RESUMEN

Objetivos. Implementar una estrategia educativa para elevar el nivel de conocimiento en las adolescentes embarazadas sobre los riesgos y complicaciones que trae consigo el embarazo a esta edad.

Material y Métodos.- Es un estudio descriptivo, que valoró la eficacia de una intervención educativa sobre los conocimientos en riesgos y complicaciones durante el embarazo en adolescentes. El universo estuvo constituido por la totalidad de embarazadas adolescentes que asistan a consulta externa prenatal del Hospital "Vicente Corral Moscoso".

En el presente estudio se tomó como muestra a adolescentes embarazadas que asistan a la consulta externa prenatal del Hospital "Vicente Corral Moscoso" en los meses de Febrero, Marzo y Abril del 2011 en los turnos de la mañana y tarde.

Resultado. El 44.86% son madres solteras, seguido de un 34.05% que son de unión libre y son adolescentes tardía y el 56.76 % tienen un nivel secundaria incompleta, el35, 14% en edad tardía consumen alcohol, el 24. 86% presentan complicaciones como es el movimientos fetales, el 17,84% tienen flujo vaginal, 14,59% tienen hipertensión, el 5,41% tienen hemorragia vaginal todas las adolescentes que tienen este tipo de complicaciones se encuentran en una edad tardía de 17 a 19 años, el 1,62% terminan en cesárea y a su vez el 14,59% desarrollan hipertensión arterial.

Conclusiones. Las adolescentes embarazadas entre 17- 19 años de edad tienen déficit de conocimientos en riesgos y complicaciones que tae el embarazo, por lo que es de gran interés social que se inicie con una campaña de educación sexual a temprana edad, para que las adolescentes tomen conciencia del riesgo que implica el inicio de la vida sexual a temprana edad.

DeCS: EMBARAZO EN ADOLESCENCIA-ESTADÍSTICA Y DATOS NUMÉRICOS; FACTORES DE RIESGO; COMPLICACIONES DEL EMBARAZO-EPIDEMIOLOGÍA; HOSPITAL REGIONAL VICENTE CORRAL MOSCOSO; CUENCA-ECUADOR.

ABSTRACT

Objectives. To implement an educative strategy to elevate the level of knowledge in the adolescents embarrassed on the risks and complications that the pregnancy to this age brings with himself.

Material and Methods. - It is a descriptive study, that valued the effectiveness of an educative intervention on the knowledge in risks and complications during the pregnancy in adolescents. The universe was constituted by the totality of adolescent pregnant women who attend prenatal external consultation of the Hospital “Vicente Corral Moscoso”.

In the present study it was taken as it shows pregnant adolescents who attend the prenatal external consultation of the Hospital “Vicente Corral Moscoso” in the months of February, March and April of the 2011 in the turns in the morning and behind schedule.

Result. The 44,86% are single woman mothers, followed of 34,05% who are of free union and are adolescent delayed and 56,76% have incomplete a secondary level, el35, 14% in delayed age consume alcohol, 24. 86% present/display complications as it is the fetal movements, 17.84% have vaginal flow, 14.59% have hypertension, 5.41% have vaginal hemorrhage all the adolescents that have this type of complications are in a delayed age of 17 19 years, 1.62% finish in Cesarean and 14.59% develop arterial hypertension as well.

Conclusions. The adolescents embarrassed between 17 - 19 years of age have deficit of knowledge in risks and complications that tae the pregnancy, reason why is of great social interest that begins with a campaign of sexual education to early age, so that the adolescents take brings back to consciousness of the risk that implies the beginning of the sexual life to early age.

DeCS: PREGNANCY IN ADOLESCENCIA-ESTADÍSTICA AND NUMERIC DATA; RISK FACTORS; COMPLICATIONS OF THE EMBARAZO-EPIDEMIOLOGÍA; REGIONAL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO; CUENCA-ECUADOR.

ÍNDICE

RESUMEN 1
ABSTRACT 3
CAPÍTULO I
1 INTRODUCCIÓN 14
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA 18
1.2. JUSTIFICACIÓN 19
CAPÍTULO II
2. MARCO TEÓRICO 21
2.1. Antecedentes 21
2.2 La Adolescencia 21
2.3 Adolescencia Temprana (10 a 13 años) 22
2.4. Adolescencia media (14 a 16 años) 22
2.5. Adolescencia tardía (17 a 19 años) 22
2.6. EMBARAZO EN ADOLESCENTES 23
2.7. RIESGOS Y COMPLICACIONES EN LA ADOLESCENTE EMBARAZADA. 24
2.8. FACTORES DE RIESGO 24
2.9. FACTORES DE RIESGO PARA LA FAMILIA. 27
2.10. ESTRATÉGIA EDUCATIVA PARA PREVENIR LOS RIESGOS Y COMPLICACIONES DURANTE EL EMBARAZO. 28
2.11. RIESGOS Y COMPLICACIONES EN EL EMBARAZO 41
2.12. EDUCACIÓN SOBRE LOS PRINCIPALES RIESGOS Y COMPLICACIONES QUE PUEDE PRESENTAR LA MUJER CUANDO ASISTE A LA CONSULTA PRENATAL. 44
2.13. MARCO REFERENCIAL 63
CAPÍTULO III
3. OBJETIVOS 68
OBJETIVO GENERAL 68
OBJETIVOS ESPECÍFICOS 68

CAPÍTULO IV

4 METODOLOGÍA 69
4.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN: 69
4.2. UNIVERSO Y MUESTRA 69
4.3. TÉCNICA 69
4.4. INSTRUMENTO 70
4.5. FUENTE DE INFORMACIÓN 70
4.6. FUENTE DE INFORMACIÓN 70
4.7. CRITERIOS DE INCLUSIÓN: 71
4.8. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN 71
4.9. ASPECTOS ÉTICOS: 71
4.10. ASOCIACIÓN EMPÍRICA DE VARIABLES 72
4.11. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES 73
4.12. RESULTADOS 78
CONCLUSIONES 106
RECOMENDACIONES 109

CAPÍTULO V

BIBLIOGRAFIA 110
ANEXOS 112

UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ENFERMERÍA

ESTRATEGIA EDUCATIVA SOBRE RIESGOS Y COMPLICACIONES DIRIGIDA PARA ADOLESCENTES EMBARAZADAS ATENDIDAS EN CONSULTA EXTERNA PRENATAL DEL HOSPITAL "VICENTE CORRAL MOSCOSO". CUENCA. 2011

TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

AUTORAS: LAURA BEATRÍZ AYAVACA LUDIZACA
MARÍA MANUELA CAMAS PAUCAR

DIRECTORA: MGS. ADRIANA VERDUGO SÁNCHEZ

ASESORA: LCDA. SORAYA MONTAÑO PERALTA

CUENCA – ECUADOR
2011

DEDICATORIA

A ti Dios que me diste la oportunidad de vivir y de regalarme una familia maravillosa, a mi madre que me dio la vida y ha estado conmigo en todo momento; gracias por todo mamá, por darme una carrera para mi futuro y por creer en mí, aunque hemos pasado momentos difíciles, siempre ha estado apoyándome y brindándome todo su amor, por todo esto le agradezco de todo corazón, el que este conmigo a mi lado.

Querida familia les quiero con todo mi corazón, que este trabajo que me llevó todo este tiempo, es para ustedes, todo lo que me brindaron, solamente les estoy devolviendo.

DEDICATORIA

Este trabajo fruto del esfuerzo dedicación y responsabilidad lo dedico a: Dios, a mis padres, esposo e hija, por ser parte fundamental en la realización de este trabajo y por todo el amor, cariño, comprensión y apoyo, pero principalmente por ser mi aspiración en mi vida.

He llegado a culminar mis estudios gracias al cariño, esfuerzo y abnegado que infundieron en mí el don más preciado de la humanidad como es la honorabilidad, constancia, dedicación y naturalmente la responsabilidad, gracias a ello he podido culminar mis anhelos de adquirir una profesión para el futuro de mi vida al servicio de la sociedad.

Manuela Camas Paucar

AGRADECIMIENTO

Quiero expresar mi agradecimiento a mi directora de tesis MGS Adriana Verdugo Sánchez por su generosidad al brindarme la oportunidad de recurrir a su capacidad y experiencia científica en un marco de confianza, afecto y amistad, fundamentales para la concreción de este trabajo.

A los directivos del Hospital “Vicente Corral Moscoso” y al personal del área de Obstetricia y Ginecología de Consulta Externa Prenatal.

A las madres Embarazadas, por su paciencia y disposición para atender a nuestro llamado y formar parte de nuestra investigación.

AGRADECIMIENTO

A Dios creador del universo y dueño de mi vida que me permite construir otros mundos mentales posibles.

A mi Directora de Tesis, Lcda. Adriana Verdugo Sánchez, por su generosidad al brindarme la oportunidad de recurrir a su capacidad y experiencia científica en un marco de confianza, afecto y amistad, fundamentales para la concreción de este trabajo.

A la Lcda. Soraya Montano, por sus valiosas sugerencias y acertados aportes durante el desarrollo de este trabajo.

A mi compañera de tesis Sra. Manuela Camas, por su continuo y afectuoso aliento.

A mi madre Sra. Julia Ludizaca, por brindarme un hogar cálido y enseñarme que la perseverancia y el esfuerzo son el camino para lograr objetivos

A todas las directivas de la Universidad Estatal de Cuenca, por su apoyo y colaboración para la realización de esta investigación.

Al Directorio del Hospital Vicente Corral Moscoso, por el soporte institucional dado para la realización de este trabajo.

A mis amigos, que por medio de las discusiones y preguntas, me hacen crecer en conocimiento.

Y a todas aquellas personas que de una u otra forma, colaboraron o participaron en la realización de esta investigación, hago extensivo mi más sincero agradecimiento.

Laura Ayavaca Ludizaca

RESPONSABILIDAD

Las ideas y comentarios vertidos en el presente en el presente trabajo de investigación es responsabilidad exclusiva de las autoras

.....

Laura Ayavaca Ludizaca

CI: 030158650-9

.....

Manuela Camas Paucar

CI: 030195877-5

CAPÍTULO I

1 INTRODUCCIÓN

La adolescencia es una etapa en la cual ocurren un conjunto de cambios fisiológicos, sociales y emocionales, que pueden provocar complicaciones dependiendo de la edad de la adolescente y del tiempo que ha transcurrido entre su desarrollo y el embarazo.

Cuando la embarazada es mayor de 15 años, tiene el mismo riesgo que una paciente adulta, excepto si están mal alimentadas o si se encuentra en una situación de abandono por parte de su pareja o familia; por otro lado es posible que la adolescente no esté preparada para asumir emocionalmente el compromiso de un bebé y necesite mayor apoyo. En adolescentes menores de 15 años se ha observado mayor riesgo de aborto, parto pre término o parto por cesárea por inmadurez fisiológica.

Como la adolescente se encuentra todavía en un proceso de crecimiento y desarrollo, la pelvis está creciendo, el canal del parto no tiene el tamaño definitivo, por lo que las madres adolescentes presentan desventajas biológicas y tienen más problemas durante el parto. El riesgo de presentar complicaciones está en relación con la edad materna; es mayor en embarazadas menores de 15 años. [1]

Complicaciones Prenatales

- Anemia.
- Hipertensión inducida por el embarazo (Pre eclampsia).
- Enfermedades de transmisión sexual.
- Embarazo pre término.

[1] http://www.embarazada.com/Etapas016B.asp

- Parto prolongado.
- Complicaciones intraparto (Sufrimiento fetal, atonía uterina). Desproporción feto-pélvica.
- Mayor proporción de cesáreas (siendo inversamente proporcional a la edad materna).
- Recién nacido de bajo peso al nacer.
- Complicaciones Neonatales.
- Ictericia neonatal.
- Sepsis.
- Malformaciones congénitas (polidactilia, paladar hendido).
- Síndrome de dificultad respiratoria.
- Prematuridad.

En las embarazadas menores de 15 años el embarazo es de alto riesgo obstétrico. Este se relaciona con la pobreza, mala alimentación y mala salud antes del embarazo, con un inadecuado control prenatal.[2]

El Ministerio de Salud Pública y el Encuentro Demográfico de Salud Materna e Infantil (Endemain) mencionan estadísticas alarmantes: la edad promedio de inicio de la vida sexual en la mujer es de 14 años y, en el hombre, de 15 años; ocho de cada 10 embarazos adolescentes no son deseados; siete de cada 10 chicas apenas terminan el sexto grado y ocho de cada 10 menores no retoman sus estudios después de haber tenido a su bebé.

La desinformación es la principal causa por la que los jóvenes adquieren la paternidad temprana. Por ejemplo, el 25% de los partos atendidos en la Maternidad Isidro Ayora en Quito son de parejas de entre 14 y 19 años, quienes señalaron no haberse informado sobre métodos anticonceptivos; las condiciones de dar a luz tampoco son las mejores.

[2] http://html.rincondelvago.com/embarazo-en-la-adolescencia.html

En el Ecuador, existe el 30% de riesgo de muerte en madres adolescentes, porque no existen políticas que las respalden y les ofrezcan orientación médica y psicológica. [3]

Las sociedades de América Latina, contemplan varias leyes de sexualidad y desarrollo humano. Sin embargo, la población está desinformada. Marielena Álvarez, médica general, representante del Fondo de Población de las Naciones Unidas, propone tratar el tema de la sexualidad a partir de algunas cláusulas que constan en la Constitución: "Los chicos no solo tienen derecho a la vida, a la seguridad, libertad de expresión y elección, sino también, a la privacidad, la información y a la educación sexual, que también están contemplados en el Código de la Niñez y Adolescencia. Ahora, lo que hace falta es poner en práctica todos estos discursos y hacerlos conocer a los jóvenes y adolescentes".

Para la Doctora Mónica Estévez, pediatra, especializada en Medicina Adolescente, la pubertad es el momento en la que los chicos empiezan a asumir retos con ellos y con la sociedad. Por ello, cuando inician su etapa sexual, están llenos de información que viene desde los padres, educadores y amigos, quienes, de manera directa, interfieren en su desarrollo individual, según la especialista, existen varios factores que el adolescente debe tomar en cuenta antes de tener relaciones sexuales. Por ejemplo: “Un embarazo altera su proyecto de vida, rompe el equilibrio familiar y se desarrolla apresuradamente”.

En la sociedad, se tiende a la estigmatización de las adolescentes embarazadas por prejuicios, es decir, generan en ellas sentimientos de culpa y malestar. Los expertos sugieren trabajar en tres aspectos que puedan detener la práctica de relaciones irresponsables a esta edad: la promoción de la información clara y educativa, las formas de prevención a través de

[3]Ministerio de Salud Publica del Ecuador. Disponible en: http://www.ministeriodesaludpública_embarazo.gov

anticonceptivos seguros y métodos de planificación familiar y la comunicación como elemento indispensable en el proceso de crecimiento de los adolescentes.

Otro aspecto preocupante que señala la Dra. Estévez es que "la maternidad temprana genera inseguridad y falsas condiciones de crecimiento individual e incrementa los roles que un adolescente no está preparado para cumplir".

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La adolescencia es una de las etapas más hermosas de la vida, en la cual se deja de ser niño/a para convertirse en adulto/a, en el niño/a se presentan una serie de cambios anatomofisiológicos y psicosociales que regirán la vida adulta, estos cambios que se suceden afectan la esfera social, cultural, psicológica, anatómica y fisiológica del ser humano.

Se trata de un momento en la vida en que se pone de manifiesto, a veces, en forma muy notable, la importancia de los factores sociales y biológicos; en esta etapa aparecen intereses sociales y florecen sentimientos nunca antes experimentados, lo que junto a los cambios fisiológicos hacen evidentes una transformación significativa del ser humano.

Las estadísticas nos reportan que más del 10% de los nacimientos que se registran anualmente en el mundo se producen en madres adolescentes.

Cada año nacen 15 millones de hijos de madres adolescentes. Cada día 41095, cada hora 1712. En el área de consulta externa del Hospital "Vicente Corral Moscoso", hemos observado que en el año 2010 se han presentado 973 adolescentes embarazadas.[4]

Por lo anteriormente expuesto, consideramos que se debe actuar oportunamente, lo cual traerá un beneficio desde el punto de vista social, cultural, económico y familiar, porque el conocer riesgos y complicaciones psicosociales en la madre adolescente y su hijo, se constituye en la base para la generación de estrategias para contrarrestar los efectos y minimizar los problemas inherentes a este grupo poblacional.

[4] Estadísticas del Hospital Vicente Corral Moscoso

1.2. JUSTIFICACIÓN

El embarazo en adolescentes 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 por el inicio precoz de la actividad sexual.

Actualmente, 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, produciéndose con mayor frecuencia en sectores socioeconómicos empobrecidos, aunque se presenta en todos los estratos económicos de la sociedad.

En países menos desarrollados, la proporción de embarazos adolescentes es de aproximadamente 15,2% y del 25% de embarazos en algunos países africanos. De los 13 millones de partos registrados anualmente en América Latina y el Caribe, dos millones corresponden a adolescentes, es decir el 15% del total pertenece al Salvador, con 138 por 1000 adolescentes embarazadas.[5]

Estados Unidos como país industrializado, es el que mayor tasa de embarazos en adolescentes tiene, presenta anualmente cerca de un millón, lo que constituye un 12,8% del total de embarazos. En el Noreste Brasileño, el 17 % de las adolescentes ha dado a luz alguna vez; en Bolivia, el 14% de las adolescentes ya son madres o están gestando por primera vez.

En el Ecuador, el 20 %de las adolescentes han tenido por lo menos un embarazo; en el Perú, un tercio de las mujeres adolescentes hospitalizadas por complicaciones del embarazo y aborto tienen entre 15 y 25 años; en Argentina, más de un tercio de las muertes maternas entre las adolescentes

[5] Organización Panamericana de Salud, lineamiento y directrices de enfermería. Disponible en: http//www.ops.salud_enfermeria/latinoamericayelcaribe.

son resultado directo de un aborto inseguro; en Chile la tasa de fecundidad específica es de 67,3 nacimientos por 1.000 mujeres de 15 a 19 años, con una proporción del 15% de nacimientos de madres de este grupo etario.

Los padres de estos niños son también jóvenes, un 80 a 90% entre los15 y 24 años. Así en los últimos años, nacen aproximadamente 40.000 hijos de madres de 10 a 19 años, la gran mayoría tiene entre 15 y 19 años. Silber (1992), refiere que cada año 3.312.000 adolescentes latinoamericanas llevarán a término su embarazo. Se ignora el número de abortos.

El costo en términos de morbimortalidad materno infantil y el impacto psicosocial del embarazo es importante, si se considera que es un fenómeno previsible. Sin embargo, en la adolescencia se relaciona a factores que incluyen nivel socioeconómico bajo, inestabilidad familiar, iniciación de la actividad sexual a muy temprana edad por falta de conocimientos en educación sexual.

En el Ecuador cerca de 12.300 adolescentes de 12 a 17 años de edad tuvieron hijos. Anualmente, el 7% de los partos ocurridos en el país fue de madres menores de 18 años. Los partos de adolescentes son más frecuentes en la Costa y la Amazonia que en la Sierra. En el Hospital Isidro Ayora de la Ciudad de Quito en el año de 2001 se atendió un promedio de 19,5% de embarazos en adolescentes.

Como profesionales de enfermería, consideramos estos factores de riesgo y las complicaciones a las que se encuentran expuestas las adolescentes embarazadas, por lo que, la presente investigación nos permitió identificar los factores de riesgo y las complicaciones de adolescentes gestantes que acudían a consulta externa del Hospital “Vicente Corral Moscoso

CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

La adolescencia es la etapa de transición durante la cual el niño se transforma en adulto. En términos generales se puede marcar entre los 10 y 20 años de edad. La adolescencia, es un fenómeno psico social, es el periodo de transición entre la dependencia de niño y la independencia del adulto, en el curso del cual el ser humano adquiere funciones de miembros activos de la sociedad.

2.2 La Adolescencia

La adolescencia, es un periodo en el desarrollo biológico, psicológico, sexual y social inmediatamente posterior a la niñez y que comienza con la pubertad. Su rango de duración varía según las diferentes fuentes y posiciones médicas, científicas y psicológicas pero generalmente se enmarca entre los 11 o 12 años y los 19 o 20.

Para la Organización Mundial de la Salud, la adolescencia es el período comprendido entre los 10 y 19 años y está comprendida dentro del período de la juventud -entre los 10 y los 24 años-. La pubertad o adolescencia inicial es la primera fase, comienza normalmente a los 10 años en las niñas y a los 11 en los niños y llega hasta los 14-15 años. La adolescencia media y tardía se extiende, hasta los 19 años. A la adolescencia le sigue la juventud plena, desde los 20 a años 24 años.[6]

Algunos psicólogos consideran que la adolescencia abarca hasta los 21 años e incluso algunos autores han extendido en estudios recientes la adolescencia a los 25 años

[6] Organización Mundial de la Salud. Enfermeria y salud de la comunidad. Disponible en: http//www.oms.org/salud_enfermeria_estadísticas.pdf.

2.3 Adolescencia Temprana (10 a 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 por su apariencia física.

2.4. Adolescencia media (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.

2.5. Adolescencia tardía (17 a 19 años)

Casi no se presentan cambios físicos y aceptan su imagen corporal; se acercan nuevamente a sus padres y sus valores presentan una perspectiva más adulta; adquieren mayor importancia las relaciones íntimas y el grupo

de pares va perdiendo jerarquía; desarrollan su propio sistema de valores con metas vocacionales reales.

Es importante conocer las características de estas etapas de la adolescencia, por las que todos pasan con sus variaciones individuales y culturales, para interpretar actitudes y comprender a los adolescentes especialmente durante un embarazo sabiendo que: "una adolescente que se embaraza se comportará como corresponde al momento de la vida que está transitando, sin madurar a etapas posteriores por el simple hecho de estar embarazada; son adolescentes embarazadas y no embarazadas muy jóvenes".[7]

2.6. EMBARAZO EN ADOLESCENTES

Embarazo adolescente o **embarazo precoz** es aquel que se produce en una mujer adolescente: entre la adolescencia inicial o pubertad –comienzo de la edad fértil– y el final de la adolescencia. La OMS establece la adolescencia entre los 10 y los 19 años. La mayoría de los embarazos en adolescentes son considerados como embarazos no deseados, provocados por la práctica de relaciones sexuales sin métodos anticonceptivos. En general el término también se refiere a las mujeres embarazadas que no han alcanzado la mayoría de edad jurídica, variable según los distintos países del mundo, así como a las mujeres adolescentes que están en situación de dependencia de la familia de origen.

El embarazo en edades cada vez más temprana se está convirtiendo en un problema social y de salud pública de alcance mundial. Afecta a todos los estratos sociales, pero predomina, en parte, debido a la falta de educación sexual, y al desconocimiento de los métodos de control de natalidad.

El embarazo en la adolescente es una preocupación de estos tiempos, por su gran incidencia en el grupo de edad comprendido entre 10 y 19 años,

[7] http://www.embarazada.com/Etapas016B.asp

fundamentalmente a partir de los 15 años, a ellos se asocia el incremento de las tasas de abortos en menores de 20 años, quienes han estado influenciadas por diversas causas que se asocian a una deficiente educación sexual, tanto en el hogar como en las instituciones de salud.

Algunos autores plantean que hay un incremento del 10% anual de mujeres con relaciones sexuales a partir de los 12 años hasta los 19 años, el 25% de las adolescentes se embarazan, el 60% de estos ocurren dentro de los 6 meses iníciales de las primeras relaciones sexuales las adolescentes viven en un contexto de erotismo, desinformación y presiones. Hacer el amor no siempre responde a sus verdaderos deseos, pero los varones exigen la "prueba del amor" [8]

2.7. RIESGOS Y COMPLICACIONES EN LA ADOLESCENTE EMBARAZADA.

- **COMPLICACIONES EN LA ADOLESCENTE EMBARAZADA**

Riesgo Perinatal: Es la amenaza de lesión o muerte a que está expuesto, desde a la 28ª semana de gestación hasta el 7° día de nacimiento, algunos productos de la concepción en las cuales se presentan determinados factores predisponerte.

Embarazo en riesgo: se define así todo embarazada en que las posibilidades de la muerte, o de supervivencia con secuelas, del producto de la concepción son mayores que los de la población en general.

2.8. FACTORES DE RIESGO

Estos factores de riesgo pueden afectar la vitalidad, el desarrollo y el crecimiento del feto.

[8] Organización Mundial de la Salud. Enfermeria y salud de la comunidad. Disponible en: http//www.oms.org/familiayadolescencia:indicadoresdesalud.pdf.

1 Falta de control prenatal

2 Edad materna y paridad

3 Edad fetal

4 Desnutrición materna

5 Antecedentes de:

- ✓ Muerte fetal
- ✓ Muerte perinatal
- ✓ Bajo peso para la edad gestacional
- ✓ Recién nacido con lesiones
- ✓ Complicaciones obstétricas o medicas
- ✓ Cesárea
- ✓ Isoinmunizaciones

6 Fumadoras de cigarrillo

7 Bajo nivel socioeconómico.

1.- Etapa Emocional: En el primer trimestre predomina la sorpresa, angustia, preocupación pero sobretodo la negación. Paralelamente, algunas molestias físicas pueden interferir en el estado de ánimo.

Suele aparecer temores con respecto a la permanencia de la gestación. Por eso, muchas adolescentes deciden no comunicar su estado.

En el segundo trimestre se recupera el buen estado físico, aparece la ansiedad porque se empieza a sentir vida dentro del organismo de la adolescente, lo cual en muchos caso termina en un stress agotador y un desgaste tanto en la adolescente como en el bebe.

La adolescente se aleja más de la familia, amistades y en ocasiones de la pareja.

En el tercer trimestre se trata de una etapa de muchos cambios: no solo se modifica el cuerpo de la adolescente (por dentro y por fuera), también su sensibilidad. Es frecuente que el estado de ánimo se altere sin mayor razón.

En ocasiones en esta etapa la negación y rechazo a la situación sigue presente y puede incrementa notablemente.

2.- Efectos Sociales.- Por el hecho de tener un hijo durante la adolescencia son negativos para la madre, puesto que el embarazo y la crianza del niño, independientemente del estado marital, interrumpen oportunidades educacionales que se reflejan en el momento de obtener mejores trabajos, salarios más altos, etc.

Tener que asumir la crianza de un niño durante la adolescencia afecta el desarrollo personal de las jóvenes. Cambian totalmente las expectativas y la vida de las adolescentes; ya no podrán seguir compartiendo con su grupo de compañeros y amigos, dejan de crecer con su grupo, con lo cual pierden una importante fuente de satisfacción social y psicológica y un elemento de apoyo afectivo para el logro de confianza en sí misma, de autoestima y de identidad personal.

Generalmente tienen que interrumpir sus estudios, lo cual limita sus posibilidades de alcanzar buenos niveles profesionales y laborales. Las madres adolescentes tienen alto riesgo de sufrir desventajas económicas y sociales, de permanecer en la pobreza, sin completar su escolaridad, de tener matrimonios inestables y problemas en la crianza de los hijos

Hay una pérdida de autonomía que obliga a las jóvenes a buscar la ayuda de los padres cuando ya creían que iniciaban su camino a la independencia.

Esa situación puede prolongarse por muchos años y en algunos casos indefinidamente.

Los matrimonios precoces no representan la alternativa ideal. Las relaciones de pareja generalmente son poco estables y muy conflictivas. Un alto porcentaje de ellos termina en divorcio poco tiempo después. Hay una demora o cese de su desarrollo personal y en el logro de su madurez psicosocial.

Todos esos conflictos y sentimientos de insatisfacción generan gran dificultad en la adolescente para asumir su rol de madre. Son emocionalmente inmaduras y no tienen la paciencia necesaria ni la tolerancia para proveer de todo lo que necesita un niño pequeño.

Puede haber rechazo del bebé o aceptación aparente sin asumir la responsabilidad completa.

En conclusión se trata del llamado síndrome del fracaso de la adolescente embarazada como lo denominan los especialistas. [9]

2.9. FACTORES DE RIESGO PARA LA FAMILIA.

Los padres adolescentes que reciben el apoyo de sus padres y continúan viviendo con ellos, pueden hacerse cargo de su hijo con la ayuda de sus familiares, pero se observa un desequilibrio psicológico y económico de la familia protectora

1.- Antecedentes Personales. Los padres adolescentes no se encuentran en condiciones de proveer fuentes emocionales, económicas y educacionales, así como un ambiente social adecuado para su hijo.

También se puede decir que como la situación socioeconómica es poco favorable, la buena salud del niño puede estar en peligro ya que sus padres adolescentes no se encuentran lo suficientemente maduros como para

[9] Psicología de Familia. Disponible en: www.medlineplus.gov.spanish/psicologiaadolescente.com

proveer fuentes emocionales, económicas y educacionales, así como un ambiente social adecuado para su desarrollo optimo. En consecuencia, puede ser que los riesgos sociales y psicológicos negativos del embarazo en adolescentes aún pueden ser mayores que los biológicos.

2.10. ESTRATÉGIA EDUCATIVA PARA PREVENIR LOS RIESGOS Y COMPLICACIONES DURANTE EL EMBARAZO.

INTRODUCCIÓN

Durante el embarazo ocurren cambios fisiológicos y psicológicos que se desarrollan en forma secuencial dependiendo de los meses de gestación.

Ocurren cambios físicos en nuestro cuerpo y en los diferentes sistemas de este, a la vez este se prepara para la lactancia del recién nacido y nuestra dieta alimenticia será enfocada a alimentos nutritivos tanto como para la madre como para el feto.

Dentro de todos los cambios que ocurren en el proceso gestacional, en este informe trataremos los cambios fisiológicos que afectan al sistema respiratorio durante el embarazo y las enfermedades respiratorias más comunes a las que se expone la mujer en su proceso reproductivo.

OBJETIVOS

a) Describir las adaptaciones fisiológicas y físicas que presenta la mujer durante el proceso de gestación.
b) Aplicar los conocimientos teóricos, en la exploración física de la embarazada.
c) Identificar las molestias que con mayor frecuencia afectan el bienestar materno. [10]

[10] http://:www.medliplus.gov.riesgosenbarazoadoles.com

ACTIVIDADES

- Aplicación del Sistema de Enfermería de Apoyo Educacional mediante charlas sobre Modificaciones Fisiogravídicas, cuidados durante la gestación y determinación de riesgos y complicaciones.

Para abordar los riesgos y complicaciones, es necesario que primeramente conozcamos cuales son las modificaciones Fisiogravídicas que se presentan durante la gestación.

MANIFESTACIONES FISIOGRAVÍDICAS QUE SE PRESENTAN DURANTE EL EMBARAZO

Aspectos importantes:

- Afectan a la mayoría de los sistemas, en especial a los órganos de la reproducción
- Se deben a efectos hormonales específicos.
- Son normales, inevitables y temporales

Permiten a la madre:

- Nutrir al feto
- Desarrollar las mamas y almacenar grasa para el final de la gestación y la lactancia

Fuente: Usuaria del Hospital "VCM"
Responsables: Autoras de investigación

MODIFICACIONES GENERALES

Actitud: Lordosis lumbosacra.

Marcha: Lenta, pesada, balanceada**,** al modificar su centro de gravedad, las embarazadas proyectan la cabeza y el tronco hacia atrás aumentando la curvatura de la columna lumbar. Esto produce una forma particular de caminar, conocida como "marcha de pato".

Peso corporal: Aumento normal de 11 kg (valor promedio)

1. Feto, placenta y líquido amniótico
2. Útero y mamas
3. Aumento del líquido extracelular
   - ✓ Retención de agua durante la gestación
   - ✓ Representa más de la mitad del incremento de peso corporal.
   - ✓ Alteración del umbral para la sed y la secreción vasopresina
   - ✓ Promedio de 6,5 litro
4. Feto, placenta, liquido, útero, mamas.

Temperatura basal: Aumenta.

Sangre: Hemodilución, hematocrito baja a 35%, hb: 11,5 a 12 g/l.

Piel: Cloasma, estrías, línea parda, aréolas,
Cambios en las mamas hiperhidrosis, hipertricosis, edemas, mayor secreción sebácea.

MODIFICACIONES DEL APARATO DIGESTIVO

- Polifagia, polidipsia, anorexia transitoria.

- Sialorrea, gingivitis, caries, hiperemia de encías durante la gestación, las encías se encuentran edematosas, inflamadas y sangran con mucha facilidad. En ocasiones puede observar un aumento exagerado del tejido gingival, esta gingivitis regresa uno o dos meses después del parto.

- Nauseas y vómitos que ocurren al inicio del embarazo son muy frecuentes. Dentro de estos hallazgos se ha señalado que los niveles altos de enteroglucagòn y el polipéptido inhibidor gástrico podrían afectar la motilidad del estómago retardando su vaciamiento y aumentando el reflujo gastroesofagico.

- Menor motilidad gástrica, pirosis, regurgitación. Dilatación de cardias. Atonía de píloro.

- Estomago y esófago, La incompetencia del esfínter esofágico inferior (EEI) es la alteración más frecuente en la génesis del reflujo gastroesofagico. El reflujo se debe a caídas transitorias en el tono del EEI, lo que ocurriría espontáneamente en personas normales. A esto se le suma durante el embarazo, un clarece esofágico poco efectivo y un vaciamiento gástrico retardado, además del efecto mecánico ejercido por el crecimiento uterino, que aumenta la presión intrabdominal e intragàstrica favoreciendo el reflujo.

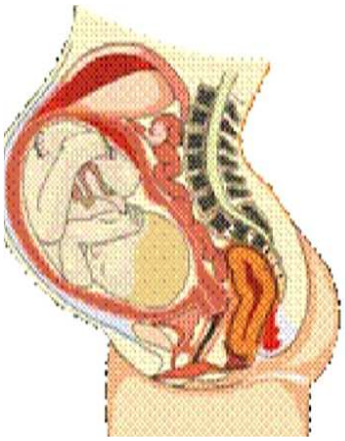
- La pirosis se presenta como una sensación de ardor en la región retroesternal, epigastrio y, en ocasiones, en la región anterior del tórax y en el área interescapular.

- Menor motilidad intestinal, estreñimiento, cuando existe una disminución en la frecuencia

Fuente: www.aspame.net

habitual de las deposiciones (3 veces por día a 3 veces por semana); aumenta su consistencia y aumenta la dificultad del paso de las deposiciones por el canal anal. Se sabe que el tiempo de tránsito intestinal esta aumentado como resultado de un efecto inhibitorio de la progesterona sobre la musculatura lisa intestinal; esta motilidad disminuida retorna a valores normales en el puerperio.

Por efecto mecánico el útero gravídico comprime progresivamente el colon recto sigmoideo, aumentando la constipación, especialmente durante el tercer trimestre y permitiendo una mayor absorción de agua y electrolitos, lo que lleva a un endurecimiento mayor de las deposiciones.



Fuente: ww.aspame.net

- Las hemorroides en muchas embarazadas, en especial durante el tercer trimestre, tienen hemorroides (también llamadas “almorranas”). Las hemorroides son más comunes si la mujer tiene estreñimiento. Las hemorroides son venas varicosas (venas hinchadas) que aparecen en el recto. En ocasiones salen del orificio anal, suelen producir comezón o dolor y hasta pueden reventarse y sangrar.

- Las hemorroides se producen cuando las venas del recto se hinchan y agrandan al hacer fuerza o ejercer presión. Las tres causas comunes de las hemorroides son las siguientes:

Fuente: ww.aspame.net

  - Hacer fuerza al mover el vientre
  - La presión del exceso de peso
  - La presión al estar sentada o de pie durante mucho tiempo

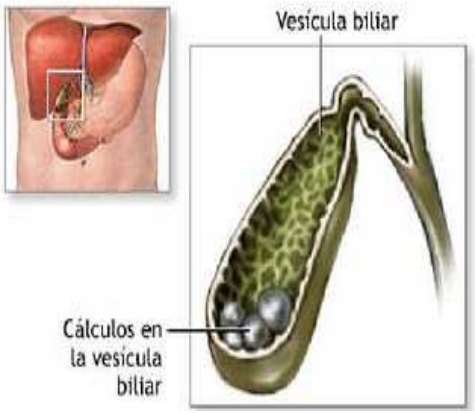
- Vaciado vesicular lento, colestasis y prurito.

- Páncreas: hipersecreción de insulina.

- Hígado: El tamaño del hígado se mantiene sin variaciones a través del embarazo; en consecuencia, la aparición de hepatomegalia (aumento del tamaño del hígado) indica enfermedad hepática. Aunque el embarazo normal se asocia a cambios hematodinàmicos importantes, el flujo sanguíneo hepático absoluto se mantiene inalterado.

- El volumen sanguíneo y plasmático aumenta en un 40-50%, llegando a un máximo al inicio del tercer trimestre. Esto representa un aumento de aprox. 1,5 L de plasma y 0,5 L de glóbulos rojos. Sin embargo, la fracción hepática del débito cardiaco disminuye en un 35%, con la consiguiente reducción en el clearance hepático de diferentes compuestos.

- vesícula biliar aumenta al doble el volumen de la vesícula y cae su fracción de eyección; ambos hechos favorecen la estasis vesicular y retardan la circulación entero hepática de sales biliares.



Fuente:www.postalesmedicos.com

- Estas modificaciones fisiológicas se acompañan de un alza moderada del índice de saturación del colesterol en la bilis, cambio que puede ser suficiente para facilitar la aparición de cálculos en mujeres que desde antes del embarazo tienen una hipersecreción biliar de colesterol y bilis sobresaturada en ayunas, como sucede en las obesas.

- **MODIFICACIONES EN ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS**

OJOS

- Fondo de ojo normal.
- La presión intraocular disminuye por aumento del flujo de salida del vítreo.
- Molestias con lentes de contacto. Edema de la córnea.
- Ligera disminución de la agudeza.

OÍDO

- Disminución de la agudeza.

GUSTO

- Perturbaciones caprichosas de la alimentación.

OLFATO

- Hiposmia.
- Hipersensibilidad de rechazo para ciertos olores.

TACTO

- No altera.

- **MODIFICACIONES OSTEOARTICULARES**

- ✓ Cambio del centro de gravedad.
- ✓ Músculos: Calambres, lumbalgias.
- ✓ Huesos: Lordosis lumbosacra.
- ✓ Articulaciones: Laxitud de ligamentos, dolores articulares.

Fuente:www.postalesmedicos.com

- ✓ Lordosis lumbar: Este es un mecanismo compensatorio para mantener el centro de gravedad de la embarazada sobre las extremidades inferiores. En embarazo normal debido al crecimiento del útero grávido en la porción anterior del cuerpo, se produce una lordosis progresiva. Esta lordosis produce en la paciente contractura de los músculos para vertebrales lo que ocasiona dolor lumbar, debilidad y "calambres" de los miembros inferiores.

Debido a la lordosis fisiológica, se produce un desplazamiento del centro de la gravedad hacia las extremidades inferiores, lo que hace que la paciente esté más propensa a perder el equilibrio y se caiga con mayor frecuencia. Esta es la razón por la cual se les prohíbe el uso de zapatos de Tacón alto a las pacientes, generalmente a partir del cuarto mes de gestación.

MODIFICACIONES DEL SISTEMA NERVIOSO

- ✓ Insomnio o acentuación del sueño.
- ✓ Neuralgias, odontalgias, parestesias, vértigos, lipotimias, calambres, trastornos vagotónicos.
- ✓ Cambios del carácter.
- ✓ Dolores de cabeza tensiónales.
- ✓ Síndrome del túnel carpiano debido al edema.
- ✓ Entumecimiento y picazón de los miembros inferiores relacionados a los cambios posturales.

MODIFICACIONES ENDÓCRINAS

Gonadotrofina coriónica

- ✓ Lactógeno placentario.
- ✓ Progesterona.
- ✓ Estrógeno.

MODIFICACIONES LOCALES DE LA EMBARAZADA

Mamas: Existen tejidos graso, estrías, menor consistencia del tejido mamario, pigmentación de las aréolas, red venosa de Haller, tubérculos de Montgomery, secreción del calostro.

CAMBIOS EN LAS MAMAS

Fuente:www.postalesmedicos.com

Pared abdominal: Aumenta el espesor, puede existir diástasis de rectos:

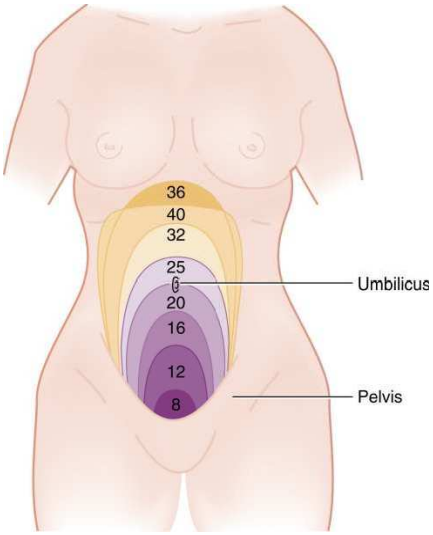
- ✓ Estrías de distensión, en la mayoría de las mujeres las estrías gravídicas se desarrollan durante la segunda mitad del embarazo.

Fuente:www.postalesmedicos.com

- ✓ Aparecen en el abdomen, las mamas, los muslos, los brazos y las áreas inguinales. Inicialmente se presentan como placas lineales de color rojo vinoso o violáceo, que se desarrollan en forma perpendicular a las líneas de tensión de la piel. Con el transcurso del tiempo se vuelven blancas y atróficas, aunque no desaparecen completamente. Han sido atribuidas por una parte a la distensión

cutánea del abdomen, y por otra, a los niveles elevados de corticosteroides durante el embarazo. Estos últimos tienen la capacidad de disminuir la síntesis de colágeno y el número de fibroblastos de la dermis.

- **Ovarios:** Hipertrofia y congestión.
- **Trompas:** Hipertrofia y más laxitud
- **Útero:** Hipertrofia e hiperplasia. El volumen uterino aumenta 24 veces al fin del embarazo. El crecimiento del útero se produce por la acción de las hormonas (gonadotrofinas coriónicas, estrógenos y progesterona). La capa muscular se desarrolla preparándose para el momento de la expulsión del fetodurante el parto. También la capa interna, llamada endometrio, se modifica porque de ella se nutre el embrión al comienzo del embarazo.



Fuente:www.mbmed.com

- ✓ Modificaciones anatómicas: volumen, forma, consistencia, situación
- ✓ Modificaciones de Peso y capacidad: Peso: 60 – 80 gr. (inicio) 1000 – 1500 gr.(A termino)
- ✓ Capacidad: 2 – 3 ml. (inicial) 4 – 5 l. (A termino).
- ✓ Modificaciones en la forma del útero, Inicio: piriforme 8 – 12 semanas, esférica 36 semana, al final ovoide.
- ✓ Modificaciones funcionales: elasticidad, sensibilidad mínima, irritabilidad, contractilidad, retractilidad, involución.
- ✓ Segmento inferior y cuello del útero.

Fuente:www.mbmed.com

Vagina: Se reblandece, más arrugas y pliegues, más tejido elástico Durante el embarazo las paredes vaginales se vuelven más extensibles y se adelgazan. Esto facilita el paso del feto durante el parto.

- ✓ Signo de Chadwick.
- ✓ Aumento de turgencia, distensibilidad y engrosamientos de las paredes.
- ✓ Alargamiento, amplitud y extensibilidad.
- ✓ Autodefensa contra las infecciones bacterianas.

Vulva: Hipertrofia de labios, várices.

MODIFICACIONES VASCULARES EN EL EMBARAZO

Eritema palmar: El eritema palmar se desarrolla durante el embarazo en aproximadamente el 70% de las mujeres blancas. Aparece en el primer trimestre de la gestación y desaparece dentro de la primera semana postparto. Existen dos modos de presentación: el eritema difuso que abarca toda la palma y el eritema confinado a las eminencias tenares e hipotecares, siendo éste el más comúnmente observado. Ambos se producirían aparentemente por el aumento de los estrógenos.

Factores que contribuyen a su aparición:

- Aumento de la retención hídrica.
- Aumento de la permeabilidad capilar.
- Aumento del flujo sanguíneo.

Fuente:www.postalesmedicos.com

- Disminución de la presión osmótica del plasma.

Fuente:www.postalesmedicos.com

Várices. Las várices se presentan hasta en un 40% de las embarazadas. Involucran al sistema de la vena safena o a pequeños vasos superficiales de los miembros inferiores, así como a la red hemorroidal y vulvar.

La etiología de las várices es Múltiple y de acuerdo a la predisposición individual será la magnitud y gravedad de las mismas.

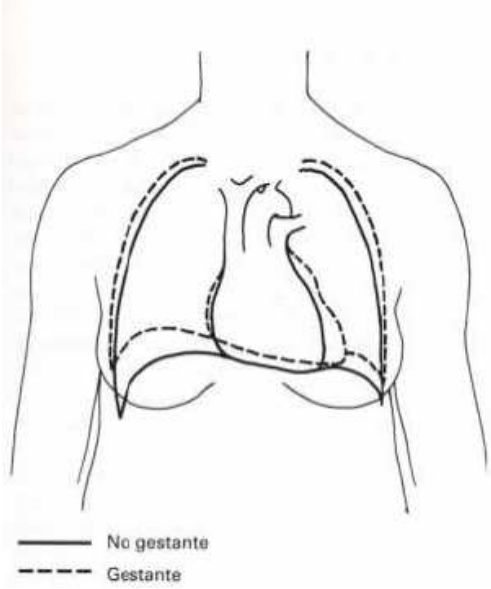
En el postparto las várices mejoran y algunas desaparecen.

Fuente:www.postalesmedicos.com

MODIFICACIONES DEL APARATO RESPIRATORIO

Principales cambios respiratorios:

- Efectos mecánicos por mayor tamaño del útero.
- Aumento de consumo total de oxígeno por la embarazada.
- Efectos estimulantes respiratorios de la progesterona.
- Disminución del volumen de reserva espiratorio (VRE) y Capacidad Residual Funcional.
- Mejor ventilación.
- Requerimientos de oxígeno
- Producción de CO2.



Fuente:www.mbmed.com

APARATO URINARIO

- Aumenta la excreción de ácido úrico.
- Aumenta el aclaramiento endógeno de creatinina.
- Es frecuente la glicosuria.
- Aumento de FG y FPR Puede explicarse por el aumento del volumen extracelular.
- El cortisol contribuye al aumento de función renal.
- Hipertrofia renal; explicada por el lactógeno placentario (HPL).
- Aumento del flujo plasmático renal (FPR) en 200-250 mL/ min.
- Aumento de la filtración glomerular (FG) en un 50z.

2.11. RIESGOS Y COMPLICACIONES EN EL EMBARAZO

1.- Señales de alarma durante el embarazo

En todos los casos mencionados a continuación es necesario consultar y concurrir al médico inmediatamente:

Publicación en www.postalesmedicos.com

Sangrado Vaginal: Si se pierden pequeñas cantidades de sangre oscura o roja por la vagina con o sin dolor de vientre, puede haber peligro de aborto. Es importantísimo acudir al médico inmediatamente.

2.- Pérdida de líquido por la vagina: Si es de color claro, con olor a lavandina, indica que se ha roto la bolsa de aguas. Normalmente, esta bolsa no se rompe hasta el momento del parto. Si se rompe espontáneamente y no hay contracciones ni molestias, se debe acudir al centro de salud pues hay riesgo de infección. En este caso, es riesgoso tomar baños de inmersión.

Fuente:www.mbmed.com

3.- Palidez extrema: La mujer está débil, cansada, tiene la piel, las conjuntivas y las encías pálidas, las uñas quebradizas, el pulso rápido (más de 100 palpitaciones por minutos), se sofoca y se desmaya con facilidad. La causa de estos síntomas puede ser una anemia grave. Este problema puede ser muy serio en el momento del parto o durante el puerperio, pues la pérdida de sangre agudiza la anemia. Es recomendable comer verduras de color verde oscuro (acelgas, espinacas, brócoli y otras), carne (vísceras,

hígado, corazón) y legumbres. De todas maneras, para controlar este problema es necesario atenderse en el centro de salud más cercano.

4.- Contracciones uterinas: Si son dolorosas, frecuentes y regulares y se manifiestan antes de los 8 meses de gestación, indican que el parto puede adelantarse. Es preciso avisarle al médico o acudir rápidamente al centro de salud.

Fuente:www.mbmed.com

5.- Fiebre muy alta y pérdidas con mal olor después del parto o de un aborto: Si la fiebre es muy alta y persistente y además está acompañada por pérdidas de sangre y/o coágulos con mal olor, se está produciendo una infección. Se debe acudir inmediatamente al centro de salud más cercano.

Es importante tener en cuenta que enfrentar durante el embarazo emociones fuertes y situaciones críticas de la vida, como desocupación, pérdidas de seres queridos, crisis familiares y separación o abandono de la pareja, puede afectar negativamente a la mujer y producir efectos negativos en su salud física y psíquica.

Estas situaciones deben ser tomadas en cuenta por ella, sus familiares y especialmente por el equipo de salud que la atiende.

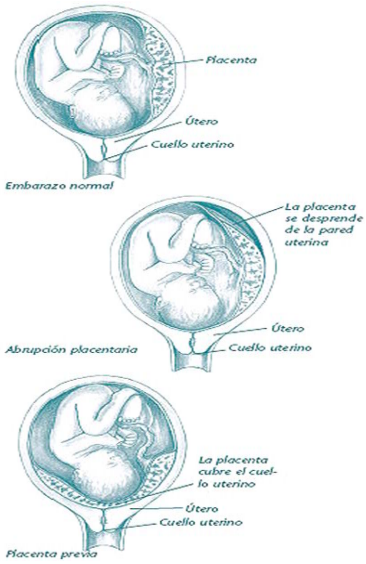
6.- Dolores de cabeza fuertes o problemas con la vista, que podría indicar una elevación peligrosa de la presión arterial

Fuente:www.mapfre.com

7.- Vómitos persistentes, que podría producir la deshidratación o la inanición

Fuente:www.mapfre.com

8.- Desprendimiento placentario, considerado como una emergencia obstétrica.

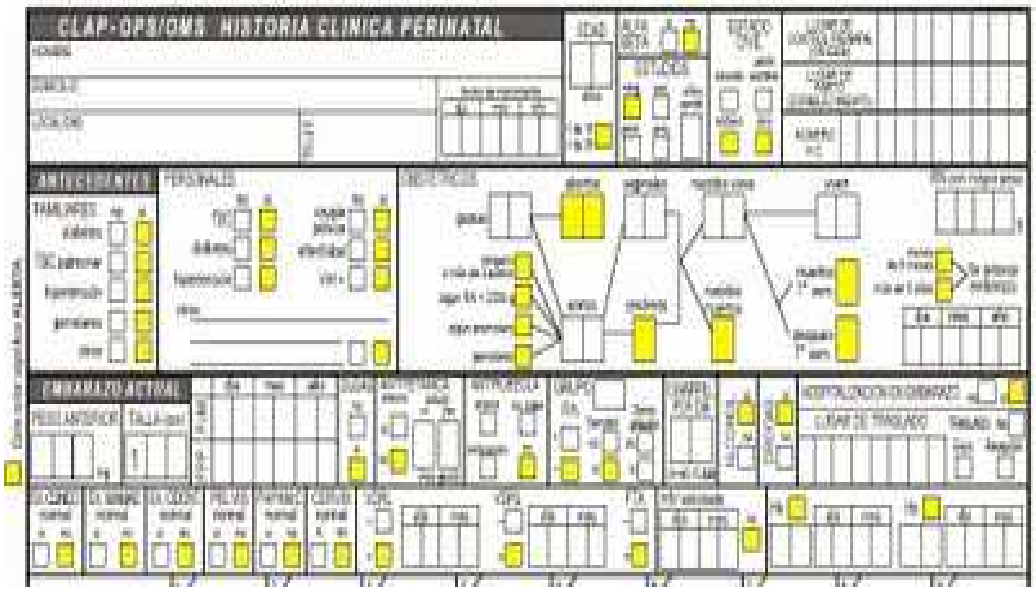


Fuente:www.esmas.com

2.12. EDUCACIÓN SOBRE LOS PRINCIPALES RIESGOS Y COMPLICACIONES QUE PUEDE PRESENTAR LA MUJER CUANDO ASISTE A LA CONSULTA PRENATAL.

Control prenatal

- Llenar la Historia clínica prenatal (formulario 0,51)



- Control del peso y la talla (la talla se controla en el primer control).
- Se controla los signos vitales, en especial la presión arterial de la gestante.
- Control del tamaño del bebé en relación a su edad gestacional, midiendo la altura uterina.
- Pedir e interpretar los exámenes de sangre y orina.
- A partir de la semana 26 vigilará la frecuencia cardiaca del feto y la presencia de movimientos fetales.
- A partir de la semana 36 re-evaluará la pelvis materna, ahora comparándola con el tamaño del producto.
- Valorar las pruebas funcionales de ecografía y otras para clarificar la anatomía, situación, presentación y posición del feto.

Secreción vaginal

Fuente: Paciente del H.V.C.M

- Lavado vaginal dos veces al día para evitar infecciones.
- Mantener el área genital limpia y seca, y usar jabones naturales sin perfume.
- Evitar el papel higiénico perfumado o de color y los baños de espuma.
- Usar ropa interior de algodón con entrepierna de algodón.
- Evitar la ropa interior fabricada con materiales sintéticos
- Limpiar o lavar el área de adelante hacia atrás (desde la vagina hasta el ano) después de orinar o defecar.

Anemia

- Alimentarse bien porque es un periodo de formación y crecimiento de los tejidos, de los órganos del feto.
- Tomar el acido fólico y el hierro prescrito por el médico.
- La dieta debe ser suficiente en cantidad completa y equilibrada en su composición.
- Disminuir las grasas, fritos, sal, condimentos, colorantes, embutidos.
- Comer leche, frutas, verduras, hortalizas.
- Consumir que contenga alto valor nutritivo y hierro.
- Debe alimentarse adecuadamente porque ella está alimentando también a su bebé.

Hipertensión inducida por el embarazo (Preeclampsia).

- Acudir al control prenatal
- Controlar la presión arterial.
- Ampliar las horas de descanso.
- Controlar al feto, la frecuencia cardiaca fetal y movimiento fetales.
- Observar si se hinchan las manos y los pies.

Fuente: Paciente del H.V.C.M

- Controlar el peso para ver si está reteniendo líquidos.
- Observar y valorar rostro y extremidades para detectar edema.
- Disminuir la sal en las comidas.

PREECLAMPSIA

- TA sistólica ≥140 mm Hg o TA diastólica ≥90 mm Hg en embarazo ≥20 semanas en mujer previamente normotensa.
- Con proteinuria 300 mg en orina de 24 horas, proteinuria con tirilla reactiva con ≥2++ TA diastólica >90 mm Hg en embarazo >20 semanas.
- Proteinuria en 24 h ≥ a 300 mg **/** tirilla reactiva positiva ++**.**

PREECLAMPSIA LEVE

- TA sistólica ≥140 y < 160 mm Hg.
- TA diastólica ≥90 y <110mmHg en embarazo >20 semanas.
- Proteinuria en tirilla reactiva positiva ++.

- Proteinuria en 24 horas POSITIVA.
- Ausencia de signos, síntomas y exámenes de laboratorio que indiquen severidad (ver Preeclampsia severa).

PREECLAMPSIA SEVERA (INCLUYE ALSINDROME DE HELLP)

- TA sistólica ≥160 mm Hg.
- TA diastólica: ≥110 mm Hg en embarazo >20 semanas.
- Proteinuria >3g en 24 horas o Proteinuria en tirilla reactiva
- ++ / +++.
- Presencia de uno de los siguientes signos, síntomas y exámenes de laboratorio:
- Vasomotores: cefalea, tinitus, acúfenos, dolor en epigastrio e hipocondrio derecho.
- Hemólisis.
- Plaquetas <100000 mm3.
- Disfunción hepática con aumento de transaminasas.
- Oliguria menor 500 ml en 24 horas.
- Edema agudo de pulmón.
- Insuficiencia renal aguda.

ECLAMPSIA

- TA ≥140/90 mm Hg en embarazo >20 semanas.
- Proteinuria en tirilla reactiva +/++/+++, en 24 horas >300mg.
- Convulsiones tónico clónico o coma.

HIPERTENSIÓN ARTERIAL CRÓNICA

- TA ≥140/90 mm Hg en embarazo <20 semanas o previa al embarazo y que persiste luego de las 12 semanas post parto.
- Proteinuria en tirilla reactiva NEGATIVA.

HIPERTENSIÓN ARTERIAL CRÓNICA + PREECLAMPSIA SOBREAÑADIDA

- TA ≥140/90 mm Hg antes de 20 semanas de gestación o previa al embarazo.
- Proteinuria en tirilla reactiva +/++/+++ pasadas las 20 semanas de gestación.

HIPERTENSIÓN ARTERIAL CRONICA DE ALTO RIESGO EN EL EMBARAZO

Hipertensión arterial crónica que cursa con:

- Tensión arterial sistólica ≥160 mmHg y diastólica >110 mmHg antes de las 20 semanas.
- Edad materna: >40 años.
- Duración de la hipertensión: >15 años.
- Diabetes mellitus con complicaciones.
- Enfermedad renal (por cualquier causa).
- Miocardiopatía Coartación de la aorta.
- Colagenopatía.
- Antecedentes de accidente cerebro vascular.
- Antecedente de insuficiencia cardiaca congestiva.

SINDROME DE HELLP

- Variante de la Preeclampsia severa (PA diastólica >90mm Hg en embarazo >20 semanas + Proteinuria en 24 h > a 300 mg / tirilla positiva).
- Criterios diagnósticos: Hemólisis (H), elevación de enzimas hepáticas (EL) y disminución de plaquetas (LP).
- COMPLETO*: los tres criterios diagnósticos.
- INCOMPLETO: uno o dos de los criterios diagnósticos.

SINDROME DE HELLP Clase I

- Plaquetas: < 50 000 plaquetas/mm3
- LDH: >600 UI/L.
- TGO, TGP o ambas: >70 UI/L.

SINDROME DE HELLP Clase II

- Plaquetas: > 50.000 y < 100.000 plaquetas/ mm3
- LDH: >600 UI/L.
- TGO, TGP o ambas: >70 UI/L.

SINDROME DE HELLP Clase III

- Plaquetas: >100.000 y <150.000 plaquetas/ mm3
- LDH: >600 UI/L.
- TGO, TGP o ambas: >40 UI/L.

Hiperemesis gravídica

- Las comidas pequeñas y frecuentes y el consumo de alimentos secos, como galletas, pueden ayudar a aliviar las náuseas simples.
- Beber mucho líquido, durante el día cuando sienta menos náuseas.
- No tomar pastillas para prevenir las náuseas sin que el médico prescriba, en caso de que el vómito sea persistente y tan profuso que no presente un riesgo potencial para la madre y el feto, el médico puede recetar
- En casos graves, acuda inmediatamente hospital, donde le administrarán líquidos por vía intravenosa para evitar la deshidratación.

Calambres

- Colocar compresas de agua caliente.
- Flexionar los pies hacia atrás o hacia adelante.
- Aumentar las horas de descaso.
- Realizar pequeños ejercicios de estiramiento de las piernas antes de acostarte (conocidos como ejercicios de elongación). Lo mejor es estirar las piernas y levantar los dedos de los pies hacia arriba y hacia abajo lentamente y sin causar ningún dolor o sobresfuerzo.
- Masajes. Siempre ayudan a la correcta circulación y además contribuyen a que los calambres no se produzcan durante la noche. Se puede hacer con aceites esenciales (como la manzanilla, lavanda, mejorana, palo de rosa).
- Caminar. El no permanecer mucho tiempo sentada, ni con las piernas cruzadas y pasear con frecuencia ayuda a que las piernas sigan activas y favorece la circulación. No caminar en dar largos paseos ni

cansar al cuerpo, sino en activar el organismo y no dejar que se relaje en exceso o debilite por permanecer sentada el día entero.

- Ejercicio regular (caminar, yoga)
- Llevar zapatos planos
- Realizarse duchas frías
- Consumir suficiente hierro y magnesio en la dieta para ayudar a prevenir los calambres.

Fiebre y escalofrío

- Reposo en cama.
- Tomar un analgésico suave (paracetamol) para calmar las molestias.
- Beber abundante líquidos.
- En caso de fiebre superior a los 38 º C, dar un antipirético o poner paños de agua fría en la frente.

Dolor de cabeza continúo

- Aplicar una compresa caliente o fría sobre tu frente o sobre la base del cráneo.
- Descanso en un lugar tranquilo.
- Evitar ruidos fuertes.
- Tomar la presión para ver si esta alta o baja puede ser eso la causa.
- Si continua acuda inmediatamente al hospital.

CUIDADOS DURANTE EL EMBARAZO

Fuente: Pacientes del H.V.C.M

La orientación y educación de la embarazada es, quizás, la tarea más importante del personal de salud. El aprendizaje de nuevos conocimientos sobre la salud, permite a la madre conocer la importancia y necesidad de los cuidados de la salud y lo conveniente que es cambiar (en los casos necesarios) sus hábitos poniendo en práctica esos cuidados respecto a higiene, alimentación y cuidados de la familia en general.

El embarazo no es una enfermedad. La mujer embarazada puede seguir dedicándose a sus ocupaciones de modo normal, atendiendo su casa, su trabajo, sus hijos, etc. Sin embargo se le deben dar ciertas recomendaciones para su propio bienestar y el de su hijo.

Higiene: La futura madre, de ser posible debe bañarse diariamente, ya que el organismo elimina ciertos microorganismos a través de la piel. Durante el embarazo, al aumentar la secreción vaginal, el lavado de los genitales externos es útil; debe asegurarse que la corriente de agua se haga de adelante hacia atrás, para impedir contaminación fecal de la vagina y el meato urinario. Debe colocarse medidas de seguridad en el baño a fin de evitar que ésta resbale, especialmente al final del embarazo cuando existen problemas de equilibrio.

Cuidado de los senos: Desde el comienzo del embarazo los senos de la madre comienzan a prepararse para la tarea de amamantar al hijo. Es importante reconocer la existencia de malformaciones sobre todo del pezón, para evitar fracasos en la lactancia.

Los pezones mal formados, planos o invertidos pueden convertirse en pezones aptos para la lactancia si son tratados de manera temprana, cuarto o quinto mes de embarazo con ejercicios especiales. estos ejercicios consisten en hacer rotar los pezones hacia la izquierda y la derecha, para que salgan al exterior.

La higiene de los senos debe hacerse diariamente, y especialmente a partir del séptimo mes se hará lo siguiente:

- Lavar los senos todos los días con agua limpia
- Usar, para el lavado de los senos una toalla (o trapo limpio), dándoles masajes con movimientos circulares
- No tocar los pezones con los dedos sucios. mantener las uñas cortas y limpias.
- No usar jabón, alcohol o algún producto que pueda resecar la piel de los pezones.
- Usar un brassier (sostén) amplio y limpio.

Cuidado de los dientes: Es necesario que el personal de salud, oriente a la embarazada a cerca del cuidado de los dientes y la envíe a la asistencia dental en los lugares donde exista. la limpieza y el cuidado constante de los dientes es muy importante para prevenir enfermedades de la boca. Se debe recomendar la limpieza de los dientes después de cada comida y los enjuagues bucales para prevenir la halitosis.

Vestuario: Debido al desarrollo de los senos, las embarazadas deben usar un corpiño amplio después de las seis y ocho semanas el último período menstrual. Este debe sostener las mamas sin comprimir los senos o los pezones. La suspensión adecuada de las mamas impide la fatiga que el aumento del volumen ocasiona y ayuda a que no se deformen.

Las embarazadas pueden usar vestidos atractivos y cómodos al mismo tiempo. La clase y cantidad de ropa que use la embarazada dependerá del clima en el que viva. Los vestidos que se usen no deben apretar a nivel del vientre. Si la mujer usa medias se deben sujetar unidas a un cinturón o portaligas. Cualquier banda o liga que se use en el muslo puede causar congestión vascular que, sin se la única causa de várices venosas, representa un factor que contribuye a su aparición.

Calzado: A medida que avanza el embarazo, el centro de la gravedad varía. El peso del vientre hace que la embarazada se vaya hacia adelante lo que obliga a aumentar su base de sustentación la caminar. Por esto es posible recomendar zapatos de tacón bajo y que ofrezcan seguridad.

Eliminación: Es frecuente el estreñimiento por la acción hormonal que disminuye el peristaltismo del intestino y el útero agrandado que ocupa la pelvis. el mejor remedio para facilitar la eliminación es tener una hora acostumbrada de defecación, ingerir líquidos adicionales y comer frutas y verduras con fibras; naranja, papaya, col y lechuga. Se recomienda no tomar purgantes, por cuanto pueden producir contracciones prematuras.

Drogas, alcohol y tabaco: Las drogas son perjudiciales para la mujer embarazada. Aún en dosis mínimas, las drogas pueden producir graves deformaciones en el embrión. por consiguiente las embarazadas solo deben tomar medicinas prescritas específicamente por el médico.

Aunque las bebidas alcohólicas tomadas con moderación no parecen ser perjudiciales al feto, es necesario aconsejar a la embarazada que se abstenga de ellas para evitar problemas nutricionales, como la avitaminosis.

Al Tabaquismo se le ha atribuido un número creciente de enfermedades, los partos prematuros son más frecuentes, es una de las causas de mortalidad perinatal por Insuficiencia respiratoria, Membrana Hialina, Fibroplasia

Retrolental, etc. Por estas razones se recomienda abstenerse del tabaco durante el embarazo.

Higiene mental en el embarazo: Los psiquiatras opinan que las personas que disfrutan de salud mental tienen tres características:

1. Se sienten cómodas consigo mismas
2. Sus relaciones interpersonales (con otras personas) son satisfactorias.
3. Pueden satisfacer los ajustes y necesidades de la vida.

El personal de salud, tiene la oportunidad de ayudar a la futura madre a alcanzar estas características al ponerse en contacto con ella en las visitas u controles prenatales, y también al cuidar de su salud durante el embarazo, parto y puerperio.

Las ansiedades y temores durante el embarazo pueden traer complicaciones. Para poder ayudar en esta situación pueden seguirse los siguientes pasos:

- Ayudar a la embarazada a reconocer su ansiedad
- Ayudar a la embarazada a reconocer los motivos de su ansiedad
- Ayudar a la embarazada a enfrentarse a la amenaza (al origen de su ansiedad).
- Basar su ayuda en una relación armónica, cordial y comprensiva, referir a un especialista en caso necesario.

Descanso y ejercicio: La fatiga es uno de los síntomas tempranos del embarazo. Estos síntomas disminuyen al acostumbrarse el cuerpo a los cambios grávidos. La mujer embarazada debe aprender a organizar sus períodos de trabajo y de descanso, que le ayudarán a no sentirse cansada.

Una siesta breve al mediodía puede ser útil. El secreto está en hacer todo con moderación y alternas adecuadamente los períodos de descanso con los de actividades.

Caminar es el ejercicio ideal para las embarazadas. otras formas de ejercicio dependerán de la intensidad de la fatiga y de los calambres musculares que puedan aparecer.

Relaciones sexuales: Las mujeres con antecedentes de abortos espontáneos (abortos habituales) deben evitar las relaciones sexuales durante el primer trimestre. Suavidad, amabilidad y paciencia deben ser las guías para la pareja con respecto a sus relaciones sexuales durante el embarazo. Algunos especialistas recomiendan la abstinencia durante el período final del embarazo, para evitar rotura prematura de las membranas que pueda producir infección.[11]

CUIDADOS DEL RECIEN NACIDO

Higiene de la piel: La limpieza de la piel no se debe iniciar hasta que la temperatura corporal se haya estabilizado. No es necesario limpiar todo el vérnix caseoso, ya que tiene según algunos autores, una función protectora contra las infecciones y nutritiva de la piel, y favorece la curación de lesiones cutáneas

El pH cutáneo normal es ácido y varía entre 4,5 y 6 según las zonas. Este manto ácido interviene en la inhibición de la proliferación microbiana. En el momento del nacimiento el pH es neutro, acidificándose posteriormente. La utilización de jabones alcalinos aumenta transitoriamente el pH cutáneo y favorece la irritación y las infecciones.

En el recién nacido a término se deben usar jabones neutros o discretamente ácidos y no perfumados, y aplicarlos en pequeñas cantidades

[11] http://www.medlineplus.gov.saludginecologica/pdf.

con la mano o con una esponja suave. La piel sana tiene mecanismos de autolimpieza inherentes, por lo que excepto en determinadas zonas, no parece necesario el baño o la ducha diario. Las zonas anogenitales, los pliegues axilares e inguinales, las manos, las secreciones orales y nasales se limpiarán cuantas veces sea necesario.

El abuso de jabones y la excesiva temperatura, frecuencia o duración de los baños o las duchas favorecen la aparición de sequedad cutánea o dermatitis irritativa. El baño con agua templada en niños pequeños suele ser más reconfortante que la ducha. En el recién nacido pretérmino hay que evitar los agentes de limpieza durante las dos primeras semanas y limpiar la piel suavemente sólo con agua tibia.

CUIDADOS DEL OMBLIGO

La colonización bacteriana umbilical se ha relacionado con onfalitis, sepsis y otras infecciones neonatales, sobre todo de etiología estafilocócica. Por esto, el cuidado del ombligo es necesario para evitar que la colonización alcance niveles suficientes para desencadenar la infección.

La caída del cordón se produce como consecuencia de un doble proceso de deshidratación (momificación) y putrefacción (dependiente de bacterias). Los antisépticos más potentes suelen retrasar los procesos de putrefacción, y con ello el desprendimiento del cordón, y por tanto ofrecen a los microorganismos resistentes a su acción un medio idóneo para su desarrollo durante un mayor periodo de tiempo.

Se han utilizado muchos métodos de antisepsia umbilical y hay numerosos estudios sobre el grado de eficacia. En nuestro medio los más utilizados son el alcohol, el mercurocromo y la clorhexidina.

Algunos tienen un amplio espectro bactericida, mientras que otros poseen un efecto bacteriostático débil. En un estudio comparativo de Perapoch y cols,

se observó que la eficacia del alcohol de 70º, el mercurocromo y la mezcla de ambos era similar, mientras que si se empleaba una solución de clorhexidina al 1%, el grado de colonización umbilical era menor, pero aumentaba el número de cultivos para gérmenes gram-negativos y se alargaba el tiempo de cicatrización.

La aplicación de polvos de talco en la zona umbilical se debe evitar, ya que pueden dar lugar a granulomas a cuerpo extraño o a una desecación excesivamente rápida, con riesgo de hemorragias y de onfalitis.

En algunos casos, después de la caída del muñón umbilical, aparece una lesión exofítica, rojiza, carnosa y a menudo pediculada, que sangra fácilmente, denominada granuloma umbilical o piogénico. La aplicación de toques con barritas de nitrato de plata suele ser suficiente para su resolución. Si fracasa este tratamiento se debe sospechar la persistencia del conducto onfalomesentérico.

PROCEDIMIENTO

- Se debe limpiar con bialcohol y con una gasa con cada cambio de pañal.
- También se recomienda utilizar agua hervida y tibia o dejarlo secar al aire libre.
- Se limpia con movimientos circulares y suaves, desde el contorno de la piel, hacia arriba, después de cada cambio de pañal.
- Mantener el cordón fuera del pañal del bebé. Algunos pañales especiales para recién nacidos vienen con un corte en la zona del cordón, pero, de no ser así el pañal que utiliza, puede doblarte el borde hacia abajo.
- Se recomienda seguir limpiando seis días después de la caída del cordón umbilical.
- Nunca intente tirar del cordón para sacarlo.

- A menudo, las madres se preocupan sobre si el bebé tiene el ombligo "para adentro" o "para afuera". No es posible predecir esto, así como tampoco es posible hacer que el ombligo se vea de otra manera u otra.
- Al contrario de las tradiciones colocar una moneda u otro objeto plano sobre el ombligo **NO** sirve de nada.
- Es frecuente que a algunos bebés se les marque una pequeña protuberancia en el abdomen alrededor del ombligo, especialmente cuando lloran. Es parte del desarrollo del bebe y suele desaparecer por sí solo.

CUIDADOS DE LOS GENITALES

Definición: los genitales al estar tan próximos a los orificios de salida de la orina y las heces, son una parte del cuerpo que requieren especial atención, tanto la vulva con el pene tienen una serie de pliegues que hay que separar para lavarlos correctamente ya que estos facilitan la acumulación de restos de orina y secreciones diversas.

Los genitales de un recién nacido pueden tener un aspecto diferente de acuerdo con la edad gestacional, así: un bebé prematuro mujer puede tener clítoris y labios menores muy prominentes, un bebé nacido más cerca del término tiene labios mayores más grandes. Las niñas pueden tener flujo de color blanco o mucosidad sanguinolenta de la vagina en las primeras semanas. Esto es normal y se relaciona con las hormonas de la madre.

Los prematuros de sexo masculino pueden tener un escroto plano, liso, con testículos no descendidos. Los varones que nacen a finales del embarazo pueden tener rugosidad en el escroto con testículos no descendidos.

LIMPIEZA DE GENITALES

- Limpiar los genitales con algodón húmedo:
- Si es niño se debe bajar el prepucio y limpiar con movimientos circulares y suaves.
- Si es niña se limpia los labios de adelante hacia atrás con algodones distintos. Para los glúteos se puede limpiar con algodones húmedos de adelante hacia atrás.[12]

EL AJUAR DEL BEBE

Definición: cuando se aproxime la fecha prevista de parto, deberá adquirir el ajuar del bebé, esto es, los elementos básicos de su vestuario y los accesorios que necesita un recién nacido durante las primeras semanas de vida.

La piel de un recién nacido es diez veces mas fina que la un adulto, a pesar de ello, debe realizar una doble misión: recibir las inclemencias del ambiente y tratar de mantener su autorregulación. La piel es el principal órgano sensitivo que trasmita las sensaciones del mundo exterior al cerebro. El ajuar o la ropa del recién nacido juega un papel preponderante en el niño.

EL AJUAR DEL BEBÉ

- Si ya ha tenido otros hijos, la madre podrá aprovechar la mayor parte del ajuar. Si éste es su primer niño, probablemente sus familiares o amigos le regalarán muchos de estos artículos.

[12] http://www.embarazada.com/cuidados_niños.com

- Hoy en día, el mercado está colmado de ropa, objetos y complementos para bebés. Para empezar, sugerimos la siguiente lista básica, para que su bebé esté bien.
- 3 ó 4 pijamas (con pies) o saquitos de dormir
- 6 a 8 camisetas de algodón
- 3 cobijitas para recién nacidos
- 2 suéteres livianos
- 1 cobertor abrigado
- 2 gorros
- 4 pares de calcetines o botitas
- 1 juego de ropa de baño y toallas (son mejores las toallas que tienen capucha)
- 3 a 4 docenas de pañales de recién nacido (y 4 ganchos o imperdibles y 4 pantaloncitos de hule, si vas a utilizar pañales de tela)

A continuación, les damos algunas recomendaciones para la selección del ajuar.

- Compre tallas grandes pues, a menos que su hijo nazca prematuramente o que sea muy pequeñito, es probable que la talla de recién nacido le quede chica en pocos días, si bien necesitará un par de prendas algo más pequeñas para vestir a su bebé durante los primeros días, en lo que se refiere al resto del vestuario, es mejor comprar tallas grandes. A su hijito no le importará llevar prendas un poco holgadas durante unos cuantos días.
- Asegúrese de que el cierre de las entrepiernas se abra y se cierre fácilmente para poder cambiarle los pañales cómodamente.
- Evite cualquier prenda que le apriete a tu hijo en el cuello, los brazos o las piernas. Estas prendas no sólo pueden ser peligrosas sino que, además, resultan muy incómodas.

- Lea las instrucciones para lavar de las prendas. La ropa de un niño de cualquier edad debe ser fácil de lavar y apenas requerir planchado.
- No le ponga zapatos a un recién nacido. No los necesitará sino hasta que empiece a andar. Si se los pones antes, podrías interferir en el proceso de crecimiento de los pies. Ocurre exactamente lo mismo con los calcetines y los pijamas con pies demasiado pequeños que se le dejan durante demasiado tiempo.
- Se recomienda colores neutros: blanco, salmón, rojo, rosado, celeste, de ser posible evite el color amarillo (va a enmascarar la ictericia del recién nacido)
- Recuerde al niño, arrullarlo, cantarlo, masajearlo, tocarlo, reír, acercarse a él.
- Mientras lo baña o le asea al niño, coloque música instrumental, sus ondas estimulan el SNC del niño/o.

2.13. MARCO REFERENCIAL

Historia

A mediados del siglo XVI, se fundó en la ciudad de Cuenca, el Hospital Real de la "Caridad", a fines del siglo XIX se constituyo como Hospital San Vicente de Paúl, que funcionó como ente benefactor y de caridad. El 12 abril de 1977, el hospital inauguró una moderna infraestructura física, tecnológica y cambio su nombre a Hospital Regional “Vicente Corral Moscoso.”

HOSPITAL “VICENTE CORRAL MOSCOSO”

Fuete: Vista frente del hospital “VCM”
Responsables: Autoras de la investigación

MISIÓN

Somos una entidad hospitalaria que en base a las normas y lineamientos del Sistema Nacional de Salud y en Coordinación con la red de Establecimientos de Salud, brinda servicio integral de segundo nivel de acuerdo con los principios estipulados en la Constitución, con talento humano especializado y comprometido, tecnología de vanguardia y el impulso permanente a la investigación y el mejoramiento continuo de nuestros productos y servicios,

para satisfacer las demandas del usuario/a ciudadanos (/a) que es nuestra razón de ser.

PLAN ESTRATÉGICO DEL HOSPITAL "VICENTE CORRAL MOSCOSO"

ESTRATEGIAS

- Coordinación interinstitucional
- Alianzas estratégicas con proveedores
- Cooperación de organizaciones internacionales
- Capacitación continua e investigación
- Planificación Operativa Gestión por Procesos

VISIÓN PARA EL AÑO 2011

Al 2011 el HVCM, es un moderno y dinámico sistema organizacional hospitalario con capacidad para gestionar procesos que responden a la demanda de servicios de salud de tercer nivel, aplica normas técnicas de referencia y contra referencia, sustentado en la calificada y reconocida acción de su talento humano especializado y capacitado, presupuesto acorde a sus reales necesidades operativas, infraestructura funcional, tecnología de avanzada y abierta participación social con veeduría ciudadana.

VALORES

- Responsabilidad social
- Comportamiento ético
- Solidaridad
- Universalidad
- Calidez
- Compromiso: empoderamiento.

En el año 2011, el Hospital funciona como una institución de tercer nivel de atención, el presupuesto de acuerdo a las necesidades institucionales, bajo normas del SMS establecido sistema de participación y veeduría ciudadana. Aplicando POA 2011.

CONSULTA EXTERNA

Un promedio diario de 650 personas recibe atención médica en el área de Consulta Externa. De esta cifra, decenas de usuarios son extranjeros.

Dos enfermeras se encuentran asignadas al área de consulta externa, encargándose de la preparación, coordinación y supervisión de los diferentes consultorios; el consultorio de control prenatal cuenta con una auxiliar e interna de Enfermería.

Al ser una institución docente, se tiene la participación de las estudiantes de tercer año de la Escuela de Enfermería que acuden de lunes a jueves de 8 am a 12 pm, para brindar atención y educación a las usuarias que acuden al servicio.

AMBIENTE FÍSICO

SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA

El consultorio de Control prenatal, se encuentra ubicado en la planta baja, pabellón izquierdo de la entrada principal.

PERSONAL QUE TRABAJA EN CONSULTA EXTERNA PRENATAL

- 1 Enfermera Jefe para toda la consulta externa.
- 1 Auxiliar de Enfermería que rota por: Consulta Externa de ginecología, control prenatal y planificación familiar.

- 2 Internas de enfermería.
- 5 estudiantes de enfermería (Acuden durante el ciclo de formación de acuerdo al cuadro de rotación docente)
- 1 médico de planta.
- Ambiente físico del servicio.
- El departamento cuenta con:
- Exteriormente:
- Una sala de espera con dos bancas.
- Un baño que se utiliza como vestuario del personal auxiliar.
- Internamente:
- Una balanza con tallímetro, utilizada para el peso y talla de las gestantes.
- Un tensiómetro y un estetoscopio.
- Dos sillas.
- Un escritorio para el uso del médico.
- Un estante pequeño, en el cual se encuentran todas los hojas utilizadas para la apertura de la historia clínica.
- Una camilla ginecológica, para la valoración de la gestante.
- Una vitrina que contiene el instrumental para la valoración: (doppler, cinta métrica, gel KY, sábanas, estetoscopio, tensiómetro, campanilla de Pinard, papel higiénico, baja lenguas.,)
- Un baño.

Desde las 20:00, el Hospital Regional Vicente Corral Moscoso abre sus puertas a los pacientes que requieren de atención médica para el día siguiente.

El hospital Vicente Corral Moscoso redujo el número de especialistas médicos para atención al público aproximadamente de 15 galenos debido al proceso de jubilación obligatorio para los trabajadores de la salud que tengan 70 años o más.

Un promedio de 8 profesionales labora en Consulta Externa Ginecológica y Obstétrica. Su horario de atención es de 08:00 a 16:30, de lunes a viernes

CAPÍTULO III

3. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Diseñar una estrategia educativa para elevar el nivel de conocimiento en las adolescentes embarazadas sobre los riesgos y complicaciones que trae consigo el embarazo a esta edad.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar edad, escolaridad, ocupación, estado civil, anticonceptivos utilizados, antecedentes obstétricos, familiares, estado nutricional, problemas de salud y sus riesgos con las embarazadas adolescentes.

- Identificar los factores de riesgo y las complicaciones, físicas y psicosociales que afectan a las embarazadas adolescentes.

- Prevenir complicaciones a causa de la edad, talla, peso, procedencia, residencia, Antecedentes obstétricas, Antecedentes personales, Antecedentes familiares.

- Relatar dos historias de vida de adolescentes embarazadas que acuden consulta externa del Hospital “Vicente Corral Moscoso”.

CAPÍTULO IV

4 METODOLOGÍA

4.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN:

Es un estudio descriptivo, que valoró la eficacia de una intervención educativa sobre los conocimientos en riesgos y complicaciones durante el embarazo en adolescentes.

4.2. UNIVERSO Y MUESTRA

1.- El universo lo constituye la totalidad de las embarazadas adolescentes que asistieron a consulta externa del Hospital “Vicente Corral Moscoso”.

2.- Muestra. En el presente estudio se tomó como muestra a las adolescentes embarazadas que asistan a la consulta externa prenatal del Hospital “Vicente Corral Moscoso”. Durante los mese Marzo, Abril y Mayo en los turnos de la mañana y tarde.

4.3. TÉCNICA

- Revisión bibliográfica, que nos permitió identificar los factores de riesgo materno fetales y establecer un plan de cuidados de atención de enfermería para todas las mujeres adolescentes embarazadas.
- Revisión de historias clínicas, para identificar la frecuencia, factores de riesgo y complicaciones que se presentan en adolescentes embarazadas.
- Entrevistas a las madres médiate la utilización de un formulario.
- Tabulación de datos con la información obtenida en los formularios.

4.4. INSTRUMENTO

Como instrumento de trabajo se utilizó un formulario en el que se registró edad (en años cumplidos), estado civil (casada, soltera, unión libre, divorciada o separada), residencia (domicilio al momento del estudio), paridad; edad gestacional, patología del embarazo (complicaciones médicas), fecha de la última menstruación, fecha probable de parto. Valoración obstétrica.

4.5. FUENTE DE INFORMACIÓN

Primaria: Entrevista directa a adolescentes embarazadas (ver anexo #1)

Secundaría: revisión de los expedientes clínicos y registros de las madres que acuden a consulta externa del Hospital “Vicente Corral Moscoso”.

Procesamiento de información: Se basó en el análisis de cada uno de los datos obtenidos en la revisión de la ficha clínica, registro y entrevista según criterios establecidos y con la participación voluntaria de las mismas, lo que nos permitió obtener la información solicitada para nuestro estudio. Los datos se analizó en base a estadísticas descriptivas, con la ayuda del software SPSS y EXEL.

4.6. FUENTE DE INFORMACIÓN

Para saber si tienen conocimiento sobre el tema se utilizó las siguientes escalas:

- Si conoce los riesgos que pueden ocasionar embarazarse a temprana edad. Tiene conocimiento
- Conoce muy poco los problemas que puede ocasionar.
- Desconoce los riesgos que puede causar.

Para el indicador nivel de conocimientos utilizamos:

- Muy bueno: el personal tiene un conocimiento del 70 – 100% del tema.
- Regular: conocimiento de 40 – 69%
- Malo: menos del 40 %

4.7. CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Todas las adolescentes embarazadas menores de 19 años que acuden a la consulta externa prenatal del Hospital "Vicente Corral Moscoso" durante los meses de marzo a mayo de 2011.
- Adolescentes que pertenecen al Cantón Cuenca

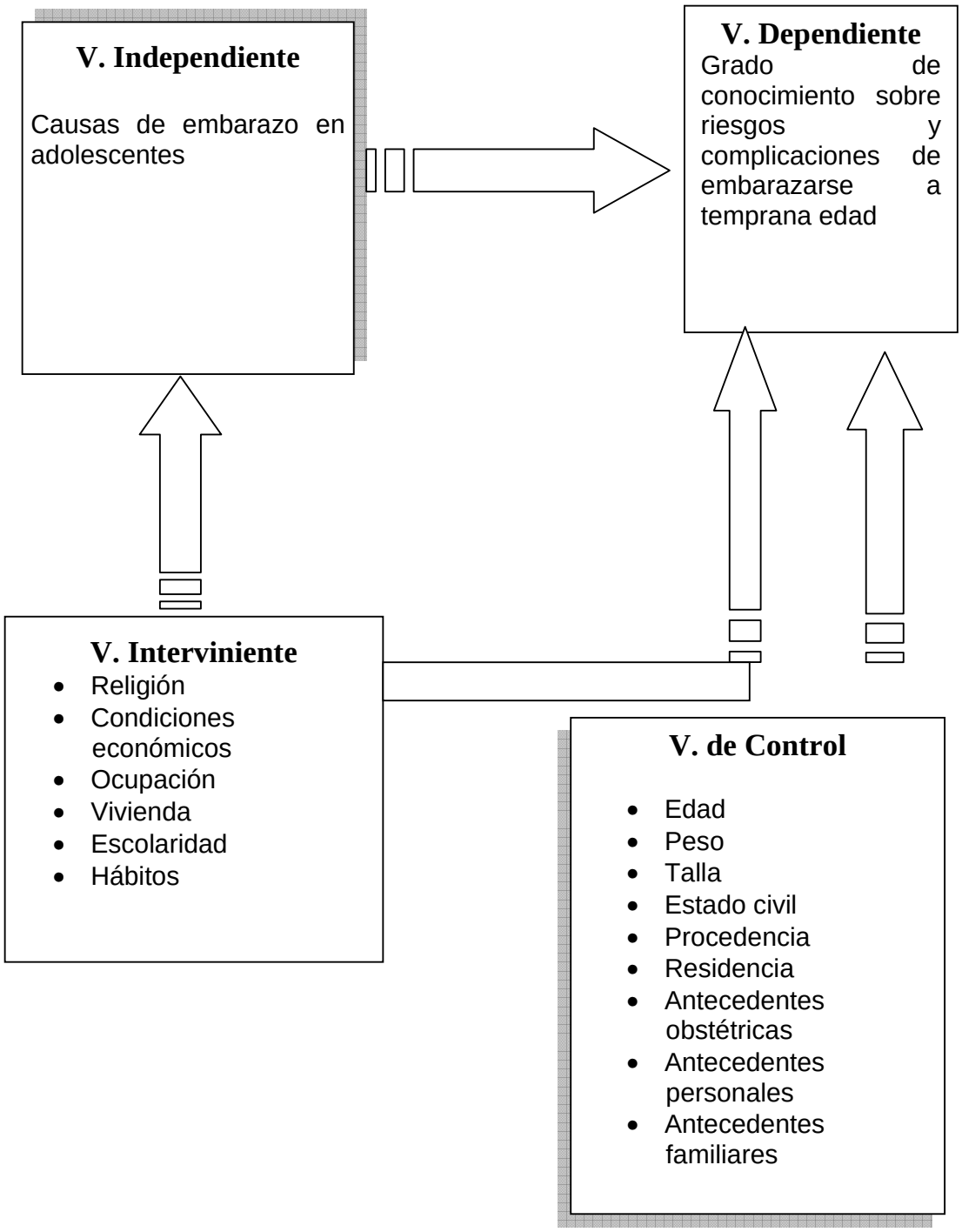
4.8. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Mujeres mayores de 20 años
- Mujeres que no deseen participar en la investigación.
- Mujeres que no firmen su consentimiento informado
- Adolescentes que no pertenecen al Cantón Cuenca

4.9. ASPECTOS ÉTICOS:

En el proceso de la investigación se aplicó estrictamente la ética, ya que en el informe final los nombres de las adolescentes no serán divulgados, la forma de investigación no presentó ningún riesgo, ni gasto alguno para los investigados

4.10. ASOCIACIÓN EMPÍRICA DE VARIABLES



4.11. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION	DIMENCION	INDICADOR	ESCALA
Edad	No. de adolescentes embarazadas ingresadas en la unidad de salud	Tiempo en años cumplidos de la adolescente.	Años cumplidos	11 – 13as 14 – 16as 17 - 19as
Peso	El peso corporal de la embarazada	Peso que tiene antes y durante del embarazo	Si el peso esta adecuado para la embarazada	Peso menor a 100libras o mayor 150 libras
Talla	La estatura de una madre embarazada	Talla adecuada para la embarazada	El riesgo que puede tener durante su embarazo	Talla menos 1.50cc
Procedencia	Lugar de donde proviene la embarazada	Lugar donde evita si es adecuado o no para la adolescente	Si es peligroso o no	Vivienda lejano Con muchas escalinatas
Residencia	Actualmente donde está ubicada la embarazada			De zona Rural Urbana
Antecedentes obstétricas	Problemas que se presentan durante el embarazo	En el embarazo actual o anterior a presentado algún problema	Actualmente tiene problemas en el embarazo	Hipertensión arterial Preclamsia Eclampsia Ortos

Antecedentes personales	Recopilación de información acerca de la salud de la persona	Tiene actualmente algún problema que ponga en riesgo su embarazo.	Actualmente tiene algún problema	SI –NO
Antecedentes familiares	Los antecedentes familiares pueden mostrar las características de ciertas enfermedades en una familia	Tiene riesgo de alguna enfermedad que sea hereditaria	Tuberculosis Diabetes Hipertensión Preclampsia Eclampsia otros	Si –NO
Religión		Numero. De adolescentes con determinada religión	A que religión	Católica Evangélica Otros
Estado civil	No. de adolescente embarazadas según su estado	Condición de la puérpera relacionada con el código civil.	Condición de la realización de pareja	Casada Soltera Unión libre Viuda Divorciada
Escolaridad .	Grado de escolaridad alcanzado	Último grado aprobado.	Conjunto de cursos que un estudiante haya establecido	Analfabeta Primaria P. Incompleta Secundaria S. Incompleta Técnica Universitaria

Grado de conocimiento Que es el embarazo para usted Conoce los síntomas del embarazo Conocimiento de los signos de peligro Ha recibido información sobre embarazo De que medios han recibido	No. de adolescente embarazadas que conocen lo que es el embarazo No de embarazadas adolescente Que conocen los síntomas del embarazo. No. de adolescentes según respuestas espontánea en el entrevista No de embarazadas adolescente recibido información			Si- No Qué es para usted el embarazo Si – No Conoce usted los síntomas del embarazo Sí – No Si tiene conocimiento de los peligros que presenta una embarazada adolescente Sí – No Donde recibieron la información Radio TV Escuela Unidad de salud Amigos Padres de Familia Semanal Mensual Trimestral Otros… Si – No Con que frecuencia recibe consejería

Alguna vez usted asistió a la unidad de salud Recibió consejería	No de medios de comunicación que han recibido información las embarazadas adolescente No de embarazadas adolescente que acudieron a la unidad de salud No de embarazadas adolescente que recibieron Consejería.			
Utilizo anticonceptivos	Es aquel que impide o reduce significativamente las posibilidades de una fecundación en mujeres fértiles que mantienen relaciones sexuales de carácter heterosexual.	Qué tipo de anticonceptivos utilizo antes de su embarazo	Previo al embarazo uso algún método anticonceptivo	Si No Cual

Vivienda	La vivienda es una edificación cuya principal función es ofrecer refugio y habitación a las personas, protegiéndoles de las inclemencias	La vivienda en la que habita es propia o renta	De qué tipo de material está construido la vivienda, ladrillo, bloque mixto	Propia Rentada Prestada
Ocupación	Empleo, oficio, actividades diarias de la embarazada.	Tarea, desempeño de actividades diarias de la embarazada según su realización.	Trabajo u ocupación en los últimos 6 meses. Número de horas Tipo de trabajo Salario mensual	Si No No contesta 1 a 4 horas 5 a 8 horas Más de 8 horas Empleada doméstica Lavandera Vaquera Agricultora Cocinera Invernaderos 30 dólares 40 dólares 50 dólares 60 dólares Más de 60 dólares
Hábitos	Lo que le gusta a la persona		Fuma durante su embarazo Ingiere bebidas alcohólicas Consume drogas	Si-No Si-No Si -No

4.12. RESULTADOS

Cumplimiento

Los datos que describimos a continuación fueron obtenidos en base a las encuestas realizadas a 200 adolescentes que acudieron para realizarse el control prenatal en el Hospital Vicente Corral Moscoso.

Observaciones:

Las tablas de contingencia están realizadas en base a 200 encuestas, cada variable está cruzada con la variable edad por la importancia de conocer el tipo de adolescencia. Las frecuencias **(F)** y los porcentajes **(%)** están efectuados por columnas. Las adolescentes de este estudio están distribuidas de la siguiente manera: 15 corresponden al rango de 14 a 16 años y 185 al rango de 17 a 19 años.

Tabla base

Se elaboró una tabla base tomando en cuenta las variables socio demográficas con el objeto de observar la distribución de frecuencias y porcentajes, las mismas que se presentan a continuación.

TABLA N°1

DISTRIBUCIÓN DE 200 ADOLESCENTES EMBARAZADAS QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA PRENATAL DEL HOSPITAL "VICENTE CORRAL MOSCOSO", SEGÚN EDAD Y ESTADO CIVIL. CUENCA. 2011

Estado civil	Edad (años)			
	14 - 16		17 - 19	
	N°	%	N°	%
Soltera	11	73,33	83	44,86
Unión libre	3	20,00	63	34,05
Casada	1	6,67	38	20,54
Divorciada	0	0,00	1	0,56
TOTAL	**15**	**100,00**	**185**	**100,00**

Fuente: Estadística de Consulta Externa "HVCM"
Elaboración: Laura Ayavaca / Manuela Camas.

ANÁLISIS: Teniendo en cuenta que las adolescentes menores de 19 años tienen más riesgo de sufrir problemas tanto en el embarazo, parto y postparto; las mujeres del presente estudio no escapan de esta realidad, siendo aun más vulnerables las que se encuentran en la categoría de 14 a 16 años (adolescencia media) las mismas que representan el 7,5%, las demás (92,5%) están en edades comprendidas entre los 17 y 19 años (adolescencia tardía). No se halló adolescentes con edades menores de 14 años (adolescencia temprana).

TABLA N°2

DISTRIBUCIÓN DE 200 ADOLESCENTES EMBARAZADAS QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA PRENATAL DEL HOSPITAL "VICENTE CORRAL MOSCOSO", SEGÚN LA PROCEDENCIA. CUENCA. 2011

Procedencia	Edad (años)			
	14 - 16		17 – 19	
	N°	%	N°	%
Urbana	12	80,00	134	72,43
Rural	3	20,00	51	27,57
TOTAL	**15**	**100,00**	**185**	**100,00**

Fuente: Estadística de Consulta Externa "HVCM"
Elaboración: Laura Ayavaca / Manuela Camas.

ANÁLISIS: Como se observa en la tabla, el área rural es un factor de riesgo conocido para el desarrollo normal del embarazo, la presente tabla indica que 8 de cada 10 mujeres entre 14 y 16 años son de procedencia urbana, en tanto que 7 a 10 pertenecen al grupo de 17 a 19 años.

TABLA N°3

DISTRIBUCIÓN DE 200 ADOLESCENTES EMBARAZADAS QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA PRENATAL DEL HOSPITAL "VICENTE CORRAL MOSCOSO", SEGÚN TIPO DE VIVIENDA. CUENCA. 2011

Tipo de vivienda	Edad (años)			
	14 – 16		17 - 19	
	N°	%	N°	%
Arrendado adobe	1	6,67	3	1,62
Arrendado ladrillo	0	0,00	8	4,32
Arrendado bloque	0	0,00	8	4,32
Propia adobe	2	13,33	23	12,43
Propia ladrillo	3	20,00	56	30,27
Propia bloque	4	26,67	58	31,35
Prestado adobe	5	33,33	20	10,81
Prestada ladrillo	0	0,00	9	4,86
TOTAL	**15**	**100,00**	**185**	**100,00**

Servicios básicos	**N°**	**%**	**N°**	**%**
Todos	15	100	184	99,46
Sin agua potable	0	0,00	1	0,54
TOTAL	**15**	**100,00**	**185**	**100,00**

Fuente: Estadística de Consulta Externa "HVCM"
Elaboración: Laura Ayavaca / Manuela Camas.

ANÁLISIS: El contar con los servicios básicos en la vivienda es un factor protector porque permitirá una buena salubridad que junto a una buena higiene se verá reflejada en la ausencia de enfermedades que puedan darse en condiciones de insalubridad. En el presente estudio todas las adolescentes en edades entre 14 y 16 años (99.5%) vivían en lugares donde cuentan con todos los servicios básicos permitiendo así cursar su embarazo en buenas condiciones, en una adecuada higiene personal, evitando posibles infecciones que pueden causar daño a madre como al producto; el 0,54% de estos no disponen de todos los servicios básicos.

TABLA N°4

DISTRIBUCIÓN DE 200 ADOLESCENTES EMBARAZADAS QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA PRENATAL DEL HOSPITAL "VICENTE CORRAL MOSCOSO", SEGÚN CON QUIEN VIVE. CUENCA. 2011

Con quien vive	Edad (años)			
	14 – 16		17 - 19	
	N°	%	N°	%
Padres	11	73,33	83	44,86
Hermanos	0	0,00	2	1,08
Esposo	3	20,00	86	46,49
Padres y esposo	1	6,67	14	7,57
TOTAL	**15**	**100,00**	**185**	**100,00**

Fuente: Estadística de Consulta Externa "HVCM"
Elaboración: Laura Ayavaca/Manuela Camas.

ANÁLISIS: Teniendo en cuenta que el vivir sola o no pertenecer a un hogar es negativo para la embarazada, se encontró que aproximadamente 7 de cada 10 adolecentes del grupo de 14 a 16 años vivían con sus padres y dependen de ellos, deben sujetarse a las normas que les impongan; la diferencia vivían con su pareja o con sus padres y pareja simultáneamente.

En el grupo de mujeres con edades entre 17 y 19 años el 46,49% viven en unión libre con sus parejas (tienen una relación estable), y en porcentaje similar (44,86%) vivían con sus padres. No se encontró mujeres que vivan solas. La mayoría de las adolescentes viven con los padres y dependen de ellos para poder sustentar su gravidez.

TABLA N°5

DISTRIBUCIÓN DE 200 ADOLESCENTES EMBARAZADAS QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA PRENATAL DEL HOSPITAL "VICENTE CORRAL MOSCOSO", SEGÚN INSTRUCCIÓN. CUENCA. 2011

Instrucción	Edad (años)			
	14 – 16		17 – 19	
	N°	%	N°	%
Primaria completa	2	13,33	3	1,62
Primaria incompleta	4	26,67	7	3,78
Secundaria completa	7	46,67	68	36,76
Secundaria incompleta	2	13,33	105	56,76
Academia completa	0	0,00	2	1,08
TOTAL	**15**	**100,00**	**185**	**100,00**

Fuente: Estadística de Consulta Externa "HVCM"
Elaboración: Laura Ayavaca / Manuela Camas.

ANÁLISIS: Existe un predominio del nivel secundario incompleto 56,76% en las adolescentes de 17 a 19 años seguido del nivel secundario completo con un 36,76%, también se puede evidenciar un porcentaje bajo (3,78%) de las que no completaron la primaria. En las mujeres con edades entre 14 y 16 años la mayoría (46,67%) contaba con instrucción superior completa, y en 13,33% las que tienen primaria completa y secundaria incompleta. Lo más común del bajo nivel educativo es que las mujeres tienen que abandonar sus estudios para ayudar o en su efecto ser el sustento de los hogares. Una deficiente instrucción es un factor negativo para un embarazo de riesgo, la causa del desconocimiento de muchos aspectos de salud y de cuidado no lograran encaminar una gestación de curso normal.

TABLA N°6

DISTRIBUCIÓN DE 200 ADOLESCENTES EMBARAZADAS QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA PRENATAL DEL HOSPITAL "VICENTE CORRAL MOSCOSO", SEGÚN OCUPACIÓN. CUENCA. 2011

Ocupación	Edad (años)			
	14 – 16		17 – 19	
	N°	%	N°	%
Estudiante	10	66,67	66	35,68
QQDD	4	26,67	112	60,54
Empleada domestica	0	0,00	4	2,16
Agricultora	0	0,00	1	0,54
Comerciante	1	6,67	1	0,54
Costurera	0	0,00	1	0,54
TOTAL	**15**	**100,00**	**185**	**100,00**

Fuente: Estadística de Consulta Externa "HVCM"
Elaboración: Laura Ayavaca / Manuela Camas.

ANÁLISIS: El 66,67% de adolescentes de 14 a 16 años eran áun estudiantes, el 26,67% se dedican a los quehaceres domésticos, situación contraria se encontró en las mujeres de edades entre 17 a 19 años por que la mayoría (60,54%) realizaban el quehacer doméstico y el 35,68% de ellas eran estudiantes. Los quehaceres domésticos los realizan ya sea en la casa de sus padres (la mayoría) o en sus hogares independientes. El estar estudiando en el momento del embarazo es en muchos casos un limitante para poder rendir óptimamente en el proceso de aprendizaje, además de que son objeto de discriminación y rechazo.

TABLA N°7

DISTRIBUCIÓN DE 200 ADOLESCENTES EMBARAZADAS QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA PRENATAL DEL HOSPITAL "VICENTE CORRAL MOSCOSO", SEGÚN HORAS QUE TRABAJAN Y REMUNERACIÓN QUE RECIBEN. CUENCA. 2011

Horas y remuneracion	N°	%
Mas de 8 horas y mas 70 dolares	6	3
No trabaja	194	97
Total	**200**	**100,00**

Fuente: Estadística de Consulta Externa "HVCM"
Elaboración: Laura Ayavaca / Manuela Camas.

ANÁLISIS: Como se observa en la tabla, el 97% de adolecentes no laboran sino se dedican a sus hogares y quehaceres de la casa con sus padres, no así el 3% de las adolescentes que han buscado ampliar sus ingresos para subsistir y poder seguir adelante con su embarazo y así disponer de un buen futuro para su hijo.

TABLA N°8

DISTRIBUCIÓN DE 200 ADOLESCENTES EMBARAZADAS QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA PRENATAL DEL HOSPITAL "VICENTE CORRAL MOSCOSO", SEGÚN RELIGIÓN. CUENCA. 2011

Religión	Edad (años)			
	14 - 16		17 - 19	
	N°	%	N°	%
Católica	14	93,33	178	96,22
Testigo de Jehová	1	6,67	7	3,78
TOTAL	**15**	**100,00**	**18**	**100,00**

Fuente: Estadística de Consulta Externa "HVCM"
Elaboración: Laura Ayavaca/Manuela Camas.

ANÁLISIS: Las adolescentes profesan la religión católica con un 93,33% y 96,22% para los grupos de 14 a 16 y de 17 a 19 años respectivamente, la religiosidad popular es muy común en muestra zona y repercute de manera positiva o negativa en la mente de las adolescentes, que muchas de ellas han sentido culpables de su embarazo.

TABLA N°9

DISTRIBUCIÓN DE 200 ADOLESCENTES EMBARAZADAS QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA PRENATAL DEL HOSPITAL "VICENTE CORRAL MOSCOSO" SEGÚN SIGNOS Y/O SÍNTOMAS DE EMBARAZO CUENCA. 2011

Signos y/o síntomas de embarazo	Edad (años)			
	14 - 16		17 - 19	
	N°	%	N°	%
Náusea y vómito	6	40,00	94	50,81
Cefalea y vértigo	6	40,00	39	21,08
Pérdida de apetito	3	20,00	33	17,84
Sueño	0	0,00	17	9,19
Insomnio	0	0,00	2	1,08
TOTAL	**15**	**100,00**	**185**	**100,00**

Fuente: Estadística de Consulta Externa "HVCM"
Elaboración: Laura Ayavaca / Manuela Camas.

ANÁLISIS: Las adolecentes saben que los signos y síntomas de estar embarazada son: náusea y vómito en un 50,81%, otras adolecentes indican que tienen cefalea y vértigo con un 21.08%, ellas han recibido suficiente información en unidades de salud para poder identificar y no tener temor ni miedo. Cabe mencionar que estos signos y síntomas son presuntivos de embarazo por que el diagnóstico definitivo se realiza mediante pruebas de laboratorio (BHCG) y/o imagenología (ecografía).

TABLA N°10

DISTRIBUCIÓN DE 200 ADOLESCENTES EMBARAZADAS QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA PRENATAL DEL HOSPITAL "VICENTE CORRAL MOSCOSO", SEGÚN LOS SIGNOS DE PELIGRO DURANTE EL EMBARAZO. CUENCA. 2011

Signos de Peligro	Edad (años)			
	14 – 16		17 - 19	
	N°	%	N°	%
< de15 o > de 35 años	1	6,67	3	1,62
Hemorragia vaginal	0	0,00	10	5,41
Flujo vaginal	3	20,00	33	17,84
Embarazo múltiple	1	6,67	1	0,54
Disminución de mov. Fetal	3	20,00	46	24,86
Hipertensión Arterial	0	0,00	27	14,59
Consumo de alcohol, tabaco y drogas	7	46,67	65	35,14
TOTAL	**15**	**100,00**	**185**	**100,00**

Fuente: Estadística de Consulta Externa "HVCM"
Elaboración: Laura Ayavaca / Manuela Camas.

ANÁLISIS: Las adolescentes identifican signos de peligro, durante la gestación como el consumo del alcohol, tabaco y drogas con un 35,14%, el mismo que tiene sus consecuencias durante los tres primeros meses provocando un retardo de crecimiento intrauterino e incluso puede provocar mal formación congénita; seguido se encuentra el concepto de la disminución de los movimientos fetales con un 24,86%; la presencia de flujo vaginal fue identificado como signo de peligro en un 17,84%. El total de ellas reconoció que ninguno de estos signos es normal en una gestación.

TABLA N°11

DISTRIBUCIÓN DE 200 ADOLESCENTES EMBARAZADAS QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA PRENATAL DEL HOSPITAL "VICENTE CORRAL MOSCOSO", SEGÚN FUENTE DE INFORMACIÓN PARA SU EMBARAZO. CUENCA. 2011

Fuente de información	Edad (años)			
	14 – 16		17 – 19	
	N°	%	N°	%
Radio	0	0,00	7	3,78
Amigos	0	0,00	1	0,54
Escuela	5	33,33	37	20,00
Padres	1	6,67	11	5,95
Unidad de salud	9	60,00	129	69,73
TOTAL	**15**	**100,00**	**185**	**100,00**

Fuente: Estadística de Consulta Externa "HVCM"
Elaboración: Laura Ayavaca / Manuela Camas.

ANÁLISIS: La información que reciben las adolecentes embarazadas, son en las unidades de salud gubernamentales conocidos comúnmente como centros de salud, en un 69,73%, en los hogares no tienen una información adecuada por falta de comunicación o conocimiento para educar a sus hijos por parte de sus padres, las unidades educativas han dado información a 10 de cada 20 usuarias, los datos obtenidos de medios de comunicación o de amigos no siempre son fiables, y representan el 3,78%. La falta de conocimiento contribuye a que se presente un embarazo de riesgo sumado a ello la condición de adolescentes.

TABLA N°12

DISTRIBUCIÓN DE 200 ADOLESCENTES EMBARAZADAS QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA PRENATAL DEL HOSPITAL "VICENTE CORRAL MOSCOSO", SEGÚN SUS ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS. CUENCA. 2011

Antecedentes obstétricos	Edad (años)			
	14 – 16		17 - 19	
	N°	%	N°	%
Gesta anterior y cesárea	1	6,67	3	1,62
Embarazo gemelar	0	0,00	1	0,54
Embarazo anterior y parto	0	0,00	15	8,11
Abo2rto	0	0,00	1	0,54
No tiene antecedentes	14	93,33	164	88,65
Aborto y cesárea anterior	0	0,00	1	0,54
TOTAL	**15**	**100,00**	**185**	**100,00**

Fuente: Estadística de Consulta Externa "HVCM"
Elaboración: Laura Ayavaca/Manuela Camas.

ANÁLISIS: El 88,65% de embarazadas adolescentes no presenta embarazos anteriores es decir son primigestas; un 8,11% presentan gestas previas y son las que tienen mayores riesgos y complicaciones en el embarazo; antecedentes peligrosos como cesárea, embarazo gemelar, aborto, se presentaron pero en porcentajes mínimos (entre 0,54% y 1,62%).

TABLA N°13

DISTRIBUCIÓN DE 200 ADOLESCENTES EMBARAZADAS QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA PRENATAL DEL HOSPITAL "VICENTE CORRAL MOSCOSO", SEGÚN EL USO DE LOS ANTICONCEPTIVOS. CUENCA. 2011

Uso de métodos Anticonceptivos	Edad (años)			
	14 – 16		17 - 19	
	N°	%	N°	%
Preservativo	0	0,00	1	0,54
Tabletas	0	0,00	8	4,32
Inyectables	0	0,00	3	1,62
Calendario	0	0,00	2	1,08
Implante (Norplan)	0	0,00	1	0,54
Ninguno	15	100	170	91,89
TOTAL	**15**	**100,00**	**185**	**100,00**

Fuente: Estadística de Consulta Externa "HVCM"
Elaboración: Laura Ayavaca / Manuela Camas.

ANÁLISIS: En la presente tabla podemos observar que el 91,89% de las adolecentes no utilizan anticonceptivos, por desconocimiento, falta de información o temor para su adquisición. El nivel de conocimiento en las formas de prevención del embarazo es mínimo en las encuestas realizadas.

Se debe ampliar los conocimientos en las unidades de salud para disminuir el temor y dudas en las adolescentes embarazadas, es necesario que se instaure un programa de educación sobre planificación familiar y paternidad responsable.

TABLA N°14

DISTRIBUCIÓN DE 200 ADOLESCENTES EMBARAZADAS QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA PRENATAL DEL "HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO", SEGÚN CONTROL DE PAP (PAPANICOLAU). CUENCA. 2011

Según control de pap (papanicolau).	Edad (años)			
	14 – 16		17 - 19	
	N°	%	N°	%
No	15	100	173	93,51
Si	0	0,00	12	6,49
TOTAL	**15**	**100,00**	**185**	**100,00**

Fuente: Estadística de Consulta Externa "HVCM"
Elaboración: Laura Ayavaca/Manuela Camas.

ANÁLISIS: El Papanicolaou o citología del cuello de útero es una prueba o examen que se hace a las mujeres, cuyo fin es detectar en forma temprana alteraciones del cuello del útero, que posteriormente pueden llegar a convertirse formaciones malignas; el 93,51% no se realizó este control, por desconocimiento de los exámenes que tienen que realizarse durante su vida sexual activa, temor porque la mayoría son solteras, entre otros factores.

TABLA N°15

DISTRIBUCIÓN DE 200 ADOLESCENTES EMBARAZADAS QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA PRENATAL DEL HOSPITAL "VICENTE CORRAL MOSCOSO", SEGÚN SUS HÁBITOS. CUENCA. 2011

Hábitos	Edad (años)			
	14 – 16		17 – 19	
	N°	%	N°	%
Fuman	0	0,00	0	0,00
Consumo bebidas alcohólicas	0	0,00	2	1.08
No tiene hábitos	15	100	183	100
TOTAL	**15**	**100**	**185**	**100**

Fuente: Estadística de Consulta Externa "HVCM"
Elaboración: Laura Ayavaca/Manuela Camas.

ANÁLISIS: Se pudo observar que las 200 adolecentes del estudio el 1.08% consumían alcohol poniendo en riesgo su gestación porque puede producir complicaciones, como es malformaciones congénitas.

TABLA N°16

DISTRIBUCIÓN DE 200 ADOLESCENTES EMBARAZADAS QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA PRENATAL DEL HOSPITAL "VICENTE CORRAL MOSCOSO", SEGÚN NÚMERO DE CONTROLES PRENATALES. CUENCA. 2011

Controles prenatales	Edad (años)			
	14 - 16		17 – 19	
	N°	%	N°	%
1 – 3	7	46,67	123	66,49
4 – 6	8	53,33	51	27,57
7 – 9	0	0,00	11	5,95
TOTAL	**15**	**100,00**	**185**	**100,00**

Fuente: Estadística de Consulta Externa "HVCM"
Elaboración: Laura Ayavaca / Manuela Camas.

ANÁLISIS: Se entiende por control prenatal a la serie de contactos, entrevistas, o visitas programadas de 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 postparto. Se observó que el 46,67% de las adolescentes se realizaron de 1 a 3 controles prenatales, la diferencia (53,33%) tuvieron un número de controles aceptables para un embarazo sin riesgo (más de 4). En el rango de edad de entre 17 y 19 años la mayoría (66,49%) tuvieron menos de 4 controles; el 27,57% un numero optimo (4 - 6) de controles en tanto que la diferencia tuvo más de 6 controles.

En embarazos normales la frecuencia debe ser: 1 cada mes hasta el sexto mes; 1 cada 15 días en el séptimo y octavo mes y 1 por semana hasta el nacimiento.

TABLA N°17

DISTRIBUCIÓN DE 200 ADOLESCENTES EMBARAZADAS QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA PRENATAL DEL HOSPITAL "VICENTE CORRAL MOSCOSO", SEGÚN QUIEN LE CONTROLA EL EMBARAZO. CUENCA. 2011

Quien le controla el embarazo	Edad (años)			
	14 – 16		17 - 19	
	N°	%	N°	%
Ginecólogo	14	93,33	180	97,30
Partera	0	0,00	1	0,54
Partera y ginecólogo	1	6,67	4	2,16
TOTAL	**15**	**100,00**	**185**	**100,00**

Fuente: Estadística de Consulta Externa "HVCM"
Elaboración: Laura Ayavaca/Manuela Camas.

ANÁLISIS: En nuestro país la atención del embarazo parto y puerperio sigue siendo en muchas ocasiones realizados por parteras la misma que es reconocida como medicina alternativa; sin embargo es conocido que la atención por parte de personas que no sean profesionales de la salud puede ser contraproducente, en el presente estudio se observó que el 93,33% de las adolescentes de entre 14 y 16 años y el 97,3% del otro grupo de edad atienden su embarazo con un ginecólogo y la diferencia lo hacen paralelamente con las parteras.

TABLA N°18

DISTRIBUCIÓN DE 200 ADOLESCENTES EMBARAZADAS QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA PRENATAL DEL HOSPITAL "VICENTE CORRAL MOSCOSO", SEGÚN CONTROL DE PESO, TALLA Y PERCENTIL PESO/TALLA. CUENCA. 2011

CONTROL DE PESO, TALLA Y PERCENTIL PESO/TALLA			Edad (años)			
			14 -16		17- 19	
Peso (Kg)	Talla (cm)	Percentil peso/talla	N°	%	N°	%
40 – 50	140 - 150	92%	0	0,00	13	7,03
	150 - 160	82%	1	6,67	11	5,95
	160 - 170	74%	0	0,00	0	0,00
50 – 60	140 - 150	117%	3	20,00	15	8,11
	150 - 160	100%	2	13,33	65	35,14
	160 - 170	89%	1	6,67	4	2,16
60 – 70	140 - 150	133%	0	0,00	9	4,86
	150 - 160	123%	5	33,33	38	20,54
	160 - 170	111%	0	0,00	5	2,70
70 – 80	140 - 150	> 135%	0	0,00	1	0,54
	150 - 160	134%	3	20,00	15	8,11
	160- 170	124%	0	0,00	9	4,86
TOTAL			**15**	**100,00**	**185**	**100**

Fuente: Estadística de Consulta Externa "HVCM"
Elaboración: Laura Ayavaca / Manuela Camas.

TABLA N°19

DISTRIBUCIÓN DE 200 ADOLESCENTES EMBARAZADAS QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA PRENATAL DEL HOSPITAL "VICENTE CORRAL MOSCOSO", SEGÚN INCREMENTO DE PESO DE ACUERDO A LA CURVA NUTRICIONAL DE LA GESTANTE. CUENCA. 2011

	INCREMENTO DE PESO							
Edad	**Bajo peso(95% a 10 hasta 120% en 40 sem)**		**Normal (95-110%en 10sem hasta 120-130 en 40 sem)**		**Sobre peso (110-120% en 10 sem hasta 130-135 en 40sem)**		**Obesidad (sobre los 120% en 10sem hasta 135%en 40sem)**	
	N°	%	N°	%	N°	%	**N°**	**%**
14 -16	1	16.66	20	11.17	0	0,0	0	0,0
17- 19	0	0	179	92.26	1	100	0	0,0
TOTAL	**1**	**100**	**199**	**100**	**1**	**100**	0	0,0

Fuente: Estadística de Consulta Externa "HVCM"
Elaboración: Laura Ayavaca / Manuela Camas.

ANÁLISIS: El percentil peso/talla sirve para evaluar el estado nutricional de la embarazada, así las de bajo peso se encuentran debajo del 95% a las 10 semanas de gestación y de 120% a las 40; peso normal cuando se encuentran entre 95% y 110% en la semana 10 y de 120% a 130% en la semana 40; el sobrepeso comprende desde 110% a 120% a las 10 semanas y de 130% a 135% a las 40; corresponde a obesidad en las mujeres que están sobre 120% en la semana 10 y 135% en la semana 40.

En la presenta tabla los porcentajes se pudo observar que la mayoría con un 92.26 cursan con un embarazo normal de las edades de 17 a 19 años y el 16.66% tienen bajo peso de las edades 14 a 16 años

TABLA N°20

DISTRIBUCIÓN DE 200 ADOLESCENTES EMBARAZADAS QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA PRENATAL DEL HOSPITAL "VICENTE CORRAL MOSCOSO", SEGÚN SEMANAS DE GESTACION Y EDAD. CUENCA. 2011

Semanas de Gestación	Edad			
	14 -16		17- 19	
	N°	%	N°	%
1°Trimestre (1 A 13SG)	2	13.33	40	21.62
2°Trimestre (14 A 27SG)	8	53.33	58	31.35
3°Trimestre (28 A 40SG)	5	33.33	87	47.02
Total	**15**	**100,00**	**185**	**100,00**

Fuente: Estadística de Consulta Externa "HVCM"
Elaboración: Laura Ayavaca / Manuela Camas.

ANÁLISIS: El peso de la embarazada debe ir aumentando paulatinamente conforme avanza la edad gestacional, los parámetros de normalidad como es el nomograma para clasificación de la relación peso/talla (%) de la mujer y la grafica de incremento de peso para embarazadas se encuentran en el formulario 006/92 (ver anexo # 3). Estas tablas se basan en la relación que existen entre el peso, talla y la edad gestacional para la valoración del estado nutricional de la embarazada.

Como se puede observar en la tabla el 53.33 cursan un embarazo que corresponde a 2°do trimestre de las edades entre 16ª 14 años y el 31.35 % edades de 17 a 19 años y el 33.33 % cursan el tercer trimestre con las 17 a 19 años; un 13.33% de las edades de 14 a 16 años cursan el primer trimestre seguido con un 21.62% con las edades de las edades de 17 a19 años.

TABLA N°21

DISTRIBUCIÓN DE 200 ADOLESCENTES EMBARAZADAS QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA PRENATAL DEL HOSPITAL "VICENTE CORRAL MOSCOSO", SEGÚN CONTROL DE LA TENSIÓN ARTERIAL. CUENCA. 2011

Tensión Arterial	Edad (años)			
	14 -16		17- 19	
	N°	%	N°	%
90/60 Bajo	2	13,33	47	25,41
100/60 Optima	12	80,00	128	69,19
120/80 Limite	1	6,67	10	5,41
TOTAL	**15**	**100,00**	**185**	**100,00**

Fuente: Estadística de Consulta Externa "HVCM"
Elaboración: Laura Ayavaca / Manuela Camas.

ANÁLISIS: La tensión arterial de las adolecentes embarazadas estaba dentro de los parámetros normales, la tensión oscila entre 100/60 con un porcentaje del 80% en las que tienen edades entre 14 a 16 años y 69,19% en las de 17 a 19 años. No tienen riesgos para desarrollar trastornos hipertensivas (preeclampsia, eclampsia, síndrome de HELP) durante el embarazo. Las presiones que están dentro de los límites superiores las mismas que deben ser controladas de manera cuidadosa para evitar dichos trastornos, apenas el 6,67% de las adolescentes medianas y el 5,41% de las adolescentes tardías tenían estos niveles de tensión arterial.

TABLA N°22

DISTRIBUCIÓN DE 200 ADOLESCENTES EMBARAZADAS QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA PRENATAL DEL HOSPITAL "VICENTE CORRAL MOSCOSO", SEGÚN ENFERMEDAD QUE SE PRESENTA DURANTE EL EMBARAZO. CUENCA. 2011

Enfermedad en el Embarazo	Edad (años)			
	14 -16		17- 19	
	N°	%	N°	%
Gripe y tos	9	60,00	58	31,35
Tuberculosis	0	0,00	1	0,54
Dolor de cabeza	1	6,67	48	25,95
Dolor dental	0	0,00	2	1,08
IVU (infección de vías urinarias)	5	33,33	76	41,08
TOTAL	**15**	**100,00**	**185**	**100,00**

Fuente: Estadística de Consulta Externa "HVCM"
Elaboración: Laura Ayavaca / Manuela Camas.

ANÁLISIS: Las enfermedades concomitantes que más se presentaron fueron la infección de vías urinarias en un 41,08% en las adolescentes tardías y los procesos respiratorios con 60% en las adolescentes medianas, las infecciones de vías urinarias en un 33,33% en las mujeres de 14 a 16 años y los procesos respiratorios en las mujeres de edades de 17 a19 años con in 31,35% y por ultimo cefalea y el dolor de dientes. Estas pueden resultar peligrosas para las adolescentes y para el producto si no se tratan a tiempo. El antecedente de tuberculosis se encontró solo en un caso (en el grupo de adolescentes de 17 a19 años), esta condición debe ser de estricto control.

TABLA N°23

DISTRIBUCIÓN DE 200 ADOLESCENTES EMBARAZADAS QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA PRENATAL DEL HOSPITAL "VICENTE CORRAL MOSCOSO", SEGÚN PROBLEMAS DURANTE EL EMBARAZO. CUENCA. 2011

Problemas durante en el embarazo	Edad (años)			
	14 -16		17- 19	
	N°	%	N°	%
Sangrado vaginal	0	0,00	2	1,08
Pérdida de liquido	1	6,67	8	4,32
Calambre de piernas	0	0,00	11	5,95
Varices en piernas	0	0,00	7	3,78
No tiene problema	14	93,33	157	84,86
TOTAL	**15**	**100,00**	**185**	**100,00**

Fuente: Estadística de Consulta Externa "HVCM"
Elaboración: Laura Ayavaca / Manuela Camas.

ANÁLISIS: El 93,33% de las adolecentes de 14 - 16 años así como el 84,86% de las mujeres con edades de 17 a 19 años cursaron un embarazo sin complicaciones. Solo un caso (6,67%) de las adolescentes medianas tuvo pérdida de líquido como signo de peligro en su embarazo. De entre todas las adolescentes tardías presentaron calambre de piernas (5,95%), pérdida de liquido (4,32%), varices en piernas (3,78%) y sangrado vaginal (1,08%). Teniendo en cuenta que signos como sangrado vaginal, pérdida de líquido y varices o calambres en piernas no son normales en un embarazo, en el presente estudio todas estas apenas suman el 14,5%, siendo la última la más frecuente.

El embarazo en la adolescente si bien es, problema de salud pública, sin embargo repercute de manera significativa en las adolescentes, a continuación trascribimos dos historias que nos contaron las adolescentes.

DOS HISTORIAS DE ADOLESCENTES EMBARAZADAS

HISTORIA N°1

Tengo 16 años, desde el primer día que supe que estaba embarazada surgieron los obstáculos. Experimenté muchas inquietudes, miedos y temores; lloré muchísimo, porque debía enfrentar a mis padres para darles la noticia.

Reconozco que no presté mucha atención a sus consejos ni a los de mis profesores. Una noticia que debía festejarse con alegría, resultó la peor de las situaciones en la familia y en mi enamorado. Antes de comunicárselo, me cuestioné mucho sobre la reacción que tendrían, no sabía que me dirían, que pensarían los demás.

Yo hasta ese momento no vivía consciente de que podía ser madre y no es que me molestara solo lo que pensara o dijera mi familia o los demás, sino, que iba a hacer yo ahora.

Cuando les conté, el temor de mi familia era que yo iba a ser una “madre soltera”. Me llamaron irresponsable e inconsciente, la casa se transformó, todos me reprochaban lo que había hecho, y me decían cómo pensaba criarlo, como haría para mantenerlo y hasta si sería yo un buen ejemplo para él o ella.

Al principio pensé que todo lo que decían era exagerado, que conseguiría un trabajo, dejar los estudios y cuidar a mi hijo. Hasta pensé que el padre de mi hijo me ayudaría en esta situación y no supe más de él.
Pero cuanto más pasaban los meses la realidad me golpeaba, y viví muchos momentos de angustia, soledad e incertidumbre.

Atrás quedaron las salidas con amigos, mis estudios, mis ilusiones que se parecían más a un cuento. Empecé a darme cuenta que todo había cambiado y a ver el verdadero sentido del problema.

Duro mucho tiempo para qué mis padres aceptaran mi embarazo y empezaron a apoyarme y ayudar a que siga estudiando.

HISTORIA N°2

Hola mi nombre es NN……. Tengo 16 años vivo por la Feria Libre, nací y crecí en Santa Ana, hace 2 años que vine a trabajar como empleada domestica, mis jefes me pagan un sueldo básico más el seguro, gracias a que me pidieron les cuento como fue que me embaracé: hace 5 meses me fui de visita a mi casa como lo hago cada 15 días con autorización de mis jefes, era un viernes en la noche, cuando en el bus de regreso a casa conocí a un chico que parecía una muy buena persona, me dijo que se llamaba……. que tenía 22 años, que era soltero y que trabajaba en "Coral Centro," fuimos conversando todo el camino, me pidió mi número de celular y yo le di, el también me dio su número; toda la semana me escribió, me mandaba palabras bonitas y me invitaba a salir, porque se había enamorado de mí y a mí también me gustó, me enamore de él, nos veíamos cada vez que yo salía al mercado a hacer compras estuvimos así durante un mes, creo.

Un fin de semana que me iba nuevamente a mi casa, me quedé aquí con él y nos fuimos a bailar a la discoteca, esa noche tomamos y me llevó a su cuarto que ha tenido por el "Control Sur" a la entrada a Baños, yo estuve mareada y el también, tuvimos relaciones, al siguiente día me fui a mi casa y regresé el lunes a las 8 a mi trabajo, en esa semana pedí permiso a la Sra. para ir a ver a mi mamá que estaba en la Feria Libre pero era mentira, era para verle a mi novio volvimos a tener relaciones algunas veces, ni él ni yo nos cuidábamos, yo no me di cuenta que me había embarazado hasta hace dos meses que ya no me llegaba la regla.

Estuve mareada con nausea, vomito, me daba asco el olor y sazón de las ollas y la Sra. me preguntó qué es lo que me pasaba, yo le dije que nada que tal vez era malaire y me dijo que si no le decía la verdad le iba a decir a mi mamá y que me iba a llevar al doctor, hasta que le dije la verdad, me llevó al doctor de la clínica Humanitaria, me examinó el Dr. me hicieron la prueba de embarazo que dio positivo, me hicieron una ecografía y yo le vi a mi bebé, me dijo que estaba de 10 semanas 2 días.

Yo no recuerdo cuando fue la última fecha de mi menstruación desde ahí la Sra. me trajo al hospital, me abrió la ficha y me trae al control, este es el segundo control que me hace, mi mamá me quiere llevar a la casa pero la Sra. me dice que no me vaya todavía, que ella me va a ayudar hasta que yo esté cerca de dar a luz para que me vaya a mi casa con mi mamá y luego de que dé a luz regrese a trabajar con ella, mi novio no quiere saber nada de mí, ya no me llama ni lo he vuelto a ver, pero gracias a Dios tengo a mis jefes que son buenos y me apoyan en todo, eso es todo lo que puedo contar……

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES

OBJETIVOS	CONCLUSIONES
❖ Determinar edad, estado civil, ocupación, escolaridad, anticonceptivos utilizados, antecedentes obstétricos, estado nutricional, problemas de salud y sus riesgos con las embarazadas adolescentes.	❖ 15 adolescentes se encuentran en edad temprana (14 a 16 años), 185 adolescentes se encuentra en edad tardía (17 a 19) El 34.05% de adolescentes son de unión libre, el 60.54% se dedican a los que haceres domésticos, el 56,76% cuentan con una secundaria incompleta, el 8,11% tienen embarazos anteriores y el 91,89% no utilizan anticonceptivas, 93,33%en edad temprana no tienen antecedentes, 0,54% en edad tardía han tenido complicaciones, el 0,54% alguna vez estuvieron en desnutrición durante los primeros mese de gestación, 46,67% ingieren alcohol en edad temprana

❖ Identificar los factores de riesgo y las complicaciones, físicas y psicosociales que afectan a las embarazadas adolescentes.	❖ El 35,14% consumen alcohol , el 24.86% presentan complicaciones como es el movimientos fetales, el 17,84% tienen flujo vaginal, 14,59% tienen hipertensión, el 5,41% tienen hemorragia vaginal todas las adolescentes que tienen este tipo de complicaciones se encuentran en una edad tardía de 17 a 19 años
❖ Prevenir complicaciones a causa de la edad, talla, peso, procedencia, residencia, Antecedentes obstétricas, Antecedentes personales, Antecedentes familiares.	❖ El 73,33% tienen complicación, por el mismo hecho que son adolescentes y corren el riesgo de tener partos prematuros cosa que no a sucedido hasta el momento, el 7,03% que se encuentran en una edad tardía, tiene una talla inferior a1,45 el 1,62% terminan en cesárea porque su organismo no se ha desarrollado por completo, el 0,54% alguna vez estuvieron en desnutrición durante los primeros mese de

	gestación, el 27,57%de las adolescentes en edad tardía se encuentra en zona rural lo que les hace difícil asistir a un centro de salud para su control prenatal o en caso de emergencia, el 14,59% desarrollan hipertensión arterial que puede ser hereditario o provocado por el mismo embarazo.

RECOMENDACIONES

- Elaborar un programa de concientización dirigida al personal de enfermería para que cumplan a cabalidad con las funciones que están a ellas encomendadas, sobre todo en el área de control prenatal.
- Dar charlas educativas a las adolescentes embarazadas sobre los principales signos de peligro que ponga en riesgo la vida de la madre y el feto.
- Dar a conocer a las adolescentes la existencia de centros y subcentros de salud más cercanos a donde pueden acudir para su control prenatal o en casos de emergencia
- A los padres de los adolescentes, que deben mantener un sistema de comunicación asertiva con sus hijos y orientarlos sobre la importancia de la educación sexual y de las relaciones sexuales.
- Motivar a las adolescentes a seguir estudiando y prepararse para el futuro

CAPÍTULO VI

BIBLIOGRAFIA

1. ARCHER, S.; R. FLESMAN; M. J. JACOBSON (1982). Enfermería de Salud Comunitaria. Santa Fe de Bogotá. En Modulo Instruccional de Enfermería Comunitaria. Tomo I. Caracas, 1994
2. Centro de Estudios de Población y Desarrollo Social. *Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil, ENDEMAIN-99*. Quito, Ecuador: El Centro, 2001
3. Coll, A.: "Embarazo en la adolescencia" – Clínicas Perinatologías Argentinas, Nº 4, 1997 – Asociación Argentina de Perinatología (ASAPER)
4. DIDONA, A. Nancy. Et. al. Enfermería Maternal. Ed. Mac-Graw-Hill-Interamericana. (Disponible en la Biblioteca “Graciela Arroyo de Cordero” de la ENEO).
5. Educación para la Maternidad: Tomos I y II. Madrid: Instituto Nacional de la Salud, 1995.
6. Forés García M ; Batalla Martínez C. “ Inmunizaciones “ . Prevención y Promoción de la salud. Atención Primaria . Vol. I. Cuarta Edición 1999.
7. García Sánchez M. H., Hernández Hernández M. L., Manjon Sánchez A.: "Embarazo y adolescencia" - Dto. Obst. y Ginecologia. Hptal. Clín. Univers. de Salamanca – Rev. Sobre Salud Sexual y Reproductiva Nº 2, año 2, junio 2.000, pág. 10-12 – Asociación Argentina por la Salud Sexual y Reproductiva (AASSER).
8. IBID.2
9. Luengo CX. Definición y características de la adolescencia. Embarazo en Adolescentes Diagnóstico, 1991. Santiago de Chile: ERNAM UNICEF, 1992.
10. Meneghello J. Pediatría. Cuarta edición. Vol. 1. Editorial Doyma. Barcelona. España. 1985

11. Molina, R., Sandoval J., Luengo X.: "Salud sexual y reproductiva del adolescente" - Ruoti, A. M. y col.: Obstetricia y Perinatología, Cap. 8, 2ª Edición, 2.000 – EFACIM-EDUNA, Asunción, Paraguay.
12. Molina R.: "Adolescencia y embarazo" – Pérez Sánchez A., Donoso Siña E.: Obstetricia, Cap. 14, 2ª Edic. 1992 – Publicacion. Técnicas MEDITERRANEO – Santiago de Chile.
13. Rodríguez Armas O., Santiso Gálvez R., Calventi V.: Ginecología, Fertilidad y Salud Reproductiva, FLASOG, Vol. 1, Cap. 32 – Edit. ATEPROCA, Caracas, Venezuela.
14. Organización Panamericana de Salud Lineamientos y directrices de enfermería para la mejoría de la calidad de la atención prenatal en embarazos de bajo riesgo en América Latína y el Caribe, 2004Reeder, S. Enfermería Materno-Infantil. Décimo quinta Edición. 1999. Méjico. Editorial Mejicana.
15. OLDS, Sally. B. et .al. Enfermería Materna infantil. Ed. Interamericano. 4ª.ed. (Disponible en la Biblioteca “Graciela Arroyo de Cordero” de la ENEO).
16. Organización Mundial de la Salud. (1984). Enfermería y Salud de la Comunidad. Ginebra.
17. STRIGHT, R. Barbara. Enfermería – Neonatal. Ed. Mac-Graw-Hill-Interamericana. 2a.ed. México, 1999. (Disponible en la Biblioteca “Graciela Arroyo de Cordero” de la ENEO)
18. Toro Merlo J., Uzcátegui Uzcátegui O.: "Embarazo en la adolescente"
19. UNICEF. El embarazo de las adolescentes en América Latina y el Caribe. Enfoque desde el punto de vista de sus derechos.
20. Villegas P. La embarazada y la madre adolescente: aspectos biomédicos: Sexualidad y embarazo en adolescentes. Santiago de Chile: Consejo de Educación De Adultos en América Latína, 1989.
21. W. Forth. Las Bases Fisiológicas de la Farmacoterapia con Hierro. Therapie Wuche. Vol. I. 28 Pág. 7329-1978
22. Winick Myron- Nutrición y Embarazada. Mundo Médico Pág. A5 - Vol. 4. No. 10
23. IBID 3 Pág. ?

ANEXOS

ANEXO 1

UNIVERSIDAD DE CUENCA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ENFERMERÍA

ENCUESTA PARA RECOLECCIÓN DE DATOS

CUESTIONARIO APLICADO A LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS.

PREVIO CONSENTIMIENTO INFORMADO.

1) DATOS PERSONALES.

Nombre: ---------- Edad: ----------

Procedencia: ---------- Residencia: ----------

2) ¿CUÁL ES SU ESTADO CIVIL?

Casada: ----------

Soltera: ----------

Unión libre: ----------

Viuda: ----------

Separada/ divorciada: --------

No contesta: ----------

3) VIVIENDA.

a) La casa donde usted vive es:

Arrendada: ----------

Propia: ----------

Prestada: ----------

b) La casa está construida de:

Adobe: ----------

Ladrillo: ----------

Bloque: ----------

c) Cuenta con todos los servicios de infraestructura como:

Luz: Si -------- No ----------

Agua Potable: Si ------ No ------

Agua Entubada: Si ------ No ------

Alcantarillado: Si ------ No ------

Teléfono/ celular. Si------- No -------

d) Usted Vive con:

Padres: ----------

Madre: ----------

Hermanos: ----------

Abuelos: ----------

Esposo: ----------

4) NIVEL DE EDUCACIÓN

¿Cuál es el último año de estudios que cursó?

Primaria Completa: ----------

Primaria Incompleta: ----------

Secundaria Completa: ----------

Secundaria Incompleta: --------

Academia Completa: ----------

Academia Incompleta: ----------

5) OCUPACIÓN

a) ¿Usted trabajó durante los últimos seis meses?

Si ------- No -------

No Contesta ----------

b) ¿Cuántas horas diarias trabajó?

1 a 4 horas ---------

5 a 8 horas ---------

Más de 8 horas ------

C) ¿Qué tipo de tarea realiza en su trabajo?

Empleada Doméstica ---------- Lavandera ----------

Vaquera ---------- Agricultura ----------

Cocinera ----------

Invernaderos: Sembradora ---------- Cosechadora ----------

Cortadora ---------- Fumigadora ----------

d) ¿Cuánto gana o ganaba mensualmente?

30 dólares ----------

40 dólares ----------

50 dólares ----------

60 dólares----------

Más de 60 dólares ---------

6) QUÉ ES PARA USTED EL EMBARAZO

7) CONOCE USTED LOS SIGNOS Y SÍNTOMAS DEL EMBARAZO

Sí ___ No ____

Si su respuesta es sí mencione uno de los síntomas.

8) CONOCE USTED CUALES SON LOS SIGNOS Y SÍNTOMAS DE PELIGRO DURANTE EL EMBARAZO

Si ___ No ____

Como son:

Si es menor de 15años y mayor de 35 años

Consumo de alcohol

Si tiene cesáreas anteriores

Palidez extrema

Flujo vaginal

Hemorragia vaginal

Embarazo múltiple

Disminución o ausencia de movimientos fetales

Hipertensión

9) HA RECIBIDO INFORMACIÓN SOBRE EMBARAZO EN ADOLESCENTE

Sí ___ No_____

Si la respuesta es sí a través de que ha recibido

a) Radio

b) Televisión

c) Amigos

d) Escuela

e) Padres de familia

f) En la Unidad de Salud

10) ALGUNA VEZ USTED ASISTIÓ A LA UNIDAD DE SALUD

Sí ____ No_____

a) ¿Cuántos controles de su embarazo tiene?

Número de consultas: ----------

No sabe: ----------

No contesta: ----------

b) ¿Qué profesional controla su embarazo?

Ginecólogo: ----------

Partera: ----------

No sabe: ----------

No contesta: ----------

11) PREVIO AL EMBARAZO USO ALGÚN MÉTODO ANTICONCEPTIVO??

No _____ Sí_____ ¿Cuál?

a) Preservativos
b) Tabletas
c) Inyección
d) método natural
e) calendario

12) SE HA REALIZADO EL PAPANICOLAU, FECHA DE LA ÚLTIMA REALIZACIÓN DEL PAPANICOLAOU?

Día____ ___ mes_____ año_____

ANTECEDENTES OBSTETRICOS

13) Ha tenido Embarazos anteriores:

Si ------- No -------

a) Ha tenido Embarazo gemelar:

Si -------- No -------

b) Ha tenido Cesáreas anteriores:

Si -------- No -------

c) Ha tenido Abortos:

Si -------- No ------

14) EMBARAZO ACTUAL

a) ¿Cuál fue la fecha de su último período menstrual?

Fecha---------- / ---------- (No contestar)

b) Peso Kg.: ---------- Libras: ---------- (No contestar)

c) Talla: ---------- cm.

d) S: G: A. (Por favor No contestar)

---

e) F P P. (No contestar)

---

15) ¿QUÉ ENFERMEDADES PRESENTA DURANTE SU EMBARAZO?

Gripe ---------- Tos ---------- Varicela ----------

Anemia ---------- Tuberculosis ---------- Dolor de cabeza ----------

Dolor de dientes ---------- Infección urinaria ----------

Diabetes ---------- Presión Alta ----------
--

Neumonía ----------

16) PROBLEMAS QUE PRESENTA EN SU EMBARAZO

a) Sangrado vaginal: Si -------- No --------- No sabe --------- No contesta-----

b) Pérdida de líquido o secreción.

No -------- Si --------- No sabe ---------- No contesta ----------

c) Calambres en piernas

Si --------- No ---------- No sabe --------- No contesta ----------

d) Várices en piernas

Si --------- No --------- No sabe --------- No contesta ----------

17) HABITOS

a) Fuma durante su embarazo

Si----- No -------- No contesta ---------

Cuántos cigarrillos ----------

b) Ingiere bebidas alcohólicas

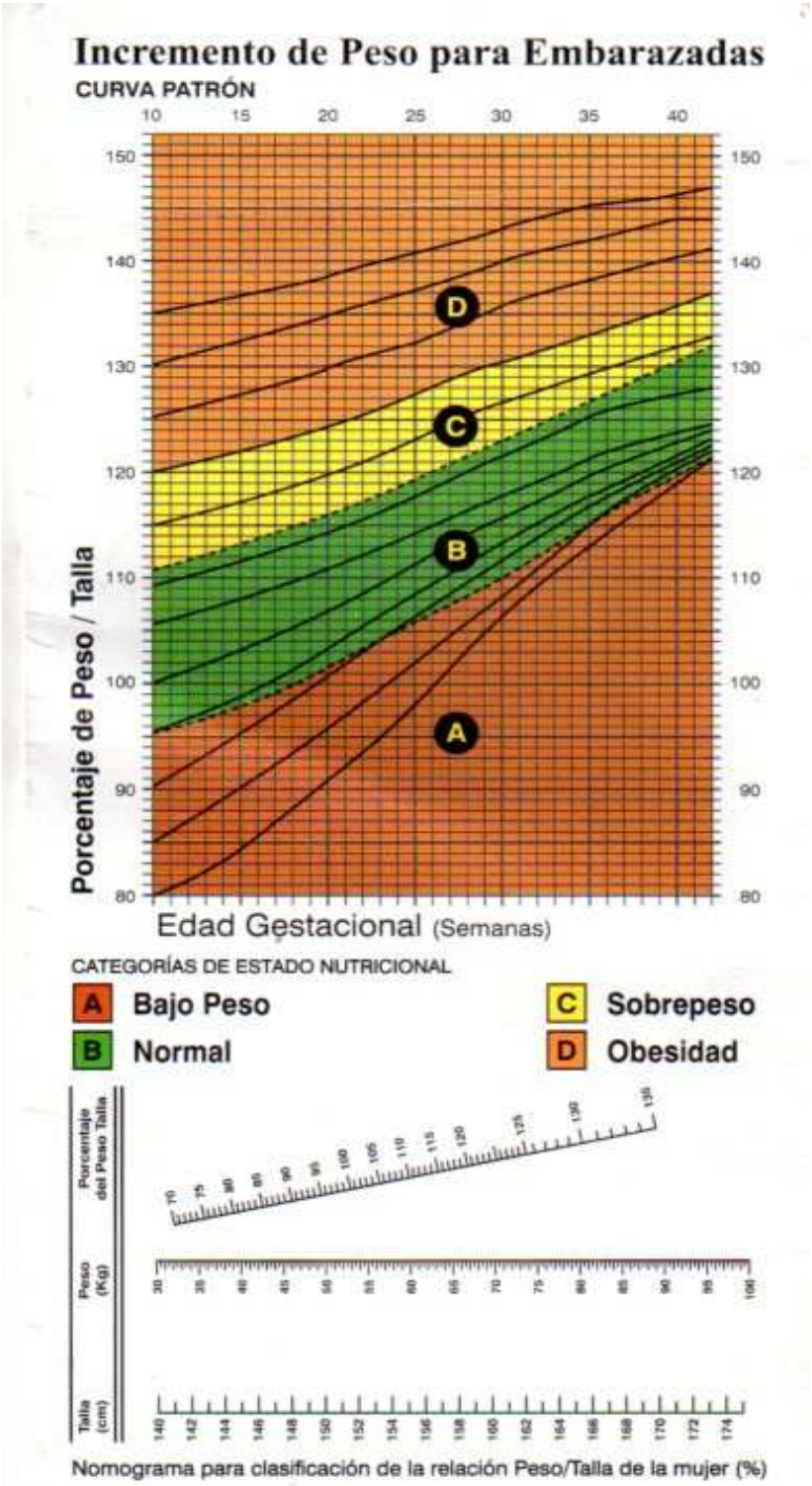
Si -------- No ---------- No contesta ----------

c) Consume drogas

Si -------- No --------- No contesta ---------

GARACIAS POR SU TIEMPO Y COLABORACIÓN BRINDADO.

ANEXO 3


Incremento de Peso para Embarazadas
CURVA PATRÓN
Porcentaje de Peso / Talla
Edad Gestacional (Semanas)
CATEGORÍAS DE ESTADO NUTRICIONAL
A Bajo Peso
B Normal
C Sobrepeso
D Obesidad
Porcentaje del Peso Talla
Peso (Kg)
Talla (cm)
Nomograma para clasificación de la relación Peso/Talla de la mujer (%)

ANEXO 4

FOTOGRAFÍAS DE LAS ENCUESTAS REALIZADAS

FOTO 1

Se realiza la encuesta a las embarazadas adolescentes para identificar los riesgos que pueden presentar durante el embarazo para así poder prevenir complicaciones

FOTO 2

Control de signos vitales es muy impórtate para poder identificar hipertensión en el embarazo, para así poder dar un adecuado tratamiento.

FOTO 3

Control peso es importante para poder saber si está subiendo de peso según la edad gestacional, así podes identificar el incremento de peso.

FOTO 4

Control de talla es importante asi podemos sacar el percentil talla/ peso y comprovar si esta adecuado para la edad gestacional.

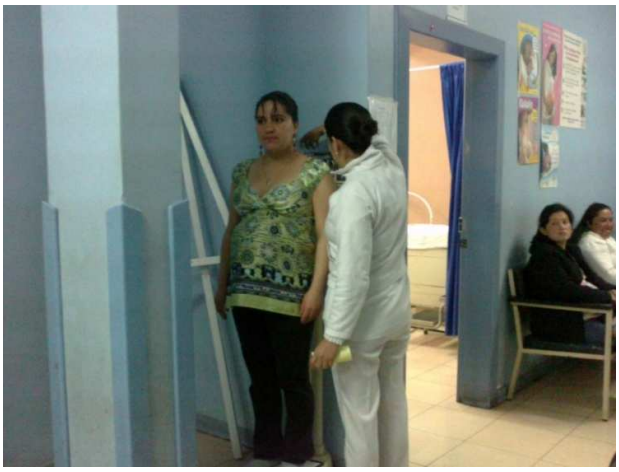


FOTO 5

Educación a las adolescentes embarazada para prevenir los riesgos y complicaciones, educado para que puedan identificar los signos de peligro