

ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE NUESTRA SEÑORA DE LA
SALUD

INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
CLAVE 8722



TESIS
PARTO PREMATURO

Para obtener el grado de:
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

DIANA GONZÁLEZ ARELLANO

Morelia, Michoacán, Junio 2009



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

PARTO PREMATURO

ÍNDICE DE CONTENIDO:

CAPITULO I

Construcción del objeto de estudio

Antecedentes	2
Planteamiento del problema	3
Delimitación del problema	3
Situación problemática	4
Objetivos.....	4
Objetivo general	4
Objetivos específicos	4
Justificación del problema	5
Hipótesis.....	5
Variables.....	5

CAPITULO II

Marco teórico

2.1 Parto prematuro	7
2.1.1 Etiología.....	7
2.1.2 Signos y síntomas	9
2.2 Adolescencia	10
2.3 Pubertad en las adolescentes.....	11
2.3.1 Desarrollo sexual.....	12
2.4 Embarazo en la adolescencia	13
2.4.1 Causas	13
2.4.2 Aspectos orgánicos.....	14
2.4.3 Aspectos sociales que influyen	15
2.5 Control prenatal.....	15
2.5.1 Indicadores para el control prenatal.....	16
2.5.2 Identificación de los factores de riesgo.....	17
2.5.3 Diagnostico de la edad gestacional	17
2.5.4 Diagnostico de la condición fetal	18
2.5.5 Diagnostico de condición materna.....	20
2.5.6 Educación materna	20
2.5.7 Examen de laboratorio	22

2.5.8 Periodicidad del control prenatal.....	24
2.6 Ruptura prematura de membranas.....	25
2.6.1 Riesgos	26
2.6.2 Mecanismos	26
2.6.3 Etiología	27
2.6.4 Diagnóstico.....	27
2.6.5 Tratamiento	28
2.6.6 Contraindicaciones.....	29
2.7 Diagnóstico de parto prematuro.....	30

CAPITULO III

Metodología

3.1 Tipos de enfoque que se utilizo	32
3.2 Sujeto a estudiar	32
3.2.1 Universo	32
3.2.2 Muestra.....	33
3.2.3 Piloteo.....	36
3.3 Técnicas utilizadas.....	36

CAPITULO IV

Descripción e interpretación de los datos

4.1 Instrumento principal.....	38
--------------------------------	----

CAPITULO V

5.1 Conclusión.....	49
Sugerencias.....	49
Anexos.....	50
Bibliografía.....	55

INTRODUCCIÓN

En esta trabajo de investigación se mencionaran las causas para presentar un parto prematuro, su etiología, sintomatología, diagnostico y tratamiento al igual se mencionara control prenatal que es uno de los factores pre disponentes.

También se mencionara lo que es una ruptura prematura de membranas su causa, sintomatología, diagnostico y tratamiento.

Al igual se mencionan las técnicas utilizadas para darle respuesta a la pregunta de investigación que se menciona en este trabajo.

También se mencionan las conclusiones y sugerencias al que el investigador llevo con todo lo investigado

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Observándose el problema de parto prematuro en el hospital de nuestra señora de la salud localizada en la ciudad de Morelia, se ha optado por estudiar el por qué este suceso se está dando, el por qué es un factor de morbimortalidad materno fetal y principalmente se da en las mujeres adolescentes y no en otras pacientes en las cuales presentan alguna otra patología y no principalmente la edad.

Al igual se ha observado que en algunas pacientes que llevaron control prenatal por algún circunstancia presente un parto prematuro, entonces la pregunta es ¿el por qué se presenta el parto prematuro si se llevo control prenatal?

DELIMITACION DEL PROBLEMA

En el hospital de nuestra señora de la salud se ha observado en pacientes embarazadas adolescente que por lo regular aun al llevar control prenatal presentan parto prematuro

SITUACION PROBLEMÁTICA

Se ha observado gracias a la práctica realizada en el hospital de nuestra señora de la salud, que las mujeres embarazadas de 15 a 20 años atendidas en dicha institución presenten parto prematuro aun cuando se mantienen en control prenatal.

El parto prematuro una de sus causas que llamo la atención es la edad de la mujer embarazada puesto que cuando es menor todavía no alcanza el grado de madurez tanto psicológico como físico y entonces ella no es aun capaz de responder por sus actos y todo le es fácil, pero en realidad no es así.

OBJETIVOS:

OBJETIVO GENERAL

Analizar si el control prenatal y la edad de 15 a 20 años en mujeres embarazadas es el factor que determina que sea un parto prematuro que fueron atendidas en el hospital de nuestra señora de la salud en la ciudad de Morelia en el año 2008

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- a. Conocer si en las mujeres embarazadas de 15 a 20 años que han llevado un control prenatal presente parto prematuro.
- b. Conocer si en las mujeres embarazadas de 15 a 20 años que no ha llevado control prenatal presente parto prematuro.

HIPOTESIS

Si, el parto prematuro es más frecuente en mujeres embarazadas de 15 a 20 años de edad que aun llevando control prenatal independientemente de que se lleve correctamente para presentan parto prematuro

VARIABLES

Variable Independiente: Control Prenatal

Variable Dependiente: Parto prematuro

JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

La presente investigación se realizó con la finalidad de conocer si el factor principal para que se presente un parto prematuro sea la edad de la madre.

Así mismo aportó datos de importancia al investigador titular para reconocer los factores pre-disponentes para que se presenten un parto prematuro en la adolescente y de esta manera prevenir el riesgo de que se presente.

Por otra parte la misma investigación formó parte importante de la información que debe conocer la adolescente embarazada para prevenir un parto prematuro e incluso la adolescente en sí misma.

Dichos conocimientos les permitió brindar una mejor atención e información de calidad a todos las pacientes embarazadas y principalmente adolescentes.

Se ha observado en el hospital de nuestra señora de la salud que la mayoría de las pacientes que ingresan a dicha institución son pacientes menores de edad que no tienen la noción de lo que está pasando, tampoco de la gravedad que implica el tener un parto antes de terminar o concluir con lo normal que son los 9 meses.

Al igual llama la atención que en pacientes que han llevado control prenatal aun así presenten parto prematuro, ¿el preguntar qué paso?, ¿algo se olvido?, ¿cuál de las dos partes (médico-paciente) no cumplió con su función?

De acuerdo a lo anterior podemos cuestionarnos lo siguiente:

¿Existe relación en mujeres embarazadas de 15 a 20 años que han llevado control prenatal y de las que no lo han llevado para que presenten un parto prematuro en el servicio de la unidad toco quirúrgico del hospital de nuestra señora de la salud?

MARCO CONCEPTUAL

“Control prenatal: Es la serie de contactos, entrevistas o visitas programadas en la embarazada con integrantes del equipo de salud, con el objetivo de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y la crianza

Embarazo múltiple: embarazo en el cual existe más de un feto.

Membranas: Cubiertas o capas protectoras del huevo, a saber; corion y amnios.

Parto: es un proceso fisiológico, mediante el cual el útero gestante expulsa todos los productos de la concepción después de las 20 semanas de gestación.

Placenta: órgano redondeado plano, blando y esponjoso, situado en el interior del útero durante la gestación y expulsado con las membranas en el parto Secundino, que nutre al feto.

Prematuro: Ocurre antes del tiempo propio o término: niño nacido antes del término, pero viable.

Ruptura prematura de membranas: rotura de ellas en cualquier momento del embarazo antes del inicio del trabajo de parto.”¹

A continuación se hablara sobre parto prematuro, su etiología, sus signos y síntomas para que sea más fácil saber ¿el por qué de este tema?

¹ CARDENAS de la Peña, Enrique. Terminología Médica. Segunda Edición. Ed. Interamericana; Mexico, 1983. p.340

2.1 PARTO PREMATURO

El parto prematuro continúa siendo una de las complicaciones más frecuentes en la obstetricia, a pesar de los grandes avances de la medicina moderna, por lo que contribuye un reto y un punto de atención para el obstetra.

Los avances en los cuidados prenatales durante las últimas décadas, en especial en la detención del embarazo de alto riesgo, han permitido disminuir la morbimortalidad materna.

“Se considera parto prematuro a todo nacimiento que tiene lugar antes de las 37 semanas de gestación”.² El trabajo de parto (TDP) se presenta cuando se inician los mecanismos que convierten el útero de una cavidad en estado de contención a otra que intenta expulsar al feto. Esta expulsión requiere una coordinación de la contractilidad miometrial, ablandamiento y dilatación cervicales.

2.1.1 ETIOLOGÍA

Muchas veces es imposible llegar a saber exactamente cuál es el motivo para el desencadenamiento del parto prematuramente o se produzca una rotura prematura de membranas, pero sí se conocen algunas causas que pueden predisponer al parto prematuro que pueden evitarse. A continuación hablaremos de cada una de ellas:

- Enfermedades maternas

² CARDENAS de la Peña, Enrique. Terminología Médica. Segunda Edición. Ed. Interamericana; Mexico, 1983. p.340

Las enfermedades de origen materno son las más frecuentes y se pueden citar algunas de ellas y son: infecciones de las vías urinarias, enfermedades renales, cardíacas, diabetes, anemias severas y alteraciones tiroideas no tratadas.

- Enfermedades propias del embarazo

La pre-eclampsia o una diabetes asociada al embarazo (diabetes gestacional), pueden llevar a que el parto deba ser provocado en forma prematura, para mejorar el pronóstico de la mamá y del bebé, que de permanecer dentro del útero, corre riesgos mayores que la misma prematurez.

- Factores uterinos

Las causas propiamente uterinas pueden ser miomas uterinos, cuello uterino incompetente, mala implantación de la placenta, malformaciones del útero y útero bicorne también pueden ser factores importantes.

- Factores emocionales

También la ansiedad y la tensión materna pueden predisponer un parto prematuro.

- Edad materna

La edad materna tiene relación, por debajo de los 16 años o por encima de los 35 años hay una mayor incidencia de partos prematuros.

- Factores fetales

Las causas fetales pueden corresponder a embarazos múltiples, malformaciones cardíacas, cromosómicas, infecciones intrauterinas como la provocada por citomegalovirus o rubéola.

- Factores sociales

También por factores sociales aumenta la aparición del parto prematuro, bajo nivel socio-económico, malnutrición materna, exceso de actividad física son algunos de estos factores.

- Hábitos tóxicos maternos

Los hábitos tóxicos maternos también aumentan los riesgos, como el tabaquismo, alcoholismo y el uso de drogas que se asocian a prematuridad y también con bebés de peso inferior al adecuado (retraso en el crecimiento intrauterino).

2.1.2 SIGNOS Y SÍNTOMAS:

- ❖ “Contracciones cada 10 minutos o con más frecuencia
- ❖ Cambio en el color del flujo vaginal, o sangrado de la vagina
- ❖ Dolor débil en la parte baja de la espalda
- ❖ Cólicos como si tuviera la regla o el período
- ❖ Presión sobre el pubis y el periné
- ❖ Puntadas o sensación de vacío en la zona vaginal profunda
- ❖ Aumento de las secreciones vaginales
- ❖ Ruptura de las membranas amnióticas
- ❖ hemorragia vaginal”³

No es necesario que se tenga todos estos síntomas para tener un parto prematuro.

A continuación se hablara sobre la adolescencia y a sí proporcionar la información sobre los cambios psicológicos tiene de adolescente y saber el porqué llega a embarazarse y hasta el grado de llegar a presentar un parto prematuro.

2.2 ADOLESCENCIA

³ DANFORTH, Tratado de Obstetricia y Ginecología. Octava Edición Mc. Graw Hill; México D.f. p. 996.

La adolescencia es una etapa particular que está comprendida entre los 12 a 19 años de edad, la misma debe ser abordada con la mayor naturalidad.

En esta etapa se observan las siguientes características:

- Búsqueda de sí mismo y de la identidad.
- Tendencia grupal.
- Necesidad de intelectualizar, fantasear (para proyectarse en la vida).
- Crisis religiosas.
- Educación sexual- Autoerotismo – Heterosexualidad.
- Actitud social reivindicadora.
- Contradicciones en la conducta.
- Separación progresiva de los padres.
- Cambios de humor, y del estado de ánimo.
- tiene capacidad para establecer compromisos profesionales
- mantenerse (independencia económica)
- adquiere un sistema de valores personales (moral propia)
- se obtienen relaciones sexuales y afectivas.
- se logra establecer una identidad sexual.

La adolescencia es un periodo de crisis, un momento crucial en el desarrollo del ser humano, se logra un cuerpo apto para la procreación y se produce la estructuración definitiva de la personalidad.

Es un periodo en el cual se consolida la propia identidad.

Ya mencionadas las características o etapas de la adolescente, a continuación se mencionara sobre los cambios fisiológicos que presenta la adolescente como tal.

2.3 PUBERTAD EN LAS MUJERES

En la parte baja del cerebro se encuentran dos órganos estrechamente relacionados: el hipotálamo, que es el centro de regulación y del control y la hipófisis que es el director de todo el sistema hormonal.

Hacia los 7 u 8 años, la hipófisis estimulada por el hipotálamo, se pone en funcionamiento y secreta dos hormonas, la hormona folículo estimulante (FCH) y la hormona luteinizante (IH).

Con el aumento progresivo de esas dos hormonas, los órganos sexuales, los ovarios, se ponen en funcionamiento. Estos a su vez están estimulados por la FSH y la LH, secretarán dos hormonas femeninas, los estrógenos y la progesterona, todo esto se realiza en forma lenta, y poco a poco los genitales femeninos van madurando para poder llevar a cabo la instalación de la función reproductiva

“El primer papel de los estrógenos es de producir la aparición del vello y estimular el crecimiento de los senos, en el siguiente orden:

1. Aparece el vello púbico alrededor de los labios mayores y se observa también como sobresale ligeramente la papila de la mama.
2. Mientras el vello que recubre el pubis se va espesando, despuntan ya los botones de los pechos.
3. Los senos crecen progresivamente pero todavía no se desarrolla ni el pezón ni la areola.
4. El pecho se forma con la areola que se extiende y se oscurece, y el pezón, que aumenta de tamaño y sobresale; el vello del pubis se hace más espeso y se extiende. Suele ser en ese momento cuando llega la primera menstruación.
5. Los senos se desarrollan completamente, se marcan con precisión los contornos y aparece vello en las axilas.”⁴

Ya mencionados los cambios fisiológicos y psicológicos que presentan la adolescente a continuación se hablara sobre su desarrollo sexual y tantas preferencias sexuales.

⁴ CASTELAZO AYALA; Obstetricia, Segunda Edición.Ed. Méndez Oteo; México.p. 1070.

2.3.1 DESARROLLO SEXUAL

El efecto emocional de las experiencias sexuales durante este periodo puede tener repercusiones en la escuela, tanto de los estudiantes que intervienen como los compañeros que le rodean.

En esta etapa deben consolidar su identidad sexual y sentirse a gusto con ella. Para los demás ser diferente les puede causar problemas en su desarrollo emocional y social.

Ya mencionado información sobre la adolescencia como tal, a continuación se hablara sobre el problema principal que presenta las adolescentes que es un embarazo planeado o no planeado y en la cual traerá muchas percusiones con ellas y su bebe.

2.4 EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

DEFINICIÓN:

El embarazo adolescente es aquel que ocurre en las mujeres jóvenes menores de 19 años.

2.4.1 CAUSAS:

Son las relaciones sexuales sin los métodos anticonceptivos adecuadas.

No existe ningún método conceptivo efectivo más que la abstinencia sexual para prevenir el embarazo.

Los adolescentes llegan a ser fértiles aproximadamente antes de ser emocionalmente maduros.

El riesgo potencial para las niñas adolescentes de quedar embarazadas incluye:

- Tempranos contactos sexuales
- Uso temprano del alcohol, tabaco y las drogas, deserción escolar, carencia de grupo de apoyo o pocos amigos
- Carencia de interés en la escuela, familia, o actividades comunitarias
- Percibir pocas oportunidades de éxito
- Vivir en comunidades y/o escuelas donde los embarazos adolescentes son comunes
- Crecer en condiciones de pobreza
- Haber sido víctima de abusos sexual, o ser hijas de madres adolescentes.

Las mujeres que tienen su primer hijo durante la adolescencia tienen más probabilidad de tener más hijos, y estos a su vez tienen menos probabilidad de recibir apoyo de sus padres biológicos, completar su educación, el trabajo de algún tipo de vocación, y establecer la independencia y seguridad financiera adecuada para preverse por sí mismos.

Ya mencionado lo que es un embarazo en la adolescencia y sus causas a continuación se hablara sobre los aspectos orgánicos y sociales que influyen en dicho embarazo.

2.4.2 ASPECTOS ORGÁNICOS

La fecundidad presenta mayores riesgos asociados para la madre y el hijo.

Hay una máxima incidencia entre los 13 y 15 años. El embarazo adolescente no es un indicador de riesgo automático. Hay que particularizar la situación.

El embarazo en este grupo se presenta como un evento no programado, lo cual determina una actitud de rechazo y ocultamiento de su condición, lo que lleva a un control prenatal tardío o insuficiente, acompañado de carencias nutricionales y bajo peso.

El embarazo es más complicado cuanto más cerca de la menarca se encuentra, recién después de 3 años de edad ginecológica, la joven alcanza su madurez reproductiva, si se inicia antes de los tres años, es un embarazo de alto riesgo.

Desde el punto de vista endocrinológico, el eje hipotálamo – hipofisario es inmaduro durante los 3 primeros años siguientes a la menarca, por lo cual las menstruaciones son irregulares; el útero es de menores dimensiones; el esqueleto no ha terminado de adquirir su tamaño definitivo, destacándose la pelvis que no tiene la inclinación y sus diámetros están en el límite de la normalidad, esto lleva a dificultades e inadecuaciones feto – maternas que lo hace un embarazo de alto riesgo.

2.4.3 ASPECTOS SOCIALES QUE INFLUYEN EN EL EMBARAZO ADOLESCENTE

Los mandatos culturales, marcan las conductas de los sexos, mas los socioeconómicos, lo educacional, y lo familiar como soportes ideológicos configuran una compleja trama de relaciones que nos hace pensar en el embarazo adolescente como un emergente, como la so matización de todos estos aspectos.

Ya mencionado todo lo relacionado con el tema de parto prematuro en mujeres de 15 a 20 años o en la adolescencia, a continuación se hablara sobre control prenatal, ¿qué es? y ¿cómo se divide?

2.5 CONTROL PRENATAL

“Control prenatal es el conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar morbimortalidad materna y perinatal.”⁵

⁵ CARDENAS de la Peña, Enrique. Terminología Médica. Segunda Edición. Ed. Interamericana; Mexico, 1983. p.340

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

El control prenatal debe ser eficaz y eficiente. Esto significa que la cobertura deber ser máxima (sobre el 90% de la población obstétrica) y que el equipo de salud entienda la importancia de su labor.

Para un buen control prenatal se deben seguir los siguientes pasos:

- a. Historia clínica
- b. Exploración física
- c. Revisión periódica del embarazo

Objetivos generales del control prenatal que son:

- Identificar factores de riesgo
- Diagnosticar la edad gestacional
- Diagnosticar la condición fetal
- Diagnosticar la condición materna
- Educar a la madre

2.5.1 INDICADORES PARA EL CONTROL PRENATAL

- N° de controles hasta el 6° mes
Lo esperado es uno control por mes.
INADECUADO: 0 – 3 controles.
ADECUADO: 4 – 6 controles.
- N° de controles del 7° al 8° mes
Lo esperado es un control cada 15 días.
INADECUADO: 0 – 2 controles.

ADECUADO: 3 – 4 controles.

- N° de controles durante el 9° mes

Lo esperado es un control por semana.

Para poder llevarse un buen control prenatal el obstetra debe de saber identificar todos los factores de riesgos para evitar un parto prematuro.

2.5.2 IDENTIFICACION DE FACTORES DE RIESGO

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

Desde el punto de vista perinatal los problemas que con mayor frecuencia se asocian a morbimortalidad son la prematuridad, la asfixia perinatal, las malformaciones congénitas y las infecciones. De ahí que las estrategias del control prenatal están orientadas a la prevención, diagnóstico oportuno y tratamiento de las patologías que condicionan los problemas anteriormente enunciados.

Los problemas que se asocian a morbimortalidad materna son la hemorragia obstétrica, las infecciones, el síndrome hipertensivo del embarazo y las enfermedades maternas pregestacionales.

Se han diseñado múltiples listados con factores de riesgo a los cuales se les asigna un puntaje, los que sumados, indicarían la necesidad de que esa gestación se controle en el nivel primario (policlínico general), secundario (policlínico de especialidad) o terciario (intrahospitalario) de atención prenatal.

A hora a continuación se mencionara la fórmula para calcular la edad gestacional y así poder evitar un parto prematuro o por lo menos evitar un producto con problemas

2.5.3 DIAGNOSTICO DE EDAD GESTACIONAL

Los elementos clínicos que se utilizan para el cálculo de la edad gestacional, son el tiempo de amenorrea a partir del primer día de la última menstruación y el tamaño uterino. Para que estos elementos tengan importancia en su utilidad práctica, el control prenatal debe ser precoz, para evitar el olvido de información por parte de la embarazada, y, porque la relación volumen uterino/edad gestacional es adecuada, siempre que el examen obstétrico se efectúe antes del quinto mes.

En niveles de atención prenatal de baja complejidad, y con embarazadas de bajo riesgo, los elementos clínicos enunciados pueden ser suficientes para fijar la edad gestacional y proceder en consecuencia. Idealmente, si se cuenta con el recurso ultrasonográfico, se debe practicar ese procedimiento para certificar la edad gestacional, teniendo en cuenta que su efectividad diagnóstica es máxima antes del quinto mes (error 7 días) y deficiente a partir del sexto mes (error 21 días).

Es necesario enfatizar que el diagnóstico de edad gestacional debe ser establecido a más tardar al segundo control prenatal, debido a que todas las acciones posteriores se realizan en relación a dicho diagnóstico. El desconocimiento de la edad gestacional constituye por sí mismo un factor de riesgo. La magnitud del riesgo estará dada por la prevalencia de partos prematuros, embarazos prolongados y retardo del crecimiento intrauterino en la población obstétrica bajo control.

2.5.4 DIAGNOSTICO DE LA CONDICION FETAL

Los elementos clínicos que permiten evaluar la condición fetal son:

- latidos cardíacos fetales
- movimientos fetales
- tamaño uterino
- estimación clínica del peso fetal
- estimación clínica del volumen de líquido amniótico

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

- Latidos cardíacos fetales (LCF): Los LCF son auscultables con estetoscopio de Pinard desde el quinto mes de embarazo (20 semanas). Con equipos portátiles de ultrasonido pueden ser identificados desde las 10 semanas. Su presencia es un signo de vida fetal, mientras que la aceleración de la frecuencia cardíaca con los estímulos externos, o con movimientos fetales espontáneos, es un signo de salud fetal. La frecuencia cardíaca fetal se considera como normal en el rango de 120 - 160 latidos por minuto; valores inferiores o superiores, se denominan bradicardia y taquicardia fetal, respectivamente, y son signos sospechosos de hipoxia fetal.

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

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

2.5.5 DIAGNOSTICO DE LA CONDICION MATERNA

La evaluación de la condición materna se inicia con una anamnesis personal y familiar, en busca de patologías médicas que puedan influir negativamente en la gestación. De igual forma se recopilarán antecedentes obstétricos previos, especialmente antecedentes de recién nacidos de bajo peso, macrosomía, mortalidad perinatal, malformaciones congénitas, etc.

Es importante obtener la información del nivel educacional materno, actividad laboral como trabajos con esfuerzo físico importante, contactos con tóxicos, radiaciones o material biológico, con fines de solicitar a su empleador una readecuación laboral o suspender su actividad.

Se practicará un examen físico general y segmentario con fines de diagnosticar patologías asintomáticas y derivar a especialistas. El examen físico incluye un examen ginecológico en el cual se hace una inspección perineal (descartar hemorroides, parásitos externos anales y pubianos, vulvovaginitis, condilomas, etc.)

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

2.5.6 EDUCACION MATERNA

Este objetivo es fundamental para el éxito del control prenatal y de las futuras gestaciones. De igual modo, la embarazada bien instruida sirve como docente de otras embarazadas que están sin control prenatal o en control prenatal deficiente. El primer control prenatal es fundamental para instruir a la embarazada acerca de la importancia del control prenatal precoz y seriado. Se debe explicar de manera simple y adecuada al nivel de instrucción materno el futuro programa de control prenatal.

Constituyen puntos ineludibles los siguientes contenidos educacionales:

- Signos y síntomas de alarma

- Nutrición materna
- Lactancia y cuidados del recién nacido
- Derechos legales
- Orientación sexual
- Planificación familiar
- Preparación para el parto

- Signos y síntomas de alarma. La embarazada debe estar capacitada para reconocer y diferenciar las molestias que son propias de la gestación de aquellas que constituyen una emergencia obstétrica y, por lo tanto, concurrir oportunamente al Servicio Obstétrico donde atenderá su parto. De ahí que la embarazada debe conocer la ubicación geográfica exacta del centro asistencial, idealmente debe conocerlo antes de que se presente una emergencia o ingrese en trabajo de parto.

Es probable que este punto sea uno de los más estresantes para el grupo familiar y que tiene una simple solución.

La embarazada debe estar capacitada para reconocer flujo genital hemático tanto en primera mitad (ectópico, enfermedad trofoblasto, aborto), como en segunda mitad del embarazo (placenta previa, desprendimiento placenta normo inserta), y reconocer flujo genital blanco (rotura prematura de membrana, leucorrea, escape urinario).

Debe estar informada de su edad gestacional y fecha probable de parto. Este último punto genera angustia del grupo familiar y de la embarazada cuando se cumplen las 40 semanas y no se ha producido el parto. De ahí que se debe informar que el rango normal de desencadenamiento del parto es entre las 39 y 41 semanas.

Debe estar informada que los movimientos fetales serán reconocidas por ella alrededor del quinto mes y que su frecuencia e intensidad son un signo de salud fetal.

Debe estar capacitada para reconocer el inicio del trabajo de parto, con fines de evitar concurrencias innecesarias a la Maternidad, y, muy especialmente, la contractilidad uterina de pretermino. Debe estar informada de concurrir al centro asistencial obstétrico en relación a patologías paralelas al embarazo como fiebre, diarrea, vómitos, dolor abdominal, etc.

El método utilizado en el Servicio de Obstetricia de la Pontificia Universidad Católica es el método de la lactancia (LAM), el cual otorga una infertilidad tan eficiente como los métodos tradicionales.

2.5.7 EXAMENES DE LABORATORIO

Los exámenes de laboratorio que se solicitan en embarazadas de bajo riesgo son:

- ❖ Grupo sanguíneo
- ❖ Uro cultivo
- ❖ VDRL
- ❖ HIV
- ❖ Hematocrito
- ❖ Glicemia
- ❖ Albuminuria
- ❖ Papanicolaou
- ❖ Ecografía

Grupo sanguíneo. Idealmente, la tipificación del grupo sanguíneo debe realizarse en el laboratorio (Banco de Sangre) de la institución donde se atenderá el parto, con fines de evitar clasificaciones de verificación.

- Urocultivo. En nuestra Unidad se efectúa urocultivo a todas las embarazadas debido a la alta prevalencia de bacteriuria asintomática (8,2%) en las madres en control. Alternativamente se puede realizar un examen de orina completa, el cual se debe efectuar con orina de segundo chorro, tomado por auxiliar de enfermería capacitada y con taponamiento de introito, con fines de evitar positivos falsos por

contaminación de flujo vaginal. Si el examen es sugerente de infección urinaria se deberá solicitar un urocultivo.

- V.D.R.L. Es la sigla (Venereal Disease Research Laboratory) de una prueba para identificar la sífilis. Se debe solicitar al ingreso de control prenatal, y al inicio del tercer trimestre (28 semanas).

- Hematocrito. La concentración de glóbulos rojos se modifica por la hemodilución fisiológica, por las reservas de hierro y el aporte exógeno de hierro (alimentación y suplementación medicamentosa). En embarazadas no anémicas se debe solicitar un hematocrito al ingreso, a las 28 y 36 semanas.

- Glicemia. Aproximadamente un 5% de las embarazadas cursa una alteración del metabolismo de la glucosa. El 90% de ellos corresponde a una intolerancia a la sobrecarga de glucosa que se corrige espontáneamente en el postparto. Se estima que un 30% de las embarazadas diabéticas gestacionales no tienen factores de riesgo para diabetes, de ahí que se recomienda efectuar a todas las embarazadas una prueba de sobrecarga con 50 g. de glucosa oral (valor normal: <140 mg/dl a la hora) alrededor de las 26 semanas de amenorrea.

- Albuminuria. La detección de albúmina en muestra aislada de orina se debe efectuar al ingreso del control prenatal; si es negativa se efectuará en cada control prenatal desde las 28 semanas. La detección se efectúa con la "coagulación" de la albúmina en la orina, cuando a la muestra se agregan 2 a 4 gotas de ácido sulfosalicílico al 20%. Si se detecta albúmina antes de las 28 semanas, con alta probabilidad se debe a una nefropatía y se deben solicitar los exámenes pertinentes para realizar el diagnóstico de certeza. Albúminas positivas en el tercer trimestre habitualmente corresponden a una pre eclampsia.

- Papanicolaou. El embarazo constituye un excelente momento para educar a la mujer en relación a la prevención del cáncer cérvico uterino. Este procedimiento debe realizarse en el primer control prenatal como parte habitual de la semiología obstétrica. El embarazo no constituye contraindicación, como tampoco la edad gestacional, para realizar el examen. Se debe omitir cuando hay riesgos de

sangrado por la especuloscopia (ejemplo: placenta previa). La experiencia del Servicio sobre 36.524 muestras de Papanicolaou reveló que 688 de ellos (1,9%) presentaban alteraciones citológicas, como carcinoma invasor (8 casos) y cáncer in situ (24 casos). Como puede apreciarse el rendimiento es bajo, pero esto es consecuencia de la edad reproductiva de las mujeres. Todas las embarazadas con edad superior o igual a 30 años deben tener necesariamente un examen de Papanicolaou. A mujeres de menor edad se les debe efectuar el procedimiento si existen otros factores de riesgo asociados

2.5.8 PERIODICIDAD DEL CONTROL PRENATAL

La frecuencia del control prenatal está determinada por los factores de riesgos detectados en esa gestación y serán necesarios tantos controles como la patología detectada lo requiera.

En embarazos sin factores de riesgo, la frecuencia de los controles debe racionalizarse en relación a la magnitud de la población obstétrica y los recursos humanos destinados para su control.

Característicamente, los controles prenatales se efectúan cada cuatro semanas en el primer y segundo trimestre de la gestación. En el tercer trimestre (desde las 28 semanas), los controles son progresivamente más frecuentes hasta ser cada siete días desde las 36 semanas hasta el término de la gestación. El motivo de esta secuencia se debe a que desde las 28 semanas en adelante es posible detectar patologías de alta relevancia con feto viable (retardo del crecimiento fetal, diabetes gestacional, síndrome hipertensivo del embarazo, macrosomía fetal, amenaza de parto prematuro, malformaciones congénitas, etc.).

En el Servicio de Obstetricia de la Pontificia Universidad Católica, la secuencia establecida es mensualmente hasta las 28 semanas de amenorrea, cada tres semanas hasta las 34 semanas de amenorrea, cada dos semanas hasta las 36 semanas de amenorrea, y posteriormente, cada siete días hasta las 41 semanas de amenorrea. Esto significa que si una paciente ingresa a las 8 semanas y resuelve su parto a las 40 semanas, contabilizará trece controles prenatales que

pueden ser considerados un exceso, a no ser que al menos tres de ellos sean destinados exclusivamente a educación materna.

A continuación se hablara sobre uno de los tantos problemas más importantes para presentar un parto prematuro

2.6 RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS (RPM)

Es la ruptura de las membranas por lo menos una hora antes de iniciado el trabajo de parto, cuando se habla de un embarazo a término (a partir de las 37 semanas).

En un embarazo pre término, en cualquier momento. La RPM, es una emergencia obstétrica, sea cual fuere el tiempo gestacional.

Se puede hablar de un periodo de latencia, que es el periodo que transcurre entre la ruptura y el inicio del trabajo de parto, este es muy variable.

Se dice que es una RPM prolongada, cuando es de 24 horas (en nuestro medio 12 horas).

DIVISION: Se puede dividir en:

- Artificial o provocada.
- Espontánea o natural.

2.6.1 RIESGOS:

a) Riesgos maternos:

- están todos los cuadros de infección;
- si el parto no se ha producido se tiene una corioamnionitis;
- salpingitis;
- pelvi peritonitis;
- sepsis.

b) Riesgos fetos neonatales:

- hay una inmadurez generalmente en los embarazos pre términos;
- infección cuando la bolsa está rota en más de 6 horas;
- los accidentes en el parto como prolapsos de cordón o de miembros superiores o inferiores fetales.

En ambos casos hay un incremento de la morbi mortalidad.

2.6.2 MECANISMOS:

1. Alteración en la estructura de las membranas (amnios, capa esponjosa y corion), ante estudios anatomopatológicos se determinó una alteración de una de estas tres capas, donde la que más se altera es el corion.

2. Deformación y estiramiento del OCI, esto esta relacionado con las alteraciones del corion.

3. Deformación y ruptura de las dos hojas (amnios y corion) donde cualquier alteración en el amnios provoca la salida de líquido amniótico que se localiza entre el amnios y el corion, donde se forma una especie de bolsa, lo que origina una zona de debilitamiento y una ruptura.

2.6.3 ETIOLOGIA:

- Traumatismos, generalmente externos, que producen cambios bruscos de movimientos fetales y del útero mismo, aplastamiento, estiramientos o modificaciones en su estructura. (Caídas, estornudos fuertes, coito).

- Infecciones locales, se asocia generalmente a multigestas especialmente si la infección es por tricomonas.

- Incompetencia ístmico cervical IIC, que se produce a partir de la semana 12 donde el OCI empieza a ceder a la presión intrauterina, entonces se produce alteraciones.

- Deficiencia de vitamina C y cobre.

2.6.4 DIAGNOSTICO:

- Se debe hacer un buen interrogatorio, ante el antecedente referido por la madre de haber amanecido mojada, con un líquido con un olor parecido al hipoclorito de sodio (es muy parecido al olor de semen). Lo importante es tratar de saber cuánto líquido aproximadamente ha perdido, para esto se pregunta en comparación a tasa o vasos, cosa que la madre pueda referir con cierta aproximación y así el médico pueda calcular aproximadamente la pérdida.

- Examen físico, con la observación de la vulva para ver si realmente sale líquido o no, sino sale se puede ejercer una presión o pujo leve de la madre, si sale se debe recolectar. **NO ES RECOMENDABLE HACER TACTO**, porque se puede producir una mayor infección.

2.6.5 TRATAMIENTO:

Ante el Diagnostico se plantea la conducta. La conducta se la plantea desde varios puntos de vista, muchos autores califican como una infección a la RPM.

La conducta ante la sospecha o certeza de una infección: lo más importante es interrumpir el embarazo y evacuar al producto, realizar un antibiótico terapia. Se tienen certeza del cuadro con dos hechos: leucograma con una leucocitosis y tiene fiebre la paciente, entonces ese embarazo debe ser interrumpido, sea cual sea el pronóstico fetal, donde ya no interesa debiendo ser muy drásticos.

Cuando no hay signos clínicos de una infección y se supone por la edad gestacional una inmadurez, en este caso se debe estar expectante; se interna a la paciente; se efectúa un control riguroso de la temperatura cada 4 horas; se toma un Hemograma diario; eliminar cualquier otra posibilidad de fiebre que no sea esa, lo cual se logra con un buen examen general (amígdalas, diarreas, resfrío); realizar EGO; control de signos vitales; iniciar dieta líquida completa porque existe la posibilidad de una intervención quirúrgica en cualquier momento; realizar la

maduración pulmonar; aseo genital dos veces al día de la región genital (DG-6); se colocan apósitos estériles en la zona de la vulva para ver como se modifica el líquido, el cual a inicio es blanco y claro para volverse amarillento; Adx ampicilina 1 gr/6 hrs.; realizar la monitorización feto~ materna, solicitar una ecografía.

2.6.6 CONTRAINDICACIONES:

- No realizar tactos.
- No realizar útero inhibición.
- No realizar especuloscopia.

Otra alternativa es que se tenga un embarazo de 25 semanas o menos (en nuestro medio hasta las 27 semanas), se debe interrumpir el embarazo.

En casos de embarazos de 26~ 35 semanas, con un peso estimado de 1000~ 2500 gr., si se presenta con una infección inmediatamente se interrumpe el embarazo, si no se presenta infección se realiza la maduración pulmonar, etc.

En embarazos de más de 35 semanas, se realiza la inducto conducción con Oxitocina, se puede usar prostaglandinas. (Citotec 12 mg/12 horas 3 dosis).

En todos los casos lo que sí se debe realizar es la ANTIBIOTICO TERAPIA, ante ya la sospecha de RPM.

Cuando se decide la inducto conducción, se realiza un tacto, donde se aprovecha de colocar las prostaglandinas.

La CESAREA, es una indicación que debe estar presente en todo momento en lo que se refiere a este cuadro, teniéndola como una alternativa muy próxima.

Muy importante es saber que cuando existen signos de infección, la inducto conducción no siempre es efectiva más bien al contrario es poco recomendable

Ya mencionada todo la información necesaria sobre el parto prematuro en pacientes adolescentes a continuación se diagnostica.

2.7 DIAGNOSTICO DE PARTO PREMATURO

Se requiere la presencia simultánea de contracciones uterinas regulares y cambios cervicales en una mujer con embarazo de 20 y 37 semanas de gestación. Muchas veces los síntomas de trabajo de parto prematuro son inespecíficos. Las contracciones pueden ser dolorosas o indolorosas, pero son persistentes. La cantidad de contracciones por hora varía notoriamente entre pacientes distintas que también tiene diferentes capacidades distintas, que también tienen diferentes capacidades para percibir las contracciones.

METODOLOGIA

Este capítulo correspondiente a la metodología se analizó la forma de nuestra investigación entendiendo que es la parte en la que se definió el tipo de investigación que se siguió para realizar nuestra investigación (exploratoria, descriptiva, correlacional, o exploratoria.) si el enfoque que se utilizó fue cualitativo o cuantitativo, el universo o población donde se delimitó el campo a trabajar. A quien o quienes va dirigido, el número de sujetos principales, secundarios o terciarios, la muestra, el pilotaje y por último las técnicas o instrumentos que son la base para sustentar el proceso de investigación, además nos indica que la investigación fue aceptada.

3.1 Tipo de estudio que se utilizó:

El investigador concluyó que el enfoque de esta investigación es cualitativo ya que se midió y se comprobó de manera tangible mediante instrumentos donde se señaló la aprobación de nuestro planteamiento del problema, la aplicación y la realización de los objetivos y de la misma manera la comprobación de la hipótesis presentada.

3.2 Sujetos a estudiar

A mujeres embarazadas de 15 a 18 años de edad que están internadas en el hospital de nuestra señora de la salud en el servicio de obstetricia, el cual el hospital consta de dos áreas la privada que cuenta con 5 camas en funcionamiento y la general consta de 19 camas, al igual a pacientes que se presenta a su control prenatal en el servicio de consulta externa

3.2.1 Universo

La presente investigación se llevó a efecto con un universo de 29 pacientes púrpuras post parto en su mayoría hospitalizadas, al igual a pacientes que se presentan a control prenatal en el hospital de nuestra señora de la salud ubicada en la ciudad de Morelia, Michoacán, localizada en la calle Ignacio Zaragoza N° 276 colonia centro.

Clasificado como un hospital de beneficencia privada, que ofrece servicios: urgencias, medicina interna hombres y mujeres, cunero, unidad de cuidados intensivos neonatales, psiquiatría, unidad toco quirúrgica, clínica privada, neurocirugía hombres, quirófano, pediatría, consulta externa y obstetricia general y privada que son las que se van a referir en la presente investigación.

Para objeto de investigación a nivel de consulta externa en la cual todo paciente es atendido directamente por el especialista, este servicio llamo la atención del investigador ya que aquí se atienden a las paciente que va a su control prenatal si presenta algún problema con respecto a su embarazo se canalizan a la sala de obstetricia como ya mencionada consta de sala general y privada.

3.2.2 Muestra

Es un subgrupo de la población de la cual se recolectan los datos y debe ser representativo de dicha población¹

Para efectos de la presente investigación se tomo como muestra a 25 pacientes púerperas post parto usuarias del hospital de nuestra señora de la salud en las pacientes con edad de 15 a 18 años de edad.

$$n = \frac{Z^2 p q N}{e N^2 + Z^2 p q}$$

FÓRMULA

¹ HERNÁNDEZ S., Roberto. *Metodología de la investigación*. Cuarta Edición. Ed. Mc. Graw Hill. México, 2007. p. 808

$$n = \frac{Z^2 pqN}{e^2 N + Z^2 pq}$$

SIGNIFICADO DE VALORES

n = Tamaño de muestra

Z^2 = Consecuencias del tamaño de muestra

e = Margen de error aceptado

p = Probabilidad de éxito

q = Probabilidad de fracaso

N = Tamaño de la población

SUSTITUCIÓN

n: ?

P: 17/20: 0.85

z: 1.96

q: 3/20: 0.15

e: 0.05

N: 29

DESARROLLO DE LA FORMULA

$$n = \frac{(1.96)^2 (0.85)(0.15)(29)}{(0.05)^2 (29) + (1.96)^2 (0.85)(0.15)}$$

$$n = \frac{(3.8416)(0.85)(0.15)(29)}{(0.0025)(29) + (3.8416)(0.85)(0.15)}$$

$$n = \frac{(14.204316)}{(.562304)}$$

$$n = 25.2609$$

$$n = 25$$

De esta manera para obtener el nivel de confianza es decir el valor de Z se toma como 99% que sería excelente, 95% que sería muy bien, 90% buena, 85% regular, siempre tomándose en cuenta que nunca una investigación tendrá un nivel de confianza del 100% ya que siempre está expuesta a errores.

De este modo los valores que se asignaron a los porcentajes son relativos y dependiendo a cada investigación pensando en el valor que tendrá nuestra investigación, para efectos de la presente investigación se tomo: un 85% REGULAR y se desarrolla la siguiente fórmula:

3.2.3 PILOTEO:

Consiste en administrar el instrumento a una pequeña muestra, cuyos resultados se usan para calcular la confiabilidad inicial y, de ser posible, la validez del instrumento.

La prueba piloto se realiza con una pequeña muestra (inferior a la muestra definitiva).

Los resultados se utilizan para calcular la confiabilidad inicial y, de ser posible, la validez del instrumento de medición.²

Con lo ya mencionado se tomo el 20% de la n (del tamaño de la muestra, que da 2.5 que redondeado se queda en tres que en base a la teoría del piloteo serian los sujetos principales. Es decir la muestra final de la presente investigación. Mismos instrumentos nos permitirán darle validez a nuestro planteamiento de problema

3.3 Técnicas utilizadas

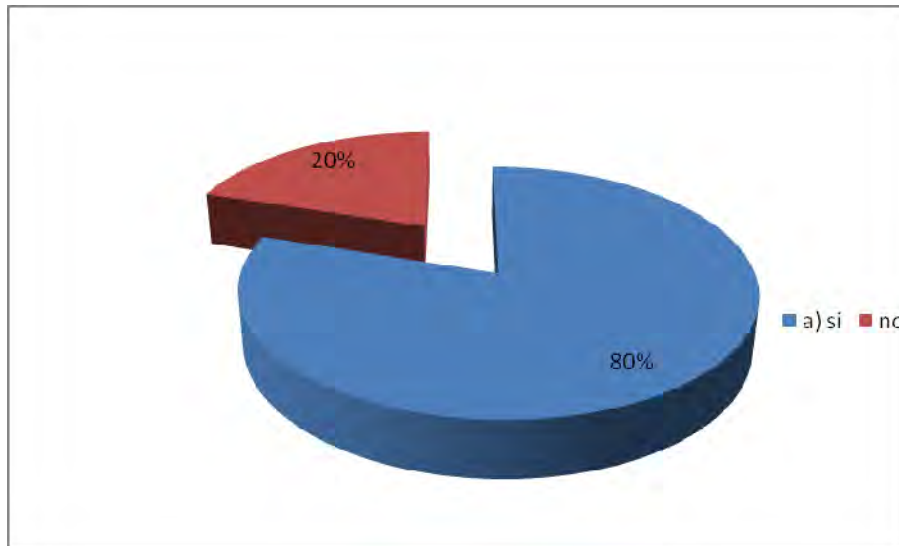
De esta manera los instrumentos que se utilizaron para el piloteo fueron elaborado en base al intelecto del investigador titular quien fue quien definió que es lo que se deseaba preguntar en base a sus variables.

Sabiendo que existen diferentes tipos de escala de actitud para ofrecer respuesta a distintas cuestiones: aunque para efectos de la presente investigación se tomo la escala de actitus LIKER teniendo como sujetos principales a las mujeres embarazadas de 15 a 18 años de edad que han presentado parto prematuro del hospital de nuestra señora de la salud en el año 2008.

² HERNANDEZ S. Roberto, Metodología de la investigación Mc. Graw Hill; México D.f. Cuarta Edición. P.p. 808 más anexo.

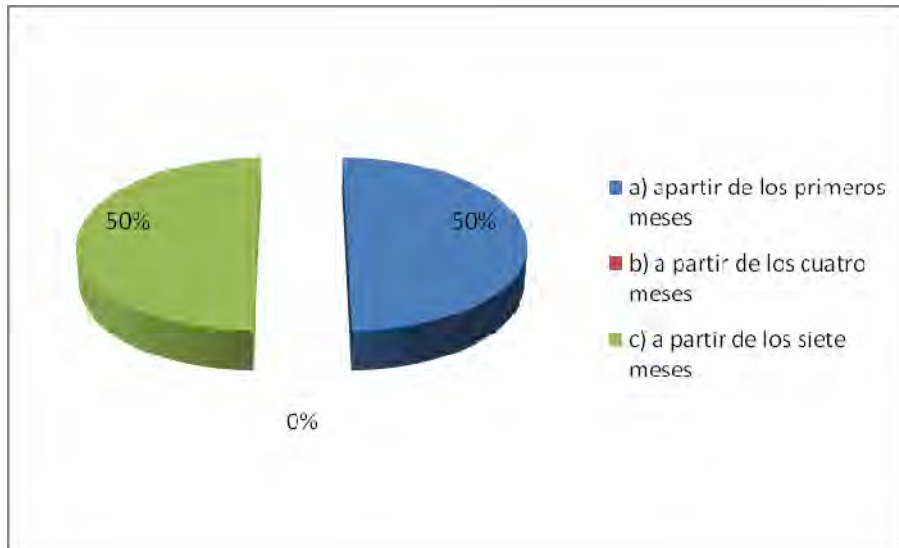
4.1 INSTRUMENTO PRINCIPAL

1: ¿Llevo control prenatal durante su embarazo?



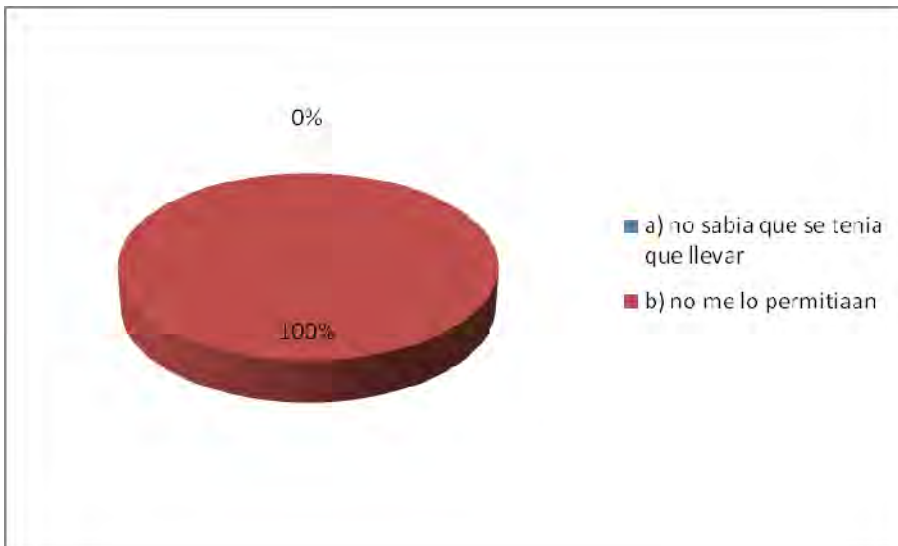
El 80 % de las pacientes entrevistadas aseguran de que llevaron control prenatal, mientras que el 20% no la llevo.

2.- ¿Si lo llevo en que meses?



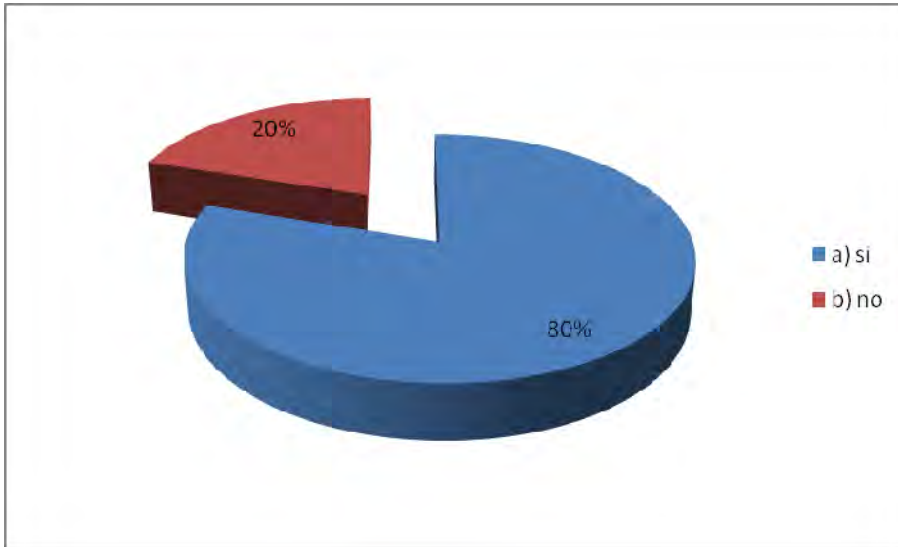
El 50% de las pacientes dijeron que si llevaron control prenatal desde que inicio su embarazo, mientras que el otro 50% iniciaron el control a parti de los siete meses de embarazo.

3.-Si no lo llevo ¿El por que de ello?



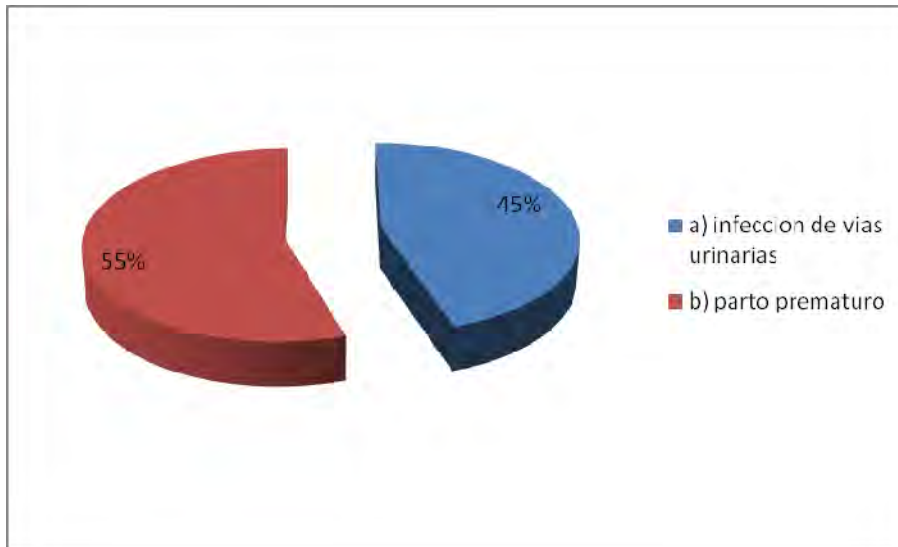
El 100% de las paccintes encuestadas refieres que no les permitian presentarse a control prenatal

4.- ¿Conoce algun problema con relacion a su embarazo si no lleva el control prenatal?



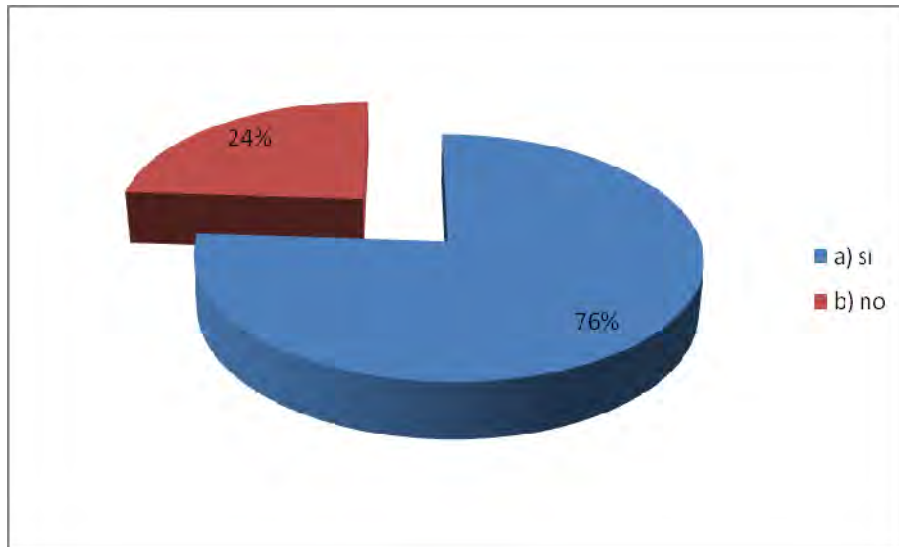
Un 80% de las paccintes auegaran de los probles que tre el no llevar un control prenatal, mientras que el 20 % no saben que se presentan algunos probles durante su embarazo si ni llevan el control prenatal.

5.- ¿si los conoce cual de estos dos es el mas comun?



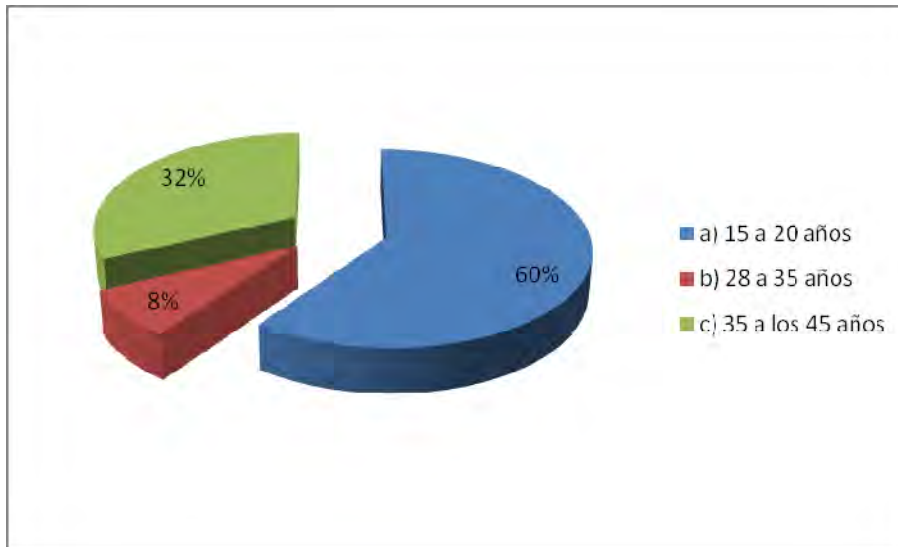
El 45 % de las paccintes refieren saber que las infecciones de vias urinarias es alguno de todos los probles que se presentan en el embarazo, meintras que el 55% de las pacientes comentan que el problemas que se presenta si no se lleva un control prenatal adecuado es presentar un parto prematuro.

6.- ¿sabe que la edad de la madre predispone un parto prematuro?



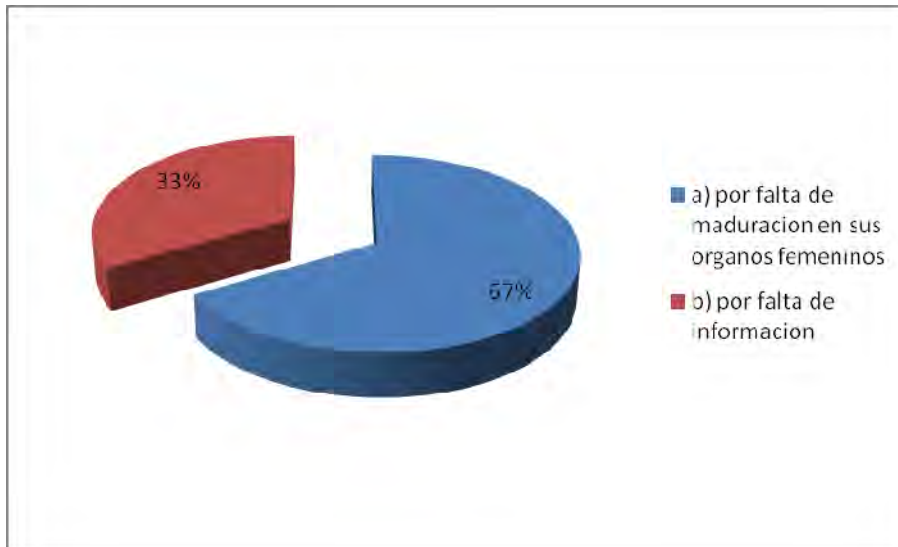
Que el 76% de las paceutes estan concientes de que la edad es uno de los factores que predispone un parto prematuro, mientras que el 24% de la paceutes dicen que no sabein que la edad es uno de los factores principales para que se presente un parto prematuro.

7.- si sabe ¿Cuál son los parametros en edad para que se presente con mayor frecuencia un parto prematuro?



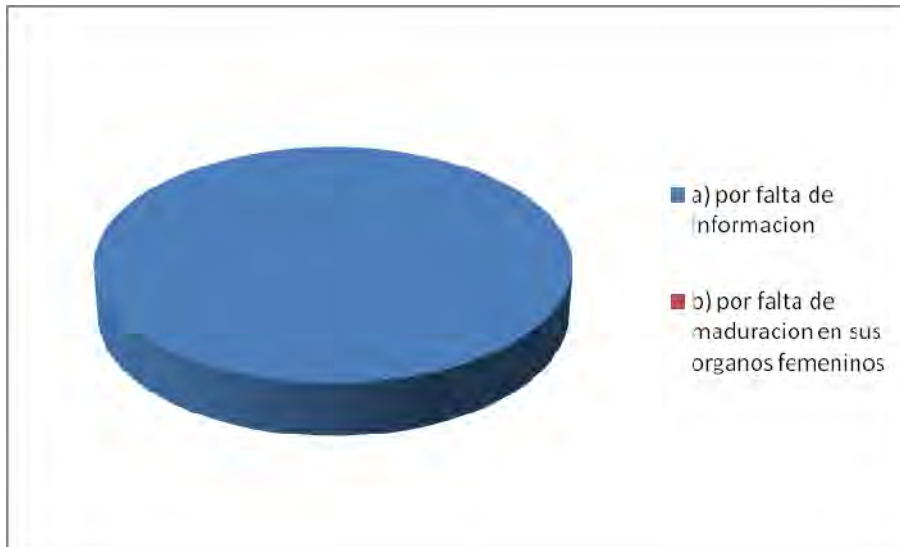
El 60% de las paaceintes refieren saber que la edad de 15 a 20 años es el factor que predispone un parto prematuro, el 8% dice que es de los 28 a los 35 alos y el 32% dice n que es de los 35 a los 45 años en una mujer embarazada para que presente parto prematuro

8.- Si usted dice que es mas frecuente entre los 15 a 20 años ¿Por qué?



El 67% de las paccintes que dicen que las mujeres embarazadas de 15 a 20m años de presentan un parto prematuro por falta de la maduiracion dse sus organos femeninos, mientras que el 33% dicen que es por falta de informacion.

9.- Si usted dice que es mas frecuente entre los 28 a 35 años ¿Por qué?



El 100% de las mujeres de los 25 a los 35 años de edad dicen que es por falta de informacion sobre las concepciones de no llevar un control prenatal.

10.- Si usted dice que es mas frecuente entre los 35 a los 45 años ¿Por qué?



El 87% dicen que es más frecuente en las pacientes de los 35 a los 45 años por el grado de madurez de sus órganos femeninos, mientras que el 13 % comentan que es por falta de información.

CONCLUSIONES

Todos los elementos que comprende el proceso de investigación se relacionaron, tuvieron lógica y se cumplieron.

En este apartado de la investigación que es marco teórico es donde se plasmo toda la información documental sobre parto prematuro en base a la relación de la hipótesis con las variables obtenidas.

Obteniendo desde el problema que es un parto prematuro, el factor que predispone principalmente la edad y de esto surge lo que es la adolescencia y el embarazo en ella, al igual el control prenatal el como se debe llevar y el por que, al igual la ruptura prematura de membrana que son los aspectos en los cuales se llamo la atención y todo gira alrededor de la edad como se menciona el la pregunta de investigación y esta se basa principalmente en mujeres de 15 a 20m años que entran el lo que es la adolescencia.

Esto es para hacer conciencia de que las adolescentes no están bien informadas sobre lo que es un embarazo y sus complicaciones y no solo en esta etapa si no en todos pero nos llamo la atención esta,.

5.2 SUGERENCIAS

El investigador sugiere que todo el personal de salud y de enseñanza le proporcione información adecuada a toda mujer embarazada y explicarle cuales son los riesgos de esta, para evitar o tratar de disminuir los parto prematuros o de disminuir la morbi-mortalidad materno fetal

ANEXOS

4.1.1 INSTRUMENTO PRINCIPAL

ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD

INVESTIGADOR TITULAR: DIANA GONZALEZ ARELLANO

1: ¿Llevo control prenatal durante su embarazo?

a) si	b)no
20	5

2.- ¿Si lo llevo en que meses?

a) a partir de los primeros meses	b) a partir de los cuatro meses	c) a partir de los siete meses
5	0	5

3.-Si no lo llevo ¿El por que de ello?

a) no sabía que se tenía que llevar	b) no me lo permitían
0	5

4.- ¿Conoce algun problema con relacion a su embarazo si no lleva el control prenatal?

a) si	b) no
20	5

5.- ¿si los conoce cual de estos dos es el mas comun?

a) infección de vías urinarias	b) parto prematuro
9	11

6.- ¿sabe que la edad de la madre predispone un parto prematuro?

a) si	b) no
19	6

7.- si sabe ¿Cuál son los parametros en edad para que se presente con mayor frecuencia un parto prematuro?

a) 15 a 20 años	b) 28 a 35 años	c) 35 a los 45 años
15	2	8

8.- Si usted dice que es mas frecuente entre los 15 a 20 años ¿Por qué?

a) por falta de maduración en sus órganos femeninos	b) por falta de información
10	5

9.- Si usted dice que es mas frecuente entre los 28 a 35 años ¿Por qué?

a) por falta de información	b) por falta de maduración en sus órganos femeninos
2	0

10.- Si usted dice que es mas frecuente entre los 35 a los 45 años ¿Por qué?

a) por el grado de madurez en sus órganos femeninos	b) por falta de información
7	1

a) 15 a 20 años

b) 20 a 35 años

c) 35 a 45 años

8.- Si usted dice que es mas frecuente entre los 15 a 20 años ¿Por qué?

a) por falta de maduración en sus órganos femeninos

b) por falta de maduración

9.- Si usted dice que es mas frecuente entre los 28 a 35 años ¿Por qué?

a) Por falta de información

b) por falta de maduración en sus órganos femeninos

10.- Si usted dice que es mas frecuente entre los 35 a los 45 años ¿Por qué?

a) Por el grado de madurez en sus órganos femeninos

b) por

falta de información

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA:

1. CARDENAS de la Peña, Enrique. Terminología Médica. Segunda Edición. Ed. Interamericana; México, 1983.
2. CASTELAZO AYALA; Obstetricia, Segunda Edición. Ed. Méndez Oteo; México.
3. DANFORTH, Tratado de Obstetricia y Ginecología. Octava Edición Mc. Graw Hill; México
4. HERNANDEZ S. Roberto, Metodología de la investigación. Cuarta edición. Ed. Mc. Graw Hill; México D.F.
5. FÉLIX RAMÍREZ Alonso. Obstetricia para la Enfermería Profesional;. Manual Moderno. México D.F. 2002.
6. BISQUERRA Rafael. Métodos de la investigación de la educación. Ed. Ceac. España.
7. VICTORIANO Llaca Rodríguez y Julio Fernández Alba, Obstetricia Clínica. Primera edición. Ed. Mc. Graw Hill. México 2003.

BIBLIOGRAFIA CITADA:

1. CARDENAS de la Peña, Enrique. Terminología Médica. Segunda Edición. Ed. Interamericana; México, 1983.
2. CASTELAZO AYALA; Obstetricia, Segunda Edición. Ed. Méndez Oteo; México.
3. DANFORTH, Tratado de Obstetricia y Ginecología. Octava Edición Mc. Graw Hill; México D.F.
4. HERNANDEZ S. Roberto, Metodología de la investigación Mc. Graw Hill; México D.f. Cuarta Edición.

