



**UNIVERSIDAD TÉCNICA ESTATAL DE QUEVEDO**  
**CARRERA LICENCIATURA EN ENFERMERIA**  
**LICENCIADA EN ENFERMERIA**

Proyecto de Investigación previo  
a la obtención del título de  
Licenciada en Enfermería.

**TITULO DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN**

“Factores de riesgo de partos prematuros en pacientes embarazadas  
y sus incidencias de recuperación post-parto en el Hospital Básico  
de Balzar”. 2015

**AUTORA:**

**ROSA FRANCISCA SANDOYA ALMEIDA**

**DIRECTORA DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN**

**LCDA. RAMONA MONTES VELEZ**

**QUEVEDO – ECUADOR**

**2015**



# **DECLARACIÓN DE AUDITORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS**

Yo, ROSA FRANCISCA SANDOYA ALMEIDA, declaro que el trabajo aquí descrito es de mi autoría; que no ha sido previamente presentado para ningún grado o calificación profesional; y, que he consultado las referencias bibliográficas que se incluyen en este documento.

La Universidad Técnica Estatal de Quevedo, puede hacer uso de los derechos correspondientes a este trabajo, según lo establecido por la Ley de Propiedad Intelectual, por su Reglamento y por la normatividad institucional vigente

---

ROSA FRANCISCA SANDOYA ALMEIDA

## **CERTIFICACIÓN**

La suscrita, **Lcda Ramona Montes Vélez**. Docente de la Universidad Técnica Estatal de Quevedo, Directora de Tesis, certifica que la egresada, **ROSA FRANCISCA SANDOYA ALMEIDA** realizó la tesis de grado previo a la obtención del título de Ingeniero en Gestión Empresarial, titulado “FACTORES DE RIESGO DE PARTOS PREMATUROS EN PACIENTES EMBARAZADAS Y SUS INCIDENCIAS DE RECUPERACION POST-PARTO EN EL HOSPITAL BASICO DE BALZAR”. 2015 bajo mi dirección, habiendo cumplido con las disposiciones reglamentarias establecidas para el efecto.

---

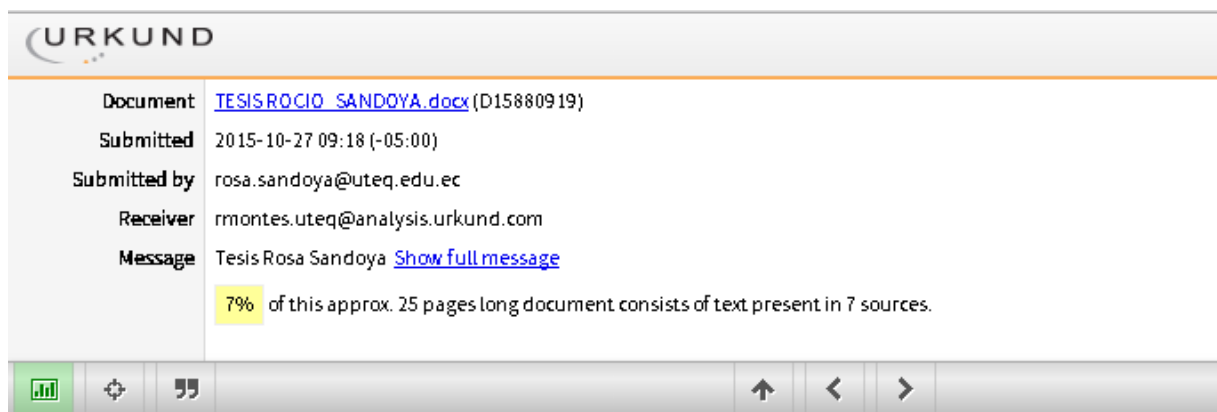
**LCDA RAMONA MONTES VELEZ**

**DIRECTORA DE TESIS**

Quevedo, Octubre 27 de 2015

Ing. Mariana Reyes  
**DIRECTORA DE LA UNIDAD DE ESTUDIOS A DISTANCIA**  
Presente.-

Mediante la presente informo a usted que la tesis titulada "FACTORES DE RIESGO DE PARTOS PREMATUROS EN PACIENTES EMBARAZADAS Y SUS INCIDENCIAS DE RECUPERACION POST-PARTO EN EL HOSPITAL BASICO DE BALZAR". 2015, cuya autora es la Egresada Rosa Francisca Sandoya Almeida, previo a la obtención del título de Licenciada en Enfermería, cumple con los componentes que exige el Reglamento General de Grados y Títulos de la Universidad Técnica Estatal de Quevedo e incluye el informe del URKUND el cual avala los niveles de originalidad en un 100% y de copia del 7 % del trabajo investigativo.



**URKUND**

Document	<a href="#">TESISROCIO SANDOYA.docx</a> (D15880919)
Submitted	2015-10-27 09:18 (-05:00)
Submitted by	rosa.sandoya@uteq.edu.ec
Receiver	rmontes.uteq@analysis.orkund.com
Message	Tesis Rosa Sandoya <a href="#">Show full message</a>

7% of this approx. 25 pages long document consists of text present in 7 sources.

Atentamente;

Lic. Ramona Montes V  
**DIRECTORA DE TESIS**



**UNIVERSIDAD TÉCNICA ESTATAL DE QUEVEDO**  
**UNIDAD DE ESTUDIOS A DISTANCIA**  
**CARRERA DE LICENCIATURA EN ENFERMERIA**

**TEMA**

FACTORES DE RIESGO DE PARTOS PREMATUROS EN PACIENTES EMBARAZADAS Y SUS INCIDENCIAS DE RECUPERACION POST-PARTO EN EL HOSPITAL BASICO DE BALZAR”. 2015

Presentado a la Comisión Académica como requisito previo a la obtención del título de Licenciada en Enfermería

Aprobado:

\_\_\_\_\_  
PRESIDENTE DEL TRIBUNAL DE TESIS

\_\_\_\_\_  
MIEMBRO DEL TRIBUNAL

-----  
MIEMBRO DEL TRIBUNAL

**QUEVEDO – ECUADOR**

**2015**

## **AGRADECIMIENTO**

Me permita expresar mi sincero agradecimiento a la Universidad Técnica Estatal de Quevedo y la Universidad de Estudios a Distancia, por la creación de los estudios semipresenciales en especial el Programa Carrera Licenciatura en Enfermería, por brindarnos la oportunidad de estudios a cada una de las personas que deseamos obtener un título profesional; así poder realizar un trabajo con conocimientos técnicos, humanísticos, éticos, profesionalismo, y brindar una atención oportuna de calidad

A cada uno d los/as distinguidos docentes quienes sus conocimientos y ética nos hayan capacitado y guiado en el proceso de enseñanza-aprendizaje, en especial a la Lic. Ramona Montes Vélez, coordinadora de la carrera y Directora de Tesis quien con su experiencia como docente ha sido la guía apta, durante el proceso para la culminación de tesis.

## **DEDICATORIA**

Un profundo agradecimiento a Dios por darme otra oportunidad de vida y la dicha de ser madre.

A mis padres, quienes durante todo este tiempo me han sabido comprender, apoyarme y alentarme a culminar mis estudios

A mis hijos que me brindaron su amor y apoyo, en cada momento de mi vida.

A las Autoridades y Docentes de la Universidad Técnica Estatal de Quevedo y la Unidad de Estudios a Distancia, a la pionera del Programa Carrera Ing. Guadalupe Murillo Campuzano, Director de Tesis, a cada uno de los tutores que compartieron sus paciencias; mi más sinceros agradecimientos.

Edga. Rosa Francisca Sandoya Almeida

## RESUMEN EJECUTIVO Y PALABRAS CLAVE

El presente trabajo se realizó en el Hospital básico de Balzar Provincia del Guayas, en el ámbito de lo que constituye el proceso salud-enfermedad, se ponen de manifiesto una serie de interrogantes respecto de la capacidad para menguar las consecuencias de dicho proceso; es por tal razón que en este estudio se realiza una investigación sobre la importancia de los controles prenatales y su influencia en la presencia de amenazas de parto prematuro en madres adolescentes. Se determina que un 53% de las mujeres en estado de gestación, que se incluyeron en la muestra, que acuden al Hospital Básico de Balzar concluyen su embarazo antes de las 37 semanas, sin embargo, el grupo de recién nacidos que tiene más riesgo de desarrollar complicaciones graves por este tipo de nacimientos, es aquél que ocurre antes de las 34 semanas, esta situación es la que causa de muertes de recién nacidos. En muchos casos los partos prematuros se presentan debido a problemas de la madre en donde es necesario interrumpir el embarazo para evitar complicaciones graves en la madre o en el feto; en otros suceden en forma espontánea y se caracterizan porque producen ciertas alteraciones como: hemorragias, contracciones uterinas antes de tiempo, etc. La mayor parte de las veces el parto prematuro no presentan síntomas previos y o más frecuente es que la paciente inicie contracciones del útero en forma sistemática y progresiva., si esto ocurre antes de las 37 semanas, el riesgo de parto prematuro es muy alto. Las pacientes con antecedentes de un hijo prematuro o con factores de riesgo en el embarazo actual, pueden ser sometidas a un ultrasonido del cuello del útero, el que permite estimar las probabilidades de que se produzca un parto prematuro.

**Palabras Claves:** Embarazo, Parto, Prematuro, Postparto, Aborto.

## **ABSTRACT AND KEYWORDS**

This work was done in the basic Balzar Hospital, in the city of the same name, research on the importance of prenatal care and its influence on the presence of preterm labor is performed in adolescent mothers, Determined that 53% of women in gestation, which were included in the sample, who flock to the Basic Hospital Balzar end their pregnancy before 37 weeks, however, the group of infants who have a higher risk of developing serious complications such births, is one that occurs before 34 weeks, this situation is the cause of newborn deaths. In many cases premature births occur because of problems with the mother where it is necessary to terminate the pregnancy to avoid serious complications in the mother or fetus; in others happen spontaneously and are characterized by certain changes occur as bleeding, uterine contractions early. Most of the time preterm labor I have no previous symptoms more often than not the patient initiate uterine contractions in a systematic and progressive, if this occurs before 37 weeks, the risk of premature birth is very high. Patients with a history of premature son or with risk factors in the current pregnancy, may undergo an ultrasound of the cervix, which allows to estimate the odds of preterm birth occurs.

**Keywords:** Pregnancy, labor, premature, Postpartum Abortion

# INDICE GENERAL

	Pág.
DECLARACIÓN DE AUDITORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS .....	iii
CERTIFICACIÓN .....	iv
AGRADECIMIENTO.....	vii
DEDICATORIA.....	viii
RESUMEN EJECUTIVO Y PALABRAS CLAVE .....	ix
ABSTRACT AND KEYWORDS.....	x
INDICE GENERAL.....	xi
INDICE DE CUADROS.....	xiii
CÓDIGO DUBLIN .....	xv
INTRODUCCION .....	1
CAPÍTULO I.....	4
CONTEXTUALIZACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.....	4
1.1. Problema de la Investigación.....	4
1.1.1. Planteamiento del Problema.....	4
1.1.2. Formulación del Problema General.....	7
1.1.3. Sistematización del Problema .....	7
1.2. Objetivos.....	8
1.2.1. Objetivo General .....	8
1.2.2. Objetivos Específicos .....	8
1.3. Justificación.....	8
CAPITULO II .....	11
FUNDAMENTACION TEORICA.....	11
2.1. Marco Conceptual.....	11
2.1.1. Prematurez y Consecuencias .....	11
2.1.2. Etología y Signos .....	11
2.1.3. Complicaciones .....	12
2.1.4. Prevención.....	14
2.1.5. Sala de Partos y Quirófanos Obstétricos .....	14
2.1.5.1. Cuna térmica: .....	15
2.1.5.2. Material para asegurar la vía aérea: .....	15
2.1.6. Comprobar el buen funcionamiento con pulmón neonatal prefijando el ventilador con los siguientes parámetros: .....	16
2.1.7. Canalización vena umbilical: .....	16
2.1.8. Las soluciones de perfusión más utilizadas son:.....	16

	Pág.
2.1.9. Drogas para intubación: .....	17
2.1.10. Material para el transporte a la unidad neonatal:.....	17
2.1.11. El personal de neonatología que debe de haber en la salas obstétricas debe de ser: 17	17
2.1.12. Áreas rutinarias y material de utillaje.....	17
2.1.13. Tareas relacionadas con el desarrollo.....	18
2.2. Marco Referencial .....	19
2.2.1. Tareas relacionadas con la higiene de la piel y mucosas .....	19
2.2.2. Tareas relacionadas con la alimentación.....	19
2.2.3. Tareas relacionadas con el confort.....	19
2.2.4. Tareas relacionadas con la seguridad.....	20
2.2.5. Tareas relacionadas con la unidad familiar.....	20
2.2.6. Tareas relacionadas con el control y la calidad.....	20
2.2.7. Tareas Específicas .....	20
2.2.8. Terapia Intensiva.....	21
2.2.9. Vigilancia Intensiva (UVI).....	21
2.2.10. Cuidados Intensivos (UCI).....	21
2.2.11. Consideración De Riesgo .....	22
2.2.12. Neuroproteccion Fetal .....	24
2.2.13. Recuperación Postparto .....	24
2.2.14. Hemorragia Vaginal. ....	24
2.2.15. Cansancio Extremo.....	25
2.2.16. Hematomas en el Rostro.....	25
2.2.17. Dolores .....	25
2.2.18. Episiotomia.....	26
2.2.19. Dificultad para Orinar.....	27
2.2.20. Dificultad en la Vacunación Intestinal .....	28
2.3. Marco legal.....	29
<b>CAPITULO III.....</b>	<b>32</b>
<b>METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACION.....</b>	<b>32</b>
3.1. Ubicación.....	32
3.2. Tipo de Investigación .....	32
3.3. Métodos de la Investigación.....	33
3.4. Fuentes de Recopilación de la Información .....	34
3.5. Diseño del Investigación .....	35
3.6. Población y Muestra .....	36

	Pág.
3.6.1. Población:.....	36
3.6.2. Muestra:.....	36
CAPITULO IV .....	38
RESULTADOS DE LA INVESTIGACION .....	38
4.1. Discusión .....	49
CAPITULO V .....	51
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....	51
5.1. Conclusiones.....	51
5.2. Recomendaciones .....	52
CAPITULO VI.....	54
BIBLIOGRAFIA Y LINKCOGRAFIA.....	54
CAPITULO VII.....	55
ANEXOS.....	55
MATRIZ DE INTERRELACIONES DE PROBLEMAS, OBJETIVOS, HIPÓTESIS Y VARIABLES .....	56
Cuestionario Anónimo 2015 .....	57

## INDICE DE CUADROS

	Pág.
<b>Cuadro 1.</b> Edad de madres investigadas sobre partos prematuros y su incidencia de recuperación post-parto en el hospital básico de Balzar. 2015. ....	38
<b>Cuadro 2.</b> Nivel de instrucción de madres investigadas sobre partos prematuros y su incidencia de recuperación post-parto en el hospital básico de Balzar. 2015 .....	38
<b>Cuadro 3.</b> Estado civil de madres investigadas sobre partos prematuros y su incidencia de recuperación post-parto en el hospital básico de Balzar. 2015 .....	39
<b>Cuadro 4.</b> Condición familiar de madres investigadas sobre partos prematuros y su incidencia de recuperación post-parto en el hospital básico de Balzar. 2015 .....	40
<b>Cuadro 5.</b> Condición laboral de madres investigadas sobre partos prematuros y su incidencia de recuperación post-parto en el hospital básico de Balzar. 2015. ....	40
<b>Cuadro 6.</b> Tiempo de parto de madres investigadas sobre partos prematuros y su incidencia de recuperación post-parto en el hospital básico de Balzar. 2015 .....	41

	Pág.
<b>Cuadro 7.</b> Tipo de parto de madres (15 prematuros) investigadas sobre partos prematuros y su incidencia de recuperación post-parto en el hospital básico de Balzar. 2015 .....	41
<b>Cuadro 8.</b> Conocimiento de riesgo de parto prematuro de madres investigadas sobre partos prematuros y su incidencia de recuperación post-parto en el hospital básico de Balzar. 2015 .....	42
<b>Cuadro 9.</b> Conocimiento sobre afectación psicológica en r.n. de parto prematuro de madres investigadas sobre partos prematuros y su incidencia de recuperación post-parto en el hospital básico de Balzar. 2015.....	43
<b>Cuadro 10.</b> Número de parto de madres investigadas sobre partos prematuros y su incidencia de recuperación post-parto en el hospital básico de Balzar. 2015 .....	43
<b>Cuadro 11.</b> Controles pre natales de madres investigadas sobre partos prematuros y su incidencia de recuperación post-parto en el hospital básico de Balzar. 2015 .....	44
<b>Cuadro 12.</b> Conocimiento sobre disminución de complicaciones de madres investigadas sobre partos prematuros y su incidencia de recuperación post-parto en el hospital básico de Balzar. 2015 .....	44
<b>Cuadro 13.</b> Conocimiento sobre importancia de parto prematuro de madres investigadas sobre partos prematuros y su incidencia de recuperación post-parto en el hospital básico de Balzar. 2015 .....	45
<b>Cuadro 14.</b> Conocimiento sobre riesgos y complicaciones de parto prematuro de madres investigadas sobre partos prematuros y su incidencia de recuperación post-parto en el hospital básico de Balzar. 2015.....	46
<b>Cuadro 15.</b> Conocimiento sobre problemas de salud en niños de parto prematuro de madres investigadas sobre partos prematuros y su incidencia de recuperación post-parto en el hospital básico de Balzar. 2015.....	46
<b>Cuadro 16.</b> Conocimiento sobre método canguro de madres sobre partos prematuros y su incidencia de recuperación post-parto en el hospital básico de Balzar. 2015 .....	47
<b>Cuadro 17.</b> Conocimiento sobre parto prematuro de madres investigadas sobre partos prematuros y su incidencia de recuperación post-parto en el hospital básico de Balzar. 2015 .....	47

## CÓDIGO DUBLIN

Título:	“FACTORES DE RIESGO DE PARTOS PREMATUROS EN PACIENTES EMBARAZADAS Y SUS INCIDENCIAS DE RECUPERACION POST-PARTO EN EL HOSPITAL BASICO DE BALZAR”. 2015				
Autor:	Sandoya Almeida, Rosa Francisca				
Palabras Clave:	Embarazo	Parto	Prematuros	Postparto	Aborto
Fecha de Publicación:	Agosto 2015				
Editorial:	QUEVEDO: UTEQ, 2015				
Resumen:	<p>El presente trabajo se realizó en el Hospital básico de Balzar Provincia del Guayas, en el ámbito de lo que constituye el proceso salud-enfermedad, se ponen de manifiesto una serie de interrogantes respecto de la capacidad para menguar las consecuencias de dicho proceso; es por tal razón que en este estudio se realiza una investigación sobre la importancia de los controles prenatales y su influencia en la presencia de amenazas de parto prematuro en madres adolescentes. Se determina que un 53% de las mujeres en estado de gestación, que se incluyeron en la muestra, que acuden al Hospital Básico de Balzar concluyen su embarazo antes de las 37 semanas, sin embargo, el grupo de recién nacidos que tiene más riesgo de desarrollar complicaciones graves por este tipo de nacimientos, es aquél que ocurre antes de las 34 semanas, esta situación es la que causa de muertes de recién nacidos. En muchos casos los partos prematuros se presentan debido a problemas de la madre en donde es necesario interrumpir el embarazo para evitar complicaciones graves en la madre o en el feto; en otros suceden en forma espontánea y se caracterizan porque producen ciertas alteraciones como: hemorragias, contracciones uterinas antes de tiempo, etc. La mayor parte de las veces el parto prematuro no presentan síntomas previos y o más frecuente es que</p>				

	<p>la paciente inicie contracciones del útero en forma sistemática y progresiva., si esto ocurre antes de las 37 semanas, el riesgo de parto prematuro es muy alto. Las pacientes con antecedentes de un hijo prematuro o con factores de riesgo en el embarazo actual, pueden ser sometidas a un ultrasonido del cuello del útero, el que permite estimar las probabilidades de que se produzca un parto prematuro.</p> <p>Abstract.- This work was done in the basic Balzar Hospital, in the city of the same name, research on the importance of prenatal care and its influence on the presence of preterm labor is performed in adolescent mothers, Determined that 53% of women in gestation, which were included in the sample, who flock to the Basic Hospital Balzar end their pregnancy before 37 weeks, however, the group of infants who have a higher risk of developing serious complications such births, is one that occurs before 34 weeks, this situation is the cause of newborn deaths. In many cases premature births occur because of problems with the mother where it is necessary to terminate the pregnancy to avoid serious complications in the mother or fetus; in others happen spontaneously and are characterized by certain changes occur as bleeding, uterine contractions early. Most of the time preterm labor I have no previous symptoms more often than not the patient initiate uterine contractions in a systematic and progressive, if this occurs before 37 weeks, the risk of premature birth is very high. Patients with a history of premature son or with risk factors in the current pregnancy, may undergo an ultrasound of the cervix, which allows to estimate the odds of preterm birth occurs.</p>
Descripción	78 hojas : dimensiones, 29 x 21 cm + CD-ROM
URL	

## INTRODUCCION

En el Ecuador tomado como referente al Componente Normativo Materno Fetal del Ministerio de Salud Pública (2008), se constata que cada año aproximadamente unas 300.000 mujeres se embarazan, pero no todas de ellas recibirán una atención de calidad como les corresponde de acuerdo a sus derechos ciudadanos. Por ejemplos, en el periodo 2204-2008 apenas un 57,5% de mujeres cumplieron con la norma de MSP de realizarse al menos cinco controles prenatales. El ciudadano al desarrollo del embarazo en forma temprana, periódica e integral, disminuye sustancialmente el riesgo de muerte tanto materna como perinatal y propicia una adecuada atención del parto y por otro lado, se asegura condiciones favorables de salud para sus madres y sus hijos en los periodos inmediatamente posteriores al nacimientos, así como disminuye la incidencia de capacidad de causa congénita.

El MSP han logrado avances importantes en las unidades de salud, tales como la implementación de uso regular del parto gramá, la introducción del manejo activo de la tercera etapa del parto, la mejora de las atenciones prenatal y del puerperio inmediato, la atención inmediata del recién nacido bajo criterios de calidad, un currículo y experiencias en capacitación clínica a todo el personal de salud.

Los Ciudadanos Obstétricos y Neonatales Esenciales (CONE) son un conjunto de atenciones a las cuales deben tener acceso todas las mujeres embarazadas especialmente las adolescentes, puérperas y los recién nacidos, y que son fundamentales para salvar las vidas de las madres y recién nacidos cuya estrategias consisten en asegurar que toda madres y recién nacidos tengan acceso, las 24 horas del día, 365 días al año, a los ciudadanos obstétricos esenciales de calidad.

Cualquier bebe que nace antes de las 37 semanas se considera un parto prematuro o antes del término. Cuando más cerca se encuentre de las 37 semanas al momento del parto, más desarrollado estará el bebe y será menos probable que tenga problemas serios.

El papel de la enfermera no solo está referido a la aplicación de nuevas tecnologías, métodos y procedimientos que beneficien al niño prematuro sino que además desarrolla

acciones de soporte emocional y educativo con los padres y consanguíneos para ayudarnos a superar el miedo y temor que implica el nacimiento y protección de su hijo prematuro.

El nacimiento de un niño prematuro constituye un serio problema de salud y es la mayor causa de morbo-mortalidad perinatal, teniendo repercusiones de toda índole a corto, medio y largo plazo.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) sugirió que los recién nacidos (RN) con 2500 gramos o menos fueran llamados “niños de bajo peso al nacer” (RNBPN). Independientemente a la edad gestacional, en vez de prematuros, termino este debiera ser abandonado. En general en América Latina no hay estadísticas confiables sobre el parto prematuro, pero se estima que la frecuencia global supera el 10% del total de nacidos vivos.

Como profesional de la Ciencia de la Salud participa en la prestación de los Servicios de Salud de manera integral, científica, tecnológica y sistemática en los procesos de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud mediante el cuidado de la persona, familia y comunidad, respetando su cultura, su economía y su ambiente social y político en que se desenvuelve el ser humano con el propósito de mejorar la calidad de vida. Asimismo el trabajo profesional de la Enfermera se rige principalmente teniendo en cuenta la Ética y Deontología en el cuidado de enfermería.

## **CAPÍTULO I**

### **CONTEXTUALIZACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN**

# CAPÍTULO I

## CONTEXTUALIZACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

### 1.1. Problema de la Investigación

#### 1.1.1. Planteamiento del Problema

El presente trabajo se realizó en el Hospital básico de Balzar Provincia del Guayas, en el ámbito de lo que constituye el proceso salud-enfermedad, se ponen de manifiesto una serie de interrogantes respecto de la capacidad para menguar las consecuencias de dicho proceso; es por tal razón que en este estudio se realiza una investigación sobre la importancia de los controles prenatales y su influencia en la presencia de amenazas de parto prematuro en madres adolescentes.

Como resume Luis Alberto Villanueva Egan en su artículo Perfil epidemiológico del parto prematuro (2008), el parto prematuro es la principal causa de mortalidad neonatal y morbilidad neurológica a corto y largo plazos. Su frecuencia varía entre 5% y 12% en las regiones desarrolladas del mundo, pero puede ser de hasta 40% en las regiones más pobres. Tiene muchas causas ligadas a patologías obstétricas, sin embargo insiste que se debe también a características maternas, como es el caso del embarazo temprano o adolescente objeto de esta investigación, de lo cual se deduce la importancia que el acceso a un control prenatal temprano y adecuado es particularmente relevante para muchas mujeres con alto riesgo de parto prematuro valga la redundancia las madres jóvenes, pobres y sin apoyo social, sobre todo, se afirma que los partos prematuros representan cerca de 75% de la mortalidad neonatal y cerca de la mitad de la morbilidad neurológica a largo plazo. Actualmente según la OMS (2012) se pueden esperar tasas mundiales de preeclampsia de 143 667 casos y 431 000 de casos graves además de muertes maternas mundiales de 20 000 pacientes y hasta 86 000 muertes peri natales. Anualmente 585.000 mujeres mueren por complicaciones de las enfermedades hipertensivas del Embarazo: 99% en países en desarrollo y menos del 1% en países con mejor tecnología.

El programa de maternidad gratuita brinda atención integral tanto preventiva como curativa por ciclos de vida de la mujer y niños en todas las esferas, además de los distintos espacios de la salud sexual y productiva: regulación de la fecundidad, control prenatal, atención del parto y detección oportuna de cáncer. Un control prenatal óptimo, según las normas de MSP del Ecuador, comprende un mínimo de cinco chequeos por personal profesional de salud calificado durante el periodo del embarazo de BAJO RIESGO. El primer control (de diagnóstico) debería ser dentro de las primeras veinte semanas y los otros cuatro subsecuentes (de seguimiento) repartidos periódica y continuamente de las siguientes maneras; uno entre las 22 y 27 semanas; uno entre 28 y 33 semanas; uno entre las 34 y 37 semanas y uno entre las 38 y 40 semanas.

Hay algunos problemas o enfermedades que comúnmente afectan a los bebés que nacen antes de tiempo. Algunos bebés tienen más complicaciones que otros y por lo general esto se da con la edad del bebé al momento de nacer algunas de ellas son:

- Ictericia: Color amarillento de la piel del bebé debido al aumento de bilirrubina de la sangre.
- El síndrome de dificultad respiratoria (SDR): Dificultad para respirar debido a la inmadurez de los pulmones del bebé.
- Anemia: Falta de glóbulos rojos que proporcionen suficiente oxígeno al bebé.
- Apnea: Patrón periódico o irregular de la respiración.
- Displasia bronco-pulmonar (DBP): Él bebé no puede acostumbrarse a estar sin el ventilador y puede necesitar más medicamento y oxígeno.
- Conductor arterial persistente: Un vaso sanguíneo que permanece abierto cuando normalmente se cierra al momento del nacimiento. Esto puede provocar problemas respiratorios y algunas veces problemas cardíacos.
- Infección: Por tener un sistema inmunitario débil y no tener los anticuerpos para combatir las infecciones.
- Retinopatía del prematuro: Crecimiento incompleto de los vasos de la retina del ojo. Esto es más común en bebés de 24-26 semanas y poco común en los de 33-34 semanas y más.
- Presión arterial baja: La sangre no circula de manera apropiada esto es más común inmediatamente después del nacimiento. Generalmente se trata con muchos

líquidos y medicamentos. En ocasiones, pueden ser necesaria una transfusión sanguínea.

- Enterocolitis necrosante: poco flujo de sangre hacia los intestinos del bebé esto puede desencadenar una infección en la pared intestinal.
- Hemorragia intracraneal: sangrado en el interior del cerebro, ocurre con más frecuencia en bebés nacidos en las 24-26 semanas.

Lo importante es reconocer que, aunque su bebé necesita atención médica especial, también la necesita a usted, su amor y su afecto. Esto es igualmente importante para el desarrollo y adaptación del bebé fuera del útero cada año nace en el mundo alrededor de 13 millones de niños prematuros y la gran mayoría de ellos nace en países pobres. La amenaza de parto pre término y el parto pre término continuara siendo una de las complicaciones más frecuentes en la obstetricas, a pesar de los grandes avances de la medicina moderna, por lo que constituyen un reto y el punto de atención continúan.

En el ámbito epidemiológico, la prematuridad constituye una de las principales causas de morbilidad perinatal. Ella sola es responsable del 65% de las muertes perinatales globales y de los 75% de la muerte neonatales excluyendo las malformaciones congénitas. Esta mortalidad es 30 veces más importante que la de los niños nacidos de término. El parto prematuro no solo tiene graves repercusiones en la morbilidad perinatal e infantil, sino que además representa un verdadero desafío al sistema de salud pública.

### **Diagnóstico.**

La amenaza de parto prematuro (APP) es la causa más común de hospitalización de la segunda mitad del embarazo e implica estancias prolongadas, tratamientos más o menos agresivos con posibles efectos secundarios, una importante angustia para la gestante y su familia, la disminución de la atención de los otros hijos (si los tuvieras) y un alto costo económico derivado de la hospitalización y la ausencia laboral de la gestante.

En Ecuador, la incidencia de amenaza de parto pre término ha ido aumentando de forma sostenida en los últimos 10 años, coincidiendo con un repunte de embarazos en adolescentes, por lo que constituye un problema de salud pública de gran impacto en adolescentes, grupos familiares y sociedad.

## **Pronóstico**

De no investigarse la problemática planteada en la presente investigación, las madres tendrán un déficit de conocimientos sobre la importancia de los controles que deben realizarse durante su embarazo, esto puede fomentar la aparición de amenazas de parto Prematuro y esto repercutirá en que se tendrán neonatos prematuros, de lo cual surgen con complicaciones muy serias, pues los recién nacidos extremadamente prematuros requieren la atención de personal altamente calificado y el uso de tecnología sofisticada, a menudo durante periodos largos. Las grandes dificultades para la supervivencia de un niño prematuro y sus secuelas a futuros, tanto en el periodo perinatal como en la niñez, la adolescencia y aun en el edad adulta, incluso se perpetúan en las generaciones siguientes. Entre las complicaciones más frecuentes tenemos: la depresión al nacer, el síndrome de dificultad respiratorias (SDR), la hemorragia intracraneana (HIC), la sepsis, trastornos metabólicos, enterocolitis necrotizantes (ECN), el ductus arterioso persistente, la displasia broncopulmonar (DBP), apnias y fibroplasias retrolentar. Además pueden presentar morbilidad neurológica a largo plazo, tales como anomalías de las funciones cognitivas y parálisis cerebral.

### **1.1.2. Formulación del Problema General**

¿Cómo se determinan los partos prematuros y su incidencia en la recuperación postparto en el Hospital Básico de Balzar?

### **1.1.3. Sistematización del Problema**

¿Cuáles son los factores de riesgo de partos prematuros en pacientes embarazadas, en el Hospital Básico de Balzar?

¿Cómo inciden los partos prematuros en la recuperación postparto de pacientes embarazadas, en el Hospital Básico de Balzar?

¿Cuáles son los riesgos de un parto prematuro y su la recuperación postparto en pacientes en estado de gestación?

## **1.2. Objetivos**

### **1.2.1. Objetivo General**

Determinar los factores principales de riesgo de partos prematuros en pacientes embarazadas, en el Hospital Básico de Balzar

### **1.2.2. Objetivos Específicos**

Diagnosticar los partos prematuros y su incidencia en la recuperación postparto en el Hospital Básico de Balzar.

Establecer la incidencia de los partos prematuros en la recuperación postparto de pacientes embarazadas, en el Hospital Básico de Balzar?

Identificar los riesgos de partos prematuros y la recuperación postparto de pacientes embarazadas, en el Hospital Básico de Balzar?

## **1.3. Justificación**

La presente Investigación se realizó en el Hospital básico de Balzar Provincia del Guayas los avances en los cuidados prenatales durante las últimas décadas, en especial en la detección de “embarazo de alto riesgo”, han permitido disminuir la mortalidad materna, sin embargo es poco lo que se ha logrado disminuir la frecuencia de prematurez,

La identificación oportuna de factores de riesgo de parto prematuro es imprescindible para instituir un tratamiento adecuado y así poder entregar a los pediatras recién nacidos de mayor madurez y peso, y a la madre un bebé sano, como es el objetivo final de la obstétrica.

El parto Pre termino es unos de los acontecimientos obstétricos de mayor importancia y responsable de una gran morbi- mortalidad neonatal. La prematuridad producida trae consigo un sinnúmero de complicaciones para el neonato de toda índole.

La mayoría de los bebes pre termino necesitan atención medica especial después del nacimiento. Si el parto prematuro se anticipó, se le recomendara tener a su bebé en un hospital que cuente con una unidad de cuidados intensivos para neonatos (UCIN). Probablemente deba tener su bebé en un hospital diferente del que había planeado en un principio. Si tiene un parto prematuro no planteado, probablemente tenga que llevar al bebé a otro centro que cuente con una UCIN para que reciba los mejores cuidados médicos.

El presente trabajo fomenta el protagonismo y la participación activa de la gestante con amenaza de parto prematuro (APP) y de su familia en el autocuidado y en la toma de decisiones informadas. Además, contribuyen a la prevención y detección temprana de problemas de salud, asegurando la continuidad de los cuidados enfermos y la evaluación de la consecución de los objetivos establecidos

Los resultados del estudio ayudaran a disminuir la incidencia de partos pre términos, en las mujeres gestantes en el Hospital Balzar.

**CAPITULO II**  
**FUNDAMENTACION TEORICA**

## **CAPITULO II**

### **FUNDAMENTACION TEORICA**

#### **2.1. Marco Conceptual**

##### **2.1.1. Prematurez y Consecuencias**

Prematuros son los nacidos antes de la 37 semana de gestación. Anteriormente, se consideraba prematuro a cualquier RN con el peso <2.500 g; esta definición era incorrecta, pues muchos RN con peso <2.500 g son realmente maduros o pos maduros, pero pequeños en su relación con su edad gestacional (PEG) y tanto su aspecto como los problemas que plantean son diferentes a los de los RN prematuros (Pelaez, 2007).

##### **2.1.2. Etología y Signos**

En la mayoría de los casos, se desconoce la causa del parto prematuro, precedido o no de una rotura prematura de la bolsa. No obstante, las historias clínicas de las mujeres con este tipo de partos suelen relevar un nivel socioeconómico bajo, carencia de asistencia médica, prenatal nutrición deficiente, educación deficiente, soltería y enfermedades o infecciones intercurrentes no tratadas. Otros factores de riesgo son la vaginitis bacteriana materna no tratada y los partos prematuros previos.

El lactante prematuro es pequeño, con un peso generalmente inferior a 2,5 kg, y tiende a tener una piel fina, brillante y rosada, a través de la cual se ve bien las venas subyacentes. La cantidad de grasa subcutánea, pelo y cartílago auditivo externo suelen ser escasas. Su actividad espontánea y su tono son menores y las extremidades no mantienen su posición flexionada. En los varones, el escroto puede tener pocas arrugas y es posible que los testículos no hayan descendido. En las niñas, los labios mayores no cubren todavía los menores (Pelaez, 2007).

### 2.1.3. Complicaciones

La mayoría de las complicaciones estarán relacionadas con la inmadurez funcional de los sistemas orgánicos.

**Pulmones.** En muchos RN prematuros, la producción de surfactante no es suficiente para evitar el colapso alveolar y la atelectasia, lo que se traduce en el desarrollo del síndrome de sufrimiento respiratorio.

**SNC.** La escasa coordinación de los reflejos de succión y deglución de los niños nacidos antes de la semana 34 de gestación pueden obligar a alimentarnos por vía oral o sonda gástrica. La inmadurez del centro respiratorio de tronco cerebral es la responsable de las crisis de apnea (apnea central; v. apnea del RN prematuro en alteraciones respiratorias, más adelante). La apnea puede ser también consecuencia de la obstrucción hipo faríngea (apnea obstructiva) sola o en combinación con la apnea central (apnea mixta) (De Villegas, 2010).

En los lactantes prematuros, la matriz germinal peri ventricular tiene tendencia a la hemorragia, que puede extenderse hacia los ventrículos cerebrales (hemorragia intraventricular). También pueden ocurrir infartos de la sustancia blanca peri hipotensión, la perfusión cerebral insuficiente o inestable y los picos de PA (como ocurre cuando se administra rápidamente líquido o coloides por vía oral.) pueden contribuir al infarto o la hemorragia cerebrales.

**Infección.** La sepsis y la meningitis son 4 veces más frecuentes en los RN prematuros que en los nacidos a término. Esta mayor probabilidad de infecciones se debe a la necesidad de colocar catéteres intra vasculares y sondas endotraqueales, a las zonas de erosión cutánea y a la notable reducción de los niveles séricos de inmunoglobinas (v. infecciones neonatales, más adelante, y estado inmunológico del feto y del RN). Los lactantes prematuros tienen una especial susceptibilidad a desarrollar enterocolitis necrotizantes

**Regulación de la temperatura.:** la superficie corporal de los RN es excepcionalmente grande en relación con su masa corporal; por lo tanto, cuando son expuestos a

temperaturas inferiores a las del ambiente térmico neutro, pierden calor rápidamente y les resultan difícil mantener su temperatura corporal (De Villegas, 2010).

Aparato digestivo. La pequeña capacidad del estómago del RN prematuro, junto con la inmadurez de los reflejos de succión y de deglución, impide la adecuada alimentación oral o mediante una sonda nasogástrica y conlleva riesgo de aspiración. Casi todos los prematuros toleran la leche materna, fórmulas comerciales o fórmulas especiales para prematuros que contienen 24kcal/30ml. Los prematuros de pequeño tamaño han sido alimentados con éxito por sonda, con la leche de su propia madre, que les proporciona factores inmunológicos y nutricionales ausentes en las fórmulas obtenidas con leche de vaca modificada. Sin embargo, el contenido en Ca, P y proteínas en la leche humana no basta para cubrir las necesidades de los RN de muy bajo peso (<1,5 kg), por lo que se debe mezclar con los diversos reforzantes de la leche materna existente en el mercado.

Durante el primer o segundo días de vida, si no se puede administrar la cantidad adecuada de líquido y calorías por la boca o por una sonda nasogástrica o naso duodenal, pueden administrarse por la vía aérea. Soluciones con glucosa al 10% y electrolitos de mantenimiento para evitar la deshidratación y la desnutrición. La alimentación continua con leche materna o una fórmula por sonda naso duodenal o gástrica permite mantener satisfactoriamente la ingesta calórica de los prematuros enfermos de pequeño tamaño, especialmente de los que tienen sufrimiento respiratorio o crisis repetidas de apneas. Las tomas de alimento se inicia con pequeñas cantidades de una fórmula preparada o media concentración; si se toleran, se aumentará lentamente el volumen y la concentración de las tomas a lo largo de 7-10 d. en los RN muy pequeños o en estado grave, puede lograrse una nutrición suficiente mediante la alimentación parenteral total por vía aérea. Periférica o por carácter central colocada percutánea o quirúrgicamente, que se mantendrá hasta que el niño tolere una alimentación enteral completa

Riñón. En el RN prematuro, la función renal es inmadura, por lo que su capacidad para concentrar y diluir la orina son menores que en el RN a término. Su incapacidad para excretar ácidos fijos, que se acumulan con la administración de fórmulas con un elevado contenido proteico y como resultado de crecimiento de los huesos, puede provocar una acidosis metabólica tardía con retraso del crecimiento. En consecuencia, se pierden por la

orina sodio y bicarbonato, lo que hace que, durante varios días, sean necesario administrar bicarbonato sódico oral (1 a 2 mEq/kg/d divididos en 4 a 6 dosis)

Híper- bilirrubinemia. Los prematuros desarrollan hiperbilirrubinemia con mayor frecuencia que los RN a término y la ictericia nuclear (kernicterus) pueden aparecer con niveles de bilirrubina de solo 10 mg/dl (170  $\mu$ mol/l) en los enfermos y pequeños. Los niveles más altos de bilirrubina de los prematuros podrían deberse en parte del desarrollo insuficiente de los mecanismo hepáticos de excreción de bilirrubina, incluyendo defectos de la captación de la bilirrubina del suero, de su conjugación a diglucuronido de bilirrubina en el hígado y de su excreción hacia el árbol biliar. La mayor movilidad del intestino hace que la cantidad de diglucuronido de bilirrubina desconjugada en la luz intestinal por la enzima  $\beta$ -glucuronidasa antes de su excreción sea mayor, lo que facilita la reabsorción de bilirrubina libre (circulación enterohepática de la bilirrubina). Por el contrario, la administración precoz de alimentos puede aumentar la movilidad intestinal y reducir la reabsorción de la bilirrubina disminuyendo, por tanto, la incidencia y gravedad de la ictericia fisiológica. En casos raros, el pinzamiento tardío del cordón umbilical puede suponer un mayor riesgo de hiperbilirrubinemia importante, a causa de la transfusión de un gran volumen de hematíes, cuya degradación aumenta notablemente de bilirrubina (De Villegas, 2010).

#### **2.1.4. Prevención**

El riesgo de parto prematuro, una de las causas más importantes de morbilidad y mortalidad neonatales, puede reducirse garantizando que toda la gestante, especialmente las de alto riesgo, tengan acceso a una atención prenatal temprana y adecuada. El uso de tocolíticos para detener el parto prematuro y proporcionar tiempo para la administración prenatal de corticosteroides, con los que se acelera la maduración pulmonar ha mejorado notablemente el pronóstico de este tipo de pacientes (De Villegas, 2010).

#### **2.1.5. Sala de Partos y Quirófanos Obstétricos**

Debe de estar acondicionada para el nacimiento del prematuro, para ello debe de haber:

### **2.1.5.1. Cuna térmica:**

- ✓ Fuente de calor: A temperatura que debe de oscilar entre 26,5 y 37 °C
- ✓ Fuente de luz: Encendida
- ✓ Sistema de administración de Oxígeno:
- ✓ Caudalímetro conectado a la red
- ✓ Alargaderas que conecten a las bolsas de resucitación (Ambú)
- ✓ Sistema de vacío: preparado para hacer succión de las vías áreas (Ibarra, 2014).

### **2.1.5.2. Material para asegurar la vía aérea:**

- ✓ Monitor de ECG neonatal
- ✓ Fonendoscopio neonatal
- ✓ Ambú neonatal adecuando al tamaño del prematuro
- ✓ Mascarillas de resucitación adecuadas al tamaño del prematuro
- ✓ Sondas de Nelatón de varios tamaños (nº 7 y 8) para succión de secreciones nasales y orales
- ✓ Laringoscopio rígido (mango normal y corto) con palas rectas de Miller y curvas de Macintosh, de distintos tamaños. Pilas de repuesto.
- ✓ Pinza de Magill de tamaño pequeño. Durante la intubación endotraqueal llegado al extremo distal del tubo traqueal cerca de la epiglotis, la pinza permite orientar la punta del tubo entre las cuerdas vocales, evitando así su desviación hacia el esófago.
- ✓ Tubos endotraqueales: Tubos utilizados números 2, 2,5 y 3 estos tubos están desprovistos de neumobalón en la punta
- ✓ Cintas adhesivas en pantalón para la fijación del tubo endotraqueal
- ✓ Ventilador de transporte neonatal:
- ✓ Bala de oxígeno, comprobada de que funciona adecuadamente
- ✓ Sistemas y conexiones perfectamente adaptados.(6)

### **2.1.6. Comprobar el buen funcionamiento con pulmón neonatal prefijando el ventilador con los siguientes parámetros:**

- PIP: Entre 12-24 cm de agua
- PEEP: Entre 2-4 cm de agua
- TI: de 0,5 segundos
- TE: de 0,5 segundos
- Frecuencia respiratoria de 60 rpm
- Material para canalización de vía venosa de urgencias:
- Canalización de catéter corto:
- Catéteres cortos números 26 al 22 G
- Tiras adhesivas para fijación de catéteres cortos
- Bombas de infusión continua

### **2.1.7. Canalización vena umbilical:**

- Instrumental para canalización:
- ligadura del 0, bisturí, 2 pinzas de Adson sin dientes,
- 2 mosquitos curvos
- Catéteres umbilicales del 4 al 8 Fch
- Material para fijación: seda de 2/0 con aguja triangular, cinta adhesiva estéril
- 4 Sistemas de perfusión iv continua para bomba de perfusión
- 2 Bombas de perfusión continua

### **2.1.8. Las soluciones de perfusión más utilizadas son:**

- Suero Salino al 0,9% (suero fisiológico)
- Suero Glucosado al 10%
- Solución de Bicarbonato 1M ó 1/6 M
- Material para administración de drogas de urgencias:
- Jeringas de: 1 ml, 2 ml., 5 ml, 10 ml y 20 ml
- Adrenalina 1:1.000: Se prepara la dilución al 1:10.000 (una ampolla de adrenalina 1mg/ml, diluida en 9 ml de suero fisiológico), tendríamos 0,1 mg por ml
- Bicarbonato 1M: Se prepara a 1/2 molar (se diluye 1 ampolla (10 ml) en 10 ml de agua destilada)

- Glucosmon R-50: Para hacer sueros hipertónicos en glucosa, recordar que hay 0,5 gr. por c.c. de la dilución

### **2.1.9. Drogas para intubación:**

- Atropina: Se prepara una ampolla diluida en 9 ml de suero, obtenemos 0,1 mg por ml
- Midazolán: preparado a una dilución de 1mg/ml
- Fentanilo: se preparan 2 ml (100 microgramos) en 10 ml, así tenemos 10 microgramos por ml
- Atracurium: La presentación suele ser de 10 mg/ml, se diluye 1 c.c. de la dilución en 9 de suero así tenemos 1 mg/ml.(6)

### **2.1.10. Material para el transporte a la unidad neonatal:**

- Incubadora con temperatura ambiente entre 34-35°C
- Bala de oxígeno

### **2.1.11. El personal de neonatología que debe de haber en la salas obstétricas debe de ser:**

- Neonatólogo
- Enfermera entrenada en RCP avanzada neonatal
- Auxiliar de enfermería con conocimientos básicos de manipulación de neonatos (Ibarra, 2014).

### **2.1.12. Áreas rutinarias y material de utillaje**

Las tareas diarias de la enfermería en neonatología las definimos como las tareas básicas que hacemos a diario con los neonatos, y estas las definimos como:

Tareas relacionadas con el ingreso en neonatología: De todos los ingresos en neonatología un alto porcentaje de ellos son niños RN (recién nacidos) que provienen del área obstétrica, por regla general prematuros de menos de 36 semanas de gestación.

Proceder a la correcta identificación del RN, comprobando que las muñequeras están

correctamente y corresponde con los documentos de identificación

Se procede a obtener datos de somatométricos (peso, talla, perímetro craneal, perímetro torácico), hacer un sondaje nasogástrico comprobando la permeabilidad de las fosas nasales y aprovechando este para hacer un pequeño lavado gástrico, se le aplica intramuscular 1mgr de vitamina K, se le protege el apéndice del cordón umbilical con una gasa humedecida con una solución antiséptica que no contenga yodo y se procede a la profilaxis ocular con una gota de rifamicina en las conjuntivas oculares. Comprobamos que los genitales tienen un aspecto normal y hacemos un sondaje rectal para comprobar la permeabilidad anal (Ibarra, 2014).

Lo colocamos bajo una fuente de calor, a ser posible en una incubadora si su peso es inferior a 2, 2 kg.

Si el RN por cualquier motivo presenta un estado crítico, se procede a la monitorización de las constantes vitales (Frecuencia Cardíaca, Frecuencia Respiratoria y Saturación de Oxígeno) y si se ve conveniente se coloca en una cuna térmica en previsión de hacer técnicas invasivas como por ejemplo la canalización de vasos umbilicales.

Se realiza la primera valoración de enfermería, habitualmente identificando los problemas principales de salud y estableciendo un plan de actuación

Cumplimentación de la Historia Clínica, compuesta básicamente en:

- Hoja de Valoración
- Hoja de Problemas / Diagnósticos
- Hoja de Evolución
- Hoja de Intervenciones
- Hoja de Evaluación
- Hoja de Resultados

### **2.1.13. Tareas relacionadas con el desarrollo**

Lo primero que hacemos es identificar la edad gestacional y comprobar que esta corresponde con su somatotipo (Test de Dubowitz), posteriormente establecemos las

medidas para su control (peso diario, talla cada semana, perímetro cefálico cada dos días, perímetro torácico cada 2 días, perímetro del abdomen cada 2 días. El material que utilizamos es: peso en forma de balanza bien calibrada que tenga la capacidad de pesar hasta un nivel de precisión gramal y cinta métrica de un metro, calibrada en milímetros (Ibarra, 2014).

## **2.2. Marco Referencial**

### **2.2.1. Tareas relacionadas con la higiene de la piel y mucosas**

Cuando llega a nuestra unidad procedemos a la higiene básica de la piel, limpiando aquellas zonas imprescindibles para proceder a su monitorización si es que procede, entre las 12 y 24 horas del nacimiento procedemos a hacer un lavado de la piel, utilizando un jabón neutro para la piel (pH 5.5), aclarando con agua tibia a 37°C y secando con un paño de tacto suave, secando por contacto si previamente no se calentado el paño la higiene de los genitales se realiza cuando se a pertinente, es decir cuando este manchado de heces o de orina de manera habitual en las primeras horas de vida se debe de controlar cada 3 horas, anotando cuando se produce la primera micción y la primera emisión de heces (meconio) (Ibarra, 2014).

### **2.2.2. Tareas relacionadas con la alimentación**

Al ingreso ya se debe evaluar qué tipo de alimentación va recibir el neonato, habitualmente la alimentación ideal para el neonato es la leche materna y debemos de iniciarla lo antes posible, a ser posible iniciar con la ingesta del calostro materno. Si no es posible la alimentación natural procedemos a la alimentación con leche de inicio o formulas especiales a concentraciones más bajas. Para ello necesitamos un lactario, servicio de biberonería y demás material específico para la alimentación (Ibarra, 2014).

### **2.2.3. Tareas relacionadas con el confort**

Uno de los objetivos más importante como enfermeros es la obtención de la máxima comodidad para nuestros pacientes, para ello lo más importante es crear el ambiente adecuado, debe de crearse un ambiente con una luz natural indirecta, ambiente musical suave, material que produzca el mínimo de ruido, para poder conseguir que nuestros neonatos y sus familias estén en un ambiente lo menos hostil. Material de

alta calidad para el abrigo y utensilios de descanso (Ibarra, 2014).

#### **2.2.4. Tareas relacionadas con la seguridad**

Hay que proporcionarle un ambiente seguro a su alrededor, para ello es imprescindible utilizar material homologado y con suficientes medidas de seguridad para minimizar al mínimo los accidentes, puestas de incubadoras con cierres adecuados, barandillas de las cunas adecuadas y con las medidas mínimas para garantizar su seguridad, etc. Si en algún momento dudamos de la seguridad de un material, es conveniente desecharlo para su utilización (Ibarra, 2014).

#### **2.2.5. Tareas relacionadas con la unidad familiar**

La unidad es un objetivo muy importante para nuestro entorno, pensamos que los neonatos son un miembro más que se incorpora a la unidad familiar y nosotros debemos de proporcionar el ambiente para que este acogimiento sea el idóneo, es para ello necesario que se habiliten espacios adecuados para recibir a los familiares y poder charlar con ellos respecto a las características, logros o complicaciones del neonato (Ibarra, 2014)

#### **2.2.6. Tareas relacionadas con el control y la calidad**

Estas cada día más auge, pero he de reconocer que estamos muy lejos de implantar sistemas de control eficaces. Hablar de calidad es muy complicado en muchas ocasiones esto de la calidad viene dado por las expectativas que tiene la persona cuando habla de calidad, para unos la calidad será excelente y para otros pésima, en entornos similares, claro esto es posible porque cada uno de los individuos tiene unas expectativas diferentes a los que considera ideal, posiblemente este concepto esté muy ligado al nivel de conocimiento; considero que a más conocimiento más exigencia con respecto a lo que consideran óptimo (Ibarra, 2014).

#### **2.2.7. Tareas Específicas**

En las unidades de neonatología hay muchas tareas específicas, que solo se suelen realizar en estos servicios, aquí enunciaré algunas de las más habituales:

- Alimentación por lactancia materna
- Alimentación artificial

- Obtención de gases capilares
- Canalización de vías periféricas
- Canalización de vías centrales de acceso periférico
- Curas de cordón umbilical
- Aseo e higiene de la piel y mucosas del neonato
- Garantizar la permeabilidad de la vía aérea
- Garantizar el bienestar del neonato: medidas de control del nivel de dolor.

### **2.2.8. Terapia Intensiva**

Hablar de cuidados intensivos en muchas ocasiones no lleva a confusiones, incluso dentro de los profesionales que nos dedicamos a la salud. Se considera que los pacientes que están en este tipo de unidades, son pacientes que por su estado clínico pueden tener o tienen una eventualidad que puede desencadenar un estado crítico para el paciente, entendiendo como estado crítico, aquel que por evolución clínica pudiese alterar gravemente una o más de las constantes vitales, ritmo cardiaco, ritmo respiratorio, presión arterial y temperatura. Dependiendo de que se haya establecido el cuadro de estado crítico o no, podemos dividir estas unidades en:

### **2.2.9. Vigilancia Intensiva (UVI)**

Se controlan las constantes vitales de manera continua para el control de una patología con fines diagnósticos o pronósticos, estas unidades deben de estar dotadas de monitores para el control de las constantes vitales, cada día se suele utilizar más como constante vital la saturación de Oxígeno.(11)

### **2.2.10. Cuidados Intensivos (UCI)**

Se controla y se pone tratamiento a un estado crítico, estas unidades están compuestas por monitorización y aparatos específicos para suplir las distintas constantes vitales

Es evidente que para el control y tratamiento de un paciente en estado crítico se necesita mucho más personal que para la vigilancia. El personal que está en este tipo de unidades debe de ser muy cualificado y estar habituado a aplicar tratamientos delicados.

En las unidades de Cuidados Intensivos Neonatales los pacientes habitualmente suelen estar conectados a ventiladores supliendo la función mecánica del pulmón, ya que debido a las características de los neonatos la función mecánica pulmonar es una función que se altera con mucha frecuencia

En muchas ocasiones estas unidades están juntas físicamente, pero los profesionales deben de distinguir claramente en que situación clínica se encuentra su paciente (Ibarra, 2014).

### **2.2.11. Consideración De Riesgo**

Se considera pacientes de alto riesgo cuando estén presentes uno o más de los siguientes criterios:

#### **CRITERIOS CLINICOS.**

- Índice de Bishop
- Parto pre termino anterior (espontáneos) antes de la semana 34
- Gestación múltiple
- Portadora de cerclaje cervical en gestación actual

#### **CRITERIOS ECOGRAFICO:**

- Longitud cervical <25 mm antes de las 28.0 semanas
- Longitud cervical <20 mm entre las 28.0 y 31.6 semanas
- Longitud cervical <15 mm a las 32 semanas o mas

La longitud cervical medida por ecografía transvaginal es un marcador diagnóstico de la verdadera amenaza de Parto Pre termino que ha tenido una amplia difusión en los últimos años.

Se ha podido observar la relación entre la longitud cervical y el riesgo de parto pre termino así como entre este y la edad gestacional a la que se observa esta acortamiento cervical (FMB, 2015).

En la actualidad se considera que la mediación transvaginal del cérvix en una gestante con sospecha clínica de Amenaza De Parto Pre termino es una prueba que debe formar parte de la exploración básica de la misma. Tiene una capacidad pronostica que permite definir que las mujeres son de alto riesgo y además va a ser de ayudar para evitar intervenciones innecesarias.

Es una prueba que proporciona datos objetivos sobre la longitud del cérvix y nos permite, además, seguir la evolución del cuello a lo largo de un tiempo. Un cérvix con una longitud  $>30$  mm es un “cérvix largo” que descarta las posibilidad de parto pretérmino (alto valor predictivo negativo, salvo que las contracciones uterinas se daban a otras causas como un posible desprendimiento prematuro de placenta normalmente inserta), mientras que el parto pretérmino es más probable que ocurra cuando la longitud cervical es inferior a 15 o 20 mm.

Habitualmente, la longitud cervical se comporta como un marcador independiente del riesgo de parto pretérmino y en la actualidad se considera que longitud funcional del cérvix es la prueba individual que mejor predice el riesgo de parto pretérmino y que todos los demás test añaden poco al valor predictivo de esta prueba (15). Sin embargo, en la revisión bibliográfica se puede observar que no existe u punto de corte único y universal, existiendo referencias a valores  $<15$ mm,  $<20$  mm,  $<25$ mm, y 30 mm, según la sensibilidad y especificad que se desee alcanzar.

En el 2010, Sotiriadis publicó un meta-análisis sobre el valor de la medición del cérvix en pacientes con Amenaza de Parto Pre termino. Incluye estudios prospectivos de cohorte y estudios de casos-controles en gestaciones únicas y membrana intactas (aunque incluye series con  $<20\%$  de rotura prematura de membranas y embarazos múltiples). También se incluyeron estudios que emplearon tocolíticos y corticoides profilácticos (PROSEGO, 2012).

Se consideran pacientes de bajos riesgos cuando no esté presente NINGUNO de los

criterios citados anteriormente.

En ausencia de dinámica uterina regular, es necesario valorar estos parámetros con precaución, dado que pueden no relacionarse con el parto pretérmino.

En este caso, se tendrá que hacer un seguimiento (en 1-2 semanas) de la situación clínica. Estos hallazgos, en ausencia de la clínica, NO SON TRIBUTARIOS de tratamiento tocolíticos ya que pueden representar el extremo de la normalidad. Como medida de precaución, podría recomendarse restringir la actividad laboral y el estilo de vida parcialmente hasta evaluar la evolución clínica (FMB, 2015).

### **2.2.12. Neuroproteccion Fetal**

Los recién nacidos pretérmino tienen un riesgo aumentado de sufrir daño neurológico como parálisis cerebral o discapacidades físicas y sensoriales. Son varios los Meta-análisis y revisiones sistemáticas que han demostrado que el sulfato de magnesio administrado antes del parto puede reducir el daño cerebral en los grandes pretérmino que sobreviven. El número necesario de casos a tratar para evitar una parálisis cerebral es de 63 (IC 95%: 43-155).(15)

### **2.2.13. Recuperación Postparto**

A veces las madres no están bien informadas de lo que ocurre después del nacimiento y se alarman de situaciones que son completamente normales después del parto. A continuación te explicamos cuáles son las situaciones que vas a experimentar mientras te recuperas del parto y del embarazo (Babysitio, 2015).

### **2.2.14. Hemorragia Vaginal.**

Es normal que durante las primeras horas posteriores al parto haya una hemorragia vaginal importante, acompañada de coágulos. Es un sangrado mucho más abundante que le dé la menstruación y que al levantarte seguramente correrá por tus piernas. Esta hemorragia se llama loquios y es provocada por la separación de la placenta de la pared uterina. Esta separación deja una zona sangrante que inicialmente se va cerrando como consecuencia de

las contracciones uterinas del postparto inmediato y luego por la liberación de oxitocina que se produce por el proceso de amamantamiento. Las pérdidas son rojas durante los primeros 3 a 4 días y luego van tomándose más amarronadas. Persisten en total por un periodo de aproximadamente 40 días y durante este periodo deberás utilizar solamente apósitos externos, nunca tampones vaginales (Babysitio, 2015)

### **2.2.15. Cansancio Extremo**

Seguramente, durante los primeros días también te sentirás físicamente agotada, el trabajo de parto es un “trabajo” muy intenso y después del parto, del bebé recién nacido te ocupara muchas horas del día, lo que hará muy difícil que tus horas de sueño sean de más de 3 o 4 horas seguidas. (Babysitio, 2015)

### **2.2.16. Hematomas en el Rostro**

El esfuerzo de pujar por un parto largo en el parto puede dejar algunas marcas transitorias en tu rostro, como pequeños hematomas en las conjuntivas o en la zona de las mejillas. No te alarmes ya que desaparecerán en 24 horas. (Babysitio, 2015)

### **2.2.17. Dolores**

Luego del parto seguramente te sentirás muy dolorida y serán varias las zonas afectadas. A continuación explicaremos cada una de ellas:

- ❖ La incisión de la episiotomía o cesárea.(16)

La zona de la episiotomía o de la incisión de la cesárea también es dolorosa en las primeras horas. Te aconsejamos aceptar todos los analgésicos que te ofrezcan. El hielo local es un analgésico muy potente. Úsalo todo el tiempo que sea necesario.

- ❖ Los músculos del canal del parto

En los partos vaginales, la distensión de los musculo del canal del parto suelen dejar pequeñas laceraciones que pueden llegar a ser molesta. Los analgésicos también

ayudan a que estas molestias se alivien.

❖ **Contracciones postparto**

Seguramente habrás oído hablar de las “contracciones del postparto”, o de los “entuetos”. Son contracciones muy potentes que hacen que el útero se retraiga, evitando de esta forma hemorragias importantes. Son dolorosas en las mujeres que han tenido parto, debido a que el útero es más fibroso y más sensible al dolor. Molestan solamente durante los primeros dos o tres días y generalmente son concomitantes con el amamantamiento. La succión de bebe provoca la liberación de una hormona llamada oxitocina que provoca las contracciones. Este mecanismo también ayuda a que el útero vuelva a tener el tamaño normal previo a la gestación. También una bolsa de hielo en la zona supra-pública alivia esta molestia.

❖ **Zona perineal**

Los dolores en la zona perineal son frecuentemente, incluso en las mujeres que no hayan tenido episiotomía. Un bebe con un peso promedio de 3.400 gramos no pasa “desaparecido” por el canal de parto. Aunque no haya episiotomía, el estiramiento muscular y de la mucosa vaginal sensibiliza la zona y por algunos días se siente un cierto molestar en esa región. (Babysitio, 2015)

### **2.2.18. Episiotomía**

Cuando hubo episiotomía, como consecuencia de la misma hay dolor. Es una herida que está en proceso de duración y en una zona molesta, de roce constante. Piensa que al caminar se roza con la pierna opuesta, y no se puede estar sin caminar por muchas horas seguidas.

El proceso de cicatrización es de aproximadamente 10 días. Durante los días de la internación una enfermera controlara que el proceso sea el normal y que no haya signos de inflamación importante o de infección.

Cambia los apósitos por los menos cada 4 horas. Remuévete los apósitos de adelante hacia atrás, para evitar el contacto de gérmenes anales con la vagina. Higienízate con

jabones neutros tres o cuatro veces al día. Seca la zona con apósitos o con secador de pelo (no muy caliente). El hielo local es muy beneficioso cuando hay dolor en la zona

Para sentarse, puedes utilizar unos almohadones especiales que tiene una zona central hueca como para apoyar de la episiotomía. Recuerda de realizar los ejercicios de kedel para mejorar la musculatura del periné y la circulación local. Esto favorece el proceso de cicatrización (Babysitio, 2015)

### **2.2.19. Dificultad para Orinar**

- ❖ En las primeras horas de parto a veces es dificultoso orinar. Puede sentirse ganas incontenibles y que no puedas hacerlo o ardor en las primeras micciones. Existen varias razones para que esto suceda las cuales explicaremos a continuación.
- ❖ La vejiga vuelven a su tamaño habitual

La capacidad de la vejiga vuelve a lo normal después del parto, porque ya no está la cabecita del bebe que impide su expansión normal.

- ❖ La vejiga esta traumatizada

La vejiga puede estar traumatizada por el parto por la presión ejercida por la cabecita del bebe y puede quedar paralizada por algunas horas. Pueden estar llena de orina y talvez no sientas la necesidad de orinar.

- ❖ La vejiga esta sensibilidad por la anestesia

También la anestesia puede disminuir la sensibilidad de la vejiga.

- ❖ El dolor perineal impide la evacuación de la vejiga.

El dolor perineal puede provocar un espasmo en la uretra que no permita la evasión de la vejiga.

Es esencial que se vacié la vejiga en las primeras 6 u 8 horas después del parto. De no poder hacerlo, pueden aparecer complicaciones. La vejiga llena de orina a veces

dificultan la salida normal de la sangre lo cual a su vez se va reteniendo dentro del útero y pueden ser causa de hemorragia importantes. Además pueden ser causa de infecciones urinarias. Pero no te preocupes ya que la enfermera se encargara de preguntarte en las primeras horas acerca de tus ganas de orinar. Si no sientes la sensación espontáneamente puedes intentar caminar un poco, siempre y cuando estés en condiciones de hacerlo y siempre y cuando tu medico lo autorice. En caso de no poder caminar, la enfermera te colocara un orinal en la cama. Siéntate sobre el e inténtalo. También puedes pedirle a la enfermera que te higienice con agua tibia. Esto provoca un reflejo de misión que te ayudara mucho. Aprovecho para que te explique cómo realizar la ingeniería del periné. Esta molestia urinaria desaparecen espontáneamente en 24 horas recuerda también que es muy importante en los primeros días del pos parto ingerir cantidades abundante de líquidos. Te ayudara para la formación de la leche y además para formar mayor cantidad de orina, importante para prevenir infecciones del tracto urinario (Babysitio, 2015).

### **2.2.20. Dificultad en la Vacunación Intestinal**

En algún momento del posparto hay que evaluar los intestinos. Muchas mujeres tienen pánico de qué pueda provocar dolor a los saltos de la episiotomía. No te preocupes, porque no va a suceder ya que son dos órganos distintos: La vagina y el Recto.

Existen factores que dificultan la evacuación intestinal. Los músculos abdominales debilitados por embarazo, no tiene la fuerza propulsora habitual, además seguramente será demasiado el recto previo o durante el parto y por consiguiente no se podrá evacuar.

Puedes tomarte unos días si quieres. Mientras tanto, trata de ingerir bebidas y comidas que estimulen el movimiento intestinal. Elige cereales, frutas, verduras y compotas de frutas. Realiza caminatas en cuanto te sea posible, esto provocara una normalización de tus instintos. No es necesaria una maratón, solo pequeñas caminatas.

Si hay hemorroides, puedes aliviarlas con cremas o supositorios especiales. Las compresas con sustancias antiinflamatorias como el hamammelis pueden también calmarlas. La normalización de los intestinos será el mejor tratamiento de las hemorroides (Babysitio, 2015).

### **2.3. Marco legal.**

La Constitución de la República del Ecuador en su Artículo. 43 indica que El Estado garantizará a las mujeres embarazadas y en periodo de lactancia los derechos a: 1. No ser discriminadas por su embarazo en los ámbitos educativo, social y laboral. 2. La gratuidad de los servicios de salud materna. 3. La protección prioritaria y cuidado de su salud integral y de su vida durante el embarazo, parto y posparto. 4. Disponer de las facilidades necesarias para su recuperación después del embarazo y durante el periodo de lactancia.

La Ley de Maternidad Gratuita en su Artículo 1 indica que toda mujer tiene derecho a la atención de salud gratuita y de calidad durante su embarazo, parto y post-parto, así como al acceso a programas de salud sexual y reproductiva. De igual manera se otorgará sin costo la atención de salud a los recién nacidos-nacidas y niños/niñas menores de cinco años, como una acción de salud pública, responsabilidad del Estado.

Art. 2.- La presente Ley tiene como una de sus finalidades el financiamiento para cubrir los gastos por medicinas, insumos, micronutrientes, suministros, exámenes básicos de laboratorio y exámenes complementarios para la atención de las mujeres embarazadas, recién nacidos o nacidas y niños o niñas menores de cinco años de edad en las siguientes prestaciones: a) Maternidad: Se asegura a las mujeres, la necesaria y oportuna atención en los diferentes niveles de complejidad para control prenatal y, en las enfermedades de transmisión sexual los esquemas básicos de tratamiento (excepto SIDA), atención del parto normal y de riesgo, cesárea, puerperio, emergencias obstétricas, incluidas las derivadas de violencia intrafamiliar, toxemia, hemorragias y

sepsis del embarazo, parto y post-parto, así como la dotación de sangre y hemo derivados b) Recién nacidos o nacidas y niños o niñas menores de 5 años de edad: Se asegura la necesaria y oportuna atención en los diferentes niveles de complejidad a los recién nacidos o nacidas y sanos o sanas, prematuros-prematuras de bajo peso, y/o con patologías (asfixia perinatal, ictericia, sufrimiento fetal y sepsis), a los niños o niñas menores de 5 años en las enfermedades comprendidas en la estrategia de atención integral de las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI) y, sus complicaciones todo ello según normas vigentes del Ministerio de Salud Pública.

Art. 3.- Las disposiciones de esta Ley se aplicarán con carácter obligatorio, en todos los establecimientos de salud dependientes del Ministerio de Salud Pública

**CAPITULO III**  
**METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACION**

## **CAPITULO III**

### **METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACION**

#### **3.1. Ubicación**

La presente investigación se realizó en el Hospital Básico de la Ciudad de Balzar, perteneciente al Distrito 09D13 Balzar – Colimes – Palestina. El cantón Balzar se encuentra ubicado al margen derecho del río Daule, tiene una extensión de 2.518 kilómetros cuadrados, su cabecera cantonal tiene un área de 10.280 kilómetros. Está situado en la parte noreste de la provincia del Guayas. Limita al norte con el cantón El Empalme; al sur con el cantón Colimes; al este con la Provincia de Los Ríos; y al oeste con la Provincia de Manabí.

#### **3.2. Tipo de Investigación**

Investigación Diagnóstica.- Se ha llegado al nivel de diagnóstico respecto a la situación de la presencia de Amenaza y Parto Prematuro y las consecuencias posparto, para resolver los problemas que se derivan de esta situación.

La particularidad del diagnóstico es que tiene una direccionalidad. Esto significa que no se trata de un reflejo estricto de la realidad sino una expresión de la misma, lograda mediante el desarrollo de la investigación. La finalidad no es otra que socializar con las pacientes para que sean los actores de esa realidad, lo cual está en concordancia con el enunciado del tema de investigación donde se refiere a la presencia de Amenaza y Parto Prematuro y las consecuencias postparto, en madres adolescentes.

Investigación Descriptiva.- a través de esta investigación se pudo detallar en parte la situación real que vive el paciente, en cuanto se refiere a la Amenaza y Parto Prematuro y las consecuencias posparto, en madres adolescentes.

Investigación de Campo.- Se llevó a cabo en el lugar donde se encuentra el problema de Amenaza y Parto Prematuro en madres adolescentes del Cantón Balzar. Lo que permitió realizar un estudio analítico y crítico de contenidos, a través de la evaluación de la información emitiendo juicios de valorativos.

Investigación Social.- Una de las principales manifestaciones en la estructura social inequitativa y antagónica es el conflicto social que en forma abierta o encubierta, pacífica o violenta, enfrenta a personas o grupos sociales, razón por la cual entra a formar parte consubstancial de la teoría de la Investigación Social, incluyendo la educativa.

Investigación Documental Bibliográfica.- El trabajo se apoyó en este tipo de investigación, al cual permitió construir la fundamentación teórica científica del proyecto, así como de la propuesta, utilizando bibliografía general y especializada sobre el tema de la aparición de Amenaza de Parto Prematuro y consecuencias posparto en madres adolescentes, así también páginas de Internet relacionadas al tema, este nos permitió sustentar las bases teóricas necesarias.

### **3.3. Métodos de la Investigación**

La investigación que se realizó estrictamente en la revisión de los documentos o información acerca de las variables que serán investigadas con la finalidad de ampliar conceptos y criterios relaciones con la investigación, por lo que inminentemente se le considera una investigación documental o bibliográfica.

El estudio de investigación se realizó utilizando la información proporcionada desde las historias clínicas y la aplicación de una encuesta estructurada a las pacientes adolescentes durante el periodo de estudio.

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y de corte transversal en el Hospital Básico de Balzar durante el período comprendido de Abril y mayo del 2015.

La investigación se realizó bajo el consentimiento informado de las pacientes en estudio, se respetó la autodeterminación y la autonomía de las mismas, así como se veló por maximizar los beneficios, minimizar los daños y a las personas con una misma característica se trataron de forma semejante independientemente de su nivel cultural, social o económico.

Para la técnica y procedimientos se confeccionó un modelo de recolección de datos donde se recogieron las siguientes variables: edad materna, ocupación, reacciones postparto entre otras.

Una vez que se recolectaron los datos y se procesaron estadísticamente mediante el método de conteo simple para el análisis descriptivo, se expresaron en números absolutos, calculándose en porcentajes y llevados a tablas para su mejor comprensión e interpretación.

Los datos fueron sometidos a tabulaciones en cuadros explicativos mediante los programas de Microsoft Word y Microsoft Excel. Se presentó la información en tablas y gráficos, números y porcentajes para su mayor entendimiento. Luego fueron analizados para emitir las conclusiones en correspondía con los objetivos propuestos en la investigación.

### **3.4. Fuentes de Recopilación de la Información**

Dentro de las fuentes de recopilación de la información tenemos como fuentes primarias: La observación directa, charlas con pacientes en estado de gestación y encuestas realizadas a las mismas. Como fuentes secundarias se utilizó consultas en libros, normas y

manuales expedidos por el Ministerio de Salud Pública y sitios web de instituciones y organizaciones que tienen que ver con la salud y en especial con el tema de investigación.

### **3.5. Diseño del Investigación**

La modalidad de investigación está basada en paradigma crítico propositivo, el mismo que hace énfasis más en el enfoque del ser humano, que el de los aspectos materiales. También se puede indicar que el presente trabajo es una investigación de carácter social, por cuanto analiza problemas de conciencia del ser humano dentro de la sociedad y su accionar cotidiano inmersa en lo que significa ser parte integrante de una sociedad de consumo.

De igualo manera podemos señalar que se trata de una investigación cualitativa, debido a la interpretación de factores que se interrelacionan para dar una lectura cercana a la realidad social. Por lo tanto sin menospreciar a la ciencia estadísticas, da más importancia a la interpretación de los datos obtenidos.

Debido a que es un estudio enfocado en brindar explicación y propuesta de solución a un fenómeno social considerado negativo se la cataloga también dentro de una modalidad como es la investigación social.

La investigación realizada fue enfocada desde el punto de vista de intervención social, por cuanto, el grupo humano padece de Amenaza de Parto Prematuro vive muchos problemas y entre el más álgido son las complicaciones neonatales, para la cual el investigador sugiere una propuesta de solución a este problema, la misma que puede ser participada por los involucrados, procesada por el investigador, encontrado la que mejor le convenga a los intereses de los, pacientes.

### **3.6. Población y Muestra**

#### **3.6.1. Población:**

La constituyen alrededor de 80 madres adolescentes atendidas en periodo de gestación que cursan con Amenaza y que han tenido Parto Prematuro atendidas en el Hospital Básico.

#### **3.6.2. Muestra:**

El tipo de muestreo utilizado es el probabilístico, y dentro de este tipo de muestreo se ha elegido el muestreo accidental intencional, de modo que la selección de la muestra de la investigación lo constituyen 28 madres adolescentes que desarrollaron Amenaza y Parto Prematuro en el Hospital Básico de Balzar

**CAPITULO IV**  
**RESULTADOS DE LA INVESTIGACION**

## CAPITULO IV

### RESULTADOS DE LA INVESTIGACION

**Cuadro 1.** Edad de madres investigadas sobre partos prematuros y su incidencia de recuperación post-parto en el hospital básico de Balzar. 2015.

“FACTORES DE RIESGO DE PARTOS PREMATUROS EN PACIENTES EMBARAZADAS Y SUS INCIDENCIAS DE RECUPERACION POST-PARTO EN EL HOSPITAL BASICO DE BALZAR”. 2015

EDAD	MADRES	%
13-15	5	17,9
16-18	14	50,0
19-21	6	21,4
21 o+	3	10,7
<b>Total</b>	<b>28</b>	<b>100,0</b>

**Fuente:** Encuestas

**Elaborado por:** Autora

#### **Análisis e interpretación:**

Las 28 encuestas realizadas señalan que la mayoría de madres embarazadas investigadas están comprendidas entre 16 y 18 años que corresponde al 50 %, de manera general el 67,9% corresponden a adolescentes comprendidas entre 13 a 15 y 16 a 18 años de edad. El 32.1 % embarazadas corresponde a madres mayores de 19 años.

**Cuadro 2.** Nivel de instrucción de madres investigadas sobre partos prematuros y su incidencia de recuperación post-parto en el hospital básico de Balzar. 2015

“FACTORES DE RIESGO DE PARTOS PREMATUROS EN PACIENTES EMBARAZADAS Y SUS INCIDENCIAS DE RECUPERACION POST-PARTO EN EL HOSPITAL BASICO DE BALZAR”. 2015

EDAD	ANALFABETA	%	E. BÁSICA	%	BACHL.	%	SUPER.	%	TOTAL
13-15	1	3,6	4	14,3	0	0	0	0	5
16-18	0	0,0	8	28,6	6	21,4	0	0	14
19-21	0	0,0	2	7,1	3	10,7	1	3,6	6
21 o+	0	0,0	0	0,0	2	7,1	1	3,6	3
<b>Total</b>	<b>1</b>		<b>14</b>		<b>11</b>		<b>2</b>		<b>28</b>
<b>%</b>		<b>3,6</b>		<b>50,0</b>		<b>39,3</b>		<b>7,1</b>	<b>100,0</b>

**Fuente:** Encuestas

**Elaborado por:** Autora

### **Análisis e interpretación:**

Se puede evidenciar que, en lo que respecta a nivel de instrucción, existe un 50 % que tienen educación básica y dentro de este el 28,6% corresponde a edades entre 16 a 18 años, mientras que a educación superior apenas tiene un 7,1 %.

No tienen ningún tipo de educación un 3,6 % comprendidas entre 13 a 15 años.

**Cuadro 3.** Estado civil de madres investigadas sobre partos prematuros y su incidencia de recuperación post-parto en el hospital básico de Balzar. 2015

“FACTORES DE RIESGO DE PARTOS PREMATUROS EN PACIENTES EMBARAZADAS Y SUS INCIDENCIAS DE RECUPERACION POST-PARTO EN EL HOSPITAL BASICO DE BALZAR”. 2015

<b>EDAD</b>	<b>MAD. SOLTERA</b>	<b>%</b>	<b>CASADA</b>	<b>%</b>	<b>CONVIVIENTE</b>	<b>%</b>	<b>TOTAL</b>
<b>13-15</b>	3	10,7	2	7,1	2	7,1	7
<b>16-18</b>	7	25,0	3	10,7	1	3,6	11
<b>19-21</b>	1	3,6	3	10,7	2	7,1	6
<b>21 o+</b>	2	7,1	1	3,6	1	3,6	4
<b>Total</b>	13		9		6		<b>28</b>
<b>%</b>		46,4		32,1		21,4	100,0

**Fuente:** Encuestas

**Elaborado por:** Autora

### **Análisis e interpretación:**

Las 28 encuestas realizadas señalan que la mayoría de madres embarazadas investigadas están solteras y comprende el 46,4 % y dentro de este el 25 % están entre 16 y 18, es decir adolescentes en donde también se involucran edades desde 13 años.

De manera general el 67,8% corresponden a madres embarazadas con estado civil solteras y conviviente. El 32.1 % de embarazadas corresponde a madres casadas

**Cuadro 4.** Condición familiar de madres investigadas sobre partos prematuros y su incidencia de recuperación post-parto en el hospital básico de Balzar. 2015

“FACTORES DE RIESGO DE PARTOS PREMATUROS EN PACIENTES EMBARAZADAS Y SUS INCIDENCIAS DE RECUPERACION POST-PARTO EN EL HOSPITAL BASICO DE BALZAR”. 2015

<b>CRITERIO EVALUAC.</b>	<b>MADRES</b>	<b>%</b>
<b>Dependiente</b>	13	46,4
<b>Independiente</b>	15	53,6
<b>Total</b>	28	100,0

**Fuente:** Encuestas

**Elaborado por:** Autora

**Análisis e interpretación:**

Se puede evidenciar que, en lo que respecta a condición familiar, existe dependencia e independencia familiar en porcentajes muy parecidos y corresponden 46,4 % y 53,6 % respectivamente, es decir no hay mayores diferencias entre estos criterios de evaluación.

**Cuadro 5.** Condición laboral de madres (15 independientes) investigadas sobre partos prematuros y su incidencia de recuperación post-parto en el hospital básico de Balzar. 2015.

“FACTORES DE RIESGO DE PARTOS PREMATUROS EN PACIENTES EMBARAZADAS Y SUS INCIDENCIAS DE RECUPERACION POST-PARTO EN EL HOSPITAL BASICO DE BALZAR”. 2015

<b>CRIT. EVAL.</b>	<b>MADRES</b>	<b>%</b>
<b>Ocupación Fija</b>	2	7,1
<b>Temporal</b>	7	25,0
<b>Independiente</b>	6	21,4
<b>Total</b>	15	53,6

**Fuente:** Encuestas

**Elaborado por:** Autora

**Análisis e interpretación:**

En este caso se consideran solamente las madres que tienen independencia familiar y que son 15 y que corresponden al 53,6 % del total. Se puede evidenciar que la condición laboral corresponde al 7,1 % de estabilidad, mientras que el 46,4 % tienen inestabilidad laboral, de los cuales el 25 % es temporal y 21,4 de carácter independiente.

**Cuadro 6.** Tiempo de parto de madres investigadas sobre partos prematuros y su incidencia de recuperación post-parto en el hospital básico de Balzar. 2015

“FACTORES DE RIESGO DE PARTOS PREMATUROS EN PACIENTES EMBARAZADAS Y SUS INCIDENCIAS DE RECUPERACION POST-PARTO EN EL HOSPITAL BASICO DE BALZAR”. 2015

<b>CRITERIO EVALUACIÓN</b>	<b>MADRES</b>	<b>%</b>
<b>Termino Normal</b>	13	46,4
<b>Prematuro</b>	15	53,6
<b>Total</b>	<b>28</b>	<b>100,0</b>

**Fuente:** Encuestas

**Elaborado por:** Autora

**Análisis e interpretación:**

Las 28 encuestas realizadas señalan que la mayoría de madres embarazadas investigadas tuvieron parto prematuro con un 53,6 %, mientras que el 46,4 % un parto de término normal.

De manera general podemos indicar que la diferencia porcentual entra ambos tipos de parto no es demasiada grande, pero que es de preocupación el porcentaje de partos prematuros.

**Cuadro 7.** Tipo de parto de madres (15 prematuros) investigadas sobre partos prematuros y su incidencia de recuperación post-parto en el hospital básico de Balzar. 2015

“FACTORES DE RIESGO DE PARTOS PREMATUROS EN PACIENTES EMBARAZADAS Y SUS INCIDENCIAS DE RECUPERACION POST-PARTO EN EL HOSPITAL BASICO DE BALZAR”. 2015

<b>CRITERIO EVALUAC</b>	<b>CASA SALUD</b>	<b>%</b>	<b>HOG AR</b>	<b>%</b>	<b>CESARIA PROGRAMA.</b>	<b>%</b>	<b>CESARIA NO PROGRAM.</b>	<b>%</b>	<b>TOTAL</b>
<b>Normal</b>	9	32,1	4	14,3	0	0	0	0	13
<b>Prematuro</b>	0	0,0	0	0,0	6	21,4	9	32,1	15
<b>TOTAL</b>	<b>9</b>		<b>4</b>		<b>6</b>		<b>9</b>		<b>28</b>
<b>%</b>		<b>32,1</b>		<b>14,3</b>		<b>21,4</b>		<b>32,1</b>	<b>100,0</b>

**Fuente:** Encuestas

**Elaborado por:** Autora

### **Análisis e interpretación:**

En este caso se consideran solamente las madres que tienen partos prematuros y que son 15 y que corresponden al 53,6 % del total, de las cuales corresponde al 21,4 % con cesaría programada, mientras que el 32,1 % corresponde a cesaría no programada.

De manera general podemos indicar que la diferencia porcentual entre los tipos de cesaría no es demasiada grande, pero que es de preocupación ambos casos.

**Cuadro 8.** Conocimiento de riesgo de parto prematuro de madres investigadas sobre partos prematuros y su incidencia de recuperación post-parto en el hospital básico de Balzar. 2015

“FACTORES DE RIESGO DE PARTOS PREMATUROS EN PACIENTES EMBARAZADAS Y SUS INCIDENCIAS DE RECUPERACION POST-PARTO EN EL HOSPITAL BASICO DE BALZAR”. 2015

<b>CRIT. EVAL.</b>	<b>MADRES</b>	<b>%</b>
<b>Mucho</b>	9	32,1
<b>Poco</b>	11	39,3
<b>Nada</b>	8	28,6
<b>Total</b>	<b>28</b>	<b>100,0</b>

**Fuente:** Encuestas

**Elaborado por:** Autora

### **Análisis e interpretación:**

Las 28 encuestas realizadas señalan que la mayoría de madres embarazadas investigadas tienen poco conocimiento sobre riesgos de partos prematuros y corresponde al 39,3 %, mientras que las que no conocen nada sobre este tema están en un 28,6 %.

De manera general podemos indicar que la suma porcentual de los que conocen poco y nada es alta, 67,9 %, que es un valor de preocupación para el centro hospitalario.

**Cuadro 9.** Conocimiento sobre afectación psicológica en r.n. de parto prematuro de madres investigadas sobre partos prematuros y su incidencia de recuperación post-parto en el hospital básico de Balzar. 2015

“FACTORES DE RIESGO DE PARTOS PREMATUROS EN PACIENTES EMBARAZADAS Y SUS INCIDENCIAS DE RECUPERACION POST-PARTO EN EL HOSPITAL BASICO DE BALZAR”. 2015

<b>CRITERIO EVALUAC.</b>	<b>MADRES</b>	<b>%</b>
<b>Mucho</b>	0	0,0
<b>Poco</b>	3	10,7
<b>Nada</b>	25	89,3
<b>Total</b>	28	100,0

**Fuente:** Encuestas

**Elaborado por:** Autora

**Análisis e interpretación:**

Las encuestas realizadas señalan que la mayoría de madres embarazadas investigadas no tienen conocimiento sobre afectación psicológica en R.N. y corresponden al 89,3 % que es un valor de preocupación para el centro hospitalario y las respectivas madres.

**Cuadro 10.** Número de parto de madres investigadas, investigadas sobre partos prematuros y su incidencia de recuperación post-parto en el hospital básico de Balzar. 2015

“FACTORES DE RIESGO DE PARTOS PREMATUROS EN PACIENTES EMBARAZADAS Y SUS INCIDENCIAS DE RECUPERACION POST-PARTO EN EL HOSPITAL BASICO DE BALZAR”. 2015

<b>CRITERIO EVALUAC.</b>	<b>MADRES</b>	<b>%</b>
<b>Primeriza</b>	19	67,9
<b>2 o+</b>	9	32,1
<b>Total</b>	28	100,0

**Fuente:** Encuestas

**Elaborado por:** Autora

**Análisis e interpretación:**

Las encuestas realizadas señalan que la mayoría de madres embarazadas investigadas son primerizas y corresponden al 67,9 %, contra aquellas que han tenido dos o más partos y que alcanzan un 32,1 %. En ambos casos si no se realizan los controles pre natales, siempre habrá el riesgo de parto prematuro.

**Cuadro 11.** Controles pre natales de madres investigadas sobre partos prematuros y su incidencia de recuperación post-parto en el hospital básico de Balzar. 2015

“FACTORES DE RIESGO DE PARTOS PREMATUROS EN PACIENTES EMBARAZADAS Y SUS INCIDENCIAS DE RECUPERACION POST-PARTO EN EL HOSPITAL BASICO DE BALZAR”. 2015

<b>CRITERIO EVALUAC.</b>	<b>MADRES</b>	<b>%</b>
<b>Uno-tres</b>	12	42,9
<b>Uno-cinco</b>	11	39,3
<b>Uno-ocho</b>	5	17,9
<b>Total</b>	<b>28</b>	<b>100,0</b>

**Fuente:** Encuestas

**Elaborado por:** Autora

**Análisis e interpretación:**

Las 28 encuestas realizadas señalan que la mayoría de madres embarazadas investigadas se han realizado de 1 a 3 controles pre natales y corresponde al 42,9 %, lo que es insuficiente y aumenta el riesgo de parto prematuro.

Las que se han realizado hasta 5 y 8 controles corresponden al 39,3 % y 19,9 % respectivamente. Este número de controles pre natales siempre deja implícito el riesgo de partos prematuros.

**Cuadro 12.** Conocimiento sobre disminución de complicaciones de madres investigadas sobre partos prematuros y su incidencia de recuperación post-parto en el hospital básico de Balzar. 2015

“FACTORES DE RIESGO DE PARTOS PREMATUROS EN PACIENTES EMBARAZADAS Y SUS INCIDENCIAS DE RECUPERACION POST-PARTO EN EL HOSPITAL BASICO DE BALZAR”. 2015

<b>CRITERIO EVALUAC.</b>	<b>MADRES</b>	<b>%</b>
<b>Mucho</b>	6	21,4
<b>Poco</b>	16	57,1
<b>Nada</b>	6	21,4
<b>Total</b>	<b>28</b>	<b>100,0</b>

**Fuente:** Encuestas

**Elaborado por:** Autora

### **Análisis e interpretación:**

Las encuestas realizadas señalan que la mayoría de madres embarazadas investigadas no tienen conocimiento o conocen poco sobre disminución de complicaciones en partos prematuros y corresponden al 21,4 % y 57,1 % respectivamente. La suma de ambos da 78,5 % que es un valor de preocupación para el centro hospitalario y las respectivas madres.

**Cuadro 13.** Conocimiento sobre importancia de parto prematuro de madres investigadas sobre partos prematuros y su incidencia de recuperación post-parto en el hospital básico de Balzar. 2015

“FACTORES DE RIESGO DE PARTOS PREMATUROS EN PACIENTES EMBARAZADAS Y SUS INCIDENCIAS DE RECUPERACION POST-PARTO EN EL HOSPITAL BASICO DE BALZAR”. 2015

<b>CRIT. EVAL.</b>	<b>MADRES</b>	<b>%</b>
<b>Mucho</b>	5	17,9
<b>Poco</b>	20	71,4
<b>Nada</b>	3	10,7
<b>Total</b>	<b>28</b>	<b>100,0</b>

**Fuente:** Encuestas

**Elaborado por:** Autora

### **Análisis e interpretación:**

Las encuestas realizadas señalan que la mayoría de madres embarazadas investigadas tienen poco conocimiento sobre la importancia de parto prematuro y corresponden al 71,4 % y que no conocen nada el 10,7 %. La suma de ambos da el 82,1 % que es un valor de preocupación para el centro hospitalario y las respectivas madres.

**Cuadro 14.** Conocimiento sobre riesgos y complicaciones de parto prematuro de madres investigadas sobre partos prematuros y su incidencia de recuperación post-parto en el hospital básico de Balzar. 2015

“FACTORES DE RIESGO DE PARTOS PREMATUROS EN PACIENTES EMBARAZADAS Y SUS INCIDENCIAS DE RECUPERACION POST-PARTO EN EL HOSPITAL BASICO DE BALZAR”. 2015

<b>CRITERIO EVALUAC.</b>	<b>MADRES</b>	<b>%</b>
<b>Si</b>	10	35,7
<b>No</b>	18	64,3
<b>Total</b>	<b>28</b>	<b>100,0</b>

**Fuente:** Encuestas

**Elaborado por:** Autora

**Análisis e interpretación:**

Las 28 encuestas realizadas señalan que la mayoría de madres embarazadas investigadas no conocen sobre la riesgos y complicaciones de parto prematuro y corresponden al 64,3 % y que si conocen el 35,7 %. que es un porcentaje respetable que hay que considerar como positivo, sin dejar de considerar el otro porcentaje que es motivo de preocupación.

**Cuadro 15.** Conocimiento sobre problemas de salud en niños de parto prematuro de madres investigadas sobre partos prematuros y su incidencia de recuperación post-parto en el hospital básico de Balzar. 2015

“FACTORES DE RIESGO DE PARTOS PREMATUROS EN PACIENTES EMBARAZADAS Y SUS INCIDENCIAS DE RECUPERACION POST-PARTO EN EL HOSPITAL BASICO DE BALZAR”. 2015

<b>CRITERIO EVALUAC.</b>	<b>MADRES</b>	<b>%</b>
<b>Mucho</b>	4	14,3
<b>Poco</b>	18	64,3
<b>Nada</b>	6	21,4
<b>Total</b>	<b>28</b>	<b>100,0</b>

**Fuente:** Encuestas

**Elaborado por:** Autora

### **Análisis e interpretación:**

Las encuestas realizadas señalan que la mayoría de madres embarazadas investigadas no tienen conocimiento o conocen poco sobre problemas de salud en niños de parto prematuro y corresponden al 21,4 % y 64,3 % respectivamente. La suma de ambos da 85,7 % que es un valor de preocupación para el centro hospitalario y las respectivas madres.

**Cuadro 16.** Conocimiento sobre método canguro de madres investigadas sobre partos prematuros y su incidencia de recuperación post-parto en el hospital básico de Balzar. 2015

“FACTORES DE RIESGO DE PARTOS PREMATUROS EN PACIENTES EMBARAZADAS Y SUS INCIDENCIAS DE RECUPERACION POST-PARTO EN EL HOSPITAL BASICO DE BALZAR”. 2015

<b>CRITERIO EVALUAC.</b>	<b>MADRES</b>	<b>%</b>
<b>Si</b>	7	25,0
<b>No</b>	21	75,0
<b>Nada</b>	28	100,0

**Fuente:** Encuestas

**Elaborado por:** Autora

### **Análisis e interpretación:**

Las 28 encuestas realizadas señalan que la mayoría de madres embarazadas investigadas no conocen sobre el método canguro de lactancia y corresponden al 75 % y que si conocen el 25 %. que es un porcentaje respetable que hay que considerar como positivo, sin dejar de considerar el otro porcentaje que es motivo de preocupación.

**Cuadro 17.** Conocimiento sobre parto prematuro de madres investigadas sobre partos prematuros y su incidencia de recuperación post-parto en el hospital básico de Balzar. 2015

“FACTORES DE RIESGO DE PARTOS PREMATUROS EN PACIENTES EMBARAZADAS Y SUS INCIDENCIAS DE RECUPERACION POST-PARTO EN EL HOSPITAL BASICO DE BALZAR”. 2015

<b>CRIT. EVAL.</b>	<b>MADRES</b>	<b>%</b>
<b>Mucho</b>	2	7,1
<b>Poco</b>	10	35,7
<b>Nada</b>	16	57,1
<b>Total</b>	<b>28</b>	<b>100,0</b>

**Fuente:** Encuestas

**Elaborado por:** Autora

### **Análisis e interpretación:**

Las encuestas realizadas señalan que la mayoría de madres embarazadas investigadas no tienen conocimiento o conocen poco sobre parto prematuro y corresponden al 57,1 % y 35,7 % respectivamente. La suma de ambos da 92,8 % que es un valor de preocupación para el centro hospitalario y las respectivas madres.

## 4.1. Discusión

El nacimiento de un niño antes de las 37 semanas de embarazo (nueve meses) se considera parto prematuro. Se produce en el 53% de las embarazadas en el Hospital Básico de Balzar, sin embargo, el grupo de recién nacidos que tiene más riesgo de desarrollar complicaciones graves por este tipo de nacimientos, es aquél que ocurre antes de las 34 semanas (siete meses y medios). Esta situación es la que causa de muertes de recién nacidos en nuestro país y en el mundo.

En muchos casos los partos prematuros se presentan debido a problemas de la madre en donde es necesario interrumpir el embarazo para evitar complicaciones graves en la madre o en el feto; en otros suceden en forma espontánea y se caracterizan porque producen ciertas alteraciones como: .hemorragias, contracciones uterinas antes de tiempo, etc.

Las principales causas de mortalidad de niños prematuros se suceden por enfermedades derivadas de la inmadurez de ciertos y por infecciones y asfixia.

Hay pocos riesgos médicos para la madre pero el hecho de permanecer alejado de su hijo por hospitalización puede producir en ella un impacto psicológico y cuadros depresivos.

La mayor parte de las veces el parto prematuro no presentan síntomas previos y o más frecuente es que la paciente inicie contracciones del útero en forma sistemática y progresiva o que sienta el escurrimiento de líquido entre sus piernas. Si esto ocurre antes de las 37 semanas, el riesgo de parto prematuro es muy alto.

Las pacientes con antecedentes de un hijo prematuro o con factores de riesgo en el embarazo actual (sangrado vaginal, mayor frecuencia de contracciones, consumo de cigarrillo, etc.), pueden ser sometidas a un ultrasonido del cuello del útero, el que permite estimar las probabilidades de que se produzca un parto prematuro

**CAPITULO V**

**CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

## CAPITULO V

### CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

#### 5.1. Conclusiones

En las encuestas realizadas se ha detectado un elevado porcentaje de embarazos en adolescentes entre 16 y 18 años que corresponde al 50 %.

Las madres embarazadas objeto de la encuesta son solteras o tienen convivientes, esto representa un 46,4 % de la muestra.

Existe dependencia e independencia familiar en porcentajes muy parecidos y corresponden 46,4 % y 53,6 % respectivamente.

El 53 % de madres embarazadas que fueron encuestadas indican que tuvieron parto prematuro.

La mayoría de madres embarazadas investigadas tienen poco conocimiento sobre riesgos de partos prematuros y corresponde

Las encuestas realizadas señalan que la mayoría de madres embarazadas investigadas son primerizas (67,9 %).

Existe deficiencia en madres embarazadas sobre la cultura de controles pre natales

## **5.2. Recomendaciones**

Capacitar periódicamente al personal de la Salud en consejería sobre parto prematuro y sus consecuencias, así como también en habilidades de comunicación interpersonal para alcanzar el nivel máximo de satisfacción a las usuarias externas y mejorar sosteniblemente la comunicación a todo nivel.

Dar charlas a las madres que asisten el H.B.B desde la primera consulta sobre la importancia de los controles prenatales y las consecuencias que conlleva al no realizarlas.

Que los Equipos de Asistencia Integrales de Salud (EAIS) realicen visitas periódicas de puerta en puerta a mujeres en estado de gestación para concientizarlas de la importancia de los controles prenatales.

Concientizar a los adolescentes que la vida tiene sus etapas, y q vivan la etapa de adolescencia, ya que un embarazo de alto riesgo puede afectar la vida del nuevo ser como la de ellas.

**CAPITULO VI**  
**BIBLIOGRAFIA Y LINKCOGRAFIA**

## CAPITULO VI

### BIBLIOGRAFIA Y LINKCOGRAFIA

- Babysitio. (2015). Obtenido de [http://www.babysitio.com/embarazo/parto\\_nacimiento\\_recuperaci.php](http://www.babysitio.com/embarazo/parto_nacimiento_recuperaci.php)
- De Villegas, C. (12 de 10 de 2010). Organización Panamericana de la Salud. Obtenido de <http://www.paho.org/bol/>: <http://www.ops.org.bo/textocompleto/nneo26634.PDF>
- FMB. (1 de Febrero de 2015). Fetal Medicine Barcelona. Obtenido de <https://medicinafetalbarcelona.org>:  
[https://www.medicinafetalbarcelona.org/clinica/images/protocolos/patologia\\_materna\\_obstetrica/amenaza\\_de\\_parto\\_pretermino\\_hcp\\_hsjd.pdf](https://www.medicinafetalbarcelona.org/clinica/images/protocolos/patologia_materna_obstetrica/amenaza_de_parto_pretermino_hcp_hsjd.pdf)
- Ibarra, A. (Febrero de 2014). Enfermería en Cuidados Críticos Pediátricos y Neonatales. Obtenido de <http://www.aibarra.org/>:  
<http://www.aibarra.org/Neonatologia/capitulo3/>
- Kary, E. (29 de Mayo de 2014). ENFERMERÍA EN NEONATOLOGIA. Obtenido de [http://neonatologiakary.blogspot.com/2014\\_05\\_01\\_archive.html](http://neonatologiakary.blogspot.com/2014_05_01_archive.html)
- Pelaez, J. (2007). Adolescente embarazada: características y riesgos. Rev Cubana Obstet Ginecol , 13-17.
- PROSEGO. (Junio de 2012). Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Obtenido de <http://www.prosego.com/>:  
[http://apps.elsevier.es/watermark/ctl\\_servlet?\\_f=10&pident\\_articulo=90151591&pident\\_usuario=0&pcontactid=&pident\\_revista=151&ty=49&accion=L&origen=zonalectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=151v55n07a90151591pdf001.pdf](http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=90151591&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=151&ty=49&accion=L&origen=zonalectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=151v55n07a90151591pdf001.pdf)

## **CAPITULO VII**

### **ANEXOS**

## ANEXO 1

### MATRIZ DE INTERRELACIONES DE PROBLEMAS, OBJETIVOS, HIPÓTESIS Y VARIABLES

<b>PROBLEMA GENERAL</b>	<b>OBJETIVO GENERAL</b>	<b>HIPOTESIS GENERAL</b>	<b>VARIABLES</b>
¿Cómo se determinan los partos prematuros y su incidencia en la recuperación postparto en el Hospital Básico de Balzar?	Diagnosticar los partos prematuros y su incidencia en la recuperación postparto en el Hospital Básico de Balzar	Los partos prematuros no tienen relación en la recuperación postparto de pacientes embarazadas, en el Hospital Básico de Balzar	<b>INDEPENDIENTES</b>  Factores de riesgos de partos prematuros
<b>PROBLEMAS ESPECÍFICOS</b>	<b>OBJETIVOS ESPECIFICO</b>	<b>HIPOTESISI ESPECIFICAS</b>	
¿Cuáles son los factores de riesgo de partos prematuros en pacientes embarazadas, en el Hospital Básico de Balzar?	Determinar los factores de riesgo de partos prematuros en pacientes embarazadas, en el Hospital Básico de Balzar	Los partos prematuros no tienen relación en la recuperación postparto de pacientes embarazadas, en el Hospital Básico de Balzar	<b>DEPENDIENTES</b>  Recuperación postparto
¿Cómo inciden los partos prematuros en la recuperación postparto de pacientes embarazadas, en el Hospital Básico de Balzar?	Establecer la incidencia de los partos prematuros en la recuperación postparto de pacientes embarazadas, en el Hospital Básico de Balzar?	Los partos prematuros tienen relación en la recuperación postparto de pacientes embarazadas, en el Hospital Básico de Balzar	

## ANEXO 2

Universidad Técnica Estatal de Quevedo  
Cuestionario Anónimo 2015

Estamos realizando una investigación sobre partos prematuros y su incidencia en la recuperación postparto en el Hospital Básico de Balzar, 2015. Necesitamos de su colaboración, los datos que aporte serán utilizados solamente con fines investigativos y usted quedará en el anonimato.

### INFORMACION DE LA MADRE.

Edad: -----

Estado civil: madre soltera----- casada ----- conviviente -----

Nivel de instrucción:

Educación básica ----- bachillerato -----tercer nivel----- otros-----

Condición familiar: dependiente ----- independiente -----

Condición laboral:

Ocupación fija----- ocupación temporal -----desocupada -----

### ENCUESTA

1 Tiempo de parto: termino normal ----- prematuro -----

2 Tipos de parto:

Normal----- en casa de salud ----- en hogar -----

Prematuro:

cesárea programada: ----- cesárea no programada-----

3 ¿conoce de los riesgos de un parto prematuro:

mucho ----- poco ----- nada-----

4 ¿Le afecta psicológicamente el parto prematuro al r.n.:

mucho ----- poco ----- nada-----

5 Número de partos: primeriza----- segundo o más-----

6 ¿Se realizó controles pre natales?

1-3 ----- 1-5----- 1-8 -----

7 ¿Conoce ud como disminuir las complicaciones de un parto prematuro?

mucho ----- poco ----- nada-----

8 ¿Conoce ud la importancia de un parto prematuro?

mucho ----- poco ----- nada-----

9 ¿Al acudir a su consulta le hacen conocer los riesgos y complicaciones del parto prematuro?

si ----- no -----

10 ¿Conoce ud a que problemas de salud se enfrentan los niños prematuroa?

mucho ----- poco ----- nada-----

11 ¿Conoce ud el metodo de madre canguro?

si ----- no -----

12 ¿Conoce ud que es un parto prematuro?

mucho ----- poco ----- nada-----

### ANEXO 3. Fotografias

#### REALIZACION DE LAS ENCUESTAS A MUJERES EMBARAZADAS



**REALIZACION DE LAS ENCUESTAS A MUJERES EMBARAZADAS**



