

UNIVERSIDAD AMAZÓNICA DE PANDO

AREA CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA DE ENFERMERIA



MONOGRAFIA

FACTORES QUE INFLUYEN EN EL EMBARAZO PRECOZ EN ADOLESCENTES DE
13 A 16 AÑOS, USUARIAS DEL CENTRO DE SALUD BLANCA FLOR DEL
MUNICIPIO DE SAN LORENZO, EN EL ULTIMO TRIMESTRE DE LA GESTION
2010.

UNIVERSITARIA: ANTONIA OLIVEIRA DA SILVA FILHA

CORDINADORA DEL S.S.R. O: LIC. ALICIA CHAMBI

INTERNADO DEL SERVICIO SOCIAL RURAL OBRIGATORIO

COBIJA- PANDO 2010

DEDICATORIA

A mi madre por darme lá oportunidad de ser alguien en La vida e inculcarme responsabilidad y Constancia para alcanzar los objetivos que me He trazado.

A mis Familiares por ayudarme a continuar el propósito que me he encomendado

A mi Esposo y mi hijo por su apoyo incondicional en todo el proceso de elaboración de la monografía.

AGRADECIMIENTO

A DIOS nuestro creador quien me ilumina, me da amor, fuerza, constancia con sabiduría para enfrentar y superar los obstáculos que la vida nos depara.

A la Universidad Amazónica de Pando por acogerme en esta casa superior de estudios la cual me formo como profesional.

A los docentes del área de Ciencias de la Salud quienes me impartieron sus conocimiento, dedicación, profesionalismo y paciencia en cada etapa del estudio.

Mis mayores agradecimientos a mi tutora Lic. Maria Encarnación Acosta.

Al personal del centro de salud Blanca Flor por facilitarnos nuestras salidas a los colegios e demás comunidades pos para mí fue de mucha eficacia su apoyo

Al Director del Centro de salud Blanca Flor Dr. Cesar Pérez Alcaraz de por la enseñanza, comprensión, dedicación y apoyo constante durante las prácticas realizadas en la comunidad, quien con mucho esmero, profesionalismo y paciencia me ha transmitido sus conocimientos mediante discusiones enriquecedoras

RESUMEN

El presente trabajo de investigación está dirigido a investigar los factores que influyeron en los casos de embarazo precoz en adolescentes de 13 a 16 años en el municipio de San Lorenzo, en el último trimestre de 2010. Para el efecto se realizó un estudio, de tipo descriptivo, considerando como muestra representativa a 12 adolescentes embarazadas comprendidas en la edad de 13 a 16 años, que acudieron al centro de salud de Blanca Flor centro de atención del municipio de San Lorenzo. Entre los métodos empíricos, se aplicaron la encuesta y la entrevista a cada una de las adolescentes embarazadas en el momento de la recolección de datos. Los criterios que han orientado la selección del estudio, responde a la necesidad de conocer, las situaciones que lleva a las jóvenes adolescentes, a embarazarse en una edad tan temprana en un municipio con características tan peculiares como es el municipio de San Lorenzo ubicado en la Provincia Madre de Dios del departamento de Pando, conformado por 32 comunidades, cuya sede es Blanca flor, ámbito de la presente monografía.

La **investigación** fue estructurada en cuatro capítulos.

El primero se refiere al planteamiento del problema el cual describe de manera amplia la situación del objeto de estudio, se expuso una interrogante para saber cuáles son los factores que influyen en el embarazo precoz en adolescentes de 13 a 16 años.

En el segundo capítulo se refiere, al marco teórico que encierra los antecedentes, son estudios antes realizados que tenían un perfil metodológico. Igualmente nuestras bases teóricas sobre el embarazo precoz en adolescentes.

En el tercer capítulo, describe el **diseño** metodológico y la elaboración de la investigación que utilizamos como guía para recopilar la información requerida. Se señala la **muestra** y la población sobre la cual realizamos el estudio, así como la **instrumentación** aplicada a nuestra muestra con la finalidad de obtener los **datos** para culminar nuestra investigación.

En el cuarto capítulo, está dirigido al análisis de los resultados y a las limitantes que surgieron durante nuestra investigación, se señalara las conclusiones generales sobre el tema emitiendo consecutivamente las recomendaciones que se considera pertinentes. Es importante destacar que con el presente trabajo, se busco satisfacer las curiosidades y ampliar los conocimientos acerca del embarazo precoz.

INDICE

CAPITULO I

Introducción.....	1
Antecedentes.....	2
Planteamiento del problema.....	2
Situación problemática.....	2
Pregunta de investigación.....	3
Objeto de estudio.....	3
Campo de acción	3
Objetivo general.....	3
Objetivos específicos.....	3
Justificación.....	4

CAPITULO II

Marco conceptual.....	5 a 40
Hipótesis.....	41
Variables.....	41
Independiente.....	41
Dependiente.....	41
Operacionalización de variables.....	42,43

CAPITULO III

Diseño metodológico.....	44
Tipo de investigación.....	44
Descriptivo.....	14
Prospectivo.....	44
Operativo (de intervención).....	44
Transversal.....	44
Muestra poblacional	44
Universo.....	44
Muestra.....	44
Metodología a emplear en el proceso de investigación.....	45
Métodos teóricos.....	45
Método empírico.....	45
Encuesta.....	45

CAPITULO IV

Análisis e interpretación de resultados.....	46 a 53
Conclusiones.....	54
Recomendaciones.....	55
Cronograma de actividades.....	56
Presupuesto.....	57

CAPITULO V

Plan de acción.....	58
Referencias Bibliográficas.....	59
Anexos.....	60 a 67

CAPITULO I

INTRODUCCION

El presente trabajo destinada a identificar factores que determinan el embarazo precoz en mujeres entre los 13 a 16 años; pretende tocar la problemática referente al embarazo en adolescentes usuarias del Centro de Salud de Blanca flor del Municipio de San Lorenzo departamento de Pando, por ser un problema que es emergente a nivel mundial.

Científicamente se ha comprobado que la edad más adecuada para la gestación está comprendida entre 25 a 27 años para un futuro saludable y una maternidad sin riesgos

Los datos muestran que el problema en estudio, existe en todos los niveles sociales, sin embargo mujeres adolescentes menores de 17 años en su gran mayoría desconocen los riesgos a los que están expuestas por lo tanto representan un grupo vulnerable.

Los adolescentes son los adultos de mañana y constituyen una proporción substancial de la población. Ignorar sus necesidades no sólo es difícil sino imprudente e injusto. Es difícil porque el número de los adolescentes es tan grande; imprudente, porque lo que les sucede a ellos afecta a toda la humanidad tanto ahora como en el futuro; es injusto, porque los adolescentes son miembros de la familia humana y no deben estar privados de los derechos que gozan los otros miembros.

El estudio es de tipo descriptivo en principio se realiza un diagnostico del problema en cuanto a la magnitud, gravedad y características del mismo, de esta manera se marcara el punto de partida para mejorar, el instrumento que se utilizara es la encuesta.

En el presente trabajo de investigación, los resultados que se esperan encontrar son:

- 1-** Establecer los factores que predisponen al embarazo en adolescentes.

ANTECEDENTES

Más del 10% de los nacimientos que se registran anualmente en el mundo se producen en madres adolescentes. Cada año nacen 15 millones de niños de madres adolescentes.

En Bolivia la población juvenil representa el 23% de la población total del país según el censo 2001 INE de las cuales el 49.3 son mujeres y el 50.7 son hombres. en un estudio realizado en la ciudad de la Paz se analizaron 275 encuestas en el año 2004 en la cual la edad promedio de inicio de actividad sexual es de 16.6 años en ambos sexos y el 15.6 % aceptaron haber iniciado su actividad sexual tanto varones como mujeres.

El departamento de Pando por ser una ciudad en constante crecimiento demográfico por la inmigración nacional y extranjera cuenta con una población adolescente del 45% del total de la población que en la actualidad es de 72427 habitantes.

En la comunidad de Blanca Flor ámbito geográfico del presente estudio; el crecimiento de la población se ha incrementado en los últimos años , con los datos actuales de una población de 1.331 habitantes, debido al incremento en la inmigración de personas procedentes de Riberalta principalmente, pero también de distintas partes del país para la explotación de la castaña, fuente productiva principal; los casos de embarazo precoz se han convertido en un verdadero problema , situación que lleva a estudiar los factores que influyeron para que mujeres menores de 16 años se embaracen en forma precoz.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

SITUACION PROBLEMICA.

El embarazo precoz en la adolescencia, es un problema de salud pública, considerándose que el embarazo y la inmadurez física colocan a la madre adolescente en mayor riesgo para la morbilidad y la mortalidad.

Las enfermedades relacionadas con el embarazo, las adolescentes sufren más complicaciones que la mujer adulta, por lo que se considera un alto riesgo obstétrico tales como: eclampsia, anemia, partos pre términos, recién nacidos de bajo peso, traumas obstétricos, riesgo elevado de muerte en el transcurso del primer año de vida, hemorragias en la primera mitad del embarazo, abortos provocados a causa de un embarazo no deseado, lo que trae consigo la imposibilidad para continuar los estudios, riesgo nutricional, pues se añaden a las necesidades normales de su crecimiento, las del feto que engendra.

PREGUNTA DE INVESTIGACION.

¿Cuáles son los factores que influyen para que adolescentes de 13 a 16 años, lleguen a tener embarazo precoz en la comunidad de Blanca Flor del municipio de San Lorenzo?

OBJETO DE ESTUDIO

Adolescentes embarazadas de 13 a 16 años

CAMPO DE ACCION

La investigación se realizo en la comunidad de Blanca Flor del municipio de San Lorenzo.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Identificar los factores que influyen en el embarazo precoz en adolescentes de 13 a 16 años usuarias del Centro de Salud de Blanca Flor del Municipio de San Lorenzo durante el último trimestre del año 2010.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- Identificar la edad del primer embarazo en las mujeres encuestadas.
- Establecer estado civil de las mujeres menores de 13 a 16 años.
- Identificar conocimiento sobre riesgo reproductivo en embarazo temprano.
- Determinar conocimiento sobre los métodos de anticoncepción.
- Edad de la primera relación sexual en adolescentes objeto de estudio.
- Nivel de instrucción según ocupación de adolescentes de 13 a 16 años.
- Identificar la edad de la primera menstruación.

JUSTIFICACIÓN

Lo que motivó a realizar este trabajo fue, que al llegar a la comunidad blanca flor llama la atención un alto número de adolescentes embarazadas a temprana edad, en la referida comunidad. Y que en la mayoría de las adolescentes no tiene una buena información

adecuada de cómo prevenir un embarazo no planeado y también no utiliza métodos anticonceptivos adecuados. Situación que motivo a realizar y ejecutar el presente trabajo de investigación.

El tema en estudio se lo considera de mucha importancia, porque afecta a la población femenina y en mayor grado a las adolescentes, porque tiene mayor riesgo obstétrico: embarazo precoz no deseado, queda embarazada antes de los 19 años puede desencadenar un drama personal y más que todo familiar de proporciones considerables que influye en el desarrollo de una comunidad. Por lo tanto el embarazo en la adolescencia se convierte en un problema afectando la salud de la madre y del niño.

Quizá se pueda atribuir a esta como una principal causa, pero a esto se debe sumar las innumerables causas familiares, y entre ellas responsabilidad de maternidad en la adolescencia.

Sin embargo se desconocen datos sobre el inicio precoz de embarazos en la adolescencia intermedia de la comunidad Blanca Flor del municipio San Lorenzo del Dpto. de Pando, por lo que el presente estudio es importante porque afecta a la población estudiantil, especialmente a las mujeres adolescentes del municipio de san Lorenzo comunidad blanca flor, por embarazos no deseados, abandonos de los estudios, problemas familiares, económicos y psicológicos, lo que derivaría en un alto índice de morbi-mortalidad en adolescentes dejando perdidas sociales y económicas.

Con el presente trabajo, se pretende contribuir al Departamento de Pando, con datos sobre el inicio precoz de embarazo en adolescentes de la comunidad Blanca Flor municipio San Lorenzo.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

La adolescencia es la etapa de transición durante la cual el niño se transforma en adulto. En términos generales se puede enmarcar entre los 10 y 20 años de edad. La adolescencia, es un fenómeno psicosocial, es el período de transición entre la dependencia del niño y la independencia del adulto, en el curso del cual el ser humano adquiere funciones de miembros activos de la sociedad.¹

ETAPAS DE LA ADOLESCENCIA

De manera resumida la adolescencia se divide en las siguientes etapas:

Adolescencia temprana (10-13 años en las mujeres y 12 a 14 años en los varones).

Adolescencia intermedia (14-16 años en las mujeres y 15 a 17 años en varones)

Adolescencia avanzada (17-19 año en las mujeres y de 18 a 21 en varones)

Esta etapa es un estado en el que el sujeto aún no se ha encontrado así mismo en la vida adulta, no se ha constituido como personalidad madura, con la forma de una actividad inherente solo a ella. En este período ocurre un rápido incremento de las dimensiones físicas, un cambio en la forma y composición del cuerpo, a la vez que se produce un rápido desarrollo de los órganos sexuales secundarios. La nueva formación central y específica en la personalidad del adolescente es la tendencia a ser y a considerarse adulto, esta expresa la nueva posición vital del adolescente con respecto a las personas y al mundo, determina la orientación específica y el contenido de su actividad social, el sistema de nuevas aspiraciones y reacciones afectivas.

Es en la etapa que se adquiere una filosofía de la vida y del mundo circundante acorde con los cambios sexuales, las transformaciones físicas, el momento social en el cual se desarrolla, y el equilibrio que se produce entre los intereses, motivaciones, objetivos y aspiraciones que señalan un nivel de aceptación positiva o negativa de este grupo, en el

¹ PINEDA E. B. ALVARADO, E.L. (1004) metodología de la investigación. OMS. Edición Washington.

espacio social y el escenario cultural donde transcurren los años más importantes de su desarrollo humano.

El adolescente empieza a dirigirse sobre sí mismo en la medida en que toma conciencia de que tiene que ser ante el mismo y ante los demás, una persona diferente e irrepetible. Es capaz de reflexionar sobre todo lo que ocurre ²en su entorno, no solo desde una postura de espectador, sino desde un punto de vista crítico.

En esta etapa la joven trata de buscar ámbito de independencia personal, siente necesidad de ser escuchado, valorando y comprendiendo, surge el desbordamiento de la afectividad y la emotividad, rechaza su pertenencia al círculo de niños, pero carece aún de la sensación de auténtico y cabal adulto. Para el adolescente es fundamental como lo ven sus coetáneos, surge como necesidad principal ocupar una posición respetada dentro del círculo de estos, y la aspiración de encontrar un compañero próximo, un amigo. Ellos evalúan a los otros de un modo más completo y correcto que a sí mismos, comienzan a formar su imagen a partir de la valoración que hacen de los demás.³

En la adolescencia se va a producir un proceso de reestructuración de cambios endocrinos y morfológicos, como son: la aparición de los caracteres sexuales secundarios, la transformación y crecimiento de los genitales, la aparición de la menarquía en la niña y la eyaculación en el varón; además, surgen nuevas formas de relación con los adultos, nuevos intereses, actividades de estudio, cambios en la conducta y en la actitud ante la vida. Los adolescentes llegan a ser fértiles aproximadamente 6 ó 7 años antes de ser maduros emocionalmente, y crecen en una cultura donde los compañeros, la televisión, el cine y la música transmiten mensajes manifiestos a propósito de las relaciones sexuales que son muy comunes y aceptados. Plantean algunos autores que la mayoría de las personas de todo el mundo, tienen su primera experiencia sexual que puede tener repercusiones para toda la vida en su salud sexual y reproductiva antes de cumplir 20 años.

² B.W.DUGAS(1998) tratado de enfermería practica 4° edición, editorial interamericana, México D. Suplemento F

³ Especial de La Tercera sobre "La Píldora y anticonceptivos" Año 2001.

*Se define como embarazo en la adolescencia, aquella gestación que tiene lugar durante la etapa de la adolescencia, o lo que es igual, en mujeres menores de 20 años con independencia de la edad ginecológica. El embarazo interrumpe en la vida de las adolescentes en momentos en que todavía no alcanzan la madurez física y mental, a veces en circunstancias adversas como son las carencias nutricionales u otras enfermedades y en un medio familiar generalmente poco receptivo para aceptarlo y protegerlo. La población mundial de adolescentes ha ascendido a más de 100 millones y en los países en desarrollo 1 de cada 4 personas está en la adolescencia, a diferencia de 1 de cada 7 en los países desarrollados.

El embarazo en edades cada vez más tempranas se está convirtiendo en un problema social y de salud pública de alcance mundial. Afecta a todos los estratos sociales, pero predomina en la clase de bajo nivel socioeconómico, en parte, debido a la falta de educación sexual, y al desconocimiento de los métodos de control de la natalidad.⁴

El embarazo en la adolescencia es una preocupación de estos tiempos. Estudios realizados por demógrafos cubanos han demostrado un rejuvenecimiento de la fecundidad, con gran incidencia en el grupo de edad comprendido entre 10 y 19 años, fundamentalmente a partir de los 15 años, a ello se asocia el incremento de las tasas de aborto 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 educacionales 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 los adolescentes se embarazan, y el 60% de estos ocurren dentro de los 6 meses iniciales de las primeras relaciones sexuales.

En estudios realizados aparecen porcentajes de mujeres de 25 a 29 años de edad que parieron antes de los 20 años en países Latinoamericanos. Bolivia con un 39%, Brasil con 35%, Colombia con 32%, República Dominicana con un 38%, Guatemala con 49%, Haití con 36%, Paraguay con 36% y Perú con 33%.¹⁰

⁴ Curso de Salud Adolescente de la Universidad Católica de Chile. Dra. María Inés Romero. Año 2001

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 de amor". ¿Por qué se embarazan nuestras adolescentes? Muchos autores han descrito que esto ocurre debido a: reducción de la edad de pubertad, por inicio precoz de las relaciones sexuales, por la falta de instrucción académica, por desconocimiento de la sexualidad, por no uso de protección contraceptiva, para "aguantar" a la pareja, buscando afecto, por problemas domésticos, por escasa percepción del riesgo, por la educación sexual "que no llega".⁵

Dentro de los factores de riesgo descritos del embarazo en la adolescencia se encuentran los biológicos: aumento de la morbimortalidad materno-perinatal. Médicos del embarazo: trastornos digestivos, metrorragias, abortos espontáneos, anemia, infecciones urinarias, amenaza de parto pre término, hipertensión arterial gravídica, parto pre término y bajo peso al nacer, presentaciones fetales distócicas, desproporciones cefalopélvicas, trabajo de parto prolongado. Psicosociales: ambivalencia afectiva por el neonato, atención prenatal deficiente, abandono escolar, situación económica desfavorable, estado de soledad, sobrecarga familiar, limitación de la oportunidad educacional, se compromete la posibilidad de autosuficiencia económica, desarrollo cultural frustrado de la pareja, comenzar a trabajar sin la debida preparación cultural, interrupción de los estudios y de la preparación técnica y profesional, ir al matrimonio sin una debida madurez condenado muchas veces al fracaso, vivir en condiciones de franca promiscuidad y hacinamiento, sentimiento de frustración por no poder realizar tareas propias de su edad. Para la familia: se altera la dinámica familiar, búsqueda indirecta de soluciones, falta de preparación para asumir la nueva situación, situaciones económicas desfavorables, actitud de rechazo a la adolescente, su pareja y al embarazo. Para el hijo: aumenta la morbilidad neonatal, inadecuado desarrollo psicosocial, insuficiente aprovechamiento escolar, mayor número de accidentes en el hogar, malnutrición, maltrato, paternidad inadecuada, mortalidad incrementada, para el recién nacido: alto índice de bajo peso al nacer.

⁵ <http://escuela.med.puc.cl/ops/Curso/Lecciones/Leccion15/M3L15Leccion2.html>

Resulta alarmante saber que casi la tercera parte de unos 175 millones de embarazos que se producen anualmente no son deseados, y que gran parte de estos son de adolescentes. A pesar de ello y de conocerse que los adolescentes no planifican la familia, aún existen criterios erróneos en relación con el uso de métodos anticonceptivos en esas edades como favorecedores de la relación sexual y la promiscuidad, entre otros aspectos; produciéndose un cuestionamiento moral acerca de la difusión del uso de los mismos.

Esto se plantea con el argumento de que con el uso de métodos anticonceptivos ya no hay temor al embarazo y se produce entonces un aumento en las relaciones sexuales activas. Resulta importante destacar que rara vez los adolescentes sexualmente activos están bien informados de las opciones de anticonceptivos o de los riesgos de contraer enfermedades de transmisión sexual, que como también sabemos son prevenibles por medios anticonceptivos como el preservativo; y que a menudo dudan en acudir a los consultorios y posiblemente los desanime aún más la cercanía de los mismos, los horarios inadecuados que coinciden con clases, becas, etc.; así como otros factores que pudieran estar relacionados con un personal no bien entrenado que los recibe etcétera.⁶

Las parejas de adolescentes necesitan asesoramiento especial para aprender a usar los diferentes métodos anticonceptivos, pues hay que tener en cuenta diferentes factores tales como aspectos biológicos, de personalidad, estabilidad de la pareja, medio familiar, promiscuidad, antecedentes de embarazos y/o partos, proyecto de vida, etc.

De lo anteriormente expuesto se infiere que el método anticonceptivo a seleccionar en esta etapa debe ser individual, teniendo en cuenta además, la aceptabilidad, eficacia y seguridad del mismo. Aunque no es lo ideal, se debe educar también al adolescente en la anticoncepción de emergencia. A pesar de los riesgos y complicaciones que tienen cada uno de los diferentes métodos anticonceptivos, éstos son mucho menos importantes que los que implica el embarazo no deseado, lo que significa que debemos asumir el reto de la anticoncepción como un aspecto fundamental en estos pacientes en ambos sexos, donde la educación sexual sea el pilar fundamental de estos servicios.

⁶ El Embarazo en la Adolescencia - La vida antes de nacer. (http://www.lavida.cl/junio_01/embarazoadolesc.htm)

Con respecto a las enfermedades relacionadas con el embarazo, las adolescentes sufren más complicaciones que la mujer adulta, tales como: eclampsia, anemia, partos pre términos, recién nacidos de bajo peso, traumas obstétricos, riesgo elevado de muerte en el transcurso del primer año de vida, imposibilidad para continuar los estudios, riesgo nutricional, pues se añaden a las necesidades normales de su crecimiento, las del feto que engendra.

Para evitar las consecuencias nefastas de una vida sexual "libre y plena" nos dedicamos tradicionalmente a matizarla de todo tipo de violencia y connotaciones negativas, de mitos y prejuicios, y estereotipos que la van rodeando de un halo de perniciosidad, culpabilidad, represión y rechazo. Si estos criterios han sido profusamente aplicados a adultos de las más diversas edades. ¿Cómo será su práctica en los niños, niñas y adolescentes?

Las adolescentes tienen el doble de probabilidad de morir en relación con el parto. Los niños nacidos de mujeres menores de 20 años tienen 1½ más riesgo de morir antes de su primer año de vida que los niños nacidos de madres con edades entre 20 a 29 años.¹³ La inmadurez física coloca a la madre adolescente en mayor riesgo para la morbilidad y la mortalidad.⁷

Los riesgos del embarazo en la adolescencia se incrementan en los países en vías de desarrollo. En reciente publicación se señala que entre el 20% y el 46% de las mujeres, en la mayoría de un grupo seleccionado de países en vías de desarrollo, tienen su primer hijo antes de los 18 años de edad y al llegar a los 20 años ya del 30% al 67% ha tenido su primer parto. En los Estados Unidos de Norteamérica esto ocurre en el 8% de la población adolescente. Se considera que el embarazo en edades tempranas e incluso aquel que es deseado lleva implícito un incremento en los riesgos tanto para la madre, para el feto y el futuro recién nacido, aceptándose que la mortalidad infantil en hijos de madres adolescentes puede llegar a resultar hasta 30 veces más elevada que en hijos de madres adultas (OMS).

⁷ Enciclopedia multimedia Salvat año 1999

Estudios realizados recientemente nos muestran que más de 2 millones de adolescentes son sometidos anualmente a un aborto en países en desarrollo, casi siempre en condiciones de riesgo, reportándose que una de cada 3 mujeres que acuden al hospital solicitando asistencia por complicaciones de un aborto son menores de 20 años.

Cuba presenta similar problemática con la diferencia de que en nuestro país el aborto se realiza en condiciones adecuadas y por un personal calificado, esto ha reducido las complicaciones inmediatas de este proceder como: perforaciones uterinas, laceraciones del cuello, hemorragias e infecciones, no así las secuelas a mediano o largo plazo entre las que se destacan mayor riesgo de embarazo ectópico, infertilidad e inflamación pélvica crónica; incrementándose lo anterior señalado en embarazos tempranos donde el útero no tiene la capacidad fisiológica para albergar un embarazo.¹⁸

Las afecciones maternas, perinatales y del recién nacido, son más frecuentes en las mujeres menores de 20 años y, sobre todo, en los grupos de edades más cercanos a la menarquía (menor de 15 años). Se ha descrito un mecanismo común que podría explicar diversas afecciones propias del embarazo que muestran mayor frecuencia en adolescentes, se trata de una falla en los mecanismos fisiológicos de adaptación circulatoria al embarazo, síndrome de mala adaptación circulatoria, cuyas diversas manifestaciones clínicas pueden presentarse por separado o asociadas entre sí al nivel materno y/o fetal. Los efectos psicológicos y sociales del embarazo temprano son de larga duración, tanto para la mujer como para sus hijos. Especialmente en los países en vías de desarrollo, las adolescentes embarazadas, casadas o no, tienden a abandonar la escuela. Para las casadas, esto suele ser el comienzo de un patrón de embarazos muy seguidos. Para las que no están casadas, la vuelta a la escuela en muchos casos será imposible porque se considera que han dado un mal ejemplo a los demás alumnos. Al verse así perjudicada la educación de las mujeres, se contribuye a perpetuar la baja condición de la mujer de una generación a la siguiente. Sus oportunidades de empleo serán menores y lo más probable es que continuaran dependiendo de otros para su sustento. El ciclo también se repite de otra manera: las hijas de madres adolescentes con toda probabilidad se convertirán en madres adolescentes ellas mismas, y así la privación continúa. Por otra parte, es probable que los hijos de madres muy jóvenes se críen peor nutridos y con menos cuidados que los de las mujeres más maduras. Esto es

particularmente cierto si la familia de una niña escolar embarazada se niega a prestarle su apoyo económico o emocional.

Por estas razones consideramos que el embarazo en la adolescencia se comporta como riesgo elevado, haciéndose necesario el desarrollo de una política de salud y sobre todo de educación sexual y sanitaria, que encaminen a la reducción de las tasas de embarazo en este grupo etario garantizando un mejor pronóstico de vida, tanto para la madre como para su descendencia y una recuperación positiva en el desarrollo futuro de la sociedad. La prevención del embarazo no deseado se logra por la información de sexualidad asegurando que los métodos reproductivos sean de confianza para los adolescentes creando así un ambiente de apoyo en ellos.

La posibilidad de crear la vida en un acto de amor, sentirla crecer y compartir cada cambio hasta tener al hijo en sus brazos, es algo que nos caracteriza como humanos y nuestro compromiso es trabajar en pos de lograrlo en el momento más oportuno.

EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

El embarazo en la adolescencia es aquella gestación que ocurre durante los 2 primeros años después de la primera menstruación (entre los 10 y 13 años aprox.), y/o cuando la adolescente mantiene la total dependencia social y económica de sus padres.

Las causas del embarazo adolescente pueden ser muchas, y al mismo tiempo discutibles, pero tratare de enumerar algunas. Al mismo tiempo los factores de riesgo de las jóvenes de quedar embarazadas existen en todas las clases sociales, pero tiene más probabilidades de ser madre una niña de bajo estrato social que una con mejor situación económica y padres profesionales.⁸

Causas:

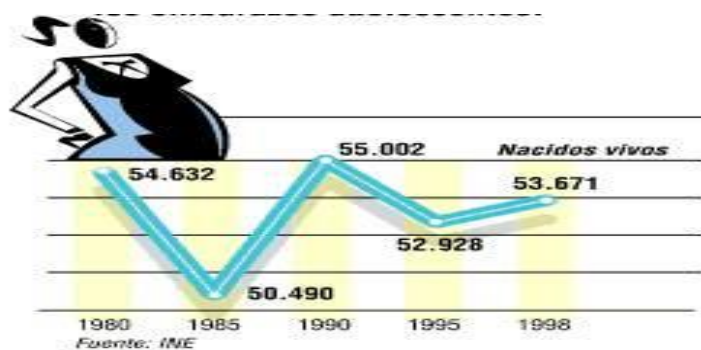
- Mal funcionamiento del núcleo familiar (posibilidad de huir de un hogar donde a veces la adolescente se siente amenazada por la violencia, el alcoholismo y el riesgo de incesto.

⁸ Saber para decidir .Información útil para tomar decisiones sobre anticoncepción.

- La inestabilidad familiar.
- La necesidad de probar su fecundidad.
- La pérdida de la religiosidad.
- Mantener relaciones sexuales sin anticoncepción adecuadas.
- La aceptación de mantener relaciones sexuales a edades cada vez más precoces.
- La falta de educación suficiente sobre el comportamiento sexual responsable.
- Información clara y específica sobre las consecuencias del intercambio sexual. 20

Factores de Riesgos:

- Crecer en condiciones pobres o precarias.
- Falta de educación por parte de los padres.
- Vivir en comunidades o asistir a escuelas donde los embarazos tempranos son comunes.
- Haber sido víctima de un ataque o abuso sexual.
- Cuando sus madres a su vez les han dado a luz a edad temprana.



Evolución del embarazo Juvenil en Bolivia durante los últimos 20 años. Fuente: INE.

Los estudios indican también que la relación sexual precoz es extendida en comunidades campesinas, algunas zonas suburbanas y en las clases sociales bajas de las grandes ciudades.

La mitad de los embarazos adolescentes ocurren durante los 6 meses siguientes al inicio de la actividad sexual, y el 20% en el curso del primer mes. De estos jóvenes no más de un 30% uso algún método anticonceptivo en ese periodo, confiando en que “eso no iba a pasarles”.

Síntomas del embarazo:

- Falta del periodo menstrual.
- Agotamiento.
- Aumento del tamaño de los senos y del peso corporal.
- Distensión abdominal.
- Náuseas y vómitos.
- Mareos y desmayos.
- Aumento del apetito.
- Posible irritabilidad.

Pruebas y test:

- Las pruebas de embarazo en orina y/o sangre.
- Estudios con ultrasonidos (ecografías) para confirmar o verificar el embarazo y así también las fechas precisas.

El adolescente puede admitir o no el haber tenido relaciones sexuales por lo tanto es importante hacer una prueba de embarazo.

Normalmente hay cambios de peso pero también puede existir una pérdida en caso de que las náuseas y vómitos sean de gran cantidad.

El examen puede mostrar aumento de volumen estomacal.

Se puede palpar el cuello del útero y este estar aumentado. En el examen pélvico las paredes vaginales aparecen decoloradas, o de color azulado o morado, el cérvix reblandecido, y hay un ablandamiento y ampliación del útero. Todo esto lo puede ver un especialista al hacer el primer examen.

ALTO RIESGO OBSTÉTRICO

Con la finalidad de reducir las altas tasas de morbilidad materna que se dan en nuestro país, el Plan Estratégico de Salud prioriza la atención integral a la mujer y la salud sexual y reproductiva; como uno de los pilares fundamentales del nuevo modelo de atención que se viene implementando en el país, para lo cual es de vital importancia el fortalecimiento de los recursos humanos del sector de salud, principalmente por enfermería que por perfil y desempeño laboral se halla más cerca de la atención de la familia y especialmente de la mujer.

Esta unidad presenta las alteraciones consideradas de alto riesgo en la mujer, tanto en la gestación, durante el trabajo de parto, el posparto y puerperio, ya que estas morbilidades al ser atendidas en los servicios de salud se constituyen la prioridad, uno por las complicaciones frecuentes que permiten engrosar las causas para las altas tasa de morbilidad materna.

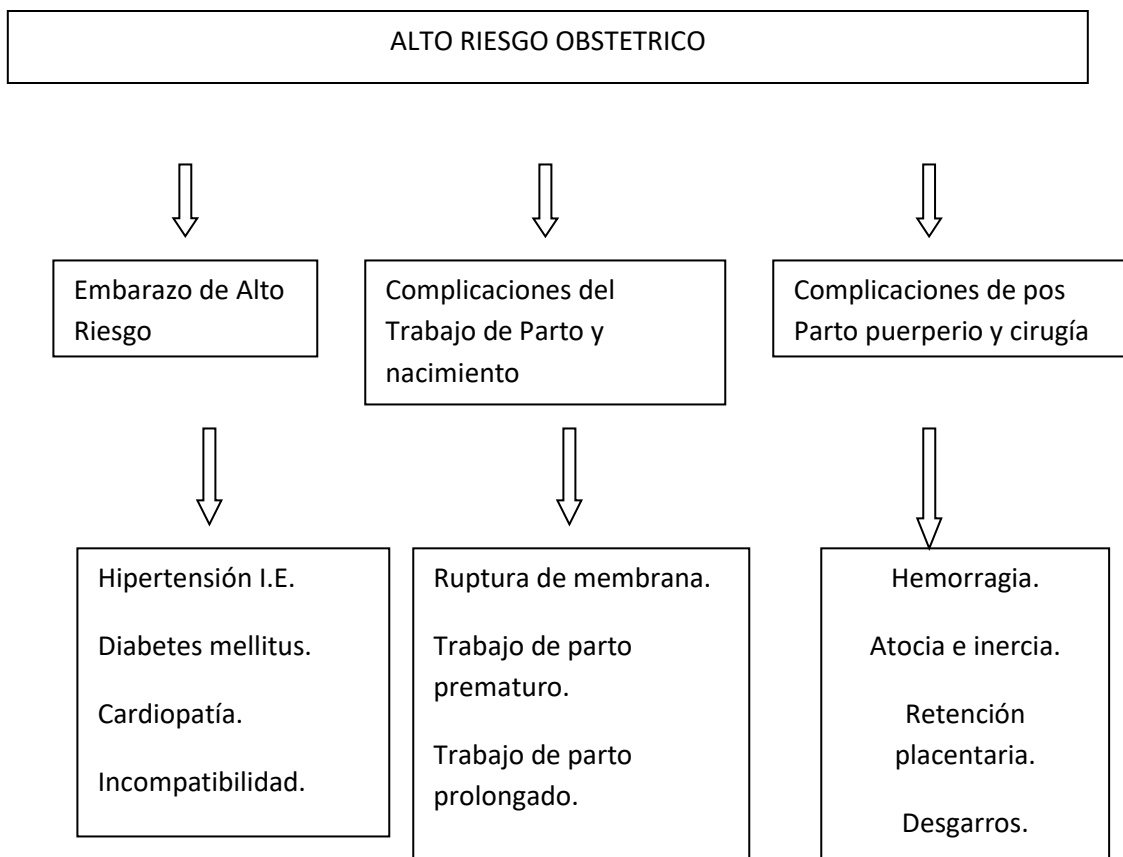
Este contenido te permitirá comprender que la atención de salud a la mujer es un conjunto de acontecimientos interdependientes. También te permitirá adquirir nuevas capacidades, y competencias para una atención de calidad y con calidez durante el desempeño de tus funciones.

OBJETIVOS INSTRUCTIVOS.-

- Determinar las causas o factores de riesgo para el embarazo de alto riesgo.
- Interpretar los signos y síntomas de las alteraciones patológicas durante el embarazo.

- Sistematizar la valoración y la intervención en mujeres con alto riesgo.
- Clasificar los factores de alto riesgo durante el trabajo de parto.
- Identifica los signos y síntomas de las alteraciones o complicaciones durante el trabajo de parto.
- Clasificar los factores de riesgo durante el puerperio.
- Interpretar los signos y síntomas de las alteraciones en el posparto y puerperio.
- Sistematizar las intervenciones de enfermería en las alteraciones de posparto y puerperio.

PRESENTACIONES ESQUEMATICA DEL CONTENIDO



EMBARAZO DE ALTO RIESGO

Los problemas de salud durante el embarazo pueden colocar a la madre y al niño en riesgo. Son varios los factores que pueden detectarse al principio del embarazo. Las gestaciones que se caracterizan por estos problemas se denominan “embarazo de alto riesgo”.

Para la mujer con embarazo de alto riesgo, la atención prenatal sirve para señalarle a cuidar su salud y prevenir la enfermedad. Es indispensable detectar, valorar y tratar oportunamente los problemas médicos para lograr un buen resultado del embarazo y del bienestar del niño. Esta unidad se concentrará en aquellos padecimientos médicos y complicaciones exclusivas del embarazo parto y puerperio. Considerando las tres causas principales de mortalidad materna que son la hipertensión, hemorragia e infecciones.

Antes de poder desarrollar esta problemática es importante poner en tu conocimiento los factores, causas de embarazo de alto riesgo que son las siguientes:

Causas generales:

- Edad materna de 15 años o menos, 35 años o más.
- Soltera
- Grupo socioeconómico bajo
- Educación limitada
- Inicio de la atención prenatal a la Vigésima séptima semana del embarazo o menos de 5 consultas médicas antes del parto.

Causas obstétricas:

- Infecundidad
- Aborto previo
- Hipertensión
- Diabetes
- Enfermedades venéreas.
- Neoplasia cervical.
- Infecciones de las vías urinarias.
- Problemas Psiquiátricos – neurológicos o ambos.
- Embarazo múltiple.
- Cesárea previa.
- Neonato prematuro o de peso bajo al nacer.

- Neonato de pos término, más de 42 semanas.
- Insuficiencia cervical
- Anomalía uterina.
- Polihidramios
- Preeclampsia

Causas médicas:

- Anemia
- Anemia depanocítica
- Hipertensión
- Diabetes
- Enfermedades venéreas
- Neoplasia cervical
- Infecciones de vías urinarias
- Problemas psiquiátricos – neurológicos o ambos

Otras causas:

- Deficiencias nutricionales.
- Tabaquismo

HIPERTENSIÓN INDUCIDA POR EL EMBARAZO

La hipertensión inducida por el embarazo (H.I.E) es el trastorno hipertensivo más común del embarazo. La pre eclampsia y la eclampsia son variedades de la H.I.E., la pre eclampsia es un trastorno que solo se observa en el embarazo y se desarrolla en forma paulatina. Se caracteriza por:

- a) Hipertensión
- b) Proteinemia, con o sin
- c) Edema generalizado.

Después de la vigésima semana de gestación. Eclampsia significa “convulsión” si la mujer presenta convulsiones se habla de eclampsia, la complicación más grave de la H.I.E.

La mayoría de los casos de la H.I.E.(preeclampsia y eclampsia) se observa entre la décima y décima segunda semanas de embarazo. La H.I.E. suele desaparecer después de nacer el niño; sin embargo a veces persiste 24 o 48 horas más. Si hay Hipertensión antes de la

vigésima semana se debe muy probablemente a un problema previo de presión sanguínea elevada o a hipertensión crónica.

FACTORES DE RIESGO.-

Se desconoce la etiología precisa de la H.I.E., su incidencia es cerca del 7 % de todos los embarazos. Hay varios factores que aumentan el riesgo de H.I.E. como los siguientes:

- Adolescencia
- Edad mayor de 35 años
- Desnutrición
- Primigesta
- Antecedentes familiares de hipertensión
- Hipertensión crónica
- Diabetes mellitas
- Embarazo múltiple
- Molahidatiforme

SINTOMAS PRINCIPALES.-

La mayoría de las embarazadas presentan edema de las extremidades inferiores debido a la presión del útero grávido sobre la vena cava inferior y la relajación de los músculos lisos de los vasos sanguíneos, sin embargo, el edema de la cara y manos es un signo de advertencia, ya que caracteriza al edema generalizado de la H.I.E.

Este último frecuentemente se descubre primero por un aumento excesivo de peso, de más de 900 gr. /por semana. Las proteínas en la orina muestra una reducción del funcionamiento renal, que es motivo de preocupación.

Los trastornos hipertensivos del embarazo varían en intensidad, los signos clínicos también varían, lo que hace que la valoración que haga el personal de salud sea muy importante en el tratamiento. Debido a que la mujer se puede sentir bien a menudo no comprende la necesidad de una vigilancia estrecha que valore su estado de edad, algunas mujeres con H.I.E. o preeclampsia están comparativamente sin síntomas, y pueden tener una cantidad pequeña o no apreciable de edema periférico después del reposo en cama.

Por tanto, la elevación de la tensión arterial, de 30 mm Hg por encima de la presión sistólica normal, y de 15 mm Hg por encima de la normal es un signo de alarma. Es claro que en una cliente cuya tensión arterial se eleva de 108/72 a 138/87 durante el embarazo,

debe observarse en forma cuidadosa y frecuente. A menudo la tensión arterial base no se conoce en muchas clientes, especialmente porque no se reconoce este signo como algo importante que toda persona debe conocer y referir en cualquier centro de salud que acuda a ser atendido.

Es vital recordar que una forma leve de H.I.E. puede progresar rápidamente a una forma grave, y posiblemente a eclampsia. En los casos graves de pre eclampsia, el edema que muestre de presión al comprimir los miembros inferiores, pared abdominal, cara, manos y áreas del sacro. El trastorno se caracteriza por un aumento brusco de peso de 900 gr.o más semana y un nivel diario de proteínas en la orina de 24 horas de 300 mg. O más.

La cliente también puede experimentar cefalea frontal, vista nublada, náusea y vómito, reflejos hiperactivos, oliguria, aumento de los eritrocitos y dolor en el epigastrio.

CAMBIOS FISIOLÓGICOS – FISIOPATOLÓGICOS.-

El primer trastorno fisiológico en la H.I.E. es la *vasoconstricción arteriolar periférica y vasos pasmo*, que provoca alteraciones en muchas funciones de los órganos maternos. El vaso espasmo de las arterias ocasionan un incremento en la tensión arterial y finalmente la reducción del flujo sanguíneo al útero y a la placenta.

También se produce una *alteración clínicamente importante en los riñones*. Los cambios vasculares renales causan disminución del flujo sanguíneo renal, reducción de la velocidad de filtración glomerular y consecuentemente, proteinemia.

Entre los cambios del *sistema nervioso central* pueden incluirse el edema cerebral, que causa cefaleas y trastornos visuales, al agravarse el padecimiento se desarrolla hiperactividad de los reflejos tendinosos profundos. Las *alteraciones hepáticas* incluyen crecimiento del hígado y tensión en la cápsula hepática; estas alteraciones son las que causan el dolor el epigastrio, el cual puede preceder a la eclampsia.

La pre eclampsia intensa y la eclampsia se han asociado con complicaciones graves como:

- Accidentes cerebro vasculares
- Insuficiencia renal aguda
- Desprendimiento prematuro de placenta
- Placenta normo insertada
- Coagulación intravascular diseminada
- Muerte del feto y de la madre.

El síndrome de hemólisis, aumento de las enzimas hepáticas y disminución de plaquetas se presenta en cerca del 10 % de todos los casos de pre eclampsia grave. En las mujeres con este síndrome, la eclampsia se manifiesta en forma súbita.

ATENCIÓN HOSPITALARIAS.-

Cuando una cliente con H.I.E. en hospitalizada, suele ser conveniente un régimen de reposo en un cuarto tranquilo. Los objetivos de la atención consiste en conservar el funcionamiento de los aparatos y sistemas corporales de la paciente y mantenerla tan tranquila y sin estímulos como sea posible. Este plan reduce la irritabilidad neuromuscular y la posibilidad de que sufra convulsiones. En algunas pacientes es útil la presencia de una persona que le apoye, debe hacerse todos los esfuerzos posibles para reducir la ansiedad de la paciente, ya que puede incrementar aún más su nivel de tensión arterial.

A menudo se indican a las mujeres que guarden reposo absoluto y se les administra medicamentos que prevengan convulsiones, en cuyo caso se deben subir los barandales de la cama para prevenir que la paciente se caiga. La vigilancia de enfermería será continua.

MEDICAMENTOS EMPLEADOS EN LA HIPERTENSIÓN INDUCIDA POR EL EMBARAZO (H.I.E.).-

Entre los fármacos útiles para tratar la H.I.E. están los sedantes, antihipertensivos y anticonvulsivos. El sulfato de magnesio es el medicamento de primera mano para aliviar los síntomas hipertensivos; disminuye la conducción de los impulsos nerviosos y la hiperreflexia, comunes en la pre eclampsia. También actúa como vasodilatador, lo cual tiende a reducir la tensión arterial y aumenta el riego sanguíneo de riñones y útero. Además por su efecto depresor del sistema nervioso central, actúa como anticonvulsivo; se administra por vía intramuscular o mediante infusión intravenosa.

El sulfato de magnesio puede alcanzar niveles de toxicidad, caracterizados por la pérdida de los reflejos tendinosos profundos (reflejo rotuliano), depresión de las respiraciones y reducción de la frecuencia del pulso. Debe detenerse o suspenderse cuando los reflejos son débiles o nulos, las respiraciones son menos de 12/min., la frecuencia cardiaca está disminuida en grado muy manifiesto, el grado urinario es inferior a 30 ml/hr., Puede administrarse el gluconato de calcio antídoto del sulfato de magnesio, para contrarrestar los efectos depresivos. Pero recuerda una mujer que recibe sulfato de magnesio nunca debe permanecer sola.

ATENCION DE URGENCIA.-

En la hospitalización de la paciente debe haber equipo y medicamentos para dar atención de urgencia. Estos incluyen un venocat, un abate lenguas acolchonadas, oxígeno y equipo de aspiración, medicamentos como el sulfato de magnesio, gluconato de calcio y estimulantes de la actividad del corazón.

Afortunadamente, la manifestación de convulsiones en la H.I.E. ocurre en solo 5% de las pacientes. Sin embargo todas las enfermeras deben saber que una elevación de la presión arterial, cefalea intensa, dolor abdominal, espasmo o irritabilidad excesiva de los músculos preceden frecuentemente en las convulsiones. Tan pronto como se manifieste una convulsión, debe colocarse entre los diente de la paciente una vía aérea de plástico, o si la política del hospital lo permite, un abate lenguas acolchonado, un tubo mayo, o como último recurso un apósito enrollado, para evitar que se muerda la lengua y ayudarla a conservar una vía respiratoria abierta.

Cuando sea posible debe girarse hacia un lado todo su cuerpo y su cabeza, para evitar la aspiración de secreciones y posible vómito hacia los pulmones. Durante los periodos de rigidez y contracción muscular se debe cuidar y proteger para evitar que la paciente se lastime o se caiga de la cama. De ser posible, las partes laterales de la cama deben elevar (barandales) si no existe este tipo de cama, hay que proteger colocando otra cama a su lado o acolchonar con almohadas.

El trabajo de parto debe progresar rápidamente, puede en este momento producirse el nacimiento repentino del neonato durante un episodio convulsivo. Siempre que la paciente muestre signos de una posible convulsión debe notificarse inmediatamente al médico, practicar una evaluación de la frecuencia cardiaca de la paciente y del feto, y ejecutarse las órdenes recibidas.

Cuando se controlan las convulsiones, puede inducirse el trabajo de parto, o practicarse una operación cesárea, en caso de que no se inicie el trabajo de parto espontáneamente. En cualquier situación, la terminación del embarazo es el único medio para aliviar la H.I.E., la pre eclampsia y la eclampsia.

Los cuidados de enfermería en ese momento incluyen la observación constante de la madre y el feto. Todos los estímulos, como ruidos y luces brillantes, deben reducirse o para

disminuir las cargas eléctricas a las neuronas; es importante controlar con frecuencia los signos vitales.

Hay que recordar que la paciente puede presentar convulsiones el primero o segundo día del puerperio (rara vez después de la 48 horas), por eso es necesario seguir observándola mientras se estabiliza.

VALORACION Y MANEJO.-

Un objetivo de la atención prenatal es detectar a tiempo los signos de H.I.E. antes de que siga evolucionando. Por esta razón es muy importante registrar el peso de la paciente, medir su presión arterial y solicitar examen de orina (con determinación de proteínas) en cada consulta prenatal. Además se debe preguntar a la cliente si ha presentado algún síntoma como hinchazón de la cara y dedos, cefalea frontal y dolor epigastrio.

El manejo de la H.I.E. depende de la gravedad de los síntomas, el criterio del médico y de la comprensión y la disciplina de la paciente. Es esencial orientar respecto a la importancia en la enfermedad de la madre, su hijo y la familia.

Si el cliente con H.I.E. temprana está bien informada y consiente de la importancia de cumplir las indicaciones del médico y la enfermera (es decir informar la presencia de cefalea, trastornos visuales, edema de importancia) se puede manejar en la consulta externa. Sin embargo, muchos médicos prefieren hospitalizar a las pacientes hasta controlar sus síntomas. El manejo tiene como finalidad disminuir el edema e hipertensión y normalizar la función del riñón. La enfermera debe ayudar a la madre y su familia a entender la necesidad de controlar la H.I.E. aunque sea leve.

Una parte fundamental del tratamiento de estos casos es el reposo en cama, acostada en decúbito lateral izquierdo para aumentar el riego sanguíneo renal y placentario y con ello disminuir el edema y la hipertensión.

También es útil una dieta rica en proteínas y no es necesario quitar el sodio, sino disminuirlo, prohibir los alimentos preparados en salmuera, aceitunas, papas fritas. A veces se requiere administrar un sedante para facilitar el descanso de la madre.

Debe ponerse atención al apoyo físico emocional que recibe la paciente en su casa. Frecuentemente, el reposo en cama es muy difícil para una madre si tiene hijos pequeños. Como la paciente por lo general se siente bien, es especialmente importante orientarla para

que tome precauciones en su cuidado domiciliario y evite ingresar anticipadamente al hospital.

Creemos importante señalarle algunas actividades de enfermería en la educación de estas pacientes y también presentarle un plan de cuidados de enfermería en este problema de hipertensión inducida por el embarazo.

PUNTOS EDUCATIVOS EN EL H.I.E.

Indicar a la paciente que para mejorar la H.I.E. leve deberá:

- **Acceptar** que guardar reposo en cama es fundamental.
- **Acostarse** en decúbito lateral izquierdo.
- **Ingerir** una dieta rica en proteínas.
- **Reducir** su angustia.
- **Tomar** los medicamentos cuando hayan sido **indicados** por el médico.
- **Acudir** a sus consultas prenatales por lo general dos veces a la semana.
- **Avisar** de inmediato al servicio o a un médico cuando presente: cefalea, edema marcada en cara y manos, trastornos de la visión y ardor epigástrico.

HIPEREMESIS GRAVÍDICA

Muchas Mujeres experimentan náuseas con o sin vómitos, durante las fases tempranas del embarazo. Este síntoma se acentúa más al levantarse por la mañana, por ser más común en por la mañana, se conoce como “enfermedad matinal” regularmente las náuseas desaparecen hacia la décima semana, cuando el cuerpo de la paciente se acostumbra a los tremendos cambios hormonales.

Sin embargo, cuando el vómito persiste y causa deshidratación, inanición y excesiva pérdida de peso, el padecimiento se conoce como hiperémesis gravídica (vómitos excesivos del embarazo. No se ha identificado una causa específica, pero hay pruebas de que las alteraciones fisiológicas del embarazo, especialmente los altos niveles hormonales y los

trastornos metabólicos durante la gravidez, contribuyen a su padecimiento. Además debes tomar en cuenta que los factores psicológicos también pueden influir, como el caso de la angustia, rechazo, etc.

VALORACION Y MANEJO.-

Cuando se produce deshidratación la paciente suele ser hospitalizada; se inicia inmediatamente la administración intravenosa de líquidos, estos contienen glucosa, electrolitos y vitaminas. La corrección del desequilibrio hidroelectrolítico es parte esencial de su manejo.

Se suspende la ingestión oral de alimentos y líquidos hasta que la embarazada o pueda retener los líquidos en volúmenes pequeños.

Puede proporcionarse sedación; sin embargo los medicamentos se mantienen a un mínimo debido al riesgo potencial para el feto. Se administra el tratamiento necesario para prevenir lesiones irreversibles de los órganos vitales de la paciente. La pirosis y esofagitis por reflujo se tratan de manera sintomática.

Por lo general hay mejoría rápida y el embarazo se lleva a término. No obstante, en raros este estado se agrava, llegando la paciente a un estado de inanición, poniendo en riesgo la vida de la paciente por lo que se puede interrumpir el embarazo (caso extremo).

El personal de salud desempeña un papel importante en la atención de las pacientes con hiperémesis gravídica, ya que se prohíben las visitas de familiares o amigos. La enfermera responsable de la paciente debe mantener una actitud alegre, optimista y mostrarse paciente y comprensiva. Deben evitarse las conversaciones sobre alimentos hasta que la embarazada pueda comer.

La valoración que hace la enfermera incluye escuchar la conversación de la paciente en búsqueda de datos que le ayuden a saber qué es lo que desencadena sus náuseas y sus vómitos. Usualmente, después de 48 horas de hospitalización, mejoran las condiciones de la paciente y puede recibir alimentos secos en porciones pequeñas.

DIABETES MELLITUS

La diabetes mellitus es un trastorno endocrino del metabolismo de los carbohidratos carbono por la producción y la utilización inadecuada de insulina. Específicamente, se debe a un defecto en la actividad pancreática de los islotes de Langerhans, glándulas sin conductos situados dentro del páncreas. Este defecto causa una deficiencia en la producción

de insulina. Por lo general la insulina se libera a la corriente circulatoria en la cantidad precisa y en el momento justo para que el organismo use la glucosa en la sangre.

Durante el embarazo se producen cambios fisiológicos que afectan la relación entre la glucosa y la insulina. Por tanto, una embarazada que es diabética se considera de alto riesgo.

La diabetes o la falta de control de glucosa que se manifiesta por primera vez en la gestación se denominan diabetes de la gestación. Si la cliente la presenta, se observará la presencia de glucosa en un examen general de orina lo cual se conoce como glucosuria. Por lo general, se controla mediante dieta sin necesidad de administrar insulina. Los síntomas desaparecen algunas semanas después del parto.

Sin embargo 35 a 50 % de las pacientes con antecedentes de diabetes de la gestación muestran deterioro del metabolismo de los hidratos de carbono en los siguientes 15 años de vida.

Hay signos y síntomas caracterizados de la diabetes mellitus. Cuando estos signos aparecen debe realizarse una evaluación adicional para diagnosticar o descartar la diabetes del diagnóstico diferencial.

SIGNOS Y SINTOMAS DE LA DIABETES.-

- Hiperglucemia (exceso de glucosa en la sangre).
- Glucosuria (exceso de glucosa en la orina).
- Poliuria (micciones frecuentes)
- Polidipsia (sed excesiva).
- Polifagia (hambre excesiva).
- Pérdida de peso.

La poliuria es la falta de la reabsorción por los túmulos renales debido a la actividad atmosférica de la glucosa. Las micciones frecuentes predisponen a la polidipsia para hidratar los tejidos. La polifagia se debe a la pérdida de tejido; la descompensación de los tejidos se produce por la incapacidad de las células de utilizar la glucosa sanguínea.

La pérdida de peso es el resultado de grasas y tejido muscular por parte del cuerpo para obtener energías.

EFFECTO DE LA DIABETES SOBRE EL EMBARAZO.-

Una embarazada diabética tiene mayor incidencia de complicaciones. Pueden surgir complicaciones maternas a causa de problemas metabólicos, vasculares e infecciosas.

Entre las complicaciones fetales se incluyen parto prematuro, anomalías congénitas, alteraciones metabólicas, parto con feto muerto, neonatos grandes para la edad gestacional y sufrimiento respiratorio.

El polihidramnios (exceso de líquido amniótico) también está asociado a la diabetes. Las complicaciones tanto maternas como fetales pueden reducirse al mínimo con un cuidadoso tratamiento médico y dietético.

Al inicio del embarazo, los niveles de insulina pueden permanecer estables o estar más bajos, pero se elevan en la segunda mitad del embarazo o al final. Además en la embarazada, estos niveles pueden aumentar con más rapidez después de la ingestión de alimentos que en las mujeres no embarazadas.

Algunos factores que incluyen en la inestabilidad de la insulina materna son el aumento de sus concentraciones, incremento en el uso placentario y fetal de la glucosa, reducción en la producción hepática de glucosa y disminución de su resorción renal.

Al progresar el embarazo, la glucosa sanguínea disminuye durante el ayuno. Durante el embarazo aumento el efecto de las hormonas antagónicas de la insulina (progesterona, estrógenos y lactógeno placentario). Los efectos son más pronunciados en el segundo trimestre del embarazo, pues hay una concentración mayor de la hormona.

EFEECTO DEL EMBARAZO SOBRE LA DIABETES.-

El feto y la placenta toman constantemente nutrimentos maternos como glucosa y aminoácidos. Los mecanismos secretores del páncreas fetal son inmaduros y no funcionan sino hasta el tercer trimestre. Los altos niveles de glucosa en la sangre del feto como respuesta de las concentraciones elevadas de glucosa en la sangre de la madre pueden causar macrosomía (neonato grande).

Además los recién nacidos frecuentemente tiene retraso de la maduración pulmonar a causa del efecto de las hormonas antagonistas de la insulina sobre la maduración de los pulmones. Este efecto explica porque el sufrimiento respiratorio es una complicación común en recién nacidos de madres diabéticas.

La diabetes ocasiona una gran variedad de efectos de distinta gravedad; durante el embarazo, los padecimientos varían desde la diabetes de la gestación hasta la diabetes

grave. Como es de esperar, los riesgos de complicaciones peri natales aumentan según la gravedad y duración de la enfermedad en la madre. Se debe recomendar a estas pacientes vigilar el ejercicio, la actividad física como caminar después de comer puede aminorar el incremento de la glucosa, posterior a dicha comida.

MANEJO MÉDICO Y DE ENFERMERÍA DURANTE EL TRABAJO DE PARTO Y EL NACIMIENTO.-

El control del nivel de glucosa en sangre durante el trabajo de parto y parto, se logra mediante venoclisis de dextrosa con terapéutica intermitente o continua de insulina o administración de insulina regular.

Frecuentemente las diabéticas se hospitalizan una semana antes del parto para evaluar su condición. El método de nacimiento depende de la madurez y el tamaño del feto y del control de la diabetes. A veces es necesaria la cesárea debido a las posibles dificultades mecánicas del nacimiento de un neonato grande.

Durante el trabajo de parto y el nacimiento se evalúan con frecuencia los requisitos de insulina.⁹

MANEJO MEDICO Y DE ENFERMERIA EN EL PUERPERIO.-

Después del nacimiento del niño y la expulsión de la placenta, los requerimientos de insulina se reducen drásticamente después del parto se debe a la reducción notable en las concentraciones de hormonas del embarazo.

Los requerimientos de insulina rotarán a los niveles previos al embarazo durante las seis semanas siguientes al parto.

El amamantamiento suele reducir los requerimientos de insulina a pesar del aumento de la ingestión calórica. Sin embargo, las dosis regulares de insulina deben ajustarse cada 6 horas, tanto en las madres que amamantan como en las que no lo hacen; esta práctica debe continuar durante el puerperio.

VALORACION Y MANEJO.-

Es importante obtener los antecedentes adecuados para identificar a la embarazada potencialmente diabética o con diabetes franca. Cuando se realizan pruebas de detección para determinar la posibilidad de diabetes, deben hacerse preguntas referentes a cualquier

⁹ Especial de La Tercera sobre "La Píldora y anticonceptivos" Año 2001

antecedente familiar de esta enfermedad, nacimientos con feto muerto, sin ninguna explicación, muertes neonatales y anomalías congénitas.

Las mujeres obesas que han tenido hijos con peso de 4.1 kgr. O que han padecido ploidramios (líquido amniótico excesivo) también están en alto riesgo de diabetes.

La enfermera debe explicar la importancia extrema de la observación y los cuidados prenatales adecuados. Además puede instruir a la paciente sobre la importancia del tratamiento dietético.

El tratamiento de la diabética durante el embarazo es sumamente importante; el estricto control de las concentraciones de glucosa en la sangre, requiere la toma de muestras y pruebas periódicas de sangre así como una dieta adecuada junto con la administración de insulina. Para lograr un control estricto, la diabética recibirá del dentista junto con la enfermera y el médico. Frecuentemente las mujeres diabéticas se hospitalizan dos tres veces durante e embarazo para valorar adecuadamente su padecimiento. La enfermera puede ayudar a la mujer a prepararse para este tipo de cuidado.

Los agente hipoglucemiantes orales están contraindicados durante la gestación porque pueden cruzar la placenta y estimular al páncreas fetal; a producir más insulina, lo que provocaría hiperinsulinemia pancreática.

Cuando la mujer requiere insulina esto debe administrarse por inyección. La mezcla de insulina de acción inmediata (NPH) y la de acción limitada (regular) se ajusta a las necesidades individuales de cada paciente. Estas necesidades varían durante el embarazo.

Controlar de manera estricta los niveles de glucosa en el suero (los límites normales son de 80 a 120 mg/100 ml) y evitar la cetoacidosis (aumento de los cuerpos ce tónicos) son los objetivos de la atención médica y de enfermería durante el embarazo la atención de los niveles de glucosa y, por loo tanto, de la dosis de insulina se valora mejor si se mide la glucosa en sangre mediante venopunción. En ocasiones se realizan determinaciones en sangre capilar obtenida a través de de punción con lanceta. En la actualidad se dispone de:

INCOMPATIBILIDAD DEL GRUPO RH

Investigar desde el inicio de la atención prenatal si la mujer e RH positivo o negativo. I es RH negativa, e debe averiguar el tipo de RH paterno; si el Padre LO es también, todos los hijos serán RH negativos y, por lo tanto no habrá incompatibilidad, sin embargo si el padre es RH positivo, la probabilidad de que el niño sea también RH positivo es dominante y el

RH negativo es recesivo. No todos los individuos RH positivos son homocigotos para este sector. Es decir un hombre puede ser heterocigoto por tener gen dominante RH positivo (dominante) y otro recesivo RH negativo. Por ello el feto tiene probabilidad de ser RH positivo y otra de ser RH negativo.

El problema de incompatibilidad de RH surge cuando la mujer RH negativo se embaraza de un hombre RH positivo y el hijo es también RH positivo. Si algunos eritrocitos fetales RH positivos atraviesan la barrera placentaria y llegan a la circulación materna, el factor RH actuará como antígeno y estimulará la formación de anticuerpos contra los eritrocitos fetales RH positivos.

Una vez producido los anticuerpos maternos, estos se siguen generando en forma permanente. En los siguientes embarazos con fetos RH positivos, algunos de los anticuerpos maternos entrarán a la circulación fetal y destruirán los eritrocitos del feto y en casos graves, un padecimiento llamado eritroblastosis fetal, a veces mortal.

La sensibilización materna (o inmunización) al factor RH también ocurre de otras maneras. En ocasiones se sensibiliza por transfusión sanguínea (con sangre RH+), aborto de un feto RH positivo, amniocentesis, embarazo ectópico, hemorragia en el último trimestre de la gestación de un feto RH positivo y al desprenderse de la placenta inmediatamente después de tener un niño también con factor RH+. La madre RH negativo se sensibiliza durante el embarazo o complicaciones del mismo solo cuando el hijo es RH positivo.

Si la mujer tiene antecedentes que hagan sospechar sensibilización previa, debe vigilarse con atención durante el embarazo. Dada la posibilidad de hemorragia tranplacentaria en el transcurso de la gestación, por lo general se administra inmunoglobulina RHO en la vigésima octava semana del embarazo para prevenir la sensibilización siempre y cuando todavía no esté ya sensibilizada.

El manejo ya en el puerperio de una madre RH negativa sin anticuerpos que tuvo un hijo RH positivo incluye la administración intramuscular de RHO GAM.

Es necesario aplicar Rho GAM 72 horas después del parto para impedir que el organismo de la madre tenga tiempo suficiente para producir anticuerpos contra los eritrocitos fetales presentes dentro de la circulación materna al desprenderse de la placenta, El Rho GAM provee inmunidad transitoria a la madre, lo cual le impide desarrollar inmunidad activa permanente (formación de anticuerpos) o inmunización.

Vigilancia de enfermería.-

- La sensibilización ocurre cuando la mujer RH negativa y un hombre RH positivo procrean un feto RH positivo.
- I la mujer se sensibiliza su organismo produce anticuerpos con RH + sanguíneo fetal.
- Prueba empleadas para detectar la formación de anticuerpos o sensibilización:
 - a) Se practica una prueba de sangre materna para determinar la cantidad de anticuerpos anti RH positivos.
 - b) Se practica una prueba directa a la sangre del niño para detectar la presencia de eritrocitos fijados con anticuerpos anti RH positivos.

Según los resultados de las pruebas de laboratorio, se decide algunas de las siguientes acciones:

- a) Si la prueba indirecta efectuada a la madre e negativa, se administra Rho GAM 72 horas después del parto.
- b) Si la prueba directa llevada a cabo a la madre es positiva y el niño RH positivo presentó una prueba positiva, no se administra Rho GAM; sin embargo. E deberá vigilar al niño para descartar la presencia de hemólisis.
- c) En la actualidad se recomienda aplicar RHo GAM en la vigésima octava semana e la gestación para disminuir el riesgo de inmunización de la madre RH negativa ante los eritrocitos RH positivos fetales.
- d) Se indica RHo GAM después de la amniocentesis, aborto o embarazo ectópico y antes de las 72 horas posteriores al parto.
- e) Explicar a la madre RH negativos como se lleva a cabo la sensibilización al factor RH y la importancia de la inyección de RHo GAM.
- f) Es necesario contar con los antecedentes de embarazos previos de una madre RH negativo para establecer el pronóstico.

Valoración y manejo.-

Durante la atención prenatal, la enfermera debe explicar el significado de los términos RH positivos y RH negativos. También se debe enseñar a la mujer cómo tiene lugar la sensibilización al factor RH y la importancia de administrar Rho GAM después de un aborto, embarazo ectópico o amniocentesis. Asimismo se deberá explicar el objetivo de

aplicar Rho GAM en la vigésima octava emana del embarazo siempre y cuando no esté sensibilizada.

La enfermera deberá brindar apoyo emocional a la madre inmunizada contra el factor RH, informarle que hay varias formas de tratar al niño en caso de que requiera cuidados especiales.

TRASTORNOS HEMORRAGICOS

La hemorragia durante el embarazo no es normal y deben investigarse sus causas. Cuando se presenta al principio de la gestación, las causas más comunes son el aborto, embarazo ectópico y mola hidatiforme. Si hay hemorragia en la etapa final de la gravidez casi siempre se debe a placenta previa y desprendimiento prematuro de la placenta normo insertada.

Estas dos complicaciones tienen relación con el sitio del útero donde se une la placenta y su desprendimiento prematuro. Ambas complicaciones llegan a producir hemorragia abundante y daño al feto.

Hemorragia al inicio del embarazo.-

- Aborto
- Embarazo ectópico
- Mola hidatiforme

Hemorragia al fin del embarazo.-

- Placenta previa
- Desprendimiento prematuro de la placenta normoinertada.

Las pequeñas pérdidas sanguíneas son comunes en el embarazo dada la gran vascularización del cervix, pero se deben también a otros padecimientos, en ocasiones mortales, como la placenta previa. Por ello es importante interrogar al embarazada para ver si tuvo hemorragias en alguna ocasión, ya que de ser así debe valorarse para conocer la causa.

Objetivos de enfermería en la atención de trastornos hemorrágicos.-

- Prevenir a controlar la hemorragia.
- Establecer su causa.
- Mantener el embarazo y lograr un feto viable, si es posible.
- Proporcionar atención de urgencia cuando es necesario.
- Sustituir la sangre perdida.

- Realizar un nacimiento mediante cesárea, cuando esté indicado.
- Proporcionar asistencia a un neonato en riesgo, ya sea prematuro o de término.
- Brindar apoyo Psicológico a la paciente y a su familia en relación a la pena causada por la pérdida del niño, pérdida del auto concepto positivo de la madre, o ambas cosas.

ABORTO

El aborto es la terminación del embarazo antes de que el feto sea viable (20 semanas de gestación, o un peso de 500 grs). El aborto espontáneo e produce por causa naturales. El aborto inducido e una separación deliberada de los productos de la concepción (feto, placenta, membranas) el útero por razones médicas (terapéuticas) o sociales (electivo). La mayor frecuencia de abortos se producen antes de la octava semana de gestación. Un gran número de estos abortos se deben a defectos del desarrollo feto placentario, otros son resultado de padecimiento maternos o de etiología desconocida.

La causa específicas son: óvulo o espermatozoide defectuoso, implantación defectuosa, factores, materno, incluyendo padecimientos crónicos, infecciones agudas y deficiencias nutricionales, anormalidades de los órganos de reproducción maternos y deficiencias endocrinas.

Las discrasias de grupo sanguíneo (ABO RH) también pueden causar aborto. El trauma psíquico y los traumatismos físicos mantenido relación, pero hay pocas pruebas documentadas de que constituyan una causa importante de aborto espontáneo.

La asearía a la paciente y a u familia depué de un aborto es muy importante. Una vez que la mujer ha tenido un aborto espontáneo, su duda es: “¿qué posibilidades tengo de llevar un embarazo a término?”. Cuando no hay antecedente de un aborto previo, sus poibilidade de aborto son del 15 % o las mima de una mujer que nunca la ha padecido.

Los abortos son problemas obstétricos comunes y es fácil de que lo encargados de la atención no le den la importancia. Sin embargo, para la paciente y u familia, Independientemente de que el embarazo haya sido planeado, la perdida frecuentemente va acompañada de un sentimiento de culpa. Muchas mujeres padecen con la misma aflicción que causa otros tipos de pérdida personal.

Cuando se sospecha aborto espontáneo, se puede indicar un estudio ultraonográfico para detectar la presencia del saco amniótico y ver si el embrión o feto sigue vivo. Por lo general se indica a la mujer abstenerse del contacto sexual.

Si el aborto es inminente, se hospitaliza a la paciente. Se inicia de inmediato la administración de líquidos por vía intravenosa para corregir su pérdida. No siempre es necesario indicar transfusión sanguínea, pero tal vez sea necesario realizar el legrado para eliminar los restos presentes en el útero y así detener la hemorragia.

La clasificación clínica del aborto se fundamenta en los síntomas y si el feto y demás tejidos relacionados se expulsan de manera total o parcial.

CLASIFICACIÓN DEL ABORTO ESONTÁNEO.-

- Amenaza de aborto
- Aborto inevitable (inminente)
- Aborto completo
- Aborto incompleto
- Aborto habitual
- Aborto diferido

Amenaza de aborto:

Los síntomas clínicos de la amenaza de aborto son hemorragia y cólicos; no se producen cambios cervicales ni se eliminan productos de la concepción, los síntomas pueden persistir pero de igual manera el embarazo es llevado a término.

El tratamiento de la paciente incluye reposo en cama y observación estrecha de la cantidad de hemorragia y la expulsión de tejidos. Cuando la hemorragia cede, generalmente se permite a la paciente reiniciar su actividad física y sexual. El crecimiento progresivo del útero constituye un signo favorable de que el embarazo continúa.

Aborto inevitable (inminente):

Los signos clínicos del aborto inevitable consisten en una progresión en la gravedad de los síntomas. La hemorragia se hace más intensa y los cólicos uterinos, más pronunciados y el cuello uterino se dilata. El embarazo no puede conservarse, y parte de los productos de la concepción, o todos se expulsan.

Dos de las preocupaciones principales son: el *control de la hemorragia y el retiro* del tejido retenido frecuentemente es necesario realizar un procedimiento quirúrgico del legrado, para eliminar el tejido restante y detener en una forma la hemorragia.

Hay dos tipos de aborto inevitable: completo e incompleto: ambo llevan a la conclusión el embarazo.

a) Aborto completo:

Cuando se expulsan todos los productos de la concepción, el aborto se llama completo. Si la hemorragia se detiene y no aparecen otros síntomas, no se requiere tratamiento especial.

Aborto incompleto:

Entre los síntomas de un aborto incompleto se incluyen la hemorragia, cierta eliminación de tejidos y cólico abdominales. Es necesaria la hospitalización, el reposo en cama, la evaluación del volumen de la hemorragia y la observación de tejidos constituyen parte importante del cuidado. Frecuentemente es necesario hacer un legrado para eliminar el tejido y detener la hemorragia.

Aborto habitual:

Cuando una mujer ha padecido tres o más aborto espontáneos, se considera que es una abortadora habitual. La causa más común de este padecimiento es el cuello uterino deficiente. El cuello se dilata sin contracciones perceptibles y se expulsan los productos de la concepción, lo que significa, que el orificio interno del cuello se dilata, haciéndose incapaz de soportar el aumento de peso y presión del feto en crecimiento.

Para que la mujer pueda conservar el feto hasta el término de la gestación es posible reforzar el cervix mediante un procedimiento quirúrgico de sutura con material resistente alrededor de la submucosa del cuello uterino interno; este procedimiento se conoce como cirugía de Shirodkor. Cuando se usa hilo grueso de sedad con sutura en bolsa de tabaco, se conoce como procedimiento de McDonald.

Cuando el embarazo alcanza el término o se inicia el trabajo de parto, la sutura se corta y se permite que este progrese. La cirugía puede hacerse hacia las doce semanas de la gestación y siempre existe la posibilidad de rotura de las membranas.

Aborto diferido:

Si el embrión muere, por lo general se expulsa del útero al cabo de unas semanas. Si no ha salido luego de seis semanas o más, incluso años más tarde se habla de aborto diferido.

Después de la muerte fetal desaparecen los síntomas del embarazo, como crecimiento mamario y náuseas, el útero se contrae y regresa al estado que tenía antes de iniciar la gestación, el feto retenido puede calcificarse. El aborto diferido o a veces se complica con coagulación vascular diseminada, la mujer con aborto diferido debe recibir gran apoyo psicológico del personal de salud.

Los siguientes diagnósticos de enfermería te ayudarán a valorar y atender a la mujer que ha sufrido la pérdida inesperada del embarazo.

- Temor por la posible pérdida del embarazo.
- Desconocimiento de las causas del aborto.
- Dolor abdominal por cólicos y contracciones de los músculos del útero.
- Trastornos de la autoestima por sentimientos de culpa y remordimiento por el aborto.
- Riesgos de las complicaciones por los tejidos retenidos y el procedimiento quirúrgico empleado para vaciar el útero. }
- Conflicto psicológico porque el aborto atenta contra las creencias religiosas de la pareja.
- Riesgo de complicaciones en la mujer.

EMBARAZO ECTÓPICO

El embarazo ectópico es la implantación anormal del óvulo fecundado fuera de la cavidad uterina. Muy a menudo la implantación se produce en alguna de las partes de las trompas de Falopio; entre otros sitios, aunque poco comunes, e incluye el ovario, la cavidad o el cuello uterino.

Como la trompa de Falopio es inadecuada anatómicamente para la implantación, la célula trofoblástica corroe los vasos sanguíneos y debilita el tejido, produciendo rotura de la trompa; esta rotura puede causar una hemorragia mortal, entre los padecimientos predisponentes se incluyen cualesquiera factores que afectan la permeabilidad tubárica, acción ciliar de las trompas u su contractilidad. Dos causas prominentes son la oclusión parcial de la trompa secundaria o alguna infección pélvica y el uso de dispositivos intrauterinos de anticoncepción.

El tratamiento del embarazo ectópico consiste en reconocer oportunamente la complicación, la trompa rota se extirpa quirúrgicamente (salpingoectomía) tan pronto como

se haga el diagnóstico con el propósito de prevenir la hemorragia intensa. Dos aspectos esenciales del tratamiento son la restitución de las pérdidas de agua y electrolitos.

Característicamente, la mujer no tiene uno o dos periodos menstruales y luego sufre dolor lacerante en cualquiera de los cuadrantes abdominales inferiores. A estos riesgos puede seguir o no una hemorragia vaginal. Los signos de choque que se desarrollan están fuera de proporción con la cantidad aparente de pérdida sanguínea, ya que en su mayor parte la sangre estaría contenida. Esta es una complicación obstétrica en la cual el tratamiento quirúrgico rápido puede salvar la vida de la mujer. La incidencia del embarazo ectópico es uno por cada 250 embarazos.

Diagnóstico de enfermería:

- Peligro de la rotura de la trompa de Falopio y choque en la madre.
- Riesgo de infección por hemorragia masiva.
- Dolor debido al cólico abdominal.
- Aflicción por pérdida del embarazo.

Existe una gran variedad de métodos, los cuales son agrupados en cuatro categorías, en base a la mecánica utilizada para evitar la concepción, estos son:

1. **Métodos de Barrera:** Los cuales impiden que el espermatozoide alcance el óvulo o que el óvulo se implante en el útero. Entre ellos tenemos:
 - a. **El Condón o Preservativo:** Es una funda delgada de látex que se coloca en el pene desde el momento en que se inicia la erección. En el condón queda depositado el semen eyaculado durante la relación sexual y así los espermatozoides no entran en la vagina, evitando el embarazo. Es seguro si se usa correctamente. No produce efectos secundarios en el hombre ni en la mujer. Además, los condones reducen el riesgo de contagio de infecciones de transmisión sexual, incluyendo el SIDA. Para ponerlo se presiona la punta del condón y se desenrolla a lo largo del pene, hasta la base. En la punta debe quedar formada una pequeña bolsita en la que se depositará el semen. Después que termina la relación sexual y antes de que el pene pierda su dureza, hay que sacarlo de la vagina sujetando el condón para evitar que se derrame el contenido. Se debe usar un condón nuevo en cada relación sexual.

- b. **Óvulos y otros productos vaginales:** Óvulos, tabletas, cremas y espumas anticonceptivas vaginales tienen espermicidas que son sustancias que inmovilizan y destruyen espermatozoides, formando una barrera protectora que impide el paso de los espermatozoides hacia el útero. Reducen el riesgo de contagio de algunas infecciones de transmisión sexual y algunas infecciones vaginales (clamidia, candida, tricomonas, verruga genital). Todas las mujeres en edad fértil pueden usarlo, excepto aquellas con alergia a los espermicidas.
- c. **El Diafragma:** Es una capucha de goma de látex suave que se debe utilizar con espermicida. La mujer inserta un diafragma en su vagina, colocándolo sobre el cuello uterino, poco antes de una relación sexual dejándolo en su lugar por lo menos 6 horas después de dicha relación sexual. El diafragma bloquea la entrada del esperma a la cavidad uterina. El espermicida proporciona protección adicional al dañar el esperma. Este puede traer algunas desventajas, requiere que sea adecuado a la medida por un proveedor de servicios de planificación familiar, y para ello es necesario hacer un examen pélvico. La mujer puede necesitar una talla diferente de diafragma después del parto. Se requiere tener el método a la mano y tomar acción correcta antes de cada acto sexual. Es un método anticonceptivo menos eficaz que el DIU o que los métodos sistémicos, interrumpe el sexo si no se inserta con anticipación.

2. Métodos Naturales: Dos tipos, lo que se basan en cálculos del ciclo menstrual, temperatura corporal basal, consistencia de la mucosidad y el método que se basa en evitar la eyaculación.

- a. **Abstinencia Periódica:** Consiste en no tener relaciones sexuales los días del mes en que la mujer está fértil (de ovulación). Para usarlos se necesita autocontrol y la colaboración de la pareja. Si se mantienen relaciones en los días fértiles las personas deben cuidarse con otro método. En las mujeres con ciclos menstruales irregulares estos métodos fallan con mayor frecuencia.
- b. **Ritmo:** Antes de decidirse a emplearlo, la mujer debe llevar un registro de los últimos 8 ciclos menstruales. Su uso es recomendable para mujeres con menstruaciones regulares. Con este método, si la mujer es regular, puede tener

relaciones sexuales los primeros 8 días, contados desde el momento que empieza a menstruar. Los siguientes 10 días son peligrosos y por lo tanto se debe evitar tener relaciones.

- c. **Moco Cervical o Billings:** Exige que la mujer esté atenta a la presencia del moco cervical (sensación húmeda de la vagina). En los días fértiles (ovulación) este moco es abundante, transparente y elástico, parecido a la clara de huevo. La pareja deberá evitar tener relaciones sexuales en este período y hasta cuatro días después.
- d. **Temperatura Basal:** Consiste en controlar a diario la temperatura de la mujer antes de levantarse y de desarrollar cualquier actividad para detectar la variación que sucede el día de la ovulación. La pareja no debe tener relaciones sexuales desde que sube la temperatura hasta tres días después.

3. Métodos Hormonales: Se llaman así porque contienen hormonas. Al usarlos evitan la ovulación, hacen más espeso el moco cervical por lo tanto previenen de un embarazo. Se dividen en píldoras, inyectables e implantes. Para su uso es necesario un examen médico previo.

- a. **Píldoras:** Contienen hormonas (estrógeno y progesterona) que al ser tomadas diariamente, impiden la ovulación, hacen más espeso el moco cervical y por lo tanto, se evita el riesgo de un embarazo. Las píldoras se empiezan a tomar desde el primer día de iniciada la menstruación. Se toma 1 píldora diaria hasta terminar el paquete, luego se descansa 1 semana y se comienza el paquete siguiente. En esta semana aparece la menstruación. Si el paquete es de 28 píldoras, se debe comenzar el otro paquete al día siguiente de haber terminado el anterior y así sucesivamente. Esta tiene varias contraindicaciones, deben evitar usar éste método, las mujeres que: Están embarazadas o sospechan que lo están. Fuman más de 15 cigarrillos al día. Están en tratamiento por cardiopatías. Están dando de lactar. - Han tenido sangrado vaginal anormal en los últimos tres meses.
- b. **Inyectables:** Son intramusculares (se aplican en la nalga). Actúan de la misma manera que las píldoras. Impiden la ovulación, vuelven más espeso el moco cervical por lo tanto no existe la posibilidad de embarazo. Existen inyectables

con efectos para 30, 60 y 90 días. Se aplican dentro de los 5 primeros días de iniciada la menstruación. Si se elige el inyectable mensual, la siguiente dosis se colocará a los 30 días de haberse inyectado la anterior.

Cuidados Prenatales

Durante este periodo la madre está especialmente sensible a la comunicación verbal, lo que hace fácil la entrega de contenidos educativos relacionados con la paternidad responsable.

Cuidado Postnatal

Una vez abandonado el hospital, la madre adolescente se enfrenta al mayor reto del proceso: ser capaz de cuidar a su hijo. Los médicos deben apoyar de cerca, ofreciendo toda la ayuda necesaria para la óptima salud del recién nacido.

Es importante fortalecer la confianza y autoestima de la madre, a través de explicaciones simples que la orienten en su capacidad de cuidar adecuadamente a su hijo.

Es importante explorar los planes familiares así como la situación escolar y su futuro, nunca será excesivo estimular la reinserción escolar de las madres adolescentes, orientando sobre las alternativas para continuar estudiando que existan en su entorno.

Preguntar sobre actividad sexual y orientar sobre métodos de planificación familiar debe ser parte de todo este cuidado integral.

HIPÓTESIS

El embarazo precoz en adolescentes, del municipio de San Lorenzo, están determinados por desconocimiento de métodos anticonceptivos y falta de información clara y específica sobre consecuencias y riesgos durante el embarazo.

VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE

Embarazo precoz en mujeres adolescentes de 13 a 16 años

VARIABLE DEPENDIENTE

Desconocimiento de métodos anticonceptivos y falta de información clara y específica sobre consecuencias y riesgos durante el embarazo.

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES.

Variables	Conceptualización	Operacionalizacion	Indicadores	Instrumento
Embarazo precoz en adolescentes	Es aquella gestación que ocurre durante los 2 primeros años después de la primera menstruación (entre los 10 y 13 años aprox.)	Se medirá la proporción de embarazos en las adolescentes de 13 a 16 años de edad. En el último trimestre y se investigaran factores de riesgo reproductivo.	Edad Menarquía. Relación sexual a temprana edad. Adolescencia temprana (10-13 años en las mujeres) Adolescencia intermedia (14-16 años en las mujeres).	Guía de cuestionario o Encuesta.

<p>Está determinado por desconocimiento de métodos anticonceptivos y falta de información clara y específica sobre consecuencias y riesgos durante el embarazo.</p>	<p>Ausencia o déficit en el conocimiento de métodos anticonceptivo.</p> <p>Riesgo reproductivo es la probabilidad que tiene la mujer de sufrir daño en caso de embarazo en condiciones de salud desfavorable.</p>	<p>Se establecerá como factores que determinan el hecho:</p> <p>Conocimiento en el uso de métodos para regular su fecundidad.</p> <p>Determinando complicaciones y problemas que implica riesgo en adolescentes embarazadas de 13 a 16 años.</p> <p>Situaciones relativos al estado social y cultural</p>	<p>Identificar conocimiento sobre riesgo reproductiva en embarazo temprano</p> <p>Determinar uso de métodos de anticoncepción</p> <p>Nivel de instrucción según ocupación</p> <p>Patologías y ó complicaciones que tuvieron durante el embarazo.</p> <p>Estado civil.</p>	<p>Encuesta.</p> <p>Visitas domiciliarias</p>
---	---	---	---	---

CAPITULO III

DISEÑO METODOLÓGICO

TIPO DE ESTUDIO

El tipo de investigación que se empleará es, descriptivo, prospectivo, operativo y transversal.

Descriptivo porque se pretende explicar las características más importantes del fenómeno en este caso factores pre disponentes del embarazo precoz.

Transversal porque se efectúa para estudiar el fenómeno en un determinado tiempo en este caso en el último trimestre del año 2010.

Prospectivo

Porque registra los datos obtenidos según van ocurriendo los hechos.

Operativo (de intervención)

Mediante ello se interviene el problema planteado a través de la información, educación y comunicación.

MUESTRA POBLACIONAL.

UNIVERSO

El universo lo constituyen adolescentes embarazadas de 13 a 16 años de la comunidad de Blanca Flor del municipio de San Lorenzo. Y que hacen un total de 20.

MUESTRA

La muestra representativa es de 12 mujeres adolescentes embarazadas entre 13 a 16 años usuarias del centro de salud de la misma comunidad y de comunidades del área de influencia del centro de salud de Blanca Flor.

La muestra no ha sido seleccionada por procedimientos probabilísticos, sino que se ha considerado el criterio del muestreo decisional que Permite seleccionar los elementos de una muestra con fácil acceso y que acuden a un lugar determinado, en este caso

adolescentes embarazadas de 13 a 16 años todas con características similares como población objetivo.

Criterio de inclusión: Adolescentes embarazadas entre 13 y 16 años.

Criterios de exclusión: adolescentes embarazadas entre los 17 y 19 años.

METODOLOGÍA A EMPLEAR EN EL PROCESO DE INVESTIGACIÓN

-Se utilizaran métodos teóricos y empíricos.

Método teórico

Los métodos teóricos son aquellos que permiten revelar las relaciones esenciales del objeto de investigación, son fundamentales para la comprensión de los hechos.

El método histórico lógico: que permite analizar la trayectoria del objeto de estudio de la presente investigación, es decir, en la elaboración de un plan educativo. Además a partir de la información obtenida a lo largo de la historia sobre el objeto de estudio, será posible construir el marco teórico que sustentara teóricamente este trabajo.

-El análisis documental bibliográfico y su recopilación: nos servirá para construir el marco teórico en lo que respecta a las diferentes metodologías de aprendizaje existentes y aconsejables en las mejores universidades. Aprovechando toda la documentación existente sobre el tema objeto de estudio, será posible construir el marco teórico que sustentara teóricamente este trabajo investigativo.

Método empírico

Los métodos empíricos permiten conocer directamente como se manifiesta el objeto de estudio de la presente investigación a través de la aplicación del siguiente método e instrumento:

Encuesta

La encuesta está destinada a obtener datos de varias personas que tienen relación con el problema que es materia de investigación.

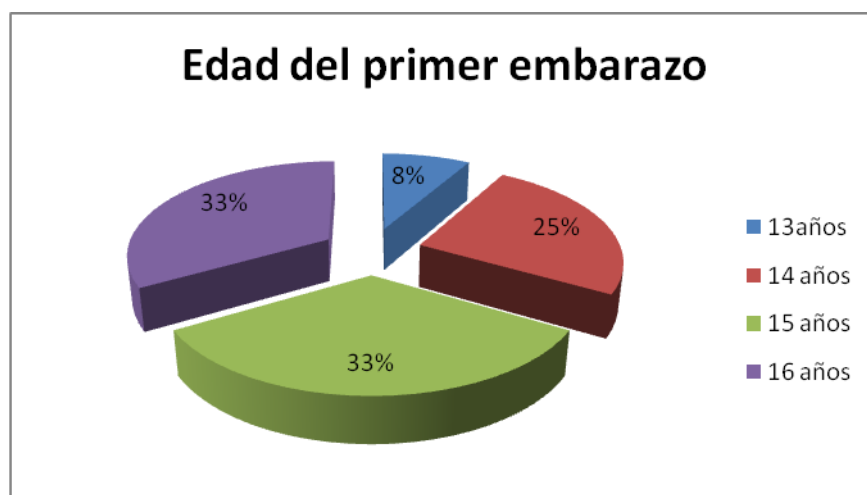
CAPITULO IV

EDAD DEL PRIMER EMBARAZO.

CUADRO NO 1.

INDICADOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
13años	1	9%
14 años	3	25%
15 años	4	33%
16 años	4	33%
TOTAL	12	100%

GRÁFICO NO 1



El 33% de las adolescentes encuestadas tuvieron su primer embarazo a los 15 años; el 25% de las adolescentes encuestadas tuvieron su primer embarazo a los 14 años; un 33% de las adolescentes encuestadas se embarazaron por primera vez a los 16 años; y un 8% de las adolescentes encuestadas tuvieron su primer embarazo a los 13 años.

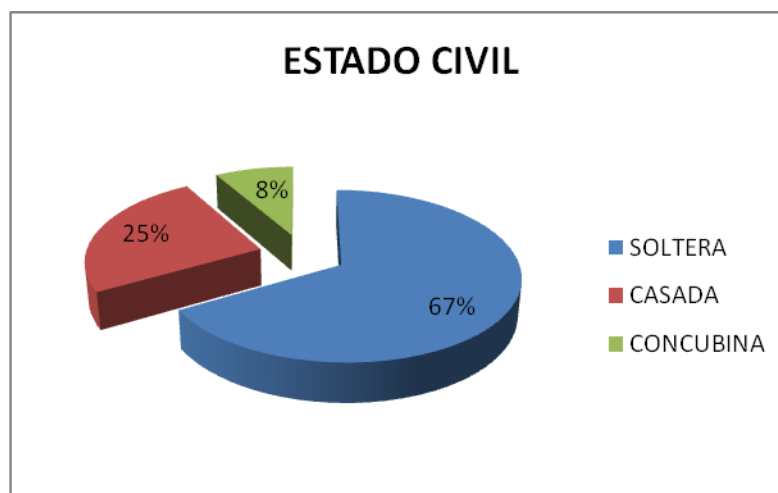
..

2.-ESTADO CIVIL.

CUADRO NO 2

INDICADOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SOLTERA	8	67%
CASADA	3	25%
CONCUBINA	1	8%
TOTAL	12	100%

GRAFICO N° 2



El 67% de las adolescentes encuestadas son solteras; un 25% de las adolescentes son casadas; y un 8% de las adolescentes encuestadas viven en concubinato.

3.- CONOCIMIENTO ACERCA DE LOS RIESGOS EN UN EMBARAZO PRECOZ.

CUADRO Nº 3

INDICADOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
si	2	17%
no	10	83%
total	12	100%

GRAFICO NO 3



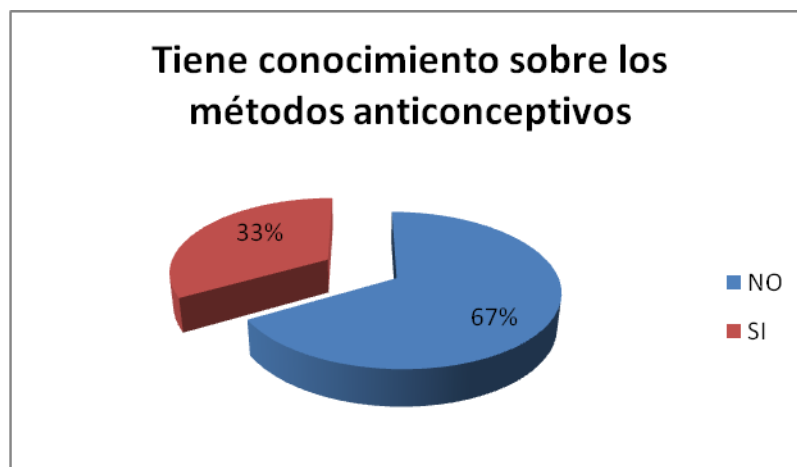
El 83% de las adolescentes encuestadas no conocen el riesgo de un embarazo precoz; solo el 17% de las adolescentes conocen los riesgos de un embarazo a temprana edad.

4 CONOCIMIENTO SOBRE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

CUADRO N° 4

INDICADOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NO	8	67%
SI	4	33%
Total	12	100%

GRAFICO NO 4



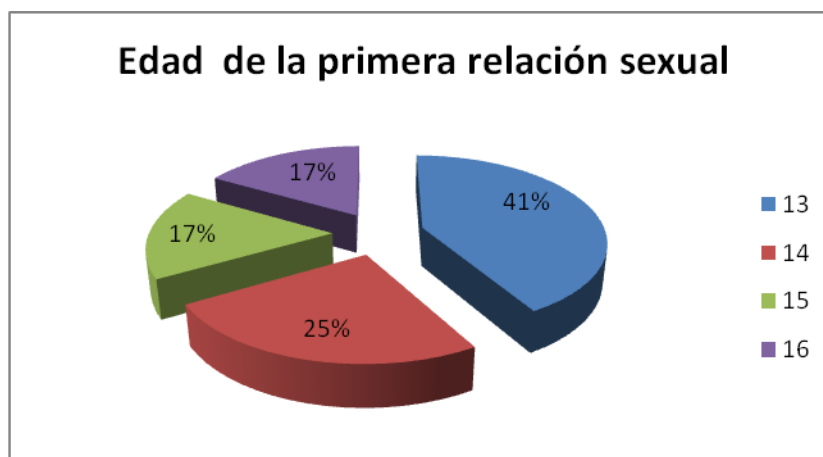
el 67% de las adolescentes encuestadas no conocen sobre los métodos anticonceptivos; solo un 33% de las adolescentes conocen acerca de los métodos anticonceptivos.

5.- EDAD DE LA PRIMERA RELACIÓN SEXUAL

CUADRO No 5

INDICADOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
13	5	41%
14	3	25%
15	2	17%
16	2	17%
Total	12	100%

GRAFICO NO 5



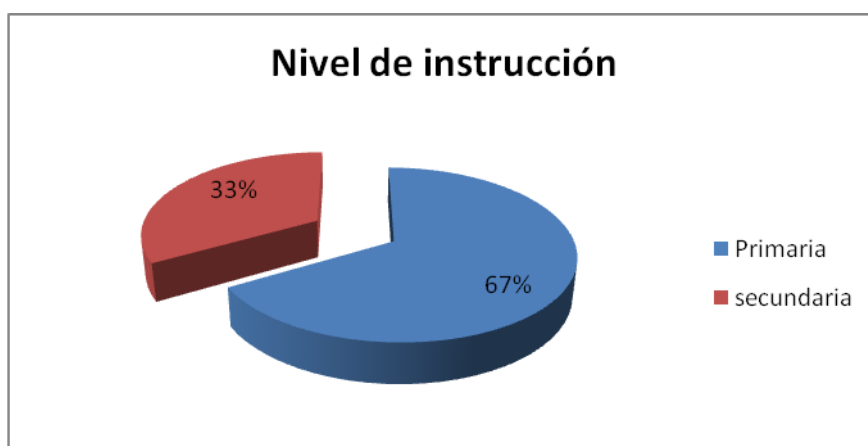
El 41% de las adolescentes encuestadas tuvieron su primera relación sexual a los 13 años; el 25% de las adolescentes tuvieron su primera relación sexual a los 14 años; el 17% de las adolescentes tuvieron su primera relación sexual a los 15 años; y un 17% de las adolescentes tuvieron su primera relación sexual a los 16 años.

6.-NIVEL DE INSTRUCCIÓN

CUADRO Nº 6

INDICADOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Primaria	8	67%
secundaria	4	33%
Total	12	100%

GRAFICO Nº 6



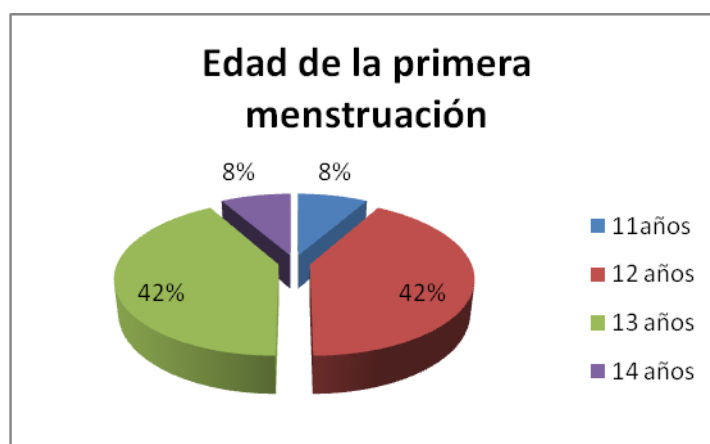
El 67% de las adolescentes encuestadas cursan el nivel primario; y el 33% de las adolescentes están en nivel secundario.

7.- EDAD DE LA PRIMERA MENSTRUACIÓN.

CUADRO N°7

INDICADOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
11 años	1	8%
12 años	5	42%
13 años	5	42%
14 años	1	8%
TOTAL	12	100%

GRAFICO N°7



El 42% de las adolescentes encuestadas tuvieron su primera menstruación entre 12 y 13 años; y un 8% de las adolescentes tuvieron su primera menstruación entre 11 y 14 años.

8.-QUE MÉTODO ANTICONCEPTIVO APLICA PARA EVITAR EL EMBARAZO.

CUADRO N°8

INDICADOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Condón	2	17%
Inyectable	3	25%
Ninguno	7	58%
TOTAL	12	100%

GRAFICO N°8



El 58% de la adolescentes encuestadas no aplican ningún método anticonceptivo; el 25% de las adolescentes utiliza el inyectable; y un 17% utiliza el con don para evitar un embarazo no deseado.

CONCLUSIONES

Al finalizar el presente trabajo se concluye en lo siguiente:

- Las adolescentes embarazadas iniciaron sus actividades sexuales en una edad muy temprana dicen también no conocer sobre los métodos anticonceptivos creo que sea por la vergüenza que tienen de hablar sobre estos temas; así mismo se observa que son de bajos recursos económicos y esto cada vez más agrava la situación de nuestras jóvenes pues esto hace que haya cada vez más el embarazo precoz.
- El embarazo precoz es un problema de salud pública pues se lo considera que el embarazo y la inmadurez física colocan a la madre adolescente en mayor riesgo para la morbimortalidad.
- Las adolescentes en gran parte de ellas desconocen los factores de riesgo en las relaciones sexuales sin protección, una explicación a esto es que al interior de los establecimientos educacionales no existe aún una orientación preventiva respecto a la temática.
- Además se observó que en el centro de Salud Blanca Flor el personal de salud no trabaja en este sentido es decir realizando actividades educativas y de prevención para la salud de los adolescentes.
- También se pudo observar que las adolescentes se quedan sin ninguna orientación por parte de sus familiares quedando así a merced de una sociedad injusta.

RECOMENDACIONES

Los resultados e interpretaciones procedentes nos motivan a plantear algunas reflexiones a modo de sugerencias:

- Se recomienda a las adolescentes de la comunidad poner más interés en informarse sobre problemas de salud en especial sobre métodos anticonceptivos.
- El personal de salud en especial el de enfermería debe desarrollar la función educativa y promocionar la importancia del embarazo precoz.
- Elaborar y difundir programas con contenidos educativos a través de medios de comunicación para los adolescentes.
- Desarrollar programas educativos dirigidos a los padres, con el fin de promover la unidad familiar y la formación de valores.
- Desarrollar talleres educativos en salud integral del adolescente, dirigido a los profesores.

En vista de esto es necesario crear programas para fomentar la información y los servicios requeridos a los jóvenes para concientizarlos y lograr una sexualidad responsable. Asimismo, es necesario crear centros de apoyo para las adolescentes embarazadas, tanto desde el punto de vista médico como emocional.

CRONOGRAMA

Nº	Actividades	Septiembre	Octubre	Noviembre
1	Identificar el área del trabajo.	X		
2	Coordinar con las autoridades del centro de salud.	X		
3.	Elaborar los instrumentos de medición: encuestas cuestionarios y otros	X		
4	Elaborar un plan de educación y enseñanza en salud para las jóvenes sobre embarazo precoz.		X	
5	Ejecutar el plan de educación y enseñanza en salud para las jóvenes sobre embarazo en la adolescencia.		X	
6	Procesamiento de datos			X
7	Entrega del trabajo final.			X

CUADRO DEL PRESUPUESTO

N°	Detalle	Cantidad	P/U (Bs.)	Total
1	Internet (veces)	10	6	60
2	Hojas bond tamaño carta	500	40	40
3	Cartucho HP	2	165	330
4	Cartulinas	10	4	40
5	Marcadores	24	3	72
6	Papel sabana	10	1	10
7	Anillado	4	10	30
8	Fotocopias	60	0.25	15
9	Pasajes	4	40	160
10	Otros	----	-----	100
TOTAL				857

CAPITULO V

PLAN DE ACCIÓN

Proyecto de investigación: factores que determinan el embarazo precoz en adolescentes que son usuarias del centro de salud de Blanca Flor del municipio san Lorenzo

Responsable: Interna en licenciatura en Enfermería, Antonia olive ira da Silva Filha

Beneficiarios: adolescentes que viven en la comunidad de blanca flor municipio de san Lorenzo.

Tiempo de duración: 2 meses con intervalos de semanas

COMPONENTES	ACTIVIDADES	PROPÓSITO	INDICADOR DE CONTROL	MEDIO DE VERIFICACIÓN	MATERIAL	RESPONSABLE
Educación sobre salud sexual y reproductiva a las adolescentes de la unidad educativas.	Sesiones informativas y educativas sobre salud sexual y reproductiva Sesiones de orientación sobre complicaciones en un embarazo temprano. Orientación a las madres de adolescentes.	Capacitar a las adolescentes de la unidad educativa 24 de septiembre. Orientar sobre los peligros de un embarazo temprano	Charlas de capacitación y orientación elaborado en beneficio a las adolescentes. Visitas domiciliarias. Entrevistas individuales con adolescentes.	Encuestas Y observación directa. Plan de visita Plan de entrevista.	Paleógrafo Volantes informativos Folletos. Rotafolio Folletos Rotafolio Laminas educativas.	Antonia Oliveira da Silva Filha.

BIBLIOGRAFÍA

- PINEDA E. B. ALVARADO,E.L.(1004) metodología de la investigación. OMS. Edición Washington.
- B.W.DUGAS(1998) tratado de enfermería practica 4° edición, editorial interamericana, México D. Suplemento F.
- Especial de La Tercera sobre “La Píldora y anticonceptivos” Año 2001.
- Curso de Salud Adolescente de la Universidad Católica de Chile. Dra. María Inés Romero. Año 2001

(<http://escuela.med.puc.cl/ops/Curso/Lecciones/Leccion15/M3L15Leccion2.html>)

- El Embarazo en la Adolescencia - La vida antes de nacer.
(http://www.lavida.cl/junio_01/embarzoadols.htm)
- Enciclopedia multimedia Salvat año 1999

ANEXOS

ENCUESTA PARA DETERMINAR FACTORES QUE INFLUYEN EN EL EMBARAZO PRECOZ EN ADOLESCENTES DE 13 A 16 AÑOS USUARIAS DEL CENTRO DE SALUD BLANCA FLOR DEL MUNICIPIO DE SAN LORENZO EN EL ULTIMO TRIMESTRE DE LA GESTION 2010.

MUNICIPIO: SAN LORENZO

FECHA:

I. DATOS GENERALES

Edad: ____ años

RESPONDE A CADA UNA DE ESTAS PREGUNTAS DETALLADAMENTE.

Gracias.

1.- A qué edad fue tu primer embarazo?

13 años () 14 años () 15 años () 16 años ()

2.- Cuál es tu estado civil?

Soltera () Casada () Concubina ()

3.- Tienes conocimiento acerca de los riesgos en un embarazo precoz?

SI () NO ()

4.- Tienes conocimiento sobre los métodos anticonceptivos?

SI () NO ()

5.- A qué edad tuviste tu primera relación sexual?

13 años () 14 años () 15 años () 16 años ()

6.- Que grado cursas?

Primaria () Secundaria ()

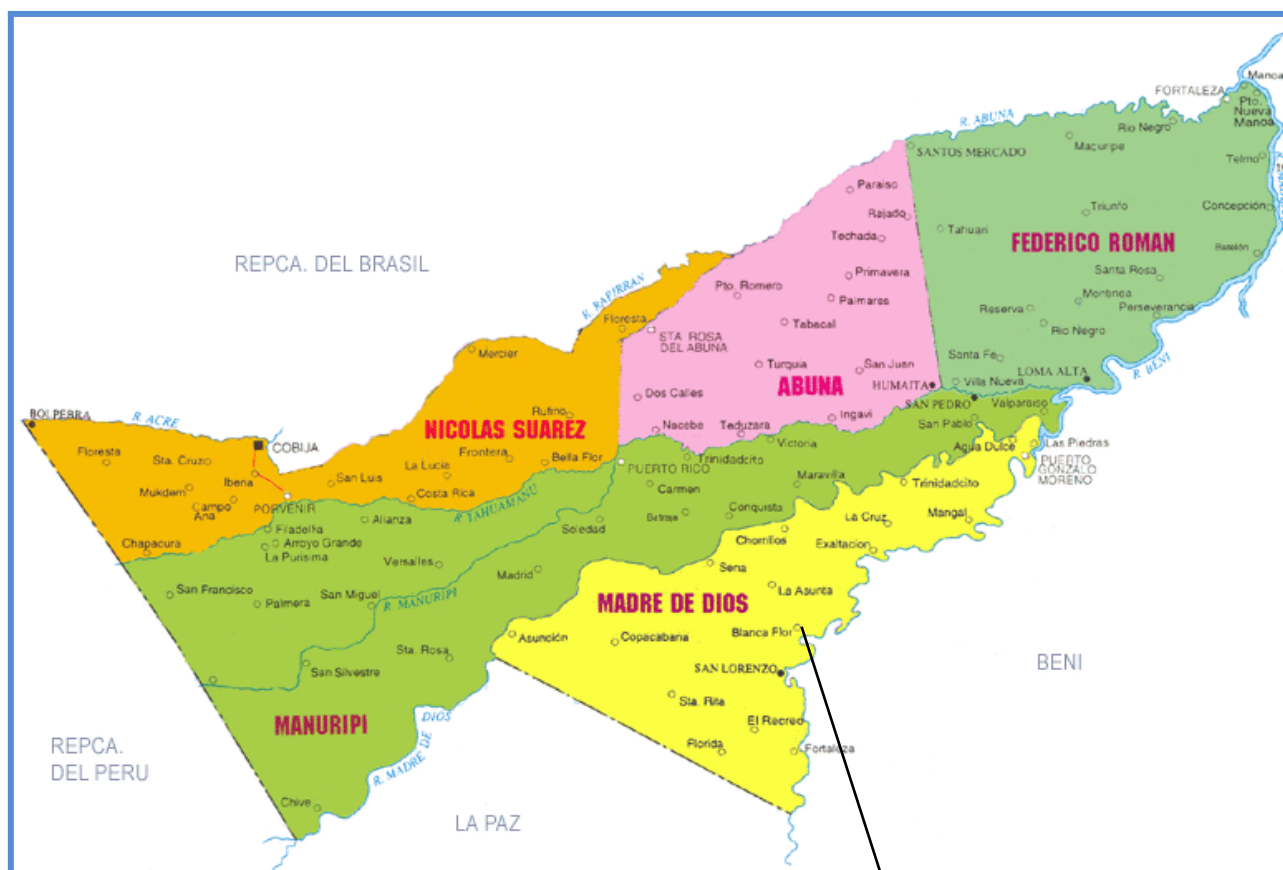
7.- A qué edad te vino tu primera menstruación?

11 años () 12 años () 13 años () 14 años ()

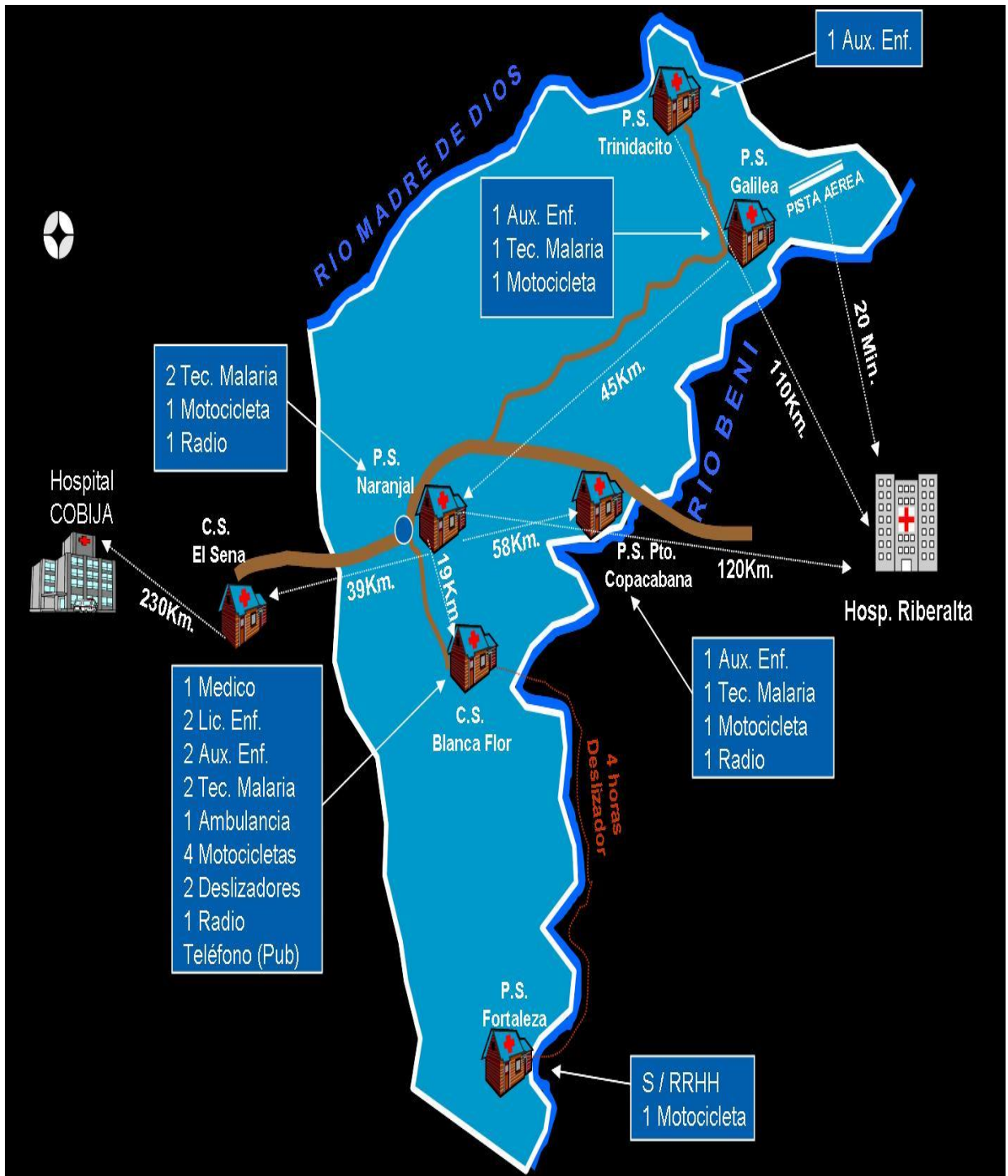
8.- Que método anticonceptivo aplicas para evitar un embarazo?

Condón () Inyectable () Ninguno ()

UBICACION DE LA COMUNIDAD DE BLANCA FLOR



LANCA FLOR



ELABORACION DE MATERIAL DIDACTICO

PARA LA FERIA DE SALUD



ATENCIÓN A LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS



REALIZACION DE LA I.E.C



FERIA DE SALUD PARA LOS ADOLESCENTES

