



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE GRADUADOS

TRABAJO DE TITULACIÓN ESPECIAL
PARA LA OBTENCIÓN DE GRADO DE MAGISTER EN
GINECOLOGIA INFANTO JUVENIL Y SALUD REPRODUCTIVA DEL
ADOLESCENTE

TEMA

“ESTADO NUTRICIONAL EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS DEL
CENTRO DE SALUD ROCAFUERTE EN EL PERIODO ENERO A
AGOSTO DE 2016. PLAN DE MEJORAMIENTO DIETETICO”

AUTOR:

OBST. LAURA MONICA LOMAS CONSTANTE

TUTOR:

OBST. MARIA DEL SOCORRO PALACIOS TAVARA, MSc.

AÑO 2016

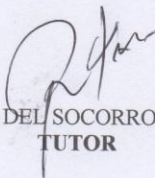
GUAYAQUIL - ECUADOR

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIAS Y TECNOLOGÍA		
FICHA DE REGISTRO DE TRABAJO DE TITULACIÓN ESPECIAL		
TÍTULO “ ESTADO NUTRICIONAL EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS DE ENERO-AGOSTO 2016, PLAN DE MEJORAMIENTO DIETETICO”		
AUTOR: OBST. LAURA MONICA LOMAS CONSTANTE.	TUTORA: OBST. MARIA DEL SOCORRO PALACIOS TAVARA REVISORES: DR.ANTONIO JURADO	
INSTITUCIÓN: Universidad de Guayaquil	FACULTAD: Ciencias Médicas	
CARRERA: Maestría en Ginecología Infanto Juvenil y Salud Sexual y Reproductiva en Adolescente		
FECHA DE PUBLICACIÓN: Noviembre, 2016	Nº DE PÁGS.: 66	
ÁREA TEMÁTICA: , Ginecoobstetricia.		
PALABRAS CLAVE: nutrición, embarazo precoz, prenatal.		
RESUMEN: Antecedentes. Estado nutricional en adolescentes embarazadas de enero- agosto 2016. Objetivo. Determinar las condiciones nutricionales en las adolescentes embarazadas en las pacientes atendidas en el Centro de salud Rocafuerte. Metodología. Estudio de enfoque cuantitativo y Diseño no experimental, tipo transversal, correlacional y retrospectivo, realizado a través de la observación de historias clínicas y recolección de datos mediante fichas. Resultados. Se observaron 102 pacientes con edades comprendidas entre 13 a 17 años (100,0%), que provenían del sector urbano (59,8%)con nivel educativo no formal (53,9%); eran bajo peso (59,8%) y no presentaba ningún antecedente de riesgo materno anemia (54,9%), con deficiente control prenatal (83,3%); En las consultas (98,0%) y nivel bajo (69,6%); y, que terminaron su gestación en parto prematuro (62,7%). Conclusiones. Existe una estrecha relación causal entre los problemas provisionales y parto prematuro, la cual aumenta en mujeres embarazadas con edades tempranas y deficiente control prenatal; la rápida intervención del personal médico y el adecuado manejo de estas pacientes reducen las complicaciones		
Nº DE REGISTRO(en base de datos):	Nº DE CLASIFICACIÓN: Nº	
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):PP		
ADJUNTO PDF	☒ SI	☐ NO
CONTACTO CON AUTOR: Obst. Laura Lomas	Teléfono: 0988492162	E-mail: lauri692@hotmail.com
CONTACTO DE LA INSTITUCIÓN	Nombre: Escuela de Graduados	
	Teléfono: 042288086	

CERTIFICACION DEL TUTOR.

En mi calidad de tutor del estudiante LAURA LOMAS CONSTANTE, del Programa de Maestría en Ginecología Infanto Juvenil y Salud Sexual y Reproductiva del Adolescente, nombrado por el Decano de la Facultad de la Facultad de Ciencias Médicas. CERTIFICO: que el Trabajo de Titulación Especial, titulado "ESTADO NUTRICIONAL EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS DE ENERO-AGOSTO 2016, PLAN DE MEJORAMIENTO DIETETICO", en opción al grado académico de Magíster Ginecología Infantojuvenil y Salud Sexual y Reproductiva en Adolescentes, cumple con los requisitos académicos, científicos y formales que establece el Reglamento aprobado para tal efecto.

Atentamente



OBST. MARIA DEL SOCORRO PALACIOS TAVARA
TUTOR

DEDICATORIA

A Dios quien me da fuerzas para
seguir adelante y no decline, a mis
padres de quien sigo su ejemplo de
trabajo, superación y éxito. A mis
hijos la razón de ser de mi vida, mi
aliento y la razón para seguir
adelante

AGRADECIMIENTO

A Dios por permitirme ser mi guía
y mi camino siempre

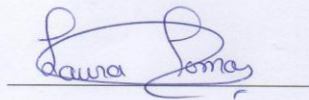
A la Obst. María del Socorro
Palacios Tavera, mi tutor, por
orientarme con sus conocimientos y
encaminarme en mi trabajo de
investigación.

A mis padres y hermanas por
apoyarme y por estar siempre
pendiente de mi carrera al éxito.

A la Universidad de Guayaquil,
Facultad de Ciencias Médicas por
haberme dado la oportunidad de
obtener este título.

DECLARACIÓN EXPRESA

“La responsabilidad del contenido de este trabajo de titulación especial, me corresponden exclusivamente; y el patrimonio intelectual de la misma a la UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL”

A handwritten signature in blue ink, reading "Laura Lomas", is written over a horizontal line.

FIRMA

OBST. LAURA MONICA LOMAS CONSTANTE

ABREVIATURAS

DM: Diabetes mellitus.

DMG: Diabetes mellitus gestacional.

EMH: Enfermedad de la membrana hialina.

FCF: Frecuencia cardíaca fetal.

INEC: Instituto Nacional de Estadística y Censos.

IM: Intramuscular.

IM: Intravenoso.

IMC: Índice de masa corporal.

MM: Mortalidad materna o Muerte materna.

ODM: Objetivos de Desarrollo del Milenio.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

ONU: Organización de las Naciones Unidas.

OPS: Organización Panamericana de la Salud.

RCIU: Retraso del crecimiento intrauterino.

RNBP: Recién nacido de bajo peso.

RNPT: Recién nacido prematuro.

Resumen.

El estado nutricional en adolescentes embarazadas de enero- agosto 2016. Objetivo. Determinar las condiciones nutricionales en las adolescentes embarazadas en las pacientes atendidas en el Centro de salud Rocafuerte. Para aquello se utilizó un estudio de enfoque cuantitativo y Diseño no experimental, tipo transversal, correlacional y retrospectivo, realizado a través de la observación de historias clínicas y recolección de datos mediante fichas. Resultados. Se observaron 102 pacientes con edades comprendidas entre 13 a 17 años (100%), que provenían del sector urbano (59,8), con nivel educativo no formal (53,9%); eran bajo peso (59,8%) y no presentaba ningún antecedente de riesgo materno (54,9%), con deficiente control prenatal (83,3%); En las consultas (98,0%) y nivel bajo (69,6%); y, que terminaron su gestación en parto prematuro (62,7%). Teniendo como principales conclusiones que existe una estrecha relación causal entre los problemas provisionales y parto prematuro, la cual aumenta en mujeres embarazadas con edades tempranas y deficiente control prenatal; la rápida intervención del personal médico y el adecuado manejo de estas pacientes reducen las complicaciones.

PALABRAS CLAVE: nutrición, embarazo precoz, prenatal.

Abstracts.

Background. Nutritional status in pregnant adolescents from January to August 2016. Objective. To determine nutritional conditions in pregnant adolescents in the patients treated at Rocafuerte Health Center. Methodology. Quantitative study and non-experimental design, cross-sectional, correlational and retrospective, carried out through the observation of clinical records and data collection by means of records. Results. A total of 102 patients aged 13 of 17 years (100%), who came from the urban sector (59.8), with non-formal educational level (53.9%) were observed; Were low weight (59.8%) and had no maternal risk anemia (54.9%), with poor prenatal control (83.3%); In the consultations (98.0%) and low (69.6%); And, who ended their gestation in preterm birth (62.7%). Conclusions. There is a close causal relationship between interim problems and premature birth, which increases in pregnant women with early age and deficient prenatal control; The rapid intervention of medical personnel and the proper management of these patients reduce complications

KEY WORDS: nutrition, precocious pregnancy, prenatal.

Contenido

INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO 1	7
MARCO TEÓRICO	7
1.1. TEORÍAS GENERALES	7
1.2. TEORÍAS SUSTANTIVAS.....	11
1.2. REFERENTES EMPÍRICOS	13
CAPÍTULO 2	17
MARCO METODOLÓGICO	17
2.1. METODOLOGÍA	17
2.2. MÉTODOS	17
2.3. HIPÓTESIS	17
2.4. UNIVERSO Y MUESTRA.....	18
2.4.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN	18
2.4.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	19
2.5. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES	20

2.6. GESTIÓN DE DATOS	21
2.7. CRITERIOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN	21
CAPÍTULO 3	22
RESULTADOS.....	22
3.1. DIAGNOSTICO O ESTUDIO DE CAMPO	22
3.2. RESULTADOS ESTADISTICOS.....	23
TABLA # 1. SEGÚN LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE RELACIÓN EDAD Y PROCEDENCIA DE PACIENTE ADOLESCENTES EMBARAZADAS.	23
TABLA # 2. SEGÚN LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE RELACIÓN EDAD Y ESCOLARIDAD	24
TABLA # 3. SEGÚN LOS FACTORES DE RIESGO MATERNOS Y EL NÚMERO DE EMBARAZOS.....	25
TABLA # 4. SEGÚN LA FRECUENCIA DE LOS CONTROLES PRENATALES	26
TABLA # 5. SINTOMATOLOGÍA CON RESPECTO A LA PRESENCIA DE CEFALEA Y EPIGASTRALGIA POR ANSIEDAD Y DEPRESIÓN.....	27
TABLA # 6. SEGÚN LA FRECUENCIA DE PARTO PREMATURO EN LAS PACIENTES CON BAJO PESO.....	28
DISCUSIÓN	29

4.1. CONTRASTACIÓN EMPÍRICA.....	29
4.2. LIMITACIONES	30
4.3. LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN	30
4.4. ASPECTOS RELEVANTES	31
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DEL PLAN DE CAPACITACIÓN.	35
ACTIVIDAD.....	35
TIEMPO DE EJECUCIÓN.....	35
RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD.	35
TIEMPO EN MESES.....	35
Diciembre	35
Enero	35
febrero	35
Nutrición en embarazadas.	35
1 Semana	35
Personal de salud.....	35
Nutrición primeras semanas.....	35
1 Semana	35

Personal de salud.....	35
Proteínas de origen vegetal y animal.	35
1 Semana	35
Personal de salud.....	35
Nutrición y el hierro	35
1 Semana	35
Personal de salud.....	35
Frutas y legumbres.	35
1 Semana	35
Personal de salud.....	35
Monitoreo y evaluación.....	35
1 Semana	35
Personal de salud.....	35
BIBLIOGRAFÍA.....	39
ANEXOS.....	45
ANEXO # 1.....	45
ÁRBOL DEL PROBLEMA.....	45

ANEXO 2.....	46
OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.....	46
ANEXO # 4.....	47
GRÁFICOS DE LA INVESTIGACIÓN	47
GRAFICO # 1	47
Grafico # 2.....	48
GRAFICO # 4	50
ADOLESCENTES EMBARAZADAS SEGÚN NUMERO DE CONTROLES PRENATALES REALIZADOS, ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD ROCAFUERTE DURANTE ENERO-JULIO 2016	50
GRAFICO # 5	51
ADOLESCENTES EMBARAZADAS SEGÚN SINTOMATOLOGIA DE CEFALEA Y EPIGASTRALGIA POR ANSIEDAD Y DEPRESION, ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD ROCAFUERTE DURANTE ENERO-JULIO 2016.....	51
GRAFICO # 6	52
ANEXO # 3.....	53
FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	53

INTRODUCCIÓN

La nutrición en el embarazo es el complemento más importante del proceso de la vida en el feto en desarrollo, la desnutrición en esta etapa es una de la causa importante que influye en la morbilidad materna y fetal y mortalidad en todo el mundo. (Pennington, Schlitt, Jackson, Schulz, & Schust, 2012, pág. 9); . En EE.UU es el país con mayor tasa de embarazadas adolescentes siendo este del 11,1% en la década de los 80. En el Ecuador en la región donde encontramos un mayor índice de embarazos en adolescentes es en la Costa siguiendo el siguiente orden: Guayas (653 casos), Manabí (300), Los Ríos (240) y Pichincha (218), lo que más nos alarma es que de ese número 289 ya tuvieron dos hijos. Las características maternas como historia familiar de preeclampsia, pertenecen a edades desde los 12 a 16 años y presenta condiciones preexistentes como diabetes pre gestacional, obesidad, hipertensión arterial (HTA) y enfermedad renal (ER), se asocian a un embarazo precoz, (Jeyabalan, 2013, págs. S21-S22)

Según datos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el Ecuador se encuentra entre los 11 países con las tasas más bajas de nacimientos prematuros del mundo con 5,1%. (Belarús 4,1; Ecuador 5,1; Letonia 5,3; Finlandia, Croacia y Samoa 5,5; Lituania y Estonia 5,7; Barbados/Antigua 5,8; Japón 5,9). Pero paradójicamente, la primera causa de mortalidad infantil en el país, según datos del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), es la duración corta de la gestación. El embarazo en la adolescencia conlleva a riesgos de tipo nutricional porque el crecimiento materno impone necesidades que se suman a las del embarazo. Se reconoce que las adolescentes tienen hábitos inadecuados durante el embarazo ya que en su dieta diaria no hay cantidades suficientes de proteínas, grasas, carbohidratos, vitaminas y minerales las cuales son necesarias para asegurar la salud y la del bebe . La carencia de nutrientes puede retrasar su crecimiento y disminuir la estatura del futuro bebe.

Una buena evaluación nutricional integral en el primer trimestre del embarazo es de vital importancia considerando todas las dimensiones como antropométrica, dietética y socioeconómica el cual garantizara su diagnóstico control y adecuación para alcanzar un buen desarrollo durante la gestación (Ministerio de Salud Pública y Dirección Nacional de Normatización, 2015)

Y de los datos proporcionados por el INEC, en el año 2010, en Ecuador, el embarazo en adolescentes ocupó el primer lugar como causa de mortalidad materna (MM). (Ministerio de Salud Pública y Dirección Nacional de Normatización, 2015, pág. 10) Tanto la preeclampsia como el parto prematuro son graves problemas de salud pública que producen altas tasas de morbilidad y mortalidad a nivel mundial y nacional. Las limitaciones para el control en la práctica clínica de la preeclampsia severa han influenciado para que su manejo sea deficiente.

LA DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

El estado nutricional de las adolescentes embarazadas en pacientes atendidas en el Centro de Salud Rocafuerte, desde enero hasta agosto de 2016, causado por factores socio-ambientales tales como: embarazo en adolescentes, limitación o falta de controles en la prevención, en la práctica clínica prenatal, deficiente preparación académica por parte del personal de salud, poco conocimiento por parte de las usuarias embarazadas. Factores económicos como: recursos económicos limitados, poco acceso a los servicios de salud, por factores biológicos que se han producido por otras complicaciones maternas malnutrición como: neonatales como retraso del crecimiento intrauterino (RCIU), prematuros y muerte.

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cómo mejorar el estado nutricional de las adolescentes embarazadas que se atienden en el Centro de Salud de Rocafuerte durante el periodo enero a agosto de 2016?

JUSTIFICACIÓN

Este trabajo se justifica por las deficiencias nutricionales que tienen las adolescentes embarazadas, en los procesos gestacionales los mismos que no reciben los determinados controles que deben de tener en estado de gestación, por lo que en el Centro de Salud Rocafuerte es cada vez mayor el número de pacientes con problemas de nutrición, que influyen no solo en el buen desarrollo de su gestación sino en la terminación del mismo, por lo que se propone un plan de mejoramiento dietético que mejore la nutrición en las adolescentes embarazadas mediante la educación y orientación en relación a qué tipo de alimentos debe consumir y los aspectos que debe tener en cuenta para controlar un buen desarrollo nutricional durante toda su gestación, de esta manera esperamos disminuir los estados des nutricionales en las adolescentes y sobre todo disminuir las consecuencias tanto maternas como neonatales por una mala nutrición.

OBJETO DE ESTUDIO

Embarazo en Adolescentes

CAMPO DE LA INVESTIGACIÓN.

Estado Nutricional en adolescentes que se atienden en el Centro de Salud Rocafuerte de enero a agosto del 2016.

OBJETIVO GENERAL.

Determinar las condiciones nutricionales en las adolescentes embarazadas en las pacientes atendidas en el Centro de salud Rocafuerte.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- Analizar los referentes teóricos generales sobre el estado nutricional, estableciendo definición, características clasificación, síntomas y diagnóstico.
- Determinar el estado nutricional de las adolescentes embarazadas.
- Diseñar un Plan de mejoramiento dietético.

NOVEDAD CIENTÍFICA

Sobre la base de la investigación del estado nutricional de las adolescentes embarazadas atendidas en el centro de salud de Rocafuerte se busca determinar el estado nutricional de las mismas para prevenir los factores de riesgo que llevan a una desnutrición de la madre que incida en el desarrollo del feto en el Centro de Salud Rocafuerte, con la finalidad de que sirva de base para estudios posteriores que permitan identificar factores relacionados con la nutrición en el embarazo y se puedan determinar acciones que ayuden a mejorar este tema en nuestra sociedad.

CAPÍTULO 1

MARCO TEÓRICO

1.1. TEORÍAS GENERALES

El embarazo adolescente es aquella condición de gestación que ocurre en la edad de la adolescencia, que comprende mujeres de hasta 19 años de edad, independiente de la edad ginecológica. Es una condición que mundialmente se encuentra en aumento principalmente en edades más precoces, debido a que cada vez con más frecuencia, la proporción de adolescentes sexualmente activas es mayor, dado fundamentalmente por el inicio precoz de la actividad sexual

El embarazo en la adolescencia se lo define en la actualidad como el que ocurre dentro de los dos años de edad ginecológica en la que más incidencia existe, entendiéndose por tal al tiempo transcurrido desde la menarca, y cuando la adolescente es aún dependiente de su núcleo familiar de origen. La tasa de fecundidad adolescente (TFA) ha ido disminuyendo desde los años 50 pero en forma menos marcada que la "tasa de fecundidad general (TFG)", condicionando un aumento en el porcentaje de hijos de madres adolescentes sobre el total de nacimientos. En 1958 era del 11,2%; en 1980 del 13,3%; en 1990 del 14,2%; en 1993 del 15%. Este último porcentaje se traduce en 120.000 nacidos vivos de mujeres menores de 20 años. La fecundidad adolescente es más alta en países en desarrollo y entre clases sociales menos favorecidas. (Issler, 2014)

La adolescencia Temprana, la cual se presenta entre los 10 y 13 años. Biológicamente, es el periodo peri puberal, con grandes cambios corporales y funcionales como la menarca. Psicológicamente el adolescente comienza a perder interés por los padres e inicia amistades básicamente con individuos del mismo sexo. Intelectualmente aumentan sus habilidades cognitivas y sus fantasías; no controla sus impulsos y se plantea metas vocacionales irreales. Personalmente se preocupa mucho por sus cambios corporales con grandes incertidumbres. La adolescencia media que se presenta desde los 14 a 16 años, es la adolescencia propiamente dicha; cuando ha completado prácticamente su crecimiento y desarrollo somático. Psicológicamente es el período de máxima relación con sus pares, compartiendo valores propios y conflictos con sus padres. Para muchos, es la edad promedio de inicio de

experiencia y actividad sexual; se sienten invulnerables y asumen conductas omnipotentes casi siempre generadoras de riesgo. Muy preocupados por apariencia física, pretenden poseer un cuerpo más atractivo y se manifiestan fascinados con la moda. A pesar de algunas diferencias en los detalles hay características comunes a todas las definiciones.

Las causas del embarazo en la adolescencia son políticamente discutibles, de gran carga emocional, y numerosas. Se deben examinar muchos factores, además de la causa obvia que es que los adolescentes mantienen relaciones sexuales sin las medidas de contracepción adecuadas. Como no hay ninguna contracepción efectiva al 100 %, la abstinencia es la manera más segura para prevenir el embarazo. Las estadísticas muestran que el 18% de los adolescentes americanos han experimentado el sexo con anterioridad a los 15 años de edad. Además, este número crece hasta el 66% de adolescentes no casadas que tienen experiencias sexuales antes de los 19 años. Diferentes estudios han mostrado que, a la edad de 20 años, el 75% de las mujeres y el 86% de los varones estadounidenses son sexualmente activos. (Evince, 2016)

Los adolescentes llegan a ser fértiles 4 o 5 años antes de ser emocionalmente maduros, se puede diferenciar aún más en las formas leves y graves. Al presentarse el embarazo a temprana edad, se puede presentar patologías como la preclamsia que se define por una presión arterial sistólica (PAS) >140 mmHg o una presión arterial diastólica (PAD) >90 mmHg en combinación con 300 mg de proteinuria de más de 24 horas. Las elevaciones de la presión arterial (PA) deben ser confirmadas a través de dos medidas separadas tomadas al menos con 6 horas de diferencia. (Pennington, Schlitt, Jackson, Schulz, & Schust, 2012)

En las Estadísticas Sanitarias Mundiales 2014 se indica que la tasa media de natalidad mundial entre las adolescentes de 15 a 19 años es de 49 por 1000 muchachas. Las tasas nacionales oscilan de 1 a 299 nacimientos por 1000 muchachas, siendo las más altas las del África Subsahariana. (Pennington, Schlitt, Jackson, Schulz, & Schust, 2012) Si bien desde 1990 se ha registrado un descenso considerable, aunque irregular, en las tasas de natalidad entre las adolescentes, un 11% aproximadamente de todos los nacimientos en el mundo se producen todavía entre muchachas de 15 a 19 años. La gran mayoría de esos nacimientos (95%) ocurren en países de ingresos bajos y medianos. (Dennis, 2012) El embarazo en la adolescencia sigue siendo uno de los principales factores que contribuyen a la mortalidad

materna e infantil y al círculo de enfermedad y pobreza. (Pennington, Schlitt, Jackson, Schulz, & Schust, 2012)

El embarazo adolescente presenta muchos riesgos, según los expertos, la edad más apropiada para ser madre es entre los 20 y los 35 años, ya que el riesgo para la salud de la madre y el niño es mucho menor. El embarazo en la adolescencia se considera de alto riesgo y conlleva más complicaciones. La adolescente no está preparada ni física ni mentalmente para tener un bebé y asumir la responsabilidad de la maternidad. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la adolescencia es el período en la vida de una persona que comprende entre los 10 y los 19 años. En algunos casos la adolescencia se ve interrumpida cuando la joven se embaraza. Y es que, una de cada cinco mujeres en el mundo ya tiene un hijo antes de los 18 años y cada año se producen 16 millones de nacimientos de mamás adolescentes. En las regiones más pobres del planeta a una de cada tres mujeres son madres en la adolescencia (Dennis, 2012)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda para evitar el embarazo en la adolescencia: limitar el matrimonio antes de los 18 años, aumentar el uso de anticonceptivos para los adolescentes, reducir las relaciones bajo coacción y apoyar los programas de prevención de embarazos en la adolescencia. En cualquier caso, la mejor prevención es que los jóvenes tengan una buena educación sexual desde el mismo seno de la familia. Es importante informar sobre los riesgos y complicaciones del embarazo en la adolescencia y todos los cambios que se producirán desde el momento en que la adolescente se quede embarazada. La comunicación en la familia es esencial, por tanto, debe haber un diálogo abierto y transparente para que los jóvenes tengan toda la información a su alcance. (Bilano, Ota, Ganchimeg, & Mori, 2014)

Las adolescentes que quedan embarazadas presentan en muchos casos: Cuadros de mala nutrición, con carencia de nutrientes esenciales para el buen desarrollo del bebé, un mayor número de abortos espontáneos, partos prematuros, hay un gran número de bebés de adolescentes que nacen antes de la semana 37 de gestación, sus bebés tienen un peso bajo ya que la inmadurez de su cuerpo hace que su útero no se haya desarrollado completamente, las mamás adolescente tienen niños con más problemas de salud y trastornos del desarrollo. En los casos de embarazos de niñas de menos de 15 años, el bebé tiene más posibilidades de nacer con malformaciones (Caraballo, 2015)

El riesgo en embarazo no deseado en un adolescente es un problema social cada vez más frecuente a nivel mundial porque no se toma la respectiva prevención. Los adolescentes inician sus relaciones sexuales cada vez a más temprana edad trayendo aparejadas diversas consecuencias como lo es un embarazo. Este evento produce riesgos a nivel social como lo son familias con mayor número de hijos, mayor deserción escolar, desempleos o empleos mal remunerados, alta proporción de hijos ilegítimos. Repercute también en la salud de la madre y el recién nacido, aumentando el riesgo de morbilidad de ambos, y más aún cuando el embarazo se produce en cercanías de la menarquía. Las medidas preventivas están orientadas a tres niveles: a prevenir el embarazo, a prevenir los riesgos cuando la joven ya está embarazada y al control de la evolución del niño y sus jóvenes padres. (Ulanowicz, 2013)

Se presenta un estudio retrospectivo y comparativo de las condiciones de las adolescentes con embarazos precoz, a través de una muestra obtenida en forma aleatoria, de la evolución materna y resultados obstétricos de las pacientes adolescentes embarazadas atendidas en el Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Salvador, en comparación con un grupo control obtenido en el mismo Servicio y período de estudio. Se analizan diversas variables, y se hace una completa revisión del tema en base a la literatura nacional y extranjera. El embarazo adolescente se ha convertido en un problema de salud pública importante, debido a que básicamente son las condiciones socioculturales las que han determinado un aumento considerable en su prevalencia, aconteciendo con mayor frecuencia en sectores socioeconómicos más disminuidos. (Díaz, 2012)

Se estima que en los países en desarrollo aproximadamente el 20% a 60% de los embarazos son no deseados, y que los adolescentes generalmente tienen escasa información sobre el correcto uso de medidas anticonceptivas y sobre la fertilidad. Las pacientes adolescentes embarazadas sufren posteriormente problemas de tipo socioeconómicos, determinados por una menor educación, mayor dificultad para conseguir empleo, generalmente el abandono de su pareja y finalmente mayor pobreza en la población. En este último punto es interesante destacar que el nivel de escolaridad es inferior al de la población general, con elevados índices de deserción escolar pre y pos gestacional. En un estudio nacional se determinó que el 47% de las adolescentes estudiaban al momento de la concepción, cifra que disminuyó posteriormente al 8%. (Sanhueza, 2013)

1.2. TEORÍAS SUSTANTIVAS.

El alimentarse bien durante el embarazo, tú debes hacer más que simplemente incrementar lo que comes. También debes considerar lo que comes. Aunque necesitas aproximadamente 300 calorías adicionales por día especialmente en la etapa más avanzada del embarazo, cuando tu bebé crece más rápidamente esas calorías deberían venir de alimentos nutritivos para que puedan contribuir al desarrollo y crecimiento del bebé. En la salud materna y perinatal, especialmente en el mundo en desarrollo. Es una causa importante de casi un tercio de millón de MM en los entornos de ingresos bajos y medianos y también es responsable de una proporción considerable de las más de seis millones de muertes perinatales, aproximadamente ocho millones nacimientos prematuros y casi 20 millones de recién nacidos de bajo peso (RNBP) en los países en desarrollo por la malnutrición. (Bilano, Ota, Ganchimeg, & Mori, 2014)

La mal nutrición es cada vez más común del embarazo, que afecta a un 5-8% de los embarazos y que representa casi el 18% de las MM en los Estados Unidos (EEUU). (Pennington, Schlitt, Jackson, Schulz, & Schust, 2012) La enfermedad que se derivan de la mal nutrición es responsable de una considerable morbilidad y mortalidad. Las complicaciones maternas graves incluyen hemorragia antes del parto debido al desprendimiento de la placenta, eclampsia, mal formación del feto, descalcificación de la madre en etapa de gestación, en la anemia aguda afecta y pone en riesgo la vida tanto de la madre como del niño en desarrollo. (Dennis, 2012)

Las necesidades nutricionales difieren en cierta medida durante los diversos períodos de la vida. Las mujeres en edad reproductiva tienen necesidades adicionales debido a la menstruación y, por supuesto, durante el embarazo y la lactancia. Los bebés y los niños tienen mayores necesidades por unidad de peso que los adultos, principalmente porque están en crecimiento. Las personas mayores también son un grupo vulnerable; están expuestos a un riesgo mayor de desnutrición que los adultos jóvenes. Los seres humanos obtienen la energía de los alimentos y los líquidos que consumen. El requerimiento de nutrientes de las mujeres en edad reproductiva (sobre todo durante el embarazo y la lactancia), de los niños jóvenes y adolescentes, y de las personas mayores son distintos a los de los varones entre 15 y 60 años; por lo tanto, no todas las personas necesitan la misma cantidad de alimentos. (FAO, 2015)

La mal nutrición trae consigo el nacimiento prematuro es un problema importante de salud mundial. Las tasas de parto prematuro varían con la etnicidad, la geografía, y una serie de factores de estilo de vida. Las complicaciones de la prematuridad producen el 29% de las muertes neonatales mundiales (aproximadamente 1 millón de dólares) cada año. (Kemp, 2014) Los costos para los sistemas de atención de la salud para el cuidado de los RNPT son sustanciales; sólo en los EEUU, más de \$ 26 millones de dólares se gastan anualmente en el parto y la atención continuada de los RNPT. (Rubens, y otros, 2014) Datos recientes sugieren que sólo una reducción relativa del 5% (de 9,59 a la 9,07%) en la tasa de parto prematuro en 39 países con un índice muy alto de desarrollo humano produciría unos 58 000 menos partos prematuros y un ahorro de US \$ 3 mil millones. (Kemp, 2014)

Uno de los aspectos más influyentes en el embarazo y en la mujer embarazada es el tema de la nutrición. El estado de salud y la nutrición mantienen una relación directa en cualquier edad o período de tiempo de nuestras vidas, especialmente durante el embarazo. El estado nutricional y de salud de la mujer antes y durante el embarazo es importante y tiene una gran influencia sobre el desarrollo fetal. Los cambios fisiológicos que ocurren en el cuerpo de la mujer embarazada requieren un suministro adecuado y equilibrado de componentes alimenticios y energía. Si una ha llevado una dieta saludable antes de quedar embarazada, se recomienda hacer unos pequeños cambios en su dieta, como aumentar ligeramente la cantidad de calorías diarias (especialmente con alimentos ricos en proteínas, hierro, ácido fólico y calcio, y verduras y frutas (Kaplan, 2015)

En 2014, el nacimiento prematuro afectó aproximadamente 1 de cada 10 bebés nacidos en los EEUU. Incluso en entornos de ingresos altos, donde los cuidados intensivos sofisticados han mejorado la supervivencia de los RNPT, el parto prematuro sigue siendo la causa más frecuente de mortalidad infantil. (Rubens, y otros, 2014) El nacimiento prematuro es el mayor contribuyente a la muerte del bebé, con la mayoría de las muertes que ocurren entre los neonatos nacidos muy prematuros (antes de las 32 semanas). (Centers for Disease Control and Prevention, 2015)

En el aumento o bajo peso que se presenta en las adolescentes embarazadas el parto prematuro también es la causa principal morbilidad infantil y la discapacidad a largo plazo, y estos riesgos aumentan con la disminución de la edad gestacional. (Cnattingius, y otros, 2013) Los cerca de 15 millones de bebés que nacen prematuramente cada año se enfrentan a

múltiples amenazas de la mal nutrición para la salud a corto y largo plazo. (Rubens, y otros, 2014) La obesidad aumenta el riesgo de parto prematuro, pero esta asociación entre la obesidad y el parto prematuro no está clara. (Cnattingius, y otros, 2013)

La extrema delgadez en la gestante es un factor de riesgo en el embarazo, con consecuencias tanto para la futura madre como para el bebé. Las mujeres de bajo peso pueden estar expuestas a un riesgo mayor de sufrir parto prematuro o de tener un bebé de bajo peso al nacer e, incluso, hay estudios que lo asocian a una mayor probabilidad de aborto. Por este motivo, es importante que las mujeres sigan los controles prenatales, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de esta condición para disminuir las enfermedades causantes de la muerte materna y perinatal. Como aseguran en la guía de la American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), las mujeres de bajo peso pueden estar expuestas a un riesgo mayor de tener un parto prematuro o un bebé de bajo peso al nacer. (Arboix, 2012)

Las recomendaciones precisas sobre el aumento calórico aún son tema de controversia, debido a los datos contradictorios sobre el aumento en el metabolismo del cuerpo, el almacenamiento de tejido adiposo y la disminución de la actividad física a medida que el embarazo va avanzando. Es evidente que la mujer embarazada requiere un incremento calórico en función de su peso inicial, pero de ninguna manera debe comer por dos. Las recomendaciones actuales indican el rango deseable de aumento de peso durante el embarazo, en base al IMC antes del embarazo. Un bebé en desarrollo pasa por un crecimiento importante durante las semanas y meses de embarazo finales. Muchos sistemas de órganos, incluyendo el cerebro, los pulmones y el hígado necesitan las últimas semanas de embarazo para desarrollarse plenamente. (Centers for Disease Control and Prevention, 2015)

1.2.REFERENTES EMPÍRICOS

El estado Nutricional en la Adolescentes embarazadas es un tema muy discutido a nivel nacional e internacional de ahí que muchos estudios tratan dicha problemática como son:

Bohórquez Lissette María Eugenia Vargas &, Ealys López, en su artículo „Estado nutricional de adolescentes embarazadas de un centro asistencial de Maracaibo, estado Zulia, Venezuela” realizado en el año 2013, con el propósito de determinar el estado

nutricional de adolescentes embarazadas entre 15 y 19 años de edad, los resultados demuestran que 52% (n=25) fueron eutróficas, 41,6% (n=20) se encontraron desnutridas, un 4,1% (n=2) tenían sobrepeso y solo un 2,1% (n=1) presentaron obesidad. El valor promedio de glicemia basal ($82,17 \pm 3,45$ mg/dl) se encontró dentro de los rangos normales, el colesterol total ($192,79 \pm 5,56$ mg/dl) y los triglicéridos ($143,90 \pm 8,90$ mg/dl) fueron superiores a los valores de referencia. La hemoglobina ($11,0 \pm 1,11$ g/dl) se encontró en el límite inferior y el valor promedio de hematocrito ($34,89 \pm 1,76\%$) fue bajo. En cuanto al % de adecuación, las calorías y grasas estuvieron dentro de los valores normales, mientras que las proteínas, carbohidratos, fibra, todas las vitaminas y minerales estaban bajos. Casi el 70% de las adolescentes se ubicaron en los estratos IV (clase baja) y V (clase marginal)

Masache Paredes José (2012) en su estudio “Estado nutricional de las adolescentes embarazadas que acuden al control prenatal, en el Servicio de Atención Integral para Adolescentes del Hospital Gineco-Obstétrico “Isidro Ayora” de la Ciudad de Quito concluye que el 60% se encuentran en peso normal, sobrepeso 14,2%, peso bajo 28,8%, un 40% de adolescentes están en malnutrición. El 70% de embarazos ocurren entre los 15 a 18 años. Las adolescentes en unión libre 36,3 %, soltera 57,9%, casadas 5,8%. El 83% de adolescentes de la muestra esta o ha cursado algún curso de la secundaria, no existen analfabetas y solo un 5,8% llegan a un nivel superior. La escolaridad no es factor determinante del estado nutricional. El 93% de adolescentes no trabaja, de las que trabajan el 84% tienen peso normal. De las que no trabajan el 76% tienen peso normal. La ocupación no es relevante para el estado nutricional. La asistencia a control prenatal es bajo en el primer trimestre, en los dos trimestres subsiguientes, hay buena adherencia al servicio. La talla promedio es baja, con una mediana de 1,53 centímetros. La talla se afectó por el embarazo.

Zurita Mejía Maritza (2016) en su estudio „“Estado nutricional materno como factor de riesgo de bajo peso al nacer en hijos/as de madres adolescentes del cantón Quero años 2012 al 2014”” en la ciudad de Quito concluye que mediante la aplicación del método de Kruskal-Wallis para establecer la ponderación que cada factor del estado nutricional materno tiene sobre la variable dependiente, la cual proporciona un valor de $\chi^2=56,897$ que corresponde a un valor $p=0,000$ que estadísticamente es significativo, es decir que el

peso del recién nacido/a es diferente entre las categorías del estado nutricional de la madre, observándose que el valor del rango promedio que difiere significativamente es el de bajo peso (50,11) de la madre en relación a los otros. Se concluye que el peso bajo materno es un factor de riesgo para el peso bajo al nacer en los neonato hijo/as de madres adolescentes del cantón Quero.

Vicente Leonardo Ramón (2015) en su estudio „“Evaluación del estado nutricional en las madres adolescentes gestantes que acuden a la consulta externa del hospital María Lorena Serrano Aguilar del cantón el guabo, en los meses de noviembre del 2013 a abril del 2014”” en la ciudad de Machala concluye que las adolescentes poseen un 75% de bajo peso, el mismo que se ve afectado por sus características personales, 45.5% de adolescentes gestantes son de 17 a 19 años y mientras que el 61% realiza una ingesta inadecuada de grasas y frituras, lo que sirvió de base para realizar un programa de intervención educativo sobre nutrición, el mismo que causó un gran impacto y sobre todo se logró mejorar el conocimiento de las adolescentes.

Ramírez Gallardo María (2015) en su estudio „“ Estado nutricional materno y sus efectos sobre el recién nacido, en las usuarias que acuden al servicio de ginecoobstetricia del hospital Isidro Ayora de Loja durante el periodo enero a junio de 2011”” en la ciudad de Loja concluye que en cuanto al rango etario, las gestantes que acudieron a ser atendidas de su parto fueron entre las edades de 20 y 35 años de edad correspondiendo a un 68%, en cuanto a la aplicación del SISVAN un total de 177 pacientes que representan un 51.45 % tuvieron un estado nutricional adecuado con respecto a la curva de Rosso; correlacionando con el estado nutricional materno un 64.53 % de recién nacidos no presentaron ninguna alteración, sin embargo 14.83% de recién nacidos presentaron bajo peso; 7.27% presentaron macrosomía; 3.49% presentaron asfixia perinatal; 1.45% presentaron malformaciones; 8.43% nacimiento prematuro. Sin embargo, de las gestantes que se encontraron con adecuado estado nutricional el 37.7% de sus hijos no presentaron ninguna complicación.

La anemia crónica es una de las principales causas de muerte materna durante el embarazo, parto o puerperio, en mujeres gestantes, especialmente adolescentes y mayores de 35. (Organización Mundial de Salud, 2015) La anemia afecta de 2 a 8% de todos los

embarazos. Una revisión sistemática realizada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) indica que los trastornos nutricionales representan el 16% de todas las muertes maternas en los países desarrollados; en los países en desarrollo las cifras son más elevadas, siendo el 9% de las muertes maternas en África y Asia, y tan alto como 26% en América Latina y el Caribe. (Jeyabalan, 2013, págs. S18-S20) La incidencia de la malnutrición depende de la población estudiada y las definiciones, por ejemplo en Israel la incidencia es de 2,8%, en Escocia 5,8%, Australia 14,1% y de 5% en Seattle. (Shamsi, Saleem, & Nishter, 2013, pág. 292)

Alijahan, Hazrati, Mirzarahimi, Pourfarzi & Ahmadi Hadi (2014) indican: El parto prematuro por la desnutrición, es el que ocurre antes de las 37 semanas completas de gestación; es la causa directa del 24% de las muertes neonatales. Las tasas de parto prematuro se han informado en un rango de 5-7% de los nacidos vivos en algunos países desarrollados y se estima que es sustancialmente mayor en los países en desarrollo. En comparación con los niños nacidos a término, los bebés prematuros se enfrentan a un mayor riesgo de varias discapacidades, incluyendo alteraciones del desarrollo neurológico, complicaciones gastrointestinales, déficits sensoriales, parálisis cerebral, problemas de aprendizaje y enfermedades respiratorias. La morbilidad asociada con el parto prematuro a menudo se extiende a su vida posterior que resulta en costos físicos, psicológicos y económicos.

CAPÍTULO 2

MARCO METODOLÓGICO

2.1. METODOLOGÍA

La presente investigación tuvo un enfoque cuantitativo, debido a que se realizaron comparaciones estadísticas entre las variables del estado nutricional de las mujeres embarazadas, para explicar sus cambios y movimientos. Se tomó como referencia a toda la población y de los cuales cumplieron los criterios 102 pacientes, las mismas que fueron atendidos en la consulta de Gineco-Obstetricia del Centro de Salud Rocafuerte de Rocafuerte durante los meses enero a agosto del presente año, que presentaron embarazos precoces en adolescentes. (Venemedia, 2014)

Así mismo se utilizará un método analítico, observacional y transversal.

2.2. MÉTODOS

Los métodos utilizados para la siguiente investigación son: teóricos y empíricos, el método empírico nos ayudara a obtener información acerca de una cualidad o propiedad del fenómeno a estudiar apoyándose con procedimiento estadísticos, mientras que el método teórico permite plantear un problema y una hipótesis que permitirá desarrollar la investigación.

2.3. HIPÓTESIS

El buen estado nutricional durante la gestación de las adolescentes se ve influenciado por factores como el exceso o desnutrición.

Variable Dependiente:

- Anemia en el embarazo
- Bajo peso al nacer

Variable Independiente

- Inadecuados controles prenatales
- Alimentación deficiente

2.4. UNIVERSO Y MUESTRA

El universo de estudio lo conformaron 826 pacientes embarazadas que fueron a consulta externa del Centro de Salud Rocafuerte, durante los meses de enero a agosto de 2016; de las cuales se obtuvo una muestra de 102 pacientes que recibieron tratamiento médico por presentar estados nutricionales distintos en el embarazo y que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión propuestos.

n = Tamaño de muestra

N = Universo

E = margen de error

N

n= -----

(E)² (N-1) +1

N = 826

n = 102

2.4.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Pacientes embarazadas de 13 a 17 años de edad, con problemas nutricionales.

2.4.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Pacientes con embarazos con edades superiores a los 17 años, pacientes que llegaron a consulta del Centro de Salud Rocafuerte del Servicio de Ginecoobstetricia por otras causas que no sean trastornos nutricionales del embarazo, pacientes con historias clínicas que no presentan todos los datos necesarios para la investigación.

2.5. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Descripción	Definición	Discusión	Indicadores	Instrumentos	Escala
Edad	Tiempo que una persona ha vivido a partir del nacimiento	Grupos etarios	Número de personas por años cumplidos	Hoja de recolección de datos	Proporción
Procedencia	Sitio donde vive	Lugar donde vive cada persona	Número de personas por el lugar	Hoja de recolección de datos	Proporción
Escolaridad	Años de estudios	Nivel educativo de una persona	Número de personas por cada nivel de estudios o educación no formal	Hoja de recolección de datos	Proporción
Gestas	Cantidad de embarazos	Antecedentes maternos	Número de embarazos por cada paciente	Hoja de recolección de datos	Proporción
Edad gestacional	Tiempo de embarazo desde la fecundación	Antecedentes maternos	Número de semanas de gestación de cada paciente	Hoja de recolección de datos	Proporción
Factores de Riesgo maternos	Características presentes en una persona que puede producir una enfermedad o complicación	Antecedentes maternos	Número de pacientes con factores de riesgo y porcentaje de cada uno	Hoja de recolección de datos	Proporción
Control prenatal	Evaluación periódica de la embarazada	Antecedentes maternos	Número de controles prenatales de cada pacientes	Hoja de recolección de datos	Proporción
Parto prematuro	Terminación del embarazo antes de las 37 semanas	Complicación de la	Porcentaje según la presentación de parto prematuro	Hoja de recolección de datos	Proporción

2.6. GESTIÓN DE DATOS

Los datos fueron recolectados de forma manual utilizando las herramientas de la investigación, mediante la revisión de las historias clínicas de las mujeres adolescentes embarazadas ingresadas por consulta de Ginecoobstetricia durante el periodo de investigación, para luego procesarlos ordenadamente mediante el programa Excel. Con los datos recolectados se realizó la tabulación y análisis, los cuales se realizaron; se presentaron los resultados en cuadros estadísticos y gráficos del tipo barras, calculando la frecuencia absoluta y el porcentaje, con una explicación detallada de los mismos. Dichos resultados se compararon y discutieron con estudios actualizados a nivel mundial sobre la misma problemática que fue objeto de la investigación. Por último, se llevó a cabo el análisis del porcentaje de plagio del presente trabajo utilizando el programa anti-plagio.

2.7. CRITERIOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN

En este estudio no se realizó ningún tipo de entrevista con los pacientes involucrados, debido a que todos los datos fueron recolectados mediante observación de las historias clínicas, y por lo tanto no se entregó consentimiento informado; y de la misma manera, se tomaron precauciones para que los datos personales como tipo de referencia o nombres de las pacientes involucradas, fueran anónimos. Se deja aclarado que se guardó completa confidencialidad de los datos obtenidos de las historias clínicas personales de las embarazadas que fueron parte del estudio, ya que la presente investigación tiene un carácter exclusivamente investigativo y académico, por lo que la autora no puede hacer uso de la información con ningún otro propósito. En cuanto a la parte legal, la investigación no quebranta ninguna ley, reglamento, o códigos durante el desarrollo de la misma. Además, queda constancia de que el protocolo de la investigación fue aprobado por la Subdirección de Investigación Académica y Autoridades del Centro de Salud Rocafuerte de Rocafuerte.

CAPÍTULO 3

RESULTADOS

3.1. DIAGNOSTICO O ESTUDIO DE CAMPO

Para esta investigación se observaron 102 historias clínicas para recolectar datos de las pacientes atendidas en el área de consulta externa del Servicio de ginecoobstetricia del Centro de Salud Rocafuerte durante los meses de enero hasta agosto de 2016.

Los datos obtenidos de las Historias clínicas corresponden a pacientes adolescentes embarazadas, la mayoría de ellas con edades comprendidas entre los 15 y 16 años; y presentan factores de riesgo como hijas de familias disfuncionales, nivel socioeconómico bajo, sus padres con instrucción educativa básica, madres solteras, parejas adolescentes y otras condiciones de riesgo que influyen en el embarazo, manifestándose con alteraciones nutricionales como obesidad, sobrepeso y bajo peso; siendo el bajo peso la alteración principal que manifiestan estas adolescentes acompañándose de los insuficientes controles prenatales.

Las adolescentes embarazadas con bajo peso, también presentan otras condiciones clínicas como la anemia por deficiencia de hierro que repercute en el adecuado desarrollo y crecimiento del feto que posteriormente conlleva a los partos prematuros e hijos con bajo peso al nacer.

3.2. RESULTADOS ESTADISTICOS

TABLA # 1. SEGÚN LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE RELACIÓN EDAD Y PROCEDENCIA DE PACIENTE ADOLESCENTES EMBARAZADAS.

Relación Edad y Procedencia			Procedencia		
			Urbana	Rural	TOTAL
Edad de la paciente	13 a 14 años	Frecuencia	18	11	29
		%	17,6%	10,8%	28,4%
	15 a 16 años	Frecuencia	38	24	62
		%	37,3%	23,5%	60,8%
	17 años	Frecuencia	5	6	11
		%	4,9%	5,9%	10,8%
Total	Frecuencia		61	41	102
	%		59,8%	40,2%	100,0%

Fuente: Historias clínicas de ginecología de Centro de Salud Rocafuerte.

Elaboración: Dra. Laura lomas

En la tabla # 1 se puede apreciar que, de la población de estudio, con respecto a la edad de la paciente que la mayor parte tenían edades comprendidas entre los quince a dieciséis años de edad, que corresponde a 60,8% de la muestra estudiada; mientras que la mayor parte de ellas provenían del sector urbano con 59,8% del total. El 37,3% de las pacientes entre los quince a 16 años y eran del área urbana.

**TABLA # 2. SEGÚN LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE
RELACIÓN EDAD Y ESCOLARIDAD**

Relación Edad y Escolaridad			Nivel de estudios			
			Básica	No educación formal	bachillerato	TOTAL
Edad de la paciente	13 a 14 años	Frecuencia	15	14	0	29
		%	14,7%	13,7%	0,0%	28,4%
	15 a 16 años	Frecuencia	17	37	8	62
		%	16,7%	36,3%	7,8%	60,8%
	17 a 19 años	Frecuencia	7	4	0	11
		%	6,9%	3,9%	0,0%	10,8%
Total		Frecuencia	39	55	8	102
		%	38,2%	53,9%	7,8%	100,0%

Fuente: Historias clínicas de ginecología de Centro de Salud Rocafuerte.

Elaboración: Dra. Laura lomas

Con respecto a al nivel de instrucción educativo de las pacientes que conformaron nuestro estudio, se observa en la tabla #2, que la mayor parte de ellas no están en la educación formal con un porcentaje total de 53,9%. Cabe indicar que, de este grupo, el 36,3% tenían una edad entre 15 a 16 años.

TABLA # 3. SEGÚN LOS FACTORES DE RIESGO MATERNOS Y EL NÚMERO DE EMBARAZOS

Relación Factores de riesgo maternos y Número de gestas			Número de gestas		TOTAL
			Sobre peso	Peso bajo	
Factores de riesgo materno	alcoholismo	Frecuencia	0	4	4
		%	0,0%	3,9%	3,9%
	Diete inapropiada	Frecuencia	0	4	4
		%	0,0%	3,9%	3,9%
	Obesidad	Frecuencia	0	1	1
		%	0,0%	1,0%	1,0%
	sedentarismo	Frecuencia	2	0	2
		%	2,0%	0,0%	2,0%
	Edad temprana	Frecuencia	21	10	31
		%	20,6%	9,8%	30,4%
	Sustancias psicotrópicas	Frecuencia	0	2	2
		%	0,0%	2,0%	2,0%
	Enfermedades congénitas	Frecuencia	0	1	1
		%	0,0%	1,0%	1,0%
	Tabaquismo	Frecuencia	0	1	1
		%	0,0%	1,0%	1,0%
Total	Ninguno	Frecuencia	18	38	56
		%	17,6%	37,3%	54,9%
		Frecuencia	41	61	102
		%	40,2%	59,8%	100,0%

Fuente: Historias clínicas de ginecología de Centro de Salud Rocafuerte.

Elaboración: Dra. Laura lomas

De acuerdo a los resultados detallados en la tabla # 3, que más de la mitad de las pacientes evaluadas no presentaban ningún factor de riesgo materno con el 54,9%; mientras que la mayor parte de las pacientes con bajo peso con el 59,8%. El 37,3% de las pacientes tenían algún grado de anemia. Las edades tempranas representaron el factor de riesgo más común entre las pacientes evaluadas con 30,4%.

TABLA # 4. SEGÚN LA FRECUENCIA DE LOS CONTROLES PRENATALES

Controles prenatales	Frecuencia	Porcentaie	Porcentaje acumulado
Menos de 5	85	83,3	83,3
5 o más	17	16,7	100,0
Total	102	100,0	

Fuente: Historias clínicas de ginecología de Centro de Salud Rocafuerte.

Elaboración: Dra. Laura lomas

En la tabla # 4 se observa que las pacientes embarazadas con algún grado de anemia, incluida en la presente investigación, no alcanzaban la cantidad óptima de visitas para los controles prenatales, dando como resultado un índice muy alto que correspondió al 83,3% del total.

TABLA # 5. SINTOMATOLOGÍA CON RESPECTO A LA PRESENCIA DE CEFALEA Y EPIGASTRALGIA POR ANSIEDAD Y DEPRESIÓN.

Relación en consultas y nivel económico			Nivel económico		Total
			bajo	medio	
consultas	Si	Frecuencia	70	30	100
		%	68,6%	29,4%	98,0%
	No	Frecuencia	1	1	2
		%	1,0%	1,0%	2,0%
Total		Frecuencia	71	31	102
		%	69,6%	30,4%	100,0%

Fuente: Historias clínicas de ginecología de Centro de Salud Rocafuerte.

Elaboración: Dra. Laura lomas

Se aprecia en la tabla # 5, que una gran cantidad de las pacientes del estudio presentaron cefalea durante la consulta, llegando a un total de 98,0% del total de la muestra; mientras que la epigastralgia, aunque fue menos frecuente no dejó de ser un síntoma muy común con un total de 69,6%. El 68,6% de las pacientes presentaban ambos síntomas.

TABLA # 6. SEGÚN LA FRECUENCIA DE PARTO PREMATURO EN LAS PACIENTES CON BAJO PESO

Parto prematuro	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Si	64	62,7	62,7
No	38	37,3	100,0
Total	102	100,0	

Fuente: Historias clínicas de ginecología de Centro de Salud Rocafuerte.
Elaboración: Dra. Laura lomas

En la tabla # 6, se observa de acuerdo a los datos recolectados, que la mayoría de las pacientes con bajo peso terminaron su embarazo con parto pretérmino lo que correspondió a un total de 62,7%.

CAPÍTULO 4

DISCUSIÓN

4.1. CONTRASTACIÓN EMPÍRICA

En esta investigación la edad promedio fue de veinte a treinta y cuatro años que representó el 60,8%, y sumando las madres menores de 15 a 16 años del total era 72,6%; esto se asemeja a lo publicado en un estudio realizado en Maracaibo, Venezuela (Cluet de Rodríguez, Rossell-Pineda, Álvarez de Acosta, & Rojas Quintero, 2013) donde el 71,33 % correspondieron a madres menores de edad ; también tiene similitud con un estudio realizado en afroamericanas (Giurgescu, y otros, 2015) donde las mujeres tenían una edad media de entre 13 y 19 años. El resultado obtenido muestra que la mayor parte de las usuarias provenían del sector urbano con 59,8%; el estudio realizado en Venezuela (Cluet de Rodríguez, Rossell-Pineda, Álvarez de Acosta, & Rojas Quintero, 2013)mostró que la población estaba residenciada en zonas urbanas (62,44%). Se observó que la mayor parte de las evaluadas terminaron la educación básica con un total de 53,9%; esto es muy semejante al 59,5% de educación secundaria o superior de las pacientes según otro estudio realizado en un hospital de Kampala, Uganda. (Kiondo, y otros, pág. 2016)

El 54,9% de los resultados mostró que las pacientes no presentaban factores de riesgo materno, y las edades tempranas fue el factor de riesgo más frecuente con 30,4%; (Erez, y otros, 2012) mostraron que la tasa de parto prematuro en pacientes con placenta previa fue del 55,9%; y estos pacientes tuvieron una mayor tasa de parto prematuro recurrente que el resto de la población. En un estudio de Washington, EEUU (Lisonkova & Joseph, 2013) la DM representó un factor de riesgo muy importante para las pacientes con problemas nutricionales. La mayor parte de las pacientes estudiadas eran multíparas con el 59,8%, lo que se asemeja a lo referido en afroamericanas estudiadas (Giurgescu, y otros, 2015), de las cuales, la mayoría son multíparas (10 mujeres con diagnóstico de preeclampsia y 25 mujeres con embarazos de bajo riesgo); en cambio, estos resultados se diferencian del 27,32% de multíparas obtenido en el estudio de Venezuela (Cluet de Rodríguez, Rossell-Pineda, Álvarez de Acosta, & Rojas Quintero, 2013), y asimismo, un estudio extenso de revisión (Bartsch,

Medcalf, Park, & Ray, 2016) indica que la nuliparidad tiene la mayor fracción atribuible a la población para la preeclampsia (32,3%, 95% intervalo de confianza del 27,4% al 37,0%).

Las pacientes incluidas en la presente investigación, tuvieron un deficiente control prenatal, que correspondió a 83,3%; estos se asemeja a lo observado en pacientes de Venezuela (Cluet de Rodríguez, Rossell-Pineda, Álvarez de Acosta, & Rojas Quintero, 2013) que evidencian un 92,19 % de deficiente control prenatal; mientras que en los resultados de un estudio en mujeres peruanas (Kajeepeta, y otros, 2014) determinó que tuvieron un control prenatal aceptable con 48,7%. La cefalea (98,0%) y la epigastralgia (69,6%), fueron síntomas muy frecuentes en las pacientes con preeclampsia severa; lo mismo fue verificado en un hospital de Bangkok, Tailandia (Aksornphusitaphong & Phupong, 2013), donde además de presentar cefalea y epigastralgia, las pacientes sufrían frecuentemente de DM y sobrepeso u obesidad.

EL 62,7% de las pacientes estudiadas tuvieron parto prematuro; otros autores (Vakilian, Ranjbaran, Khorsandi, Sharafkhani, & Khodadost, 2015) obtuvieron resultados parecidos con un 65,5% de presentación de parto prematuro en su estudio realizado en Irán, lo que contrasta con el estudio de Venezuela (Cluet de Rodríguez, Rossell-Pineda, Álvarez de Acosta, & Rojas Quintero, 2013) donde solo el 15,13 % de las madres tuvieron hijos prematuros. En esta investigación se encontró que luego del parto prematuro muchos neonatos se complicaron con retraso del crecimiento intrauterino, síndrome de distrés respiratorio, bajo peso al nacer, enfermedad de membrana hialina, principalmente; en el estudio de Uganda (Kiondo, y otros, 2014) los autores indican que las mujeres que dieron a luz pretérmino estaban en un mayor riesgo de complicaciones neonatales.

4.2. LIMITACIONES

No existieron limitaciones en el tiempo que existe para realizar y recopilar la información. Todos recursos humanos, técnicos, financieros, institucionales y académicos, fueron completamente cubiertos obviando la circunstancia del tiempo.

4.3. LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

Se exploraron datos epidemiológicos, ambientales y clínicos, y de acuerdo a los resultados obtenidos se obtiene una línea la problemática analizada, que constituye la base para futuras

investigaciones sobre los factores de la anemia aguda y el parto prematuro en las Unidades de Salud.

4.4. ASPECTOS RELEVANTES

En esta investigación se destaca la problemática generada por la anemia en las embarazadas que están en la etapa de la adolescencia y en mujeres atendidas en la localidad de Portoviejo, Manabí; lo cual es de gran importancia debido a que no existen datos actualizados sobre estos problemas de salud pública, es decir, el presente estudio se pone a consideración como una fuente bibliográfica importante; lo cual es beneficioso desde el punto de vista científico-académico y médico-epidemiológico. Además, debido a la propuesta planteada y a las recomendaciones realizadas, se mejorará la atención primaria Gineco obstétricas.

CAPITULO 5

PROPUESTA.

5.1 DATOS INFORMATIVOS.

Tema. Plan de mejoramiento dietético.

Lugar. Centro de Salud Rocafuerte.

Beneficiarios. Comunidad en general, adolescentes embarazadas.

Fecha de ejecución. Diciembre del 2016.

Responsable. Obst. .Laura Mónica Lomas Constante

5.2. ANTECEDENTES DE LA PROPUESTA.

Se planea diseñar un plan de mejoramiento dietético en las mujeres adolescentes en etapa de gestación, cuyos beneficiarios son las personas de las comunidades cercanas, que deben de tomar labores de prevención contra los embarazos precoces y sus consecuencias en la dieta de las mismas. Para que la adolescente desarrolle con mejor éxito su papel de madre debe prestar atención a su alimentación, ya que tiene un gasto extra de energía por la lactancia, necesita mayores cantidades de energía que durante el embarazo, debe ser una alimentación balanceada incluyendo alimentos de los 6 grupos y un aumento en la cantidad de líquidos que consume, principalmente sopas de hojas verdes, leche, jugos naturales, atoles y agua potable.

A estos aspectos se añaden los inadecuados hábitos alimentarios de las adolescentes, desordenados y desequilibrados tanto en cantidad como en calidad de energía y nutrientes. Muchas chicas jóvenes limitan de forma severa su ingesta de alimentos para estar delgadas y conseguir una imagen corporal que, en ocasiones, se acerca más al modelo anoréxico que al fisiológico. Este comportamiento supone un riesgo nutricional adicional para las adolescentes embarazadas, tanto por un bajo peso antes del embarazo, lo que se asocia con mayores riesgos perinatales, como por su incapacidad para reunir las necesidades nutricionales adecuadas en su correcto crecimiento.

5.3 OBJETIVO.

Diseñar un plan de mejoramiento dietético para mujeres en estado de gestación que son adolescentes.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Reducir la incidencia de anemia en las adolescentes embarazadas.
- Capacitar teórico-práctico en nutrición en estado de gestación.
- Impulsar a la actualización de la prevención de la nutricional.
- Crear hojas de evaluación continua

Proteínas, calcio y hierro

Para una correcta educación nutricional deben analizarse los hábitos dietéticos previos al embarazo. Las necesidades proteicas de la adolescente embarazada son comprensiblemente altas. Se establece que para chicas embarazadas de 15 a 16 años se requieren unos 1,5 gramos de proteínas por kilo de peso y día. Para las menores de 15 años, las necesidades son de 1,7 gramos. Asimismo, es esencial una ingestión calórica adecuada para que las proteínas sean utilizadas para el crecimiento y desarrollo orgánico. Para reunir las necesidades de calcio y hierro en las adolescentes embarazadas, es esencial un cuidado especial, debido a la pobre ingestión de estos dos nutrientes. Se recomienda una ingesta de 1600 mg de calcio para las adolescentes embarazadas que estén en etapa de crecimiento, algo que se cubre con un litro de leche o alimentos equivalentes (yogur, queso o cuajada). Es la cantidad necesaria para proveer de suficiente calcio y lograr un normal desarrollo fetal sin tener que utilizar las reservas óseas maternas.

Las necesidades de hierro de la adolescente durante su crecimiento son altas, debido al crecimiento de su masa muscular y del volumen sanguíneo. De hecho, la recomendación de un suplemento diario de hierro puede ser necesaria tanto para la mujer adulta embarazada como para la adolescente. Riesgos asociados más comunes. El peso medio de niños recién nacidos con madres adolescentes suele ser significativamente más bajo que en los de la mujer adulta. Asimismo, la tasa de mortalidad de los mismos es mayor. Sin embargo, la media del

peso de los bebés al nacer aumenta a medida que lo hace la edad de la madre. Sus músculos generalmente no están suficientemente desarrollados y, posiblemente, el esqueleto no habrá alcanzado el grado óptimo de mineralización. Ciertas reservas de nutrientes (principalmente de hierro, ácido fólico, vitamina A y B12) de la madre son, además, menores que en la mujer adulta bien alimentada.

Recomendaciones para cuidar la alimentación durante el embarazo

El éxito del embarazo y del parto, está muy relacionado con los cuidados y la alimentación que tenga la madre. Estas recomendaciones nutricionales te pueden ayudar.

- Mantenga una alimentación variada y equilibrada, ella proveerá la energía y nutrientes necesarios para la salud materna y el desarrollo y crecimiento del bebé.
- Incluye en tu menú alimentos de todos los grupos: granos, cereales, tubérculos y plátanos; hortalizas y frutas; leche, carnes y huevos; grasas y aceites y azúcares (azúcar blanca, papelón, miel) este último grupo consúmelo con moderación.
- Procure beber ocho vasos de agua o dos litros al día.
- Tome las comidas principales desayuno, almuerzo y cena, más tres meriendas diarias de frutas (enteras o licuadas) y lácteos (leche o yogurt). Así garantiza la energía y los nutrientes necesarios para el bebé.
- Recuerde que las necesidades de ciertas vitaminas y minerales como ácido fólico, hierro y calcio, se incrementan durante el embarazo. Para cubrirlas, es necesario tomar suplementos en pastillas.
- Evite el consumo de alimentos crudos como huevo, pescados, carnes, etc.
- Elimine productos dañinos, tales como alcohol (cerveza, vino u otra bebida alcohólica), cigarrillo y drogas ilícitas, especialmente perjudiciales para la embarazada y su hijo. El consumo de alcohol, causa retardo del crecimiento, anomalías oculares y articulares, retraso mental, malformaciones y abortos espontáneos.
- Disminuye o elimine el consumo de café durante el embarazo. Los estudios demuestran que la cafeína atraviesa la placenta y puede alterar la frecuencia cardíaca y la respiración del bebé.
- Recuerde lavar muy bien las frutas y vegetales que consume crudos.

- Modere el consumo de sal, recuerde que existen alimentos procesados que tienen sal, como los enlatados, embutidos, salsa, entre otros.
- Practique ejercicio, como caminar y nadar que le ayudan a mantener el peso

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DEL PLAN DE CAPACITACIÓN.

ACTIVIDAD.	TIEMPO DE EJECUCIÓN	RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD.	TIEMPO EN MESES		
			Diciembre	Enero	febrero
Nutrición en embarazadas.	1 Semana	Personal de salud.			
Nutrición primeras semanas.	1 Semana	Personal de salud.			
Proteínas de origen vegetal y animal.	1 Semana	Personal de salud.			
Nutrición y el hierro	1 Semana	Personal de salud.			
Frutas y legumbres.	1 Semana	Personal de salud.			
Monitoreo y evaluación	1 Semana	Personal de salud.			

TEMAS PROPUESTOS.

- Déficit, exceso y complicaciones durante el embarazo.
- Embarazo en adolescente tema de interés en el país.
- Importancia de una alimentación saludable durante el embarazo.
- Incremento de las necesidades de energías y proteínas.
- Nutrientes esenciales en el embarazo.
- Calcio.
- Hierro

CONCLUSIONES

Mediante la recolección de datos a través de las fichas elaboradas basadas en las historias clínicas de las mujeres con, se concluye:

Las pacientes tenían principalmente edades comprendidas entre 13 a 17 años, provenían del sector urbano y un nivel educativo. La mayoría de ellas eran de bajo peso y no presentaba ningún antecedente de riesgo materno, siendo las edades extremas (de 15 a 16 años) el factor de riesgo más frecuente, pero habían acudido a control médico prenatal es menos de 5 ocasiones. Casi todas las pacientes presentaron como síntomas habituales cefalea y epigastralgia. La mayoría de las pacientes no presentó complicaciones maternas, aunque presentan algún grado de anemia; estos datos no fueron incluidos en las tablas y gráficos de los resultados. De acuerdo a todo lo mencionado, se determinó que el parto prematuro tiene una elevada presentación en las mujeres con diagnóstico de algún grado de anemia, y por lo tanto, ambos problemas tienen una comorbilidad muy estrecha; la presentación del parto prematuro como complicación por el peso bajo es alta, y esta relación representa una alta morbilidad especialmente en neonatos a futuro.

RECOMENDACIONES

En base a las conclusiones realizadas se recomienda lo siguiente:

Con el apoyo del Ministerio de Salud Pública realizar programas de capacitación a nivel de centros de salud, por medio de charlas para mejorar la nutrición, para que las mujeres en periodo de gestación, se instruyan sobre la prevención de las complicaciones futuras del embarazo y parto, dando además información sobre la anemia. Asimismo, socializar con el equipo médico sobre el manejo de la consulta a mujeres adolescentes con embarazo, para mejorar la atención de las madres con factores de riesgo.

A las autoridades del Centro de salud Rocafuerte, procurar que el personal a cargo de la atención y control de las mujeres embarazadas sea el adecuado, lo cual se puede mejorar con la inclusión de capacitaciones internas sobre el tema, lo que favorecerá a un mejor desempeño en la atención primaria y mayor confiabilidad por parte de las usuarias.

A las mujeres embarazadas con o sin factores de riesgo como preeclampsia, acudir a todos sus controles prenatales y solicitar al médico tratante que las asesore para establecer el mejor momento para concebir; y de acuerdo a esto, elegir el método anticonceptivo más recomendable según su situación, con el fin de evitar embarazos no deseados y evitar complicaciones durante un probable embarazo; además, pedir al personal a cargo que se les realice una completa evaluación de los signos vitales y medidas antropométricas siempre que acudan a la consulta externa.

BIBLIOGRAFÍA

- Aksornphusitaphong, A., & Phupong, V. (2013). Risk factors of early and late onset pre-eclampsia. *The Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, 39(3), 627-631.
- Alijahan, R., Hazrati, S., Mirzarahimi, M., Pourfarzi, F., & Ahmadi Hadi, P. (2014). Prevalence and risk factors associated with preterm birth in Ardabil, Iran. *Iranian Journal of Reproductive Medicine*, 12(1), 47–56.
- Ananth, C. V., Keyes, K. M., & Wapner, R. J. (2013). Pre-eclampsia rates in the United States, 1980-2010: Age-period-cohort analysis. *BMJ*, 347, f6564.
- Arboix, M. (2012, mayo 11). *www.consumer.es*. Retrieved from <http://www.consumer.es/web/es/bebe/embarazo/segundo-trimestre/2012/05/11/209002.php>
- Bartsch, E., Medcalf, K. E., Park, A. L., & Ray, J. G. (2016). Clinical risk factors for pre-eclampsia determined in early pregnancy: Systematic review and meta-analysis of large cohort studies. *BMJ*, 353, i1753.
- Bilano, V. L., Ota, E., Ganchimeg, T., & Mori, R. &. (2014). Risk factors of pre-eclampsia/eclampsia and its adverse outcomes in low- and middle-income countries: A WHO secondary analysis. *PLoS ONE*, 9(3), e91198.

- Caraballo, A. (2015, sep 23). *www.guiainfantil.com*. Retrieved from <http://www.guiainfantil.com/articulos/embarazo/embarazo-adolescente-riesgos-y-consecuencias/>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2015). *Preterm Birth*. Retrieved from <http://www.cdc.gov/reproductivehealth/maternalinfanthealth/pretermbirth.htm>
- Cluet de Rodríguez, I., Rossell-Pineda, M. d., Álvarez de Acosta, T., & Rojas Quintero, L. (2013). Factores de riesgo asociados a la prematuridad en recién nacidos de madres adolescentes. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*, 73(3), 157-170.
- Cnattingius, S., Villamor, E., Johansson, S., Edstedt Bonamy, A. K., Persson, M., Wikström, A. K., & Granath, F. (2013). Maternal obesity and risk of preterm delivery. *The Journal of the American Medical Association (JAMA)*, 309(22), 2362-2370.
- Dennis, A. T. (2012). Management of pre-eclampsia: issues for anaesthetists. *Anaesthesia*, 67(9), 1009-1020.
- Díaz, D. A. (2012). RIESGOS OBSTETRICOS EN EL EMBARAZO ADOLESCENTE. *revista chilena obstetrica y ginecologica.*, 481-487.
- Ecuador, Ministerio de Salud Pública y Dirección Nacional de Normatización. (2013). *Trastornos hipertensivos del embarazo. Guía de práctica clínica*. Quito: Editogran.
- English, F. A., Kenny, L. C., & McCarthy, F. P. (2015). Risk factors and effective management of preeclampsia. *Integrated Blood Pressure Control*, 8, 7-12.

- Erez, O., Novack, L., Klaitman, V., Erez-Weiss, I., Beer-Weisel, R., Dukler, D., & Moshe, M. (2012). Early preterm delivery due to placenta previa is an independent risk factor for a subsequent spontaneous preterm birth. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 12, 82.
- Evance, H. (2016, nov sf). www.tuotromedico.com. Retrieved from http://www.tuotromedico.com/temas/embarazo_adolescencia.htm
- FAO. (2015, DIC 17). www.fao.org/. Retrieved from <http://www.fao.org/docrep/006/w0073s/w0073s0a.htm>
- Flood-Nichols, S. K., Kazanjian, A. A., Tinnemore, D., Gafken, P. R., Ogata, Y., Napolitano, P. G., . . . Ippolito, D. L. (2014). Aberrant glycosylation of plasma proteins in severe preeclampsia promotes monocyte adhesion. *Reproductive Sciences*, 21(2), 204-214.
- Genest, D. S., Falcao, S., Gutkowska, J., & Lavoie, J. L. (2012). Impact of exercise training on preeclampsia: Potential preventive mechanisms. *Hypertension*, 60(5), 1104-1109.
- Giurgescu, C., Sanguanklin, N., Engeland, C. G., White-Traut, R. C., Chang Park, F., PhD, M. H., & Witek Janusek, L. (2015). Relationships among psychosocial factors, biomarkers, preeclampsia, and preterm birth in African American women: A pilot. *Applied Nursing Research*, 28(1), e1–e6.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, M. d. (2014). *Metodología de la investigación* (Sexta ed.). México D. F.: McGraw-Hill Interamericana Editores.
- Issler, D. J. (2014). <http://med.unne.edu.ar>. *Revista del posgrado de la catedra.*, 23-24. Retrieved from http://med.unne.edu.ar/revista/revista107/emb_adolescencia.html

- Jeyabalan, A. (2013). Epidemiology of nutrition: Impact of obesity. *Nutrition Reviews*, 71(1), S18–S25.
- Kajeepeta, S., Sanchez, S. E., Gelaye, B., Qiu, C., Barrios, Y. V., Enquobahrie, D. A., & Williams, M. A. (2014). Sleep duration, vital exhaustion, and odds of spontaneous preterm birth: A case–control study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14, 337.
- Kaplan, D. S. (2015, agosto 12). *lang.meuhedet.co.il*. Retrieved from <http://lang.meuhedet.co.il/es/art%C3%ADculos-destacados/gu%C3%ADa-completa-de-nutrici%C3%B3n-para-mujeres-embarazadas.aspx>
- Kemp, M. W. (2014). Preterm birth, intrauterine infection, and fetal inflammation. *Frontiers in Immunology*, 5, 574.
- Kiondo, P., Tumwesigye, N. M., Wandabwa, J., Wamuyu-Maina, G., Bimenya, G. S., & Okong, P. (2014). Adverse neonatal outcomes in women with pre-eclampsia in Mulago Hospital, Kampala, Uganda: A cross-sectional study. *The Pan African Medical Journal*, 17(1), 7.
- Lim, K. H. (2016). *Preeclampsia*.
- Lisonkova, S., & Joseph, K. S. (2013). Incidence of preeclampsia: risk factors and outcomes associated with early- versus late-onset disease. *American Journal of Obstetrics Gynecology*, 209(6), 544.e1–544.e12.
- Ministerio de Salud Pública y Dirección Nacional de Normatización. (2015). *Recién nacido prematuro. Guía de Práctica Clínica*. Quito: El Telégrafo.
- Organización Mundial de Salud. (2015). Mortalidad materna.

- Pennington, K. A., Schlitt, J. M., Jackson, D. L., Schulz, L. C., & Schust, D. J. (2012). Preeclampsia: Multiple approaches for a multifactorial disease. *Disease Models & Mechanisms*, 5(1), 9–18.
- Rao, C. R., De Ruiter, L. E., Bhat, P., Kamath, V., Kamath, A., & Bhat, V. (2014). A Case-Control Study on Risk Factors for Preterm Deliveries in a Secondary Care Hospital, Southern India. *ISRN Obstetrics and Gynecology*, 935982.
- Reyes, L. M., García, R. G., Ruiz, S. L., Camacho, P. A., Ospina, M. B., Aroca, G., . . . López-Jaramillo, P. (2012). Risk Factors for Preeclampsia in Women from Colombia: A Case-Control Study. *PLoS ONE*, 7(7), e41622.
- Rubens, C. E., Sadovsky, Y., Muglia, L., Gravett, M. G., Lackritz, E., & Gravett, C. (2014). Prevention of preterm birth: Harnessing science to address the global epidemic. *Science Translational Medicine*, 6(262), 262sr5.
- Sabino, C. (2012). La investigación científica. In F. G. Arias, *El proyecto de investigación: introducción a la metodología científica* (Sexta ed., pp. 21-36). Caracas, Venezuela: Episteme.
- Sanhueza, P. (2013). ESTUDIO COMPARATIVO DE RESULTADOS OBSTETRICOS. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 47-49.
- Shamsi, U., Saleem, S., & Nishter, N. (2013). Epidemiology and risk factors of preeclampsia; Sciences, an overview of observational studies. *Al Ameen Journal of Medical*, 6(4), 292-300.

Singh, J., Kaur, M., Kulshrestha, A., & Singh Bajwa, S. J. (2014). Recent advances in pre-eclampsia management: An anesthesiologist's perspective! *Anaesthesia, Pain & Intensive Care*.

Ulanowicz, M. G. (2013). med.unne.edu.ar. *registro de posgrado de la guia practica de medicina*, 13-17. Retrieved from http://med.unne.edu.ar/revista/revista153/4_153.htm

Vakilian, K., Ranjbaran, M., Khorsandi, M., Sharafkhani, N., & Khodadost, M. (2015). Prevalence of preterm labor in Iran: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Reproductive Biomedicine*, 13(12), 743–748.

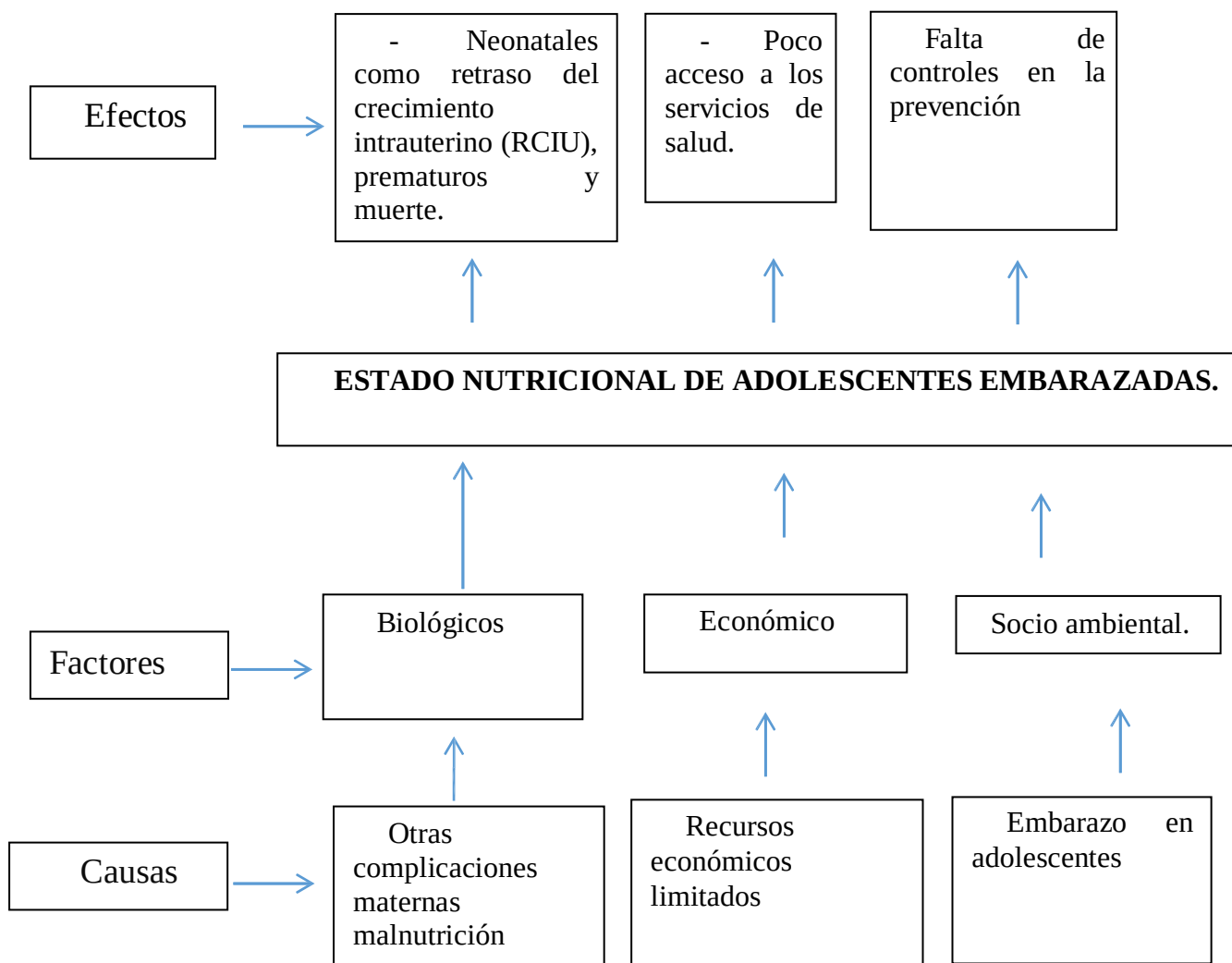
Venemedia. (2014, oct 14). www.coceptodefinicion.ed. Retrieved from <http://conceptodefinicion.ed/metodocuantitativo>

ANEXOS

ANEXO # 1

ÁRBOL DEL PROBLEMA

ÁRBOL DE PROBLEMA



ANEXO 2

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

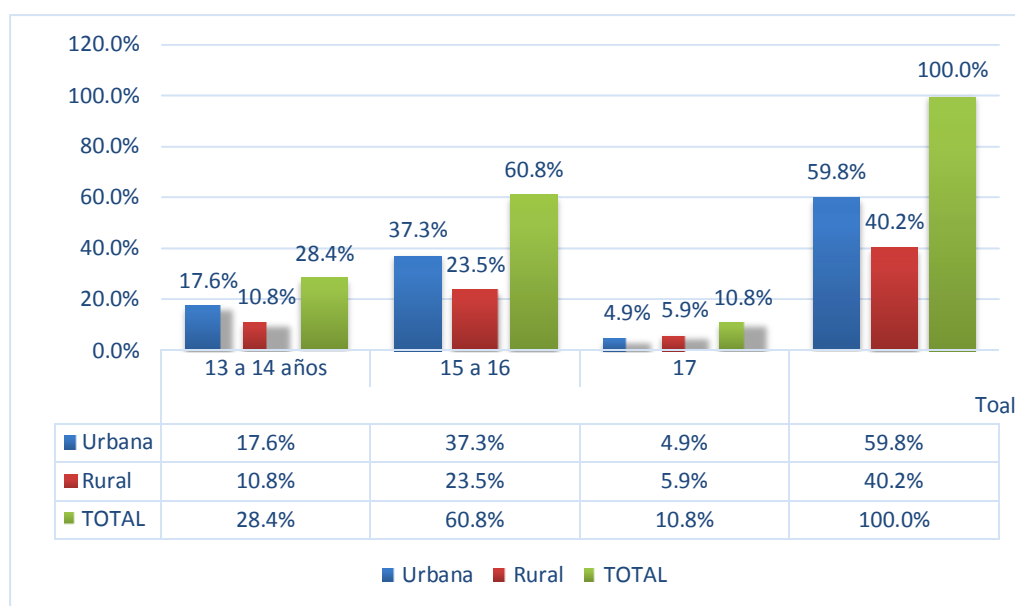
Descripción	Definición	Discusión	Indicadores	Instrumentos	Escala
Edad	Tiempo que una persona ha vivido a partir del nacimiento	Grupos etarios	Número de personas por años cumplidos	Hoja de recolección de datos	Proporción
Procedencia	Sitio donde vive	Lugar donde vive cada persona	Número de personas por el lugar	Hoja de recolección de datos	Proporción
Escolaridad	Años de estudios	Nivel educativo de una persona	Número de personas por cada nivel de estudios o educación no formal	Hoja de recolección de datos	Proporción
Gestas	Cantidad de embarazos	Antecedentes maternos	Número de embarazos por cada paciente	Hoja de recolección de datos	Proporción
Edad gestacional	Tiempo de embarazo desde la fecundación	Antecedentes maternos	Número de semanas de gestación de cada paciente	Hoja de recolección de datos	Proporción
Factores de Riesgo maternos	Características presentes en una persona que puede producir una enfermedad o complicación	Antecedentes maternos	Número de pacientes con factores de riesgo y porcentaje de cada uno	Hoja de recolección de datos	Proporción
Control prenatal	Evaluación periódica de la embarazada	Antecedentes maternos	Número de controles prenatales de cada pacientes	Hoja de recolección de datos	Proporción
Parto prematuro	Terminación del embarazo antes de las 37 semanas	Complicación de la	Porcentaje según la presentación de parto prematuro	Hoja de recolección de datos	Proporción

ANEXO # 4

GRÁFICOS DE LA INVESTIGACIÓN

GRAFICO # 1

**ADOLESCENTES EMBARAZADAS SEGÚN AREA DE PROCEDENCIA
ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD ROCAFUERTE DURANTE ENERO-
AGOSTO 2016**

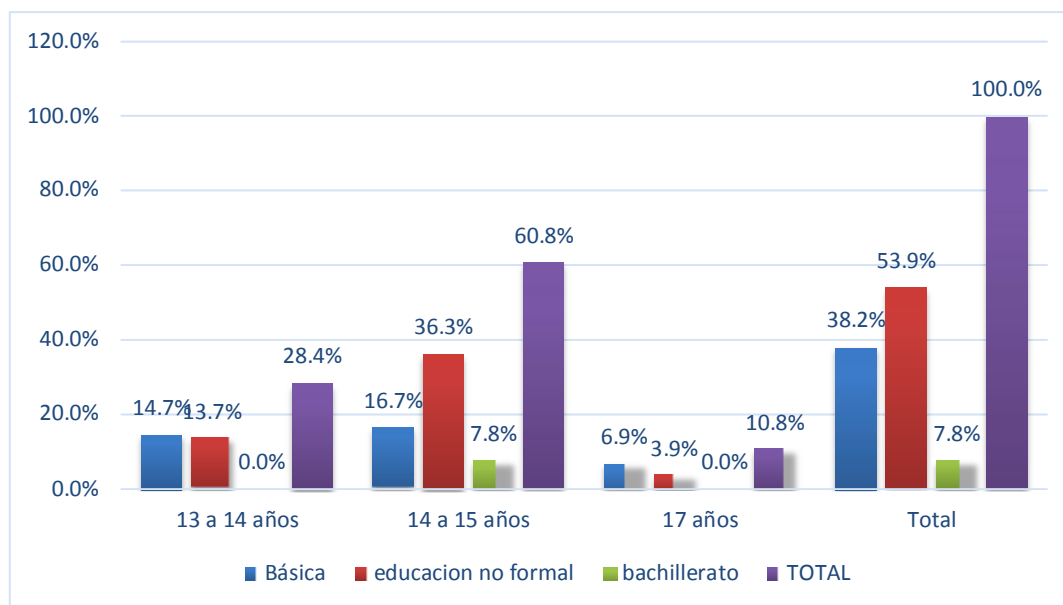


ELABORADO POR: Autora de la Investigación. Obstetriz. Laura Lomas.

FUENTE: Historias clínicas de las pacientes adolescentes embarazadas del Centro de Salud Rocafuerte.

Grafico # 2

**ADOLESCENTES EMBARAZADAS SEGÚN EDAD E INSTRUCCIÓN EDUCATIVA
ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD ROCAFUERTE DURANTE ENERO-
JULIO 2016**

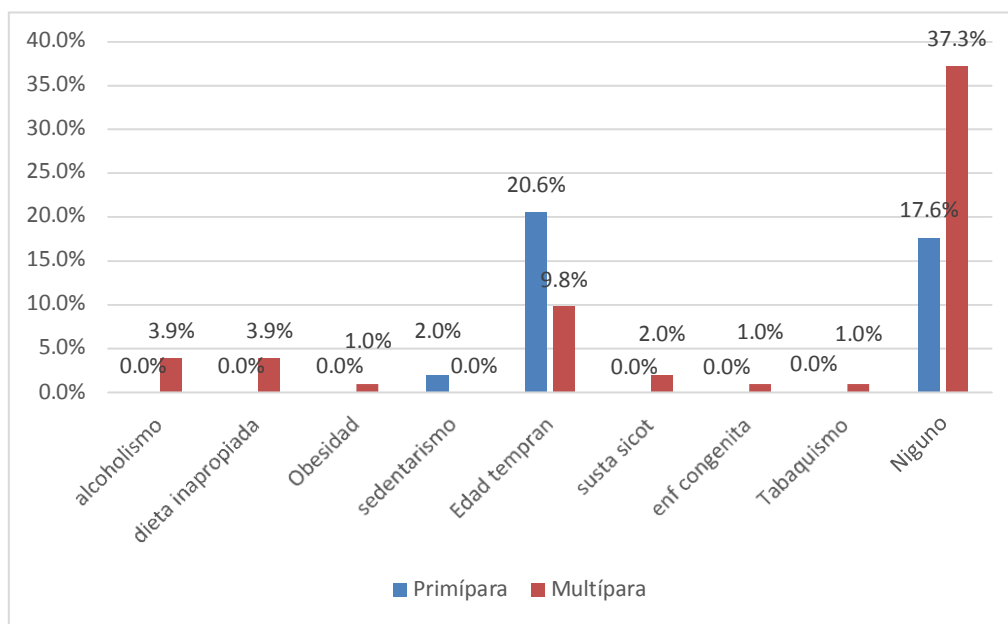


ELABORADO POR: Autora de la Investigación. Obstetriz. Laura Lomas.

FUENTE: Historias clínicas de las pacientes adolescentes embarazadas del Centro de Salud Rocafuerte.

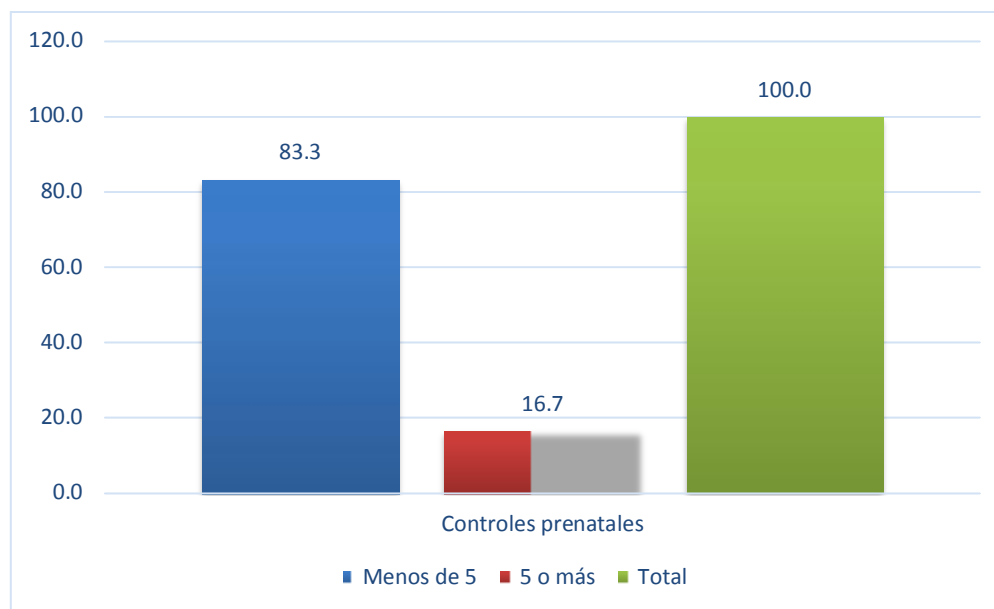
GRAFICO 3

ADOLESCENTES EMBARAZADAS SEGÚN FACTORES DE RIESGO QUE PRESENTAN, ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD ROCAFUERTE DURANTE ENERO-JULIO 2016



ELABORADO POR: Autora de la Investigación. Obstetriz. Laura Lomas.

FUENTE: Historias clínicas de las pacientes adolescentes embarazadas del Centro de Salud Rocafuerte.

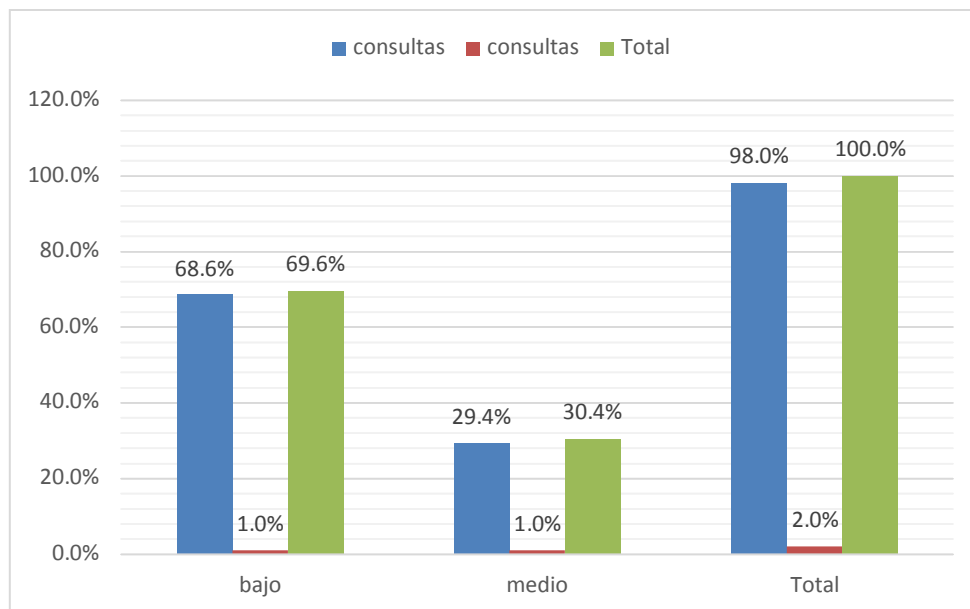
GRAFICO # 4**ADOLESCENTES EMBARAZADAS SEGÚN NUMERO DE CONTROLES
PRENATALES REALIZADOS, ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD
ROCAFUERTE DURANTE ENERO-JULIO 2016**

ELABORADO POR: Autora de la Investigación. Obstetriz. Laura Lomas.

FUENTE: Historias clínicas de las pacientes adolescentes embarazadas del Centro de Salud Rocafuerte.

GRAFICO # 5

ADOLESCENTES EMBARAZADAS SEGÚN SINTOMATOLOGIA DE CEFALEA Y EPIGASTRALGIA POR ANSIEDAD Y DEPRESION, ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD ROCAFUERTE DURANTE ENERO-JULIO 2016

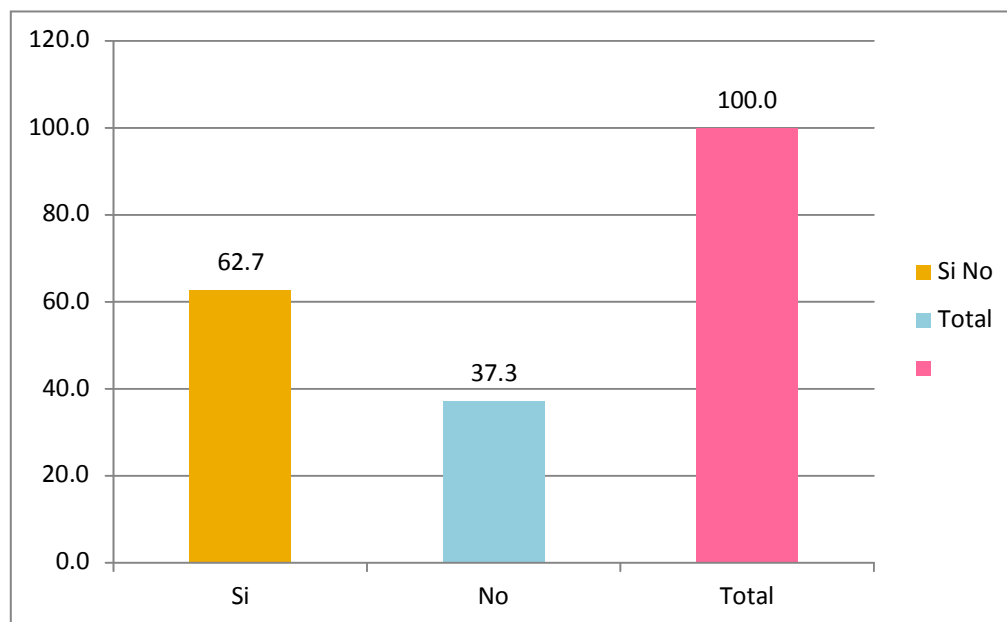


ELABORADO POR: Autora de la Investigación. Obstetriz. Laura Lomas.

FUENTE: Historias clínicas de las pacientes adolescentes embarazadas del Centro de Salud Rocafuerte.

GRAFICO # 6

**ADOLESCENTES EMBARAZADAS CON BAJO QUE TERMINARON EN PARTO
PREMATURO, ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD ROCAFUERTE DURANTE
ENERO-JULIO 2016**



ELABORADO POR: Autora de la Investigación. Obstetriz. Laura Lomas.

FUENTE: Historias clínicas de las pacientes adolescentes embarazadas del Centro de Salud Rocafuerte.

[illegible]



Plagiarism Checker X Originality Report

Similarity Found: 2%

Date: viernes, noviembre 18, 2016

Statistics: 3 words Plagiarized / 143 Total words

Remarks: Low Plagiarism Detected - Your Document needs Optional Improvement.

Resumen. El período nutricional en jóvenes embarazadas de enero- agosto 2016. Objetivo. Determinar las condiciones nutricionales en las jóvenes embarazadas consultadas en el Dispensario de salud Rocafuerte. Para aquello se utilizó un artículo de enfoque cuantitativo y Bosquejo no empírico, tipo transversal, correlacional y retrospectivo, realizando la observación de narras hospitales y cosecha de reseñas mediante fichas. Resultados.

Se observaron 102 pacientes con edades comprendidas entre veinte a trece a 17 a 19 años (60,8%), que provenían del sector urbano (59,85), con nivel educativo no formal (53,9%); eran bajo peso (59,8%) y no presentaba ningún antecedente de riesgo materno anemia (54,9%), con deficiente control prenatal (83,3%); En las consultas (98,0%) y nivel bajo (69,6%); y, que terminaron su gestación en parto prematuro (62,7%).

Teniendo como principales conclusiones que preexiste una estrecha relación causal entre los problemas provisionales y parto prematuro, la cual aumenta en mujeres

INTERNET SOURCES:

0% - Empty

2% - <https://www.scribd.com/document/32288126>



Sra. Dra.
Vania Saltos Pico
DIRECTORA CENTRO DE SALUD ROCAFUERTE
Ciudad

De mis consideraciones:

Por medio de la presente solicito a usted de la manera mas comedida se me permita realizar el estudio de las Embarazadas Adolescentes atendidas en el Centro de Salud que usted dirige, ya que me encuentro realizando la tesis "ESTADO NUTRICIONAL EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS DEL CENTRO DE SALUD ROCAFUERTE EN EL PERIODO ENERO A AGOSTO DE 2016. PLAN DE MEJORAMIENTO DIETETICO.

Por la atención brindada a la presente y esperando una respuesta postiva a mi solicitud, quedo de antemano muy agradecida.

Atentamente


Obst. Laura Lomas Constante
CI:0912159316

