



ELABORACIÓN DE LA PROPUESTA EN EL CENTRO DE SALUD AHUANO REALIZADO POR LAS INTERNAS DE ENFERMERIA







**FIRMA DEL CERTIFICADO DE LA ELABORACIÓN DE LA PROPUESTA POR
EL DOC. DAVID VILLAFUERTE**



ANEXO N. 4 TRÍPTICO

Estadística



Abrir historias, Recolección de datos, Coger turnos, Archiva las historias clínicas.

Importancia de la asistencia a la unidad de salud

El asistir a la unidad ayudara a detectar cualquier problema a tiempo mediante un tratamiento oportuno y así evitar secuelas a futuro.

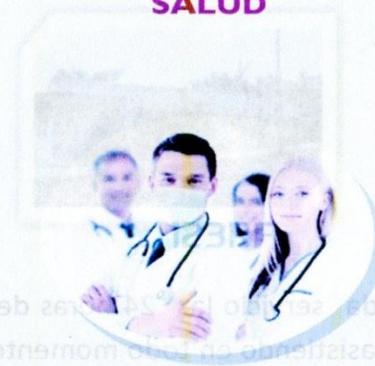
Además la unidad de salud realiza:

- Charlas educativas.
- Salidas a comunidades.
- Cuidado directo al usuario.
- Campañas de difusión.



“Lo importante no es lo que nos hace el destino, si no lo que nosotros hacemos de el”.

¡INFÓRMATE! ¡CONOCE SE CONCIENTE DE TU SALUD



¡Sabias Qué!

Un diagnóstico precoz ayudara a detectar posibles complicaciones.

CENTRO DE SALUD AHUANO



Brinda servicio las 24 horas del día asistiendo en todo momento con una atención oportuna al usuario (a), familia y comunidad.



OFRECIENDO LAS SIGUIENTES ESPECIALIDADES

Medicina general



Detección de enfermedades, tratamiento y seguimiento continuo usuaria (o), visitas domiciliarias.

Gineco-Obstetricia

Controles prenatales, control del embarazo, Planificación familiar, Papanicolaou, tratamiento ginecológico.



Odontología:

Higiene bucal, Tratamiento y retiro de piezas dentarias.



Enfermería



Preparación del paciente, administración de medicamentos, pos-consulta, Detección de pacientes de Tuberculosis, vacunas a los niños, mujeres embarazadas, adultos mayores, tanto hombres y mujeres previo cam-

Laboratorio

Exámenes de sangre, orina, heces exámenes de SIDA, pruebas de embarazo, exámenes de detección de leishmaniasis, dengue.



ANEXO N. 5 CERTIFICADOS DE LA INVESTIGACIÓN



HOSPITAL JOSE MARIA VELASCO IBARRA
PROVINCIA DE NAPO – CANTON TENA



TENA 02/03/2014

Licenciada **Samanda Jeanneth González Ayala** con número de cedula: **160032322-2** líderes del servicio de Neonatología del Hospital José María Velasco Ibarra del Cantón Tena.

CERTIFICA:

Que las Srtas. **Verónica Elizabeth Chimborazo Pilamunga** con N^o de cedula: **020200499-0** y **Lourdes Rocío Fierro Verdezoto** con N^o de cedula: **020161574-7**, Internas Rotativas de la Carrera de Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud y del Ser Humano de la Universidad Estatal de Bolívar, que se encuentra realizando el Trabajo de Investigación Titulado: **FACTORES DE RIESGOS MATERNOS RELACIONADOS CON EL PESO BAJO EN LOS RECIÉN NACIDOS A TÉRMINO, EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL JOSÉ MARÍA VELASCO IBARRA-TENA PERIODO ABRIL A SEPTIEMBRE DEL 2013.**

Es todo cuanto puedo certificar en honor a la verdad, y los interesados pueden hacer uso del presente documento como estimen conveniente.

Atentamente.




Lic. Samanda Jeanneth González Ayala

Lide del servicio de Neonatología



HOSPITAL JOSE MARIA VELASCO IBARRA
PROVINCIA DE NAPO – CANTON TENA



TENA 02/03/2014

Licenciada **CARMEN CECILIA CORREA CIFUENTES** con número de cedula: **1714341516** líder del servicio de Gineco – Obstetricia del Hospital José María Velasco Ibarra del Cantón Tena.

CERTIFICA:

Que las Srtas. **Verónica Elizabeth Chimborazo Pilamunga** con N^o de cedula: **020200499-0** y **Lourdes Roció Fierro Verdezoto** con N^o de cedula: **020161574-7**, Internas Rotativas de la Carrera de Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud y del Ser Humano de la Universidad Estatal de Bolívar, realizan el Trabajo de Investigación Titulado: **FACTORES DE RIESGOS MATERNOS RELACIONADOS CON EL PESO BAJO EN LOS RECIÉN NACIDOS A TÉRMINO, EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL JOSÉ MARÍA VELASCO IBARRA-TENA PERIODO ABRIL A SEPTIEMBRE DEL 2013.**

Es todo cuanto puedo certificar en honor a la verdad, y los interesados pueden hacer uso del presente documento como estimen conveniente.

Atentamente.

Lic. Carmen Correa Cifuentes

Lide del servicio de Gineco-Obstetricia





UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLIVAR

Tena 12/05 /2014

Dr. David Villafuerte Rocero

COORDINADOR DEL CENTRO DE SALUD AHUANO.

Presente.

De mi consideración:

Reciba un cordial y atento saludo, a la vez deseándole éxitos en sus funciones que tan acertadamente los viene realizando.

Por medio de la presente nos dirigimos a usted.

Como futuras enfermeras y miembros de salud le solicitamos de la manera más comedida nos permita realizar el trabajo de investigación, ESTRATEGIA AIEPI COMUNITARIA EN LA ATENCIÓN A LAS MUJERES EMBARAZADAS DE LA COMUNIDAD AHUANO PROVINCIA NAPO-CANTÓN TENA, la misma que nos servirá de mucha ayuda para finalizar nuestra Trabajo de investigación.

Seguros de contar con su colaboración reiteramos nuestros sinceros agradecimientos.

Atentamente

I.R.E Lourdes Fierro

CI: 020161574-7

I.R.E Verónica Chimborazo

020200499-0



Dr. David Villafuerte
MEDICO RURAL
171683603-5



CENTRO DE SALUD AHUANO
PROVINCIA DE NAPO _ CANTÓN TENA

AHUANO 14/05/2014

Dr. David Villafuerte Rocero con número de cedula 1716336035

Coordinador del Centro de Salud de Ahuano Provincia Napo- Cantón Tena.

CERTIFICO:

Que las Srtas. **Fierro Verdezoto Lourdes Rocío** con N° de cedula: **020161574-7** y **Verónica Elizabeth Chimborazo Pilamunga** con N° de cedula: **020200499-0**, Internas Rotativas de la Carrera de Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud y del Ser Humano de la Universidad Estatal de Bolívar, participan en la elaboración del diseño de un programa de capacitación que lleva como tema **ESTRATEGIA AIEPI COMUNITARIA EN LA ATENCIÓN A LAS MUJERES EMBARAZADAS DE LA COMUNIDAD AHUANO, PROVINCIA NAPO- CANTÓN TENA.**

Es todo cuanto puedo certificar en honor a la verdad, y las interesadas puedan hacer uso del presente documento como estimen conveniente.

Atentamente.

Dr. David Villafuerte

Coordinador del Centro de Salud Ahuano.

Dr. David Villafuerte
MEDICO RURAL
171633603-5

