



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE OBSTETRICIA**

TESIS

**PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE:
OBSTETRÍZ**

TEMA:

**CONTROL MATERNO NEONATAL ESTUDIO A REALIZAR EN ADOLESCENTES
PRIMIGESTAS QUE ASISTEN AL SUBCENTRO DE SALUD LA UNION
PERTENECIENTE AL AREA 1 DE LA PARROQUIA LA UNION DE BABAHOYO DESDE
MAYO A NOVIEMBRE DEL 2012**

AUTORAS:

**CIRA MAIRA RUIZ IZQUIERDO
MAYRA ALEJANDRA ELIZALDE SALCEDO**

DIRECTOR DE TESIS:

DR. GEORGINTON TAPIA MESTANZA.

BABAHOYO-ECUADOR

2012

DEDICATORIA.

Dedicamos nuestra tesis en primer lugar a Nuestro Creador porque gracias a Él existimos, a nuestros familiares ya que con su apoyo han cultivado en nosotras el sentido de superación, responsabilidad y más aún el amor a nuestras pacientes.

MAYRA ALEJANDRA ELIZALDE SALCEDO.

CIRA MAIRA RUIZ IZQUIERDO.

AGRADECIMIENTO.

Estamos agradecidas con Dios por darnos la capacidad de realizar nuestra tesis, a nuestros padres e hijos que siempre nos dieron el apoyo inmenso y nunca nos dieron la espalda, por tener la paciencia ya que muchas veces tuvimos que dejar nuestras obligaciones por realizar nuestros estudios.

MAYRA ALEJANDRA ELIZALDE SALCEDO.

CIRA MAIRA RUIZ IZQUIERDO.

INTRODUCCION.

El presente informe se refiere a un estudio sobre las características del control prenatal en las adolescentes primigestas.

El interés por el tema surge por la inquietud del grupo investigador en cuanto a experiencias en áreas de atención en el subcentro de salud; observándose la problemática del embarazo adolescente y la realización de controles prenatales en forma inadecuada por parte de las mismas, lo que con lleva a consecuencias negativas para el binomio madre- hijo.

Por lo que se plantea el siguiente problema:

Existe diferencia entre primigestas adolescentes y multigestas en cuanto a la manera de llevar el control prenatal, ya que la adolescente tiene otra forma de pensar, propia de su edad; esto hace que este grupo tan susceptible sea más propenso a contraer enfermedades comunes en el embarazo.

La investigación se llevó a cabo en el subcentro de Salud La Unión del cantón Babahoyo, en un grupo de adolescentes primigestas desde el mes de Mayo a Noviembre del 2012 , la muestra está constituida por 36 gestantes.

Los resultados obtenidos posibilitan a todo el equipo médico a profundizar en el conocimiento acerca del comportamiento de las adolescentes frente al control prenatal, logrando de esta manera la concientización de las jóvenes y que ellas le den la importancia debida a la asistencia de los controles regulares.

"No es falta de información lo que provoca el aumento de embarazos en Adolescentes, sino causas más profundas, relacionado con la escala de valores, de este grupo social; en estratos sociales bajos, lo culturalmente aceptado es que la mujer se embarace y sea madre para lograr un status social destacado.

Conciben la tenencia de un hijo, como el objetivo principal en la vida, en su mayoría no estudian, no trabajan y provienen de familias desintegradas, son solteras o abandonadas por sus compañeros.

INDICE

INTRODUCCION

CAPITULO I: CAMPO CONTEXTUAL PROBLEMÁTICO.....1

1.1 CONTEXTO NACIONAL, REGIONAL, LOCAL

Y/O INSTITUCIONAL.....1

1.1.1 NACIONAL.....1

1.1.2 REGIONAL.....6

1.1.3 LOCAL.....8

1.1.4 INSTITUCIONAL.....11

1.2 SITUACION ACTUAL DEL OBJETIVO DE INVESTIGACION.....12

1.3 FORMULACION DEL PROBLEMA.....13

1.3.1 PROBLEMA GENERAL.....13

1.3.2 PROBLEMAS DERIVADOS.....13

1.4. DELIMITACION DE LA INVESTIGACION.....13

1.5. JUSTIFICACION.....14

1.6. OBJETIVOS.....15

1.6.1. OBJETIVO GENERAL.....15

1.6.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS.....15

CAPITULO II: MARCO TEORICO.....16

2.1 ALTERNATIVAS TEORICAS ASUMIDAS.....16

2.1.1. CONTROL PRENATAL.....16

2.1.1.1 ENFOQUES DEL CONTROL PRENATAL.....17

2.1.1.2 PORQUE ES IMPORTANTE LA VACUNA CONTRA EL TETANOS.....19

2.1.2 CONSULTA DEL RECIEN NACIDO.....20

2.1.2.1 SIGNOS DE ALARMA DEL RECIEN NACIDO.....20

2.1.2.2 VACUNACION.....21

2.1.2.3 CRECIMIENTO Y DESARROLLO.....21

2.1.3 LOS RIESGOS DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA.....21

2.1.3.1 COMPLICACIONES PRENATALES.....22

2.1.3.2 COMPLICACIONES INTRAPARTO.....22

2.1.3.3 COMPLICACIONES NEONATALES.....	22
2.1.3.4 LOS PELIGROS MATERNALES.....	23
2.1.3.5 LAS PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD MATERNA.....	24
2.1.3.6 SIGNOS DE ALARMA QUE PUEDEN AVISAR PARA BUSCAR AYUDA.....	24
2.1.3.7 ALTERACIONES DE LA PRESION ARTERIAL EN EL EMBARAZO.....	24
2.1.3.8 LA DIABETES PUEDE APARECER DURANTE EL EMBARAZO.....	25
2.1.3.9 PARA UNA MATERNIDAD SALUDABLE.....	27
2.1.4 EL FIN DE LA ADOLESCENCIA.....	27
2.1.4.1 CAUSAS DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA.....	29
2.1.4.2 COMPORTAMIENTO SEXUAL ADOLESCENTE.....	29
2.1.4.3 FALTA DE INFORMACION SOBRE METODOS ANTICONCEPTIVOS.....	31
2.1.4.4 DIFERENCIA DE EDADES EN LAS RELACIONES SEXUALES....	33
2.1.4.5 ABUSOS SEXUALES.....	33
2.1.4.6 AMBIENTE EN LA INFANCIA.....	35
2.1.4.7 APOYO A LA MATERNIDAD ADOLESCENTE.....	35
2.2 CATEGORIAS DE ANALISIS TEORICO CONCEPTUAL.....	36
2.2.1 EMBARAZO EN ADOLESCENTE.....	36
2.3 PLANTEAMIENTO DE HIPOTESIS.....	37
2.3.1 HIPOTESIS GENERAL.....	37
2.3.2 HIPOTESIS ESPECIFICAS.....	37
2.4 OPERACIONALIZACION DE LAS HIPOTESIS ESPECÍFICAS.....	39
CAPITULO III: METODOLOGIA.....	45
3.1 TIPO DE INVESTIGACION.....	45
3.1.1 POR LA PARTICIPACION DE LOS SUJETOS CAUSALES.....	46
3.2 UNIVERSO Y MUESTRA.....	46
3.3 METODOS Y TECNICAS DE RECOLECCION DE INFORMACION....	46
3.3.1 METODO DE INVESTIGACION DE ACCION PARTICIPATIVA (IAP).....	47

3.4 PROCEDIMIENTO.....	48
CAPITULO IV: ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS.....	49
4.1 TABULACION E INTERPRETACION DE DATOS.....	51
4.2 COMPROBACION Y DISCUSION DE HIPOTESIS.....	57
4.3 CONCLUSIONES.....	58
4.3.1 RECOMENDACIONES.....	59
CAPITULO V: PROPUESTA ALTERNATIVA.....	61
5.1 PRESENTACION.....	61
5.2 OBJETIVOS.....	63
5.2.1 OBJETIVO GENERAL.....	63
5.2.2 OBJETIVO ESPECIFICO.....	63
5.3 CONTENIDOS.....	64
5.3.1 CAMPAÑA DE CONCIENTIZACION.....	64
5.3.2 INFECCION DE VIAS URINARIAS.....	64
5.3.2.1 SOY MÁS PROPENSA A LA INFECCION DE LAS VIAS URINARIAS DURANTE EL EMBARAZO?.....	66
5.3.2.2 CISTITIS O INFECCION EN LA VEJIGA.....	67
5.3.2.3 INFECCION RENAL O PIELONEFRITIS.....	68
5.3.2.4 COMO EVITAR CONTRAER UNA INFECCION DE LAS VIAS URINARIAS.....	69
5.3.3 NUTRIENTES ESENCIALES EN EL EMBARAZO.....	70
5.3.3.1 CALCIO.....	70
5.3.3.2 HIERRO.....	71
5.3.3.3 ACIDO FOLICO.....	73
5.3.4 VITAMINAS.....	74
5.3.5 ACIDOS GRASOS ESENCIALES.....	74
5.3.6 VACUNACION.....	75
5.3.7 LACTANCIA MATERNA.....	76
5.3.7.1 BENEFICIOS PARA SU BEBE.....	76
5.3.7.2 BENEFICIOS PARA LA MADRE.....	77
5.4 DESCRIPCION DE LOS ASPECTOS OPERATIVOS DE LA PROPUESTA.....	78

5.5 RECURSOS.....	80
5.5.1 RECURSOS HUMANOS.....	80
5.5.2 RECURSOS MATERIALES.....	80
5.6 CRONOGRAMA DE EJECUCION DE LA PROPUESTA.....	82
6 BIBLIOGRAFIA.....	83
7 ANEXOS.....	87

CAPITULO I

1. CAMPO CONTEXTUAL PROBLEMÁTICO.

1.1. CONTEXTO NACIONAL, REGIONAL, LOCAL E INSTITUCIONAL.

1.1.1. Nacional.

El Ecuador, debe su nombre a diversos hechos que a través de los años se conjugaron para borrar el histórico nombre de Quito.

El primero de ellos se dio en el año **1736**, cuando la Academia de Ciencias de París envió a Quito la célebre Comisión Geodésica de Francia integrada por los sabios La Condamine, Bouguer, Godín y Seniergues, entre otros, quienes estuvieron acompañados por los marinos españoles Jorge Juan y Antonio de Ulloa. El propósito de la Misión era el de medir un arco de meridiano terrestre, para lo cual los científicos vinieron a Quito donde realizaron sus investigaciones. Como producto de su permanencia en la audiencia, Ulloa y Juan escribieron una importante reseña que publicaron bajo el título de «Noticias Secretas de América», en la cual se refirieron a «Las Tierras del Ecuador», en alusión a la línea equinoccial que cruza al norte de la ciudad de Quito, dejando a un lado el nombre de la Presidencia o Audiencia de Quito.

Años más tarde y luego del célebre triunfo patriota en la histórica Batalla del Pichincha, nuevamente se dejó a un lado el nombre de Quito y se volvió a destacar el de Ecuador. Efectivamente, sólo dos años y un mes después de

dicha batalla, el **25 de junio de 1824** se promulgó la Ley de División Territorial de Colombia.

La ley determinada tiene una gran importancia para la historia ecuatoriana, pues fue en ella precisamente donde, por primera vez, se mencionó el nombre de Ecuador como el de un departamento gran colombiano.

La República del Ecuador surgió como estado independiente el **13 de mayo de 1830**, cuando, a petición del Procurador del Municipio de Quito, Dr. Ramón Miño y bajo la poderosa influencia del Gral. Juan José Flores, el Gral. José María Sáenz Prefecto del Departamento del Ecuador convocó a las corporaciones y a los notables de la ciudad de Quito a un cabildo para tratar los asuntos relacionados con la separación del Distrito del Sur de la Gran Colombia. Fue entonces que, en los salones de la vieja Universidad de Santo Tomás de Aquino, antes de San Gregorio, «Ciento veinte personajes, los más notables patricios de la ciudad, incluidos viejos próceres escapados de las mazmorras, así como los superiores de las comunidades religiosas, suscribieron con enorme alborozo el acta que vino a ser como la partida de nacimiento del estado ecuatoriano.

La misma Junta convocó a una Asamblea Constituyente, y hasta que se reuniese la misma, el Gral. Juan José Flores fue designado Jefe Supremo.

Guayaquil se adhirió el 19 de mayo y Cuenca el 20; y, «Reunidos así los tres grandes departamentos históricos de la Audiencia, sólo faltaban la Convención Constituyente y la primera Carta Política. El Congreso fue convocado para el 10 de agosto de 1830 por elecciones parroquiales y departamentales, pero sólo se reunieron los diputados en Riobamba el 14 de agosto. Presidió la asamblea un notable jurisconsulto, José Fernández Salvador. Fue su Vicepresidente Nicolás de Arteta, y sus secretarios Pedro Manuel Quiñones y Pedro José de Arteta. Resuelto que Juan José Flores fuese

Presidente provisorio hasta la expedición de la Carta Fundamental, en sesión del 11 de septiembre se nombró Presidente de la República del Ecuador al general Juan José Flores, por diez y nueve votos, contra uno emitido en favor del lojano Manuel Carrión, voto que es fama que fue del diputado Salvador. En la sesión del 12, se eligió Vicepresidente a José Joaquín de Olmedo.

Esta Primera Constituyente acordó, además, tributar grandes honores al Libertador Bolívar, que fue proclamado Padre de la Patria y Protector del Sur de Colombia. La Carta Fundamental de 1830 principiaba así: **Art. 1o.-** Los Departamentos del Azuay, Guayas y Quito quedan reunidos entre sí formando un solo cuerpo independiente con el nombre de Estado del Ecuador. Y al determinar el territorio nacional, el **Art. 6o.-** decía: El Territorio del Estado comprende los tres departamentos del Ecuador en los límites del antiguo Reino de Quito.

En las elecciones de 2002, resultó vencedor uno de los militares que apoyó a los indígenas para derribar a Mahuad, el ex coronel Lucio Gutiérrez, al frente de una coalición de partidos de izquierdas e indigenistas. Sin embargo, durante su gobierno se produjeron nuevas crisis de gran importancia; Gutiérrez fue destituido por el Congreso en 2005, y la presidencia pasó a ser ejercida por el que era vicepresidente del país: Alfredo Palacio.

En una segunda vuelta electoral el 26 de noviembre la mayoría de votos convirtió en el nuevo jefe de Estado al Economista Rafael Correa; entre los dos candidatos más votados: el magnate de derecha Álvaro Noboa y el economista de centro-izquierda Rafael Correa. Rafael Correa recibió 56.67 % de los votos válidos, frente al 43.33% de Álvaro Noboa, convirtiéndose así en el presidente electo para el período 2007-2011.

Geografía.

La República del Ecuador tiene una superficie aproximada de 272.400 km². Está situada en la parte noroccidental de la América del Sur, entre los paralelos 1o 26' 30" de latitud norte y, 4o 32' 20" de latitud sur; y, entre los meridianos 81o 5' 20" y 71o 46' 30" de longitud occidental; y se encuentra atravesada por la línea equinoccial.

La distancia que separa las fronteras norte y sur, en su parte más ancha es de 828 km, y los puntos más distantes entre la costa y el oriente están a 1036 km.

Límites.

El Ecuador limita al norte con la República de Colombia, al sur y al este con el Perú y al oeste con el océano Pacífico.

División política.

El Ecuador está integrado por 22 provincias, **seis** de las cuales, Esmeraldas, Manabí, Los Ríos, Guayas Santa Elena y El Oro pertenecen a la región litoral o costa; **diez** pertenecen a la región interandina o sierra: Carchi, Imbabura, Pichincha, Cotopaxi, Tungurahua, Chimborazo, Bolívar, Cañar, Azuay y Loja; **seis** pertenecen a la región Oriental: Sucumbíos, Napo, Orellana, Pastaza, Morona-Santiago y Zamora-Chinchipe; y la última pertenece a la región insular y está formada por el archipiélago de Galápagos.⁽¹⁾

Población.

Según las estadísticas del 2011 la población es de 15.223.680 habitantes.

Distribución por edad.

0-14 años: 30,1% (hombres 2.301.840/mujeres 2.209.971)

15-64 años: 63,5% (hombres 4.699.548/mujeres 4.831.521)

65 años y más: 6,4% (hombres 463.481/mujeres 500.982) (2011 est.)

Tasa de natalidad

19,6 nacimientos/1.000 habitantes.

Tasa de mortalidad

5,01 muertes/1.000 habitantes.

Tasa de migración neta

0,39 migrante(s)/1.000 habitantes.

Tasa de mortalidad infantil.

Total: 19,06 muertes/1.000 nacimientos.

Hombres: 22,37 muertes/1.000 nacimientos.

Mujeres: 15,59 muertes/1.000 nacimientos.

VIH/SIDA

Tasa de incidencia en la población adulta: 0,4%

Habitantes infectados con VIH/SIDA: 37.000.

Muertes: 2.200.

Tasa de mortalidad materna.

140 muertes / 100.000 niños nacidos vivos (2008).⁽²⁾

1.1.2. Regional.

Los Ríos, oficialmente **Provincia de Los Ríos**, es una de las 24 provincias de la República del Ecuador, localizada en la región litoral del país. Su capital es la ciudad de Babahoyo y su localidad más poblada es la ciudad de Quevedo. Es uno de los más importantes centros agrícolas del Ecuador. Con sus 778 115 habitantes, Los Ríos es la cuarta provincia más poblada del país, debido principalmente al reciente desarrollo de la industria.

Su territorio está ubicado en la parte central del litoral del país y limita con las Provincias del Guayas, Santo Domingo de los Tsáchilas, Manabí, Cotopaxi y Bolívar.

Según el último ordenamiento territorial, la provincia de Los Ríos pertenece a la región comprendida también por las provincias de Bolívar, Guayas y Provincia de Santa Elena.

Los Ríos se divide en 13 cantones: 30 Parroquias urbanas y 17 Parroquias rurales.

	Cantón	Pob. (2010)	Área (km²)	<u>Cabecera Cantonal</u>
	<u>Baba</u>	39.681	516	<u>Baba</u>
	<u>Babahoyo</u>	153.776	1.076	<u>Babahoyo</u>
	<u>Buena Fe</u>	63.148	569	<u>Buena Fe</u>
	<u>Mocache</u>	38.392	562	<u>Mocache</u>
	<u>Montalvo</u>	24.164	362	<u>Montalvo</u>
	<u>Palenque</u>	22.320	570	<u>Palenque</u>
	<u>Puebloviejo</u>	36.477	336	<u>Puebloviejo</u>
	<u>Quevedo</u>	173.575	303	<u>Quevedo</u>
	<u>Quinzaloma</u>	16.476	280	<u>Quinzaloma</u>
	<u>Urdaneta</u>	29.263	377	<u>Catarama</u>
	<u>Valencia</u>	42.556	707	<u>Valencia</u>
	<u>Ventanas</u>	66.551	282	<u>Ventanas</u>
	<u>Vinces</u>	71.736	693	<u>Vinces</u>

Hidrografía.

La red fluvial de esta provincia es extensa; los ríos nacen en la cordillera occidental de los Andes, el principal es el Babahoyo con sus afluentes el San Pablo y el Caracol; también recibe las aguas de los ríos Puebloviejo, Vinces, Zapotal y Yaguachi, con los que se une al Daule y forman el Guayas. ⁽³⁾

1.1.3. Local.

Parroquia La Unión.

La hoy Parroquia La Unión, tiene su origen en tiempos muy remotos, cuando tan solo era un pequeño caserío.

En el año de 1960 se organiza el primer Comité Pro-Mejoras, formado por eminentes personalidades. En este mismo año fueron varios los comités, hasta que en el año de 1989-1990-1991 el señor German Rodríguez Subsecretario de Gobierno y el Dr. Luis Félix López Prefecto Provincial de los Ríos, pide la Aprobación Ministerial del Proyecto de Parroquialización Rural del sector La Unión de la jurisdicción del Cantón Babahoyo aprobación que fue el 16 de abril de 1991.

En sesión del 7 de enero y el 1 de abril de este mismo año se pide la ordenanza de la Parroquialización y Consejo Provincial y lo establecido por la ley de régimen municipal, y se procede a la creación de la Parroquia, y así fue aprobado el 5 de junio de 1992, fue entonces como se creó la Parroquia rural La Unión y su cabecera Parroquial del sector, será la “Unión” siendo su Primer Presidente el Sr. Profesor Enrique Leonidas Oñate.

¿Cómo se formó?

Se conoce que en 1888, este lugar fue asiento de numerosas parcialidades indígenas aquí hacían intercambios de producto de Sierra y Costa, hasta playas de ojiva llegaban grandes balsas desde el río caracol, los primeros dueños de estas

tierras desde Barreiro, hasta el cerro Samama fueron los señores Agustín Barreiro, Buenaventura Burgos y la familia Duran Ballén de descendencia Española, es este lugar se reunían estos caballeros para intercambiar ideas, acciones, lugar que luego denominaron “Unión”.

Historia.

En estos años 1939 y 1942, estos terrenos los iban vendiendo, es así que por este lado compro el Sr. Víctor Benedetti, pasados algunos años, paso hacer propiedad del Sr. Abraham Freire Oñate, cuando se organizó el primer comité pro-mejoras de la Unión, en el intervienen el Sr. Roberto Laman Cruz, Aníbal Rodríguez, Miguel Ángel Samaniego, Enrique Oñate, Ricardo Orellana, Mentor Santana Cherez, Jacinto Laman, Sucre Reyes Paredes, y Segundo Miranda Barrera.

La Hacienda Clementina, ahora Bananera Noboa, había desarrollado un gran nivel en la producción agrícola por lo que constituía importante fuente de empleo y recibía la migración de numerosas familias en busca de trabajo, la Unión creció y se ven obligados a construir viviendas al tiempo que pagaban el arriendo a los dueños, así mismo fue con la Hacienda Clementina, la cual también tuvo que construir viviendas para empleados y trabajadores del lugar como es la hacienda “Clementina”.

Geografía.

La parroquia cuenta con una extensión de 400km² y a la cabecera parroquial de 4km² y se calcula a la población en unos 7.000 habitantes la parte urbana y 5.000 la parte rural en un total de 12. 000 habitantes.

José Luis Garrido Pacheco Presidente Junta Parroquial 2009 - 2014

Límites.

- Al Norte en Cantón Caluma.
- Al Sur la parroquia Barreiro.
- Al Este el Cantón Montalvo.
- Al Oeste la Parroquia Caracol.

Recintos.

Rcto. El Cuatro, Rcto. Las Malvinas, Rcto. San Juan, Rcto. La Pinela, Rcto. El Guabito, Rcto. San Rafael, Rcto. San Clemente, Rcto. Churute, Rcto. Beldacos, Rcto. Bodeguita, Rcto. San Pedro, Rcto. La Olinda, Rcto. San Miguel, Rcto. Playas de Ojiva, Rcto. Los Robles, Rcto. El Carmen, Rcto. Valdivia, Rcto. La Laguna, Rcto. La Esperanza, Rcto. El Rosario, Rcto. San Francisco, Rcto. Clementina, Rcto. Vicente Rocafuerte.

Instituciones públicas y privadas.

➤ **Públicas.**

Escuela Fiscal Mixta “Ecuador”, Directora Lcda. Laura Avilés Montes

Escuela Fiscal Mixta “Cleotilde Monteros Rosero”, Directora Dra. Sonia Puma Silva.

Escuela Fiscal Mixta “Tomas Martínez”, Directora Lcda. Luz María Cayambe

Colegio Nacional Mixto “Carlos Alberto Aguirre Avilés”, Rectora Lcda. Carmita Oñate M.

Subcentro de Salud, Director Dr. Vicente Chang

Tenencia Política, Teniente Político Sr. Juan de Dios Jiménez

Cuerpo de Bombero “La Unión”, Comandante Sra. Rosario Arindia

Junta Parroquial de “La Unión” Presidente Sr. José Luis Garrido Pacheco

Jardín de Infantes Carmen Montenegro

Policía Nacional, Srgto. Carlos Cedeño.

➤ **Privadas.**

Colegio Particular Mixto “La Unión”, Rector. Lcdo. Javier Samaniego Pérez

Escuela Particular Mixta “Miguel Ángel Samaniego”, Directora Lcda. Yolanda Pérez Torres ⁽⁴⁾

1.1.4. Institucional.

Subcentro de Salud La Unión.

En el subcentro La Unión se atiende a niños y adultos con enfermedades epidemiológicas de la época y en el caso de los más pequeños casos de parasitosis y bajo peso. Igualmente los niños entre cero y 9 meses de nacidos se les aplica la vacuna contra la neumonía, muy indispensable para prevenir esta terrible enfermedad, y la prueba de tamizaje neonatal para detectar enfermedades metabólicas a tiempo. De la misma manera se procede a realizar control odontológico a los pacientes.

Cabe indicar que se entrega el respectivo medicamento y vitamina totalmente gratis donado por el Ministerio de Salud Pública y el cabildo local. La comunidad se muestra muy agradecida con la principal del cantón por la acción emprendida a favor del sector rural. De esta manera queda plasmado el compromiso de la Burgomaestre Chávez con la salud de sus conciudadanos. El subcentro cuenta con el personal capacitado en distintas áreas como medicina genera, obstetricia, odontología, psicología, enfermería y el equipo de limpieza del mismo.

1.2.- SITUACIÓN ACTUAL DEL OBJETO DE INVESTIGACIÓN.

Hoy en día la ciencia ha avanzado de una forma trascendental, de tal manera que lo que buscan los científicos es hacer la vida de las personas más llevadera, sobre todo en lo que se refiere a enfermedades graves. Por otra parte llevar una vida sana es mucho más fácil gracias a los servicios que prestan las instituciones públicas, es así como nuestras adolescentes embarazadas llevan un control durante toda su gestación y así culminar con un parto feliz y un producto sano; pero la realidad es otra ya que muchas de ellas no se realizan los controles debidos, o si lo hacen no cumplen con las recomendaciones dadas por el médico correspondiente, llevando así en el transcurso del embarazo enfermedades que a medida que abandonan el tratamiento éstas se hacen más resistentes.

Es muy común observar que aún exista desconocimiento por parte de las adolescentes en relación a un embarazo, esto es natural ya que a su edad no es primordial saber de aquello, sino lo que corresponde a ésta hermosa edad como son los estudios, las amistades, la recreación entre otras.

Esta situación nos motiva a la realización del presente estudio, con el cual se determinarán las diferencias de llevar o no un buen control luego de aplicar la estrategias que se llevaran a cabo, y con aquello se llegue a concientizar a las gestantes adolescentes a llevar un buen control materno-neonatal, para asegurar no solo su vida sino la del futuro bebe.

1.3.- FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.

1.3.1.- Problema general.

¿Cuál sería la estrategia a utilizar para que las adolescentes primigestas asistan regularmente a los controles prenatales y luego lleven a los neonatos al subcentro de salud La Unión de la Provincia de Los Ríos?

1.3.2.- Problemas derivados.

- ¿Cuáles serían los resultados luego de aplicar las estrategias a las adolescentes primigestas?
- ¿Qué ventajas tiene llevar un control prenatal regular de las adolescentes primigestas?
- ¿Cuál es la importancia del control neonatal dentro del primer mes de vida?

1.4.- DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.

El presente estudio será realizado en el subcentro de Salud La Unión de la Provincia de Los Ríos .Se tomará en cuenta las estrategias como concientizar a las adolescentes sobre la importancia de asistir a los controles prenatales. El estudio de pacientes será realizado a adolescentes primigestas.

1.5.- JUSTIFICACIÓN.

Ante la realidad observada en el subcentro de Salud La Unión nace la idea de desarrollar el presente estudio acerca del control materno-neonatal debido al gran número de adolescentes que asistían de forma irregular a dicho control con diferentes patologías como infecciones de vías urinarias, sobrepeso, otras con poca ganancia de peso, y así mismo pacientes que a pesar de sus controles regulares sufrían de dichas infecciones a repetición. Los inconvenientes nombrados de las pacientes eran el problema de las citas médicas o que muchas de ellas sencillamente se les hacía más fácil no asistir a dicho control, unas por la distancia de sus domicilios otras por descuido.

Mediante la ejecución del proyecto de tesis se obtendrá como beneficio un embarazo saludable y niños en mejor estado de salud, con la oportunidad de detectar a tiempo enfermedades metabólicas a través del tamizaje neonatal o prueba del talón, considerando que en la antigüedad era difícil de prevenirlas mucho menos detectarlas a tiempo.

Nuestro propósito es que las gestantes adolescentes logren concientizar acerca de la importancia para ella y su bebe de llevar un control materno-neonatal regularmente y cumplir con los tratamientos dados por el médico o la obstetriz.

El presente estudio profundiza en la aplicación de estrategias para ayudar a las adolescentes embarazadas mediante la investigación documental haciendo referencia a la bibliografía de gran interés, y a través de la investigación aplicada realizando un estudio a una muestra de 36 Pacientes en edades comprendidas de 14 a 19 años del subcentro de Salud La Unión de la Provincia de Los Ríos.

1.6.- OBJETIVOS.

1.6.1.- Objetivo general.

Aplicar estrategias de control materno-neonatal en adolescentes primigestas mediante charlas impartidas en unidades educativas y sectores aledaños del subcentro a fin de que las jóvenes asistan regularmente a dicho control y cumplan con las recomendaciones dadas por el médico u obstetríz en el subcentro de Salud de La Unión de la Provincia de Los Ríos.

1.6.2.- Objetivos específicos.

- Impartir charlas educativas acerca de la importancia del control materno-neonatal para que las adolescentes tengan un embarazo más saludable.
- Utilizar estrategias que permitan llevar a la concientización del riesgo que corren tanto la madre como sus niños al no realizarse el control debido.
- Disminuir enfermedades provocadas en los recién nacidos por la falta de control neonatal correspondientes.

CAPITULO II.

2.-MARCO TEORICO.

2.1.- ALTERNATIVAS TEORICAS ASUMIDAS.

2.1.1.-Control prenatal.

Son las actividades y procedimientos que el equipo de salud ofrece a la embarazada con la finalidad de identificar factores de riesgo en la gestante y enfermedades que puedan afectar el curso normal del embarazo y la salud del recién nacido/a.

Los componentes que abarca son:

-Promoción

-Prevención.

-Recuperación y

-Rehabilitación de la salud materna y neonatal con enfoques de interculturalidad, género y generacional.

2.1.1.1.-Enfoques del control prenatal.

El control prenatal debe ser:

Completo e integral:

- Atención por personal calificado.
- Detección precoz del embarazo.
- Control periódico e integral de la embarazada.
- Atención de:

a) Riesgo nutricional.

b) Detección de discapacidades y enfermedades perinatales.

c) Maltrato sexual, violencia intrafamiliar y drogodependencia.

d) Infecciones de transmisión sexual.

e) Consejería pre/pos prueba de VIH/SIDA, detección y referencia.

f) Enfermedades buco-dentales.

- Referencia de usuarios con riesgo obstétrico perinatal.

Precoz.

- El control debe ser lo más temprano posible (1º trimestre) por La relación entre la edad gestacional del primer control con los resultados del embarazo.

Enfoque intercultural.

- El proveedor debe tener conocimiento de la cosmovisión tradicional y cultural con comprensión de las prácticas ancestrales de curación de acuerdo a la diversidad cultural de la zona de atención.

Periódico.

- Toda mujer embarazada de bajo riesgo deberá completar mínimo 5 controles prenatales (uno de diagnóstico y otro de seguimiento) con el cumplimiento de todas las actividades que se registran en la Historia Clínica Perinatal del MSP-HCU. Form # 051.

- Nivel mínimo eficiente 5 controles:
 - a) Uno en las primeras 20 semanas.
 - b) Uno entre las 22-27 semanas.
 - c) Uno entre las 28 y 33 semanas.
 - d) Uno entre las 34 y 37 semanas.
 - e) Uno entre las 38 y 40 semanas.

Afectivo.

- Toda embarazada debe ser bienvenida y atendida con calidad y calidez.
- Los horarios de atención deben favorecer la concurrencia al control prenatal.
- Cuanto mayor el número de horas de atención, más elevado el número de mujeres pueden concurrir.
- Cumplir con el horario de turnos y reducir el tiempo de espera de las pacientes.
- Se deben realizar exámenes y pruebas que responden a un propósito inmediato y que se ha demostrado que son beneficiosos⁽⁵⁾.

2.1.1.2. ¿Por qué es importante la vacuna contra el tétanos?

El tétanos materno y neonatal es una enfermedad mortal de efectos rápidos y dolorosos que, solamente en 2008, provocó el fallecimiento de 59.000 niños y niñas recién nacidos. Una cifra significativa de mujeres también muere anualmente debido al tétanos materno.

El tétanos materno y neonatal representa una proporción muy elevada de la carga total del tétanos. Esto se debe principalmente a que los servicios de inmunización son deficientes, a las condiciones antihigiénicas durante los alumbramientos y al cuidado inadecuado del cordón umbilical después del parto. La mayoría de las muertes de tétanos de madres y recién nacidos se registra en África y Asia meridional, por lo general en las regiones donde las mujeres viven en situación de pobreza, cuentan con acceso limitado o inexistente a la atención de la salud y disponen de escasa información acerca de las prácticas seguras de alumbramiento.

La solución

El tétanos materno y neonatal se puede prevenir fácilmente mediante:

- La inmunización de las mujeres con la vacuna del toxoide tetánico, ya que los hijos de las mujeres previamente vacunadas contra el tétanos están a salvo de la enfermedad durante los primeros meses de vida;
- Las prácticas higiénicas durante el alumbramiento, a fin de garantizar que ni la madre ni el recién nacido se infecten en el parto;
- El cuidado adecuado del cordón umbilical para garantizar que la contaminación del mismo no ponga en peligro la salud del recién nacido. ⁽⁶⁾

2.1.2. Consulta del recién nacido.

Se realiza una valoración para conocer estado de salud del bebé y se aclaran dudas sobre los primeros días en casa, e identificación de signos de peligro en el bebé. Es importante acudir con el carnet de vacunación. Si el bebe al nacimiento presento una edad gestacional menor a 37 semanas y un peso menor a 2500 gramos es necesario inscribirlo al programa Plan canguro.

2.1.2.1. Signos de alarma del Recién Nacido.

Si el niño o niña tiene:

1. Fiebre con una Temperatura mayor de 38°C verificada por un termómetro.
2. Se ve decaído o mucho tiempo dormido.
3. Presenta convulsiones o movimientos anormales en el cuerpo.
4. Fontanela abombada.
5. Si su piel y ojitos se encuentran amarillos.
6. Si el niño o niña vomita todo.
7. Si el bebe no puede agarrar el seno o succionar bien.
8. Si respira muy rápido, más de 60 respiraciones en un minuto o está agitado.
9. Si presenta hundimiento de las costillas.
10. Ruidos respiratorios raros al respirar.
11. Si presenta coloración azulada en los labios.
12. Si presenta mucha palidez
13. Presenta en el ombligo enrojecimiento y salida de secreción purulenta.
14. Si presenta secreción purulenta en los ojos.
15. Si presenta placas blanquecinas en la boca.

2.1.2.2. Vacunación.

De la aplicación correcta y oportuna de las vacunas, depende que el bebe se defienda de muchas enfermedades. Durante el primer día de vida el bebe debe ser vacunado con: BCG, Hepatitis B. Es importante solicitar el carnet de vacunación y continuar esquema de vacunación a los 2 meses de edad en los Centros de Atención de primer nivel.

2.1.2.3. Crecimiento y Desarrollo.

Con el Programa de crecimiento y desarrollo ustedes podrán seguir paso a paso el crecimiento de su bebe y recibirán apoyo en las inquietudes más comunes que tienen los padres como: Lactancia materna exitosa, estimulación temprana, inicio de la alimentación complementaria, cuidados del bebe, pautas de crianza y muchos otros temas, infórmese en su centro de atención y programar su cita desde el primer mes de vida del bebé. ⁽⁷⁾

2.1.3. Los riesgos del embarazo en la adolescencia

Debido a que la adolescente está todavía en desarrollo y crecimiento, es importante saber que la pelvis todavía está creciendo, asimismo el canal del parto no tiene el tamaño definitivo, por lo que las madres adolescentes presentan desventajas biológicas y tienen más problemas en los partos.

Se observa que el riesgo de presentar complicaciones está en relación con la edad materna, siendo mayor si la edad de la mujer embarazada es menor de 15 años (en la adolescencia temprana).

2.1.3.1. Complicaciones Prenatales

- Anemia.
- Hipertensión inducida por el embarazo (Preeclampsia).
- Enfermedades de transmisión sexual.
- Parto pretérmino.
- Parto prolongado.

2.1.3.2. Complicaciones intraparto

- Sufrimiento fetal, atonía uterina.
- Desproporción feto-pélvica.
- Mayor proporción de cesáreas (siendo inversamente proporcional a la edad materna).

2.1.3.3. Complicaciones Neonatales.

- Ictericia neonatal.
- Sepsis.
- Malformaciones congénitas (polidactilia, paladar hendido).
- Síndrome de dificultad respiratoria.
- Prematuridad.

En las embarazadas menores de 15 años el embarazo es de alto riesgo obstétrico. Este se relaciona con la pobreza, mala alimentación y mala salud antes del embarazo, aunado a un inadecuado control prenatal, y no directamente con la edad materna.

2.1.3.4. Los peligros maternos

Cada minuto muere en el mundo una mujer a consecuencia de complicaciones en el embarazo, 300 conciben sin haberlo deseado o planeado y 200 adquieren alguna enfermedad transmitida sexualmente. Por esto, uno de los retos de la Organización Panamericana de Salud (OPS) ha sido "procurar una maternidad saludable". La organización está tratando de promocionar esta campaña a nivel de gobiernos, escuelas, educadores, organizaciones de desarrollo, medios de comunicaciones y de individuos.

Según la OMS, la mortalidad materna se define "como la muerte de una mujer durante el embarazo o 42 días después de éste". Cada año alrededor de 585,000 mujeres en el mundo, mueren como consecuencia de complicaciones del embarazo.

En los países en vías de desarrollo mueren 480 madres por cada 100,000 bebés nacidos vivos y en los desarrollados, 27.

Según indica el OPS, las fallecidas pueden ser: una madre adolescente, sola, lejos de la ayuda profesional; una mujer que llegó al hospital con hemorragia y muy tarde para salvar su vida; una mujer que, en su desesperación, recurrió al aborto para terminar con un embarazo no deseado; una mujer con varios hijos que no asistió a la atención prenatal a tiempo para identificar y prevenir complicaciones.

Y según han visto, la mayor proporción de años de vida sanos perdidos por mujeres en edad reproductiva, son atribuibles a problemas relacionados con el embarazo y el parto.

2.1.3.5. Las principales causas de mortalidad materna.

- Hemorragia.
- Hipertensión inducida por la gestación.
- Infección producto de un embarazo.
- Aborto practicado en malas condiciones.
- Dificultades en el parto.

2.1.3.6. Signos de alarma que pueden avisar para buscar ayuda.

Antes de las 20 semanas de gestación: Presión arterial por encima de las cifras habituales; sangramiento vaginal; dolor de cabeza persistente.

Después de las 20 semanas de gestación: Convulsiones; hinchazón de piernas o pies o ambas; sangramiento vaginal; dolor abdominal intenso; dolor de cabeza persistente; infección de las vías urinarias; temperatura elevada; salida de líquidos o ruptura de la fuente. Estos síntomas pueden avisar de diferentes problemas.

2.1.3.7. Alteraciones de la presión arterial en el embarazo.

Durante siglos la presión arterial alta durante el embarazo (pre eclampsia) ha sido una de las causas de muerte de la madre, el feto o el recién nacido. Cuando viene acompañada de convulsiones ya se está en presencia de la eclampsia; en que el feto queda privado de oxígeno y la placenta se puede dañar o se separa.

Normalmente, la presión sanguínea de la mujer baja un poco a mitad del embarazo; en parte, por el aumento del volumen de sangre, y en parte, debido al relajamiento de los vasos sanguíneos. Con la eclampsia, la presión sanguínea no baja en esa época, y por el contrario, aumenta en las últimas semanas.

Las mujeres que corren mayor riesgo de padecerla son: **primerizas menores de 20 años**, o mayores de 35; mujeres que padecen de hipertensión crónica; o que

han padecido de ella en un embarazo anterior que no fuera el primero; con diabetes; o en un embarazo múltiple.

Otra de las complicaciones durante el embarazo es la **diabetes gestacional** (GDM); definida como una intolerancia a la glucosa durante esa etapa. Las madres que la padecen corren un alto riesgo de hipertensión, pre eclampsia, infecciones del tracto urinario, futura diabetes y parto por cesárea.

2.1.3.8. La diabetes puede aparecer durante el embarazo

Cuando una mujer embarazada va a ver a un médico de familia o un obstetra para hacerse sus exámenes, ¿por qué le hacen análisis de glucosa?

¿Porque es muy importante para una mujer y su bebé saber si ella tiene diabetes?. Una mujer que nunca tuvo diabetes puede tener un tipo de diabetes durante su embarazo, una condición que se llama diabetes gestacional. La diabetes gestacional resulta en niveles elevados de azúcar en la sangre, y es muy común. Afecta a un embarazo de cada 15 ó 20 en los Estados Unidos.

Por eso, durante la primera visita a un médico, él debe hacerle preguntas para saber si una mujer tiene el riesgo de tener diabetes gestacional. Si ella es gorda o tiene parientes que tienen diabetes, el médico le hace un examen fácil de sangre para conocer el nivel de azúcar en la sangre. Muchas veces, si no hay señal de diabetes en ese momento, el médico pide el mismo examen otra vez después, entre las 24 y 28 semanas del embarazo, cuando aparecen la mayoría de los casos de la diabetes gestacional.

La salud de la madre con diabetes gestacional generalmente sigue bien durante el embarazo. La diabetes, en cambio, puede afectar al feto de una manera más grave, aunque las madres pueden tener algunos problemas relacionados con la presión arterial.

Básicamente, cuando una madre lleva demasiada azúcar en la sangre, ese azúcar pasa al feto. Algunos de estos fetos crecen muy grandes y gordos, causándole problemas a la madre durante el nacimiento. Los bebés se pueden lastimar, también algunas veces se les rompe la clavícula o se les dañan los nervios durante el nacimiento, o tienen que nacer por medio de una cesárea.

Hay maneras de ajustar el cuidado médico materno para asegurar que sea un embarazo saludable y normal.

Primero que todo, las mujeres tienen que prestar atención a su alimentación. Los médicos pueden ponerlas en régimen para controlar los carbohidratos en la dieta, y disminuir las calorías que consumen para bajar el azúcar en la sangre.

Después de los ajustes de alimentación, las mujeres pueden controlar los niveles de azúcar en su sangre, o pueden visitar a sus médicos regularmente para hacerse los análisis. Un ultrasonido hecho durante la semana 30 de un embarazo puede asegurar que el feto no esté creciendo demasiado.

Si los niveles de azúcar siguen muy altos o si el feto crece demasiado, algunas veces las madres tienen que usar insulina.

Afortunadamente, la diabetes gestacional suele desaparecer después del parto. Pero muchas de estas mujeres están a riesgo de que le vuelva la diabetes permanentemente entre 5 y 16 años después del embarazo. Se recomienda que las mujeres estén atentas a la diabetes, y que hablen con sus médicos sobre maneras de reconocer los síntomas, hacerse análisis regularmente y prevenir la enfermedad.

2.1.3.9. Para una maternidad saludable.

Se recomienda acudir al servicio de salud para la atención prenatal desde el primer signo de embarazo, acudir al centro de salud u hospital más cercano al primer signo de alarma o peligro durante el embarazo, parto o después del parto; mantener buenas medidas de higiene durante y después del parto; tomar suplemento de hierro durante el embarazo; planificar su familia e iniciar un método anticonceptivo seguro, si quiere evitar el embarazo. ⁽⁸⁾

2.1.4. El fin de la adolescencia

El embarazo altera de manera significativa el proceso biológico que prepara el cuerpo para conformar una mujer con la perfección que espera y anhela dentro de su propuesta personal de belleza. De igual manera, interrumpe de forma brusca la preparación destinada a transformar ese cuerpo en el mejor lugar para el advenimiento de un niño. Pese a que sea capaz de concebir, el cuerpo de la adolescente no es aún apto para el embarazo ni para el parto que, con frecuencia, suele tornarse conflictivo.

Pero, sobre todo, estos embarazos y estas maternidades rompen para siempre el proceso de la adolescencia con todo lo que ello significa en la estructuración de la mujer. La mayoría se ve obligada a abandonar los estudios para dedicarse a una maternidad prematura, ordinariamente no deseada. Las relaciones de amistad pierden sus características: no más fiestas, ni paseos, ni todo lo que antes se hacía ente amigos y amigas. Se rompe la coquetería destinada a atraer y conquistar, desaparece el interés por la policromía de la moda y lo que implica en los procesos eróticos. El mundo se achica; se reduce a la necesidad de atender un embarazo inadecuado, inoportuno y casi siempre no deseado.

En todos los estratos sociales, incluso en aquéllos en los que se da una mayor tolerancia, la adolescente embarazada puede recibir maltratos de todo orden, en la

familia, en el colegio y en los círculos sociales. Contra la ley, se la obliga a abandonar el colegio. La familia la encierra en la casa porque teme ser objeto de difamaciones.

Se interrumpe, para siempre, la vivencia de un tiempo único e irrepetible, que no volverá jamás, porque no es posible dar marcha atrás al tiempo. Inclusive cuando una adolescente, luego de dar a luz, se integra al colegio, retoma sus amistades y actividades interrumpidas durante el embarazo, le es prácticamente imposible retomar una adolescencia que ya pasó, aunque ella tenga apenas 16 años. Su vida será de una falsa adolescente empeñada inútilmente en recuperar lo que se perdió en la historia de una maternidad prematura.

La sociedad y la familia vigilan mucho a las mamás y se vuelven exigentes con ellas; llegan, incluso, a extremos de la rigurosidad porque se sienten vigilantes del bienestar de niñas y niños. "Tu vida de adolescente se acabó, dicen, tú quisiste ser mamá, tu elegiste lo que nadie te obligaba, pues bien, sólo te resta preocuparte de tu hijo y olvidarte de diversiones, amistades y compromisos". Todo esto ratifica que nunca más habrá adolescencia. Lo cual hace que la adolescente mamá se transforme en una falsa joven o en un engaño sufriente de adulta.

Y el proyecto de vida se va por los suelos. Por lo menos por un tiempo considerable, quizás algunos años, la muchacha deberá dedicarse al cuidado del hijo. Los estudios, la profesión, todo aquello en lo que se habían puesto tantas ilusiones, se ha destruido. Un proyecto deshecho y las manos vacías, a la espera de que transcurra el tiempo y se presenten otras oportunidades.

La oportunidad de construir una nueva relación amorosa. Los chicos ya no se fijan en una chica que tiene bebé. O inician relaciones sin compromiso alguno, para pasar el tiempo, como dicen. No faltan chicas que, en medio de estos juegos

amorosos y sexuales, quedarán nuevamente embarazadas. Entonces el aborto será la solución que fue rechazada en la primera vez. ⁽⁹⁾

2.1.4.1. Causas del embarazo en la adolescencia

En algunas sociedades, el matrimonio a edades tempranas y el rol de género que tradicionalmente se asigna a la mujer, son factores importantes en las altas tasas de embarazo en la adolescencia. Así, en algunos países de África subsahariana, el embarazo adolescente se celebra porque es la prueba de fertilidad de la mujer joven ⁽¹⁰⁾. En el subcontinente indio, el matrimonio en adolescentes y el embarazo es más común en las comunidades rurales tradicionales, donde es apreciada una numerosa descendencia, en comparación con la tasas de las ciudades. ⁽¹¹⁾

En las sociedades donde el matrimonio con mujeres adolescentes es poco frecuente, la causa fundamental de los embarazos en adolescentes es la práctica de las relaciones sexuales de las jóvenes sin métodos anticonceptivos por lo que éstos embarazos pueden considerarse como embarazos no planificados o embarazos no deseados. ⁽¹²⁾⁽¹³⁾

2.1.4.2. Comportamiento sexual adolescente

Según la información disponible en el Guttmacher Institute, tener prácticas sexuales a los 20 años se considera un hábito normal en todo el mundo. En los países con bajos niveles de embarazo en la adolescencia no se considera adecuada la maternidad prematura pero sí las relaciones sexuales entre los adolescentes por lo que en estas sociedades se proporciona información completa y equilibrada sobre la sexualidad y se facilita la accesibilidad a los métodos anticonceptivos. ⁽¹⁴⁾

Además de la práctica sexual deseada y consentida pero practicada sin métodos anticonceptivos también existen comportamientos sexuales no deseados por los

adolescentes que pueden contribuir a incrementar los embarazos no deseados. Así, un estudio de la Kaiser Family Foundation en adolescentes de EE. UU. concluyó que el 29% de los adolescentes se sintieron presionados a tener relaciones sexuales, el 33% de los adolescentes sexualmente activos creían que mantenían una relación en las que "las cosas se movían demasiado rápido en el aspecto sexual" y el 24% declaraba que había "hecho algo sexual que realmente no quieren hacer".⁽¹⁵⁾

Varias encuestas han indicado que la presión de los compañeros es un factor que alienta, tanto a las adolescentes como a los adolescentes, a tener relaciones sexuales.^(16,17)

Asimismo el consumo de bebidas alcohólicas y otras drogas producen una reducción en la inhibición que también puede estimular la actividad sexual no deseada. Aunque esto fuera así, no se sabe si las drogas mismas influyen directamente en los adolescentes en comportamientos sexuales más arriesgados, o si los adolescentes que habitualmente consumen drogas son más propensos a tener relaciones sexuales. Debe advertirse que la correlación no implica causalidad.

El consumo de drogas y medicamentos que han mostrado evidencias en su vinculación con el embarazo de adolescentes son: alcohol, y anfetaminas. Otras drogas y medicamentos que no tienen correlación o es muy escasa son los opiáceos, como heroína, morfina, y oxicodona, de los que es conocido el efecto directo en la reducción significativa de la libido. Parece que en la adolescencia el consumo de algunas de éstas últimas ha reducido significativamente las tasas de concepción frente a las drogas como el alcohol y la anfetamina. Las anfetaminas son ampliamente prescritas para el tratamiento de TDAH. Los países con las tasas

más altas de prescripción de las anfetaminas a los adolescentes también tienen las tasas más altas de embarazo en la adolescencia. ^(12, 15, 18, 19)

2.1.4.3. Falta de información sobre métodos anticonceptivos.

Los adolescentes pueden carecer de información y conocimientos suficientes sobre los métodos anticonceptivos o también no tener un fácil acceso a su adquisición. También pueden sentirse avergonzados tanto para preguntar como para comprar anticonceptivos. ^(16, 20)

En las adolescentes más del 80% de los embarazos no son deseados.⁽²²⁾ Y más de la mitad de los embarazos no deseados se producen en mujeres que no usan anticonceptivos⁽²¹⁾ y la mayor parte del resto de embarazos no deseados se deben al uso incorrecto de los anticonceptivos.⁽²²⁾ El 23% de las mujeres jóvenes sexualmente activas⁽²³⁾ admitió haber tenido relaciones sexuales sin protección con una pareja que no utilizó un preservativo, mientras que el 70% de las adolescentes⁽²⁴⁾ manifestaron que les daba vergüenza comprar preservativos o cualquier otro anticonceptivo y también solicitar información a un médico.⁽¹⁶⁾

En muchos casos se usan métodos anticonceptivos pero de modo inadecuado. Muchos adolescentes sin experiencia puede usar el condón incorrectamente y las adolescentes se olvidan tomar con cierta frecuencia los anticonceptivos orales. Las tasas de fracaso anticonceptivo son mayores en las adolescentes, especialmente en las pobres, que para las usuarias de más edad. ⁽¹⁸⁾

Los métodos reversibles a largo plazo, tales como el dispositivo intrauterino, el anticonceptivo subdérmico, el parche anticonceptivo o anticonceptivos

inyectables combinados requieren la intervención del usuario con menos frecuencia una vez al mes a cada varios años, y puede prevenir el embarazo con mayor eficacia en mujeres que tienen problemas para seguir las rutinas, incluidas las jóvenes. El uso simultáneo de más de un método anticonceptivo disminuye el riesgo de embarazos no deseados, y si uno de los métodos es de barrera (condón), la transmisión de enfermedades de transmisión sexual también se reduce.⁽²⁵⁾

La aprobación, por las autoridades sanitarias de numerosos países, de anticonceptivos de emergencia (Píldora del día después o píldora del día siguiente, método de Yuzpe) incide de manera específica en la reducción de las tasas de embarazos en adolescentes. Además de la denominada píldora del día después también ha aparecido en el mercado la denominada píldora de los cinco días después ⁽²⁶⁾ (acetato de ulipristal).⁽²⁷⁾ Estas píldoras anticonceptivas de uso de emergencia, que pueden requerir o no receta médica dependiendo de los países, no deben confundirse con la denominada píldora abortiva *RU-486* o mifepristona, para la que se requiere prescripción y receta médica y solamente puede usarse dentro de los 49 días siguientes a la concepción.

Cabe mencionar que los padres no deben temer al hablarles de sexualidad a sus hijos ya que es la mejor manera de prevenirlos y apoyarlos, porque si ellos ya han comenzado una vida sexual con su pareja, a veces en la escuela o medios fuera de casa se altera la información y no hay nada como que alguien cercano a ti y de confianza les hable sobre esto; no solo de los métodos anticonceptivos también de las ETS (Enfermedades de Transmisión Sexual) y todas las desventajas de embarazarse a corta edad.

Cuando un adolescente ya ha comenzado su vida sexual intenta recabar información de todos lados, informarse ya que en muchos casos sus padres no le

han hablado de esto, por este motivo muchos jóvenes están mal informados, y les da pena o miedo preguntarles a los padres. Por esto hay que hacer hincapié hacia los padres para que informen a sus hijos.

2.1.4.4. Diferencia de edades en las relaciones sexuales

Las adolescentes que tienen relaciones con chicos mayores que ellas, y en particular con hombres adultos, tienen más probabilidades de quedarse embarazadas que las adolescentes que tienen relaciones sexuales con chicos de su edad quienes son también más proclives a llevar el embarazo a término en lugar de tener un aborto.

Un estudio de 1992 del estado de Washington de 535 madres adolescentes encontró que el 62 % de las madres habían sufrido abusos o habían sido violadas por hombres de una edad promedio de 27 años. Este estudio encontró que las madres adolescentes habían sufrido abusos incluso antes del inicio de la actividad sexual y habían tenido relaciones sexuales con numerosas parejas de más edad, por lo que habían estado expuestas a más riesgos y de forma más frecuente. ⁽²⁸⁾

2.1.4.5. Abusos sexuales

Diversos estudios han encontrado que entre el 11 y el 20% de los embarazos en adolescentes son un resultado directo de la violación, mientras que un 60 por ciento de las madres adolescentes tenían experiencias sexuales no deseadas anteriores a su embarazo. Antes de los 15 años, la mayoría de las experiencias de la primera relación sexual en mujeres son de carácter no voluntario, el Instituto Guttmacher" encontró que el 60% de las muchachas que tuvieron relaciones

sexuales antes de los 15 años fueron obligadas por hombres que en promedio fueron seis años mayores que ellas. Uno de cada cinco padres de hijos de madres adolescentes admite que ha forzado a las chicas adolescentes a tener relaciones sexuales con ellos. ⁽²⁹⁾

Numerosos estudios en países industrializados indican un fuerte vínculo entre abusos sexuales en la infancia y embarazos en la adolescencia. Hasta el 70% de las mujeres que dieron a luz en su adolescencia sufrieron abusos siendo niñas; por el contrario, solamente el 25 por ciento de las mujeres que no dan a luz sufrieron abusos siendo niñas. ^(39, 31, 32, 33)

En la mayoría de países, las relaciones sexuales entre un menor y un adulto no están toleradas por ley, así un menor de edad se cree que carece de la madurez y la competencia para tomar una decisión informada para tener relaciones sexuales totalmente consentidas con un adulto. En esos países, las relaciones sexuales con un menor de edad se consideran abuso sexual a menores.

Una vez el adolescente ha llegado a la edad de consentimiento sexual, él o ella puede legalmente tener relaciones sexuales con adultos, porque se sostiene que en general, una vez alcanzada la edad de consentimiento sexual se entiende que puede mantener relaciones sexuales con cualquier pareja que como mínimo tiene la edad de consentimiento y voluntariamente. Por tanto, la definición de violación de menores se limita a las relaciones sexuales con una persona con edad inferior a la edad mínima de consentimiento, Lo que constituye violación de menores en última instancia, difiere según la jurisdicción de cada país.

2.1.4.6. Ambiente en la infancia

Las mujeres expuestas al abuso, la violencia doméstica y los conflictos familiares en la infancia tienen más probabilidades de quedar embarazadas en la adolescencia, y el riesgo de quedar embarazada aumenta con el número de experiencias adversas en la infancia.

Según un estudio realizado en 2004, un tercio de los embarazos de adolescentes se podrían evitar mediante la eliminación de la exposición al abuso, la violencia y los conflictos familiares. Los investigadores señalan que "la disfunción familiar tiene consecuencias duraderas y desfavorables para la salud de las mujeres durante la adolescencia, la edad fértil, y más allá."

Diversos estudios también han encontrado que aquellos niños criados en hogares con una madre que había sido maltratada o que había sufrido violencia física directa, era más propensos a dejar embarazada a una chica ⁽³⁴⁾

También se ha indicado que las niñas cuyos padres abandonaron a la familia cuando ellas eran pequeñas tuvieron mayor tasa de actividad sexual temprana y de embarazo adolescente. Las niñas cuyos padres abandonaron a la familia más tarde tuvieron menor tasa de actividad sexual temprana. Las tasas más bajas de actividad sexual y embarazo se encuentran en las niñas cuyos padres estuvieron presentes durante toda su infancia. ^(35,36)

2.1.4.7. Apoyo a la maternidad adolescente

También se debe facilitar un mejor apoyo a las madres adolescentes, incluida la ayuda para poder volver a integrarse en la educación obligatoria, asesoramiento y apoyo psicológico y económico, colaboración con los padres jóvenes, mejor cuidado de los niños y el aumento de viviendas específicas, de protección oficial o subvencionada. ⁽³⁷⁾

2.2.- CATEGORÍAS DE ANÁLISIS TEÓRICO CONCEPTUAL.

2.2.1. Embarazo en adolescentes.

El 40% de mujeres en países en vías de desarrollo tiene un parto antes de cumplir 20 años. Muy pocos de estos embarazos son planeados o deseados por las adolescentes. Muchas de ellas son forzadas por las presiones sociales a tener matrimonios tempranos y embarazos tempranos, o son resultado de adolescentes a las que se les negó libre acceso a anticonceptivos.

El embarazo en adolescentes puede tener consecuencias adversas para la salud tanto de corto plazo como de largo plazo. En el corto plazo el resultado del embarazo será muy probablemente desfavorable. La niña adolescente embarazada es más propensa a sufrir toxemia de embarazo y desproporción céfalo-pélvica cuando los huesos de la pelvis no se han desarrollado completamente y tiene más probabilidades de tener un bebé con bajo peso de nacimiento.

Otro tipo de consecuencias a largo plazo son las fístulas obstétricas, que a consecuencia del trabajo de parto prolongado u obstruido, es un orificio entre la vagina y la vejiga o el recto, lo cual causa que la mujer padezca de incontinencia crónica. Este padecimiento afecta a más de dos millones de niñas y mujeres en todo el mundo y se estima que cada año se agregan entre 50.000 y 100.000 nuevos casos.

Las embarazadas adolescentes tienen mayor posibilidad de tener desnutrición y de dar a luz a hijos con bajo peso, sus cuerpos aún no están del todo desarrollados, por esto sus necesidades de nutrientes son muy altas durante el embarazo. Además tiene mayores posibilidades de morir durante el embarazo o lactancia que las mujeres mayores.

Algunas niñas temen decir que están embarazadas, y por este motivo retrasan los cuidados prenatales. Algunas de ellas son obligadas a dejar la escuela y en algunos casos sus casa, y por esto deben procurarse sustento para ellas mismas, y en algunos casos recurren a la prostitución para conseguir sustento.

Estos peligros se pueden procurar advirtiendo a niñas y adolescentes de los riesgos del embarazo y explicando los distintos métodos anticonceptivos. Además se las debe observar y aconsejar si están embarazadas. ⁽³⁸⁾

2.3.- PLANTEAMIENTO DE HIPÓTESIS.

2.3.1.- Hipótesis general

El control materno-neonatal en forma regular y siguiendo las indicaciones del médico es una forma segura para que la madre llegue con buena salud al término del embarazo y por lo tanto con un buen producto.

2.3.2.- Hipótesis específicas.

- La capacitación a las adolescentes que desconocen la importancia de asistir regularmente a los controles prenatales.
- La concientización en adolescentes de la importancia de cumplir con las recomendaciones de la obstetríz como: cuando o cuantas ecografías se debe realizar para el bienestar tanto de ella como el de su hijo.
- La aplicación de los reposos necesarios durante el tercer trimestre para disminuir infecciones o partos prematuros.

- La educación de la gestante sobre la importancia de la realización de exámenes de laboratorio para prevención y/o tratamientos correspondientes.
- La disminución de recién nacidos con bajo peso, gracias a la buena nutrición recomendada por la obstetriz y correspondientes suplementos vitamínicos que adquiere en los controles prenatales.
- Impulsar a las adolescentes a asistir al control prenatal para la aplicación de la vacuna antitetánica, y así lograr la disminución de muertes neonatales gracias al cumplimiento de estas.

2.4.- OPERACIONALIZACIÓN DE LAS HIPÓTESIS ESPECÍFICAS.

VARIABLE	TIPO	OPERACIONALIZACION	CATEGORÍA O DIMENSIÓN	DEFINICIÓN	INDICADOR
Controles mensuales hasta la fecha del parto	Dependiente	Muestra el curso normal del desarrollo del embarazo, busca el bienestar del recién nacido	-Garantiza el desarrollo óptimo del embarazo	Citas médicas que la embarazada debe cumplir durante toda la gestación	Mínimo 5 controles
			-Detecta enfermedades en las gestantes y en su producto		

VARIABLE	TIPO	OPERACIONALIZACION	CATEGORIA O DIMENSION	DEFINICION	INDICADOR
Realización De ecografías	Independiente	Incrementa el nivel de confianza acerca de la salud del niño	Durante el embarazo se realiza 3 ecografías, al inicio, a la mitad y al final del embarazo	Es una técnica de diagnóstico de imagen que permite ver órganos y estructuras blandas del cuerpo. Es el método más seguro para conocer el estado general del embarazo	1° trimestre 2° trimestre 3° trimestre

VARIABLE	TIPO	OPERACIONALIZACIÓN	CATEGORÍA O DIMENSIÓN	DEFINICIÓN	INDICADOR
Reposo relativo	Dependiente	Procura el bienestar de la gestante y la seguridad del niño	Hace énfasis del reposo a partir del tercer trimestre de embarazo	Es la recomendación que se le da a la paciente acerca de no excederse en sus labores diarias	3° trimestre

VARIABLE	TIPO	OPERACIONALIZACION	CATEGORIA O DIMENSIÓN	DEFINICION	INDICADOR
Pruebas de laboratorio periódicas	Independiente	Determina enfermedades infecto-contagiosas que afectan el desarrollo del niño	Se requiere la realización de los exámenes de diagnóstico a la primera visita con el médico	Son exámenes que se realizan para determinar niveles normales o alterados en sangre y en orina para cubrir las necesidades básicas de la gestante	1° trimestre 2° trimestre 3° trimestre

VARIABLE	TIPO	OPERACIONALIZACION	CATEGORIA O DIMENSION	DEFINICION	INDICADOR
Alimentación y vitaminas	Dependiente	Aumenta las defensas de la gestante y previene estados de anemia y otras alteraciones	Es de consumo constante durante la gestación	son compuestos heterogéneos imprescindibles para la vida, que al ingerirlos de forma equilibrada y en dosis esenciales promueven el correcto funcionamiento fisiológico	-5 veces al día. -Embarazo -Post-parto

VARIABLE	TIPO	OPERACIONALIZACION	CATEGORIA O DIMENSION	DEFINICION	INDICADOR
Aplicación de vacunas	Independiente	Durante el embarazo es indispensable la vacuna antitetánica, también se aplica la vacuna de la influenza	Se debe aplicar las vacunas correspondientes para prevenir a futuro de infección por tétanos al neonato.	Son preparados de antígenos que una vez dentro del organismo provocan la producción de anticuerpos y con ello una respuesta de defensa ante microorganismos patógenos	1° dosis 2° dosis

CAPITULO III

3.-METODOLOGÍA.

3.1.-TIPO DE INVESTIGACIÓN.

El presente estudio se enfocó en la obtención de toda la información necesaria para lograr los objetivos propuestos y resolver las hipótesis planteadas, de manera que el proyecto pueda ser puesto en marcha de la mejor manera.

El trabajo de investigación se inició con la observación directa a las pacientes atendidas en el subcentro, y luego de acuerdo al alto índice de la reincidencia de los casos clínicos se determinaron las mejores medidas de prevención para un embarazo saludable.

La investigación bibliográfica dio información adecuada acerca de la importancia de llevar un control regular durante el tiempo de la gestación.

3.1.1.-Por la participación de los sujetos-causales.

El investigador participó de manera cualitativa y cuantitativa en este proceso investigativo. Se necesitó de gran cantidad de información, pero siempre se seleccionó aquella de gran relevancia para el proyecto. Fue necesaria la recopilación de historias clínicas para determinar cuáles eran los efectos producido en las gestantes debido a los controles irregulares.

3.2.- UNIVERSO Y MUESTRA.

Se conoce que anualmente en el subcentro de salud La Unión recibe y atiende aproximadamente 8000 pacientes en el área de obstetricia de las cuales se ha tomado una muestra de 36 gestantes adolescentes, las cuales serán estudiadas a fin de determinar causas y efectos del control irregular que llevan las gestantes, la misma que ocasionaría problemas como infecciones sobre todo de vías urinarias y anemias, problemas en el peso lo que estaría vigilado si acudieran al control regular; recién nacidos con o sin problemas de acuerdo al debido control; así mismo recaídas en el post parto; si la gestante recibió las vacunas y la falta de estas repercute en el recién nacido y si habría problemas en el parto por la falta de información de la gestante debido a su no asistencia a los controles

3.3.- MÉTODOS Y TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.

Los métodos que se emplearon para realizar la investigación del tema se los diferenció de acuerdo a la información que se deseaba obtener.

3.3.1. Método de Investigación de Acción Participativa (IAP).

Es investigación: se estudió la realidad de las gestantes adolescentes por medio de las historias clínicas.

Es acción: de ésta manera se tratará de cambiar a la comunidad, llevando a la práctica todas las recomendaciones impartidas de las charlas educativas por el equipo médico sobre el tema en cuestión.

Es participativa: en el proceso no solo participan el equipo médico sino también la comunidad en sí, para beneficio de la adolescente embarazada.

Este método de investigación acción participativa en este caso lo quiere es lograr que la comunidad se beneficie de los conocimientos propuestos, y que ésta encuentre sus potenciales para lograr la transformación deseada; para que así las gestantes adolescentes una vez capacitadas tengan un futuro en la sociedad con un nivel de vida de mejor calidad y a la vez la comunidad concientice sobre el embarazo en adolescentes logrando que el núcleo familiar se fortalezca.

En ésta práctica servirá de mucho la experiencia de cada uno de los personajes y nos motivaran a tener sentido de responsabilidad, enriquecimiento personal, nos ayudará a desarrollar capacidades de trabajo en equipo y de organización, con éste hecho serán beneficiados todas las comunidades aledañas ya que contamos con los participantes para que la información se distribuya a todas partes.

En la IAP se sigue por diferentes fases así tenemos:

- **Por la observación participante:** en este aspecto se buscará la manera de que todos los participantes involucrados (médicos y comunidad) tengan el espacio accesible y el tiempo disponible sin afectar sus labores cotidianas.
- **Por la investigación participativa:** en las charlas impartidas se buscará la manera de usar lenguaje cotidiano (pero sin exagerar) para que haya empatía entre el médico y la comunidad, además se pueden usar códigos y símbolos si existieran en la red social de la comunidad.

Todo esto se deberá encaminar a que una comisión que reúna a todas las entidades potencialmente interesadas (médicos y comunidad) en debatir éste proyecto, a que se cumpla el objetivo principal y que esto siga una escala a futuro para que las nuevas generaciones tengan conocimientos científico-prácticos para un mejor nivel de vida social, y que de ésta no solo se quede en conocimientos científicos sino que se lleven a cabo las acciones para transformar la realidad.

3.4.- PROCEDIMIENTO.

Para dar inicio a la investigación se realizara a las personas seleccionadas como muestra del universo total de pacientes del subcentro, la revisión de su historial clínico mediante la investigación participativa. Las pacientes serán clasificadas por el tipo de control llevado durante su embarazo.

Una vez obtenida las estadísticas correspondientes se realizará la tabulación e interpretación de los mismos, para evidenciar las hipótesis formuladas

CAPÍTULO IV

4.-ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS.

Una vez analizadas las historias clínicas de la muestra de 36 pacientes, se procedió a ingresar la información obtenida a una base de datos de Excel, de tal manera que se pueda tabular y graficar los resultados para ser estudiados de la mejor manera.

En los controles que se les realizó a las gestantes se trató de concientizar en ellas la fundamental importancia de asistir puntualmente a cada control prenatal y de cumplir con las recomendaciones dadas por el médico u obstetríz, tomando en cuenta que su edad oscila entre los 14-19 años.

Con los datos ingresados se procedió a analizar la información de la siguiente manera:

1.-Comparación en la asistencia entre gestantes que llevan un control regular y control irregular.

2.-. Nacimientos en buen estado de salud o con alguna anomalía provenientes de madres adolescentes.

3.-Rango de edades de 14-19 años que acuden al control regular e irregular.

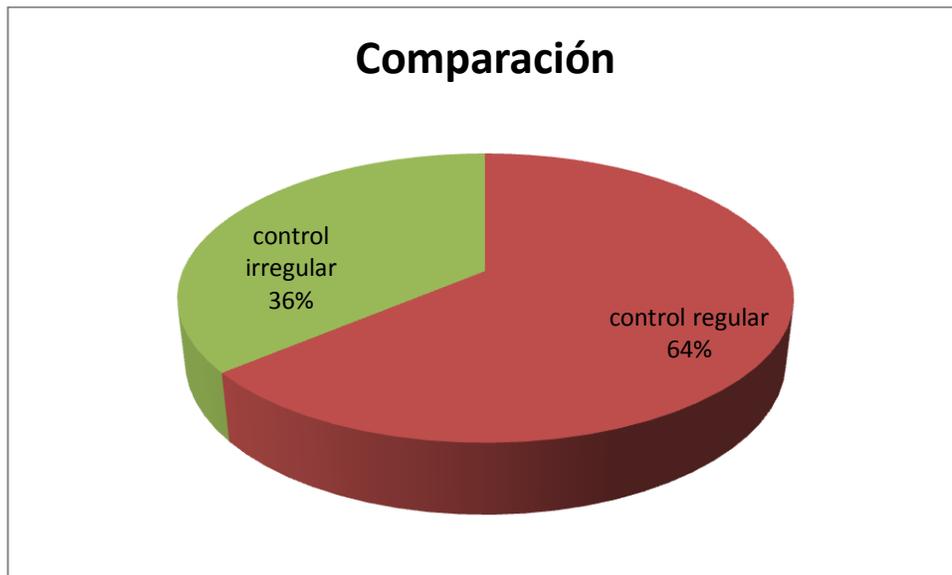
4.-Patología más común en gestantes que llevan sus respectivos controles y las que no lo llevan.

5.-Comparación de otras patologías adquiridas en el embarazo o que ya existían entre los dos grupos de embarazadas.

4.1.-TABULACIÓN E INTERPRETACIÓN DE DATOS.

Cuadro # 1.- Comparación entre gestantes que acuden regularmente al control prenatal y el grupo que no asiste en forma regular.

	Control regular	Control irregular	Total
Pacientes	23	13	36

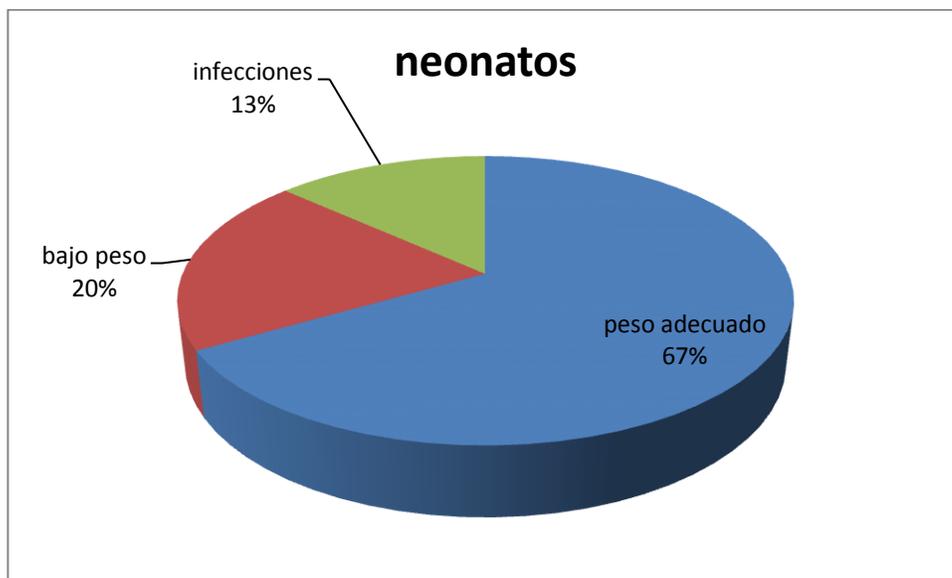


En el gráfico se puede apreciar que del total de la muestra tomada a las gestantes adolescentes que asisten al control prenatal en el subcentro de La Unión del cantón Babahoyo, el 36% no lo hacen regularmente, lo cual podría traer complicaciones en lo posterior, y el 64% son gestantes que asisten regularmente al control prenatal.

Estos datos nos permiten comparar los resultados obtenidos con cada una de las realidades con respecto a la salud de las gestantes del muestreo.

Cuadro # 2 Nacimientos de niños en buen estado de salud o con alguna anomalía.

	Neonatos
Peso adecuado	10
Bajo peso	3
Infecciones	2
Total	15

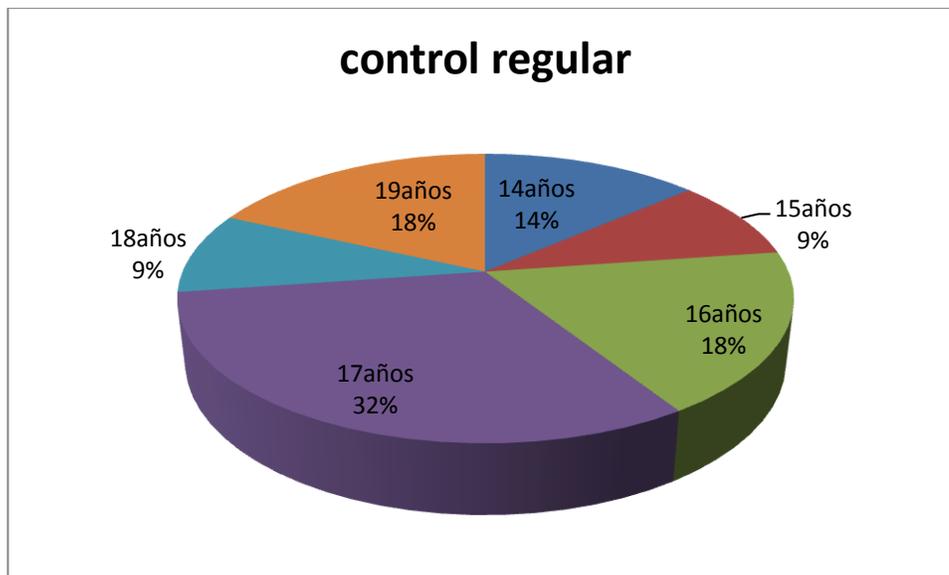


De la muestra en estudio de los neonatos, cabe mencionar que del total de niños atendidos en su primer control 15 fueron de adolescentes, de aquello el 67% nacieron en condiciones favorables, un 13% con infecciones, y 20% con bajo peso lo que nos demuestra que las madres no estaban acudiendo adecuadamente a los controles o siguiendo con las indicaciones de la obstetriz.

Cuadro # 3. Rango de edades de 14-19 años que acuden al control regular e irregular.

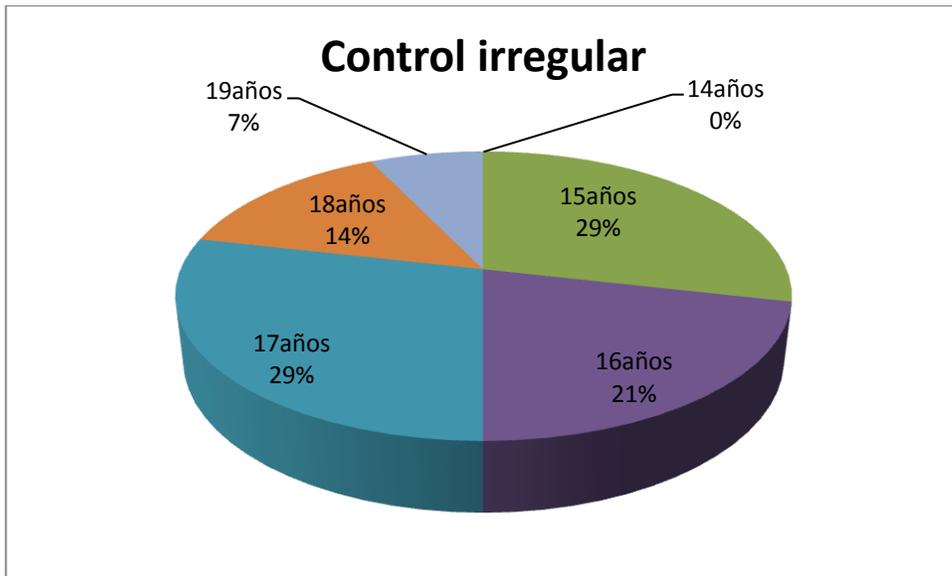
Edad	Control regular	Control irregular	Total
14 años	3	0	3
15 años	2	4	6
16 años	4	3	7
17 años	7	4	11
18 años	2	2	4
19 años	4	1	5
Total			36

Gráfico #3.1



La mayoría de las adolescentes que acude regularmente son las embarazadas de 17 años con un 32%.

Gráfico # 3.2

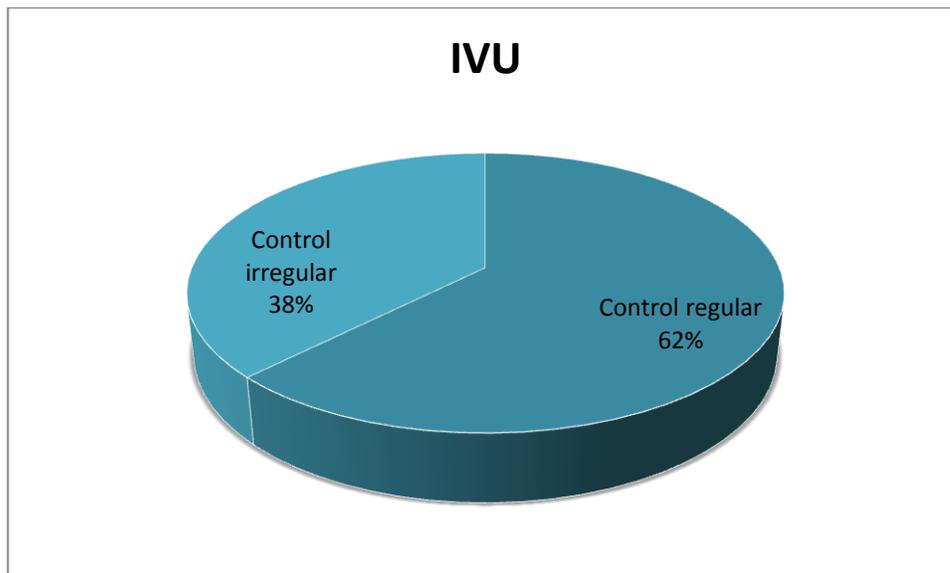


Las pacientes de la edades entre 15 a 17 son las que mayormente no acuden a sus respectivos controles, así podemos observar que hay un porcentaje 29% en las edades 15 y 17 años.

Cuadro # 4. Patología más común (infección de vías urinarias)

	Control regular	Control irregular
Infección de vías urinarias	10	6

Gráfico # 4

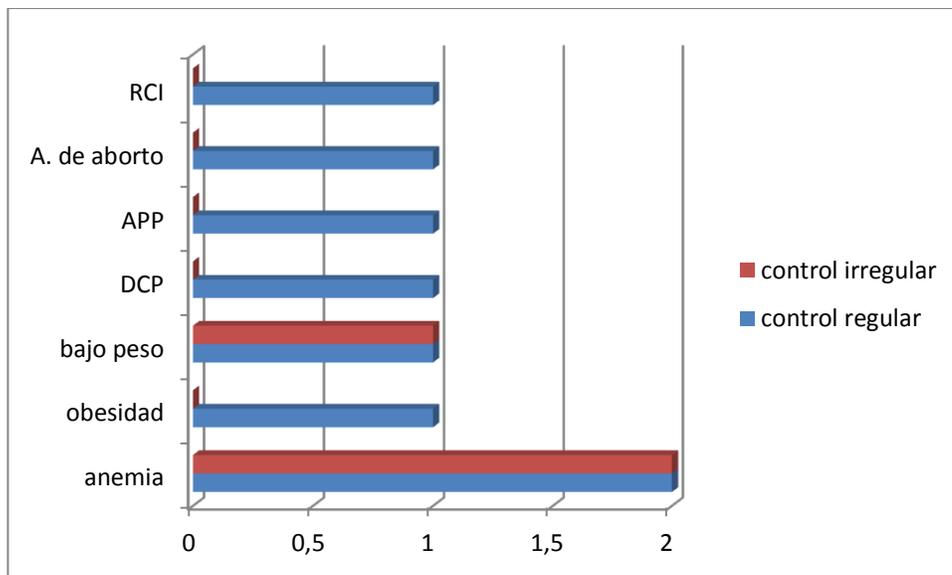


Como se puede observar las pacientes que un control regular padecen mayor porcentaje de infección de vías urinarias con 62%, estamos ante la realidad de que las adolescentes no siguen las indicaciones de la obstetriz.

Del total de pacientes que son 36, el 44% (16 pactes) padecen de infección de vías urinarias.

Cuadro # 5. Comparación de otras patologías menos frecuentes.

Patologías	Control regular	Control irregular	Total
Anemia	2	2	4
Obesidad	1	-	1
Bajo peso	1	1	2
DCP	1	-	1
APP	1	-	1
A. de aborto	1	-	1



En estas barras observamos las diferencias y semejanzas de las diferentes patologías menos frecuentes entre las pacientes de control regular e irregular. Del total el 17% padecen anemias.

4.2 COMPROBACIÓN Y DISCUSIÓN DE HIPÓTESIS.

Luego de haber analizado la muestra de pacientes en estudio es posible hacer la comprobación de las hipótesis planteadas al inicio.

La hipótesis general planteada indicaba que las madres que llevaban un control irregular de su gestación estaban más propensas a contraer enfermedades y a traer al mundo criaturas con enfermedades de bajo riesgo pero que afectan de alguna manera su estado de salud.

Se ha podido comprobar notablemente que la mayoría de los casos de gestantes primigestas con un control adecuado tiene un índice menor de sufrir recaídas durante y después del embarazo en cuanto se refiere al buen estado de salud tanto de ella como del niño.

Las hipótesis específicas planteadas fueron comprobadas gracias a la realización de los estudios a la muestra de pacientes, entre el análisis realizado se pudo confirmar que:

- El control materno-neonatal es un método eficaz para prevenir enfermedades tanto en madres como en niños. Se evidenció que madres a pesar que llevan un control regular no cumplen con el tratamiento recomendado para hacer posible disminuir el número de anomalías durante todo su embarazo y post-parto.
- La concientización de traer niños sanos al mundo manteniendo de forma constante sus visitas al médico, aplicación de vacunas, alimentación adecuada, entre otras. La

omisión de estos puntos es muy grave ya que en ellas se reflejaría molestias que perjudicaría también la salud del niño.

- La manera más específica para madres primigestas de comprobar problemas en su embarazo es mediante su respectivo control prenatal, el cual permite garantizar el desarrollo normal de su producto y establecer los tratamientos adecuados para cada caso, siempre que las pacientes cumplan con el régimen de tratamiento recomendado.

4.3.-CONCLUSIONES.

- Durante el desarrollo de la presente investigación, se pudo evidenciar que hoy en día existe una alta tasa de embarazo en adolescentes, frente a este hecho es importante hacer hincapié en lo significativo que es llevar un control adecuado durante el embarazo, las adolescentes actualmente están conscientes de llevar el control regular pero un grupo significativo no lo hace, muchas por desconocimiento de la importancia de dicho control otras por descuido por parte de ellas mismas ya que a su edad no le dan la importancia necesaria.
- Los estudios pudieron evidenciar que un grupo estimado de adolescentes embarazadas no se realizan los controles correspondientes, pero esta variable cambiaría haciendo encuestas en la población de la parroquia para determinar las causas de la ausencia de las adolescentes al control prenatal.
- En la diferencia de porcentajes de los resultados obtenidos de las gestantes pudimos comprobar que a pesar, que las adolescentes asisten a sus controles regulares persisten las molestias, quiere decir que las ellas hacen caso omiso a la prescripción del médico haciendo más grave la enfermedad y a la vez más resistentes a los medicamentos.

- Podemos concluir que haciendo énfasis e impartiendo charlas en instituciones educativas a las adolescentes sobre la importancia de llevar un control regular y siguiendo las indicaciones del médico se tendrá un embarazo más feliz y saludable tanto para ella como para su entorno familiar.

4.3.1-RECOMENDACIONES.

Es importante, para precautelar la salud de las pacientes, que ellas sigan las siguientes recomendaciones:

- El equipo médico debe realizar charlas en los subcentros para que, no solamente las adolescentes embarazadas sino que también muchas personas se beneficien de los conocimientos que estos expongan como la importancia de llevar un control regular, seguir con las indicaciones del médico, dar apoyo a las adolescentes, entre otros temas de vital importancia.
- Se debe organizar grupos de personal médico para realizar las respectivas investigaciones mediante encuestas en cada sector de la parroquia, estableciendo así respuestas concretas y orientando a cada familia sobre la importancia de asistir a los controles prenatales frecuentes.
- El médico u obstetríz debe buscar una manera sutil pero a la vez enérgica para que las pacientes entiendan que si ellas no terminan con un tratamiento completo harán que la

enfermedad avance, se agrave y aquello perjudicaría no solo su salud sino que repercute en su bebe.

- El equipo de salud debe asistir a las instituciones educativas y ofrecer la ayuda necesaria a las adolescentes embarazadas, así también a los padres de familia para que les den el apoyo moral, espiritual, económico, social y psicológico; y que el núcleo familiar crea en la gestante un ambiente mucho mejor para su estado emocional y su embarazo se desarrolle en la mejor manera posible.

CAPÍTULO V.

5.- PROPUESTA ALTERNATIVA.

“CAMPAÑA DE CONCIENTIZACIÓN EN COLEGIOS Y SECTORES ALEDAÑOS DEL SUBCENTRO DE SALUD LA UNION SOBRE LA IMPORTANCIA DEL CONTROL MATERNO-NEONATAL EN ADOLESCENTES PRIMIGESTAS”.

5.1.- PRESENTACIÓN.

Se desarrolla la presente propuesta con el fin de socializar con las pacientes actuales, potenciales, médicos, y público en general, la necesidad de evocar la importancia del control materno-neonatal para lograr un óptimo desarrollo de madres primigestas.

Concientizar de que el embarazo es una etapa de mucha importancia no solo para la madre sino para el núcleo familiar, se requiere de un continuo monitoreo de la evolución del producto utilizando como si los siguientes métodos:

-Vacunación.

- Alimentación adecuada.
- Ecografías.
- Indicaciones de tratamientos.
- Análisis de laboratorio.
- Reposos recomendados.

El estudio demostró que con el debido control se pueden detectar anomalías y darles el respectivo tratamiento para que la gestante lleve a término su embarazo en las mejores condiciones posibles.

Con estos resultados, y conociendo de la alta aceptación que ha tenido este estudio en las pacientes ya sea para beneficio tanto para la madre como para el niño, se dio a conocer a las gestantes las ventajas y desventajas de llevar un control regular, y las formas más convenientes para el cuidado del embarazo, que garantice el alumbramiento de un niño saludable.

El diseño y ejecución de una campaña de socialización y concientización a la gestante primigesta sobre una dieta adecuada, aplicación de vacuna, consejería para el alumbramiento, prevención de infecciones y los tratamientos adecuados, visitas al médico, entre otros temas. Todos estos aspectos mejoraran en un 100% la calidad de vida de las madres y sus recién nacidos.

La presente propuesta establece los objetivos perseguidos, los aspectos operativos de la misma, los recursos necesarios para su perfecto desarrollo y el cronograma a cumplir.

Se espera que con esta propuesta que, en primera instancia, las adolescentes primigestas de la Parroquia La Unión tengan un conocimiento mucho más ampliado de cómo llevar un embarazo saludable, para luego en segunda instancia poder socializar el estudio en el resto de la provincia.

5.2.- OBJETIVOS.

5.2.1.- Objetivo general.

Concientizar a las adolescentes primigestas mediante la ejecución de charlas de capacitación en colegios y sectores aledaños, sobre la manera más adecuada de llevar sus controles materno-neonatales.

5.2.2.- Objetivo específico.

- Impartir una charla de concientización que motive a las adolescentes primigestas para que asistan adecuadamente al control regular.
- Capacitar a las adolescentes primigestas sobre los cuidados frente a las infecciones que se puedan presentar en el transcurso de su embarazo para poder tener la confiabilidad de que obtendrá un buen producto.
- Motivar a la gestante a seguir adecuadamente al control así como también a tomar las vitaminas, la administración de vacunas, y cuidados sugeridos para evitar y controlar problemas relacionados con el crecimiento del niño.
- Preparar a las adolescentes gestantes para la oportuna y adecuada lactancia materna, dándoles a conocer sobre la importancia de la lactancia exclusiva, los beneficios para el crecimiento y desarrollo del bebe.

5.3.- CONTENIDOS.

5.3.1. Campaña de concientización.

La campaña de concientización consistirá en acudir a los colegios y sectores aledaños de la Parroquia La Unión, es decir en aquellos sitios donde haya mucha concurrencia.

Se deberá contar con personal altamente capacitado en el tema, con conocimientos acerca de infecciones más frecuentes en el embarazo, partos prematuros, anemias entre otras causas y tratamientos, controles médicos entre otros.

Una vez en el sitio seleccionado, los profesionales captarán atención del público ofreciendo consultas gratuitas, lo cual les demostrará a aquellas adolescentes primigestas la diferencia entre llevar un control regular y no llevarlo, los peligros que ocasionarían la falta de atención médica y el estado de salud con que vendría el producto.

Al final se compartirá información sobre nutrición, tratamientos, y demás actividades necesarias para mantener una salud estable y que en aquellas adolescentes primigestas que sienten alguna molestia durante su embarazo puedan controlarla.

5.3.2. Infección de vías urinarias.

La mayoría de las personas utilizan la frase infección de las vías urinarias o infección urinaria para referirse a una infección en la vejiga y a sus síntomas típicos, como la necesidad de orinar frecuentemente y quemazón al orinar. Esta condición, que también se conoce como cistitis, es bastante común entre mujeres sexualmente

activas que tienen entre 20 y 50 años. Pero no incluye todas las formas de una infección de las vías urinarias.

De hecho, puedes tener una infección en cualquier parte de las vías urinarias, las cuales comienzan en los riñones, donde se produce la orina. Continúan a través de unos conductos denominados uréteres hasta la vejiga, en donde la orina se acumula hasta que te encuentras lista para orinar. Y finalizan en la uretra, un conducto corto que transporta la orina fuera del cuerpo. Se produce infección cuando las bacterias de tu piel, vagina o recto entran en tu uretra y se desplazan hacia arriba.

Pero las bacterias también pueden desplazarse desde tu vejiga, a través de los uréteres, hasta uno de tus riñones o los dos, causando una infección allí. Una infección en los riñones, también llamada pielonefritis, es la complicación médica grave más común durante el embarazo. Esta infección puede extenderse a tu corriente sanguínea y poner tu vida en peligro.

Una infección en los riñones también puede tener consecuencias graves para tu bebé. Aumenta el riesgo de que tengas un parto prematuro o un bebé que nazca con bajo peso, y se ha asociado con un mayor riesgo de muerte fetal o muerte al nacimiento.

También puedes tener bacterias en tus vías urinarias y no presentar ningún síntoma. Esto se conoce como "bacteriuria asintomática". Cuando no estás embarazada, esta condición generalmente no causa problemas y a menudo desaparece por sí sola.

Durante el embarazo, sin embargo, si no se trata la bacteriuria asintomática puede aumentar tu riesgo de desarrollar infección en los riñones. También se asocia con parto prematuro y bajo peso al nacer. Ésta es una de las razones por las que siempre que vas a tu visita prenatal te hacen un análisis de orina.

5.3.2.1. ¿Soy más propensa a la infección de las vías urinarias durante el embarazo?

No está del todo claro que el embarazo aumente el riesgo de que contraiga una cistitis, y existen estudios que indican que el embarazo no la hace más propensa a tener bacteriuria asintomática. Sin embargo, el embarazo sí que aumenta el riesgo de desarrollar una infección en los riñones.

Ésta es la razón: Durante el embarazo, el alto nivel de la hormona progesterona relaja el tono muscular de los uréteres, y esto los dilata y hace más lento el flujo de la orina. Además el útero, que cada vez está más grande, puede comprimir los uréteres lo cual dificulta el paso de la orina.

La vejiga también pierde tono muscular durante el embarazo. Resulta más difícil vaciarla por completo cuando orinas y se vuelve más propensa al reflujo, una condición en la que parte de la orina vuelve a subir por los uréteres hacia los riñones.

El resultado de todos estos cambios es que la orina tarda más tiempo en atravesar las vías urinarias, y esto da más oportunidad a que las bacterias se multipliquen y también facilita la ascensión de la orina hacia los riñones. Además, durante el embarazo la orina es menos ácida y es más propensa a contener glucosa, y ambas cosas aumentan el potencial de crecimiento de las bacterias.

5.3.2.2 Cistitis o infección en la vejiga.

Si contrae una infección en la vejiga (cistitis) durante el embarazo te tratará con antibióticos. Los antibióticos probablemente le aliviarán los síntomas con rapidez, pero es fundamental que termines el tratamiento para poder eliminar todas las bacterias que se encuentran en las vías urinarias.

Después del tratamiento, le realizarán un nuevo análisis para que no queden dudas de que la infección ha desaparecido. Luego te deberían hacer pruebas a intervalos regulares durante todo el embarazo para asegurarse de que no te has infectado nuevamente. Si las infecciones en la vejiga siguen recurriendo, puede que necesites recibir una dosis baja de antibióticos diariamente, como medida de prevención.

Síntomas:

Los síntomas de una infección en la vejiga o cistitis varían en cada mujer. Los más comunes incluyen:

- Malestar general: cefalea, náuseas, vómito.
- Febrícula o fiebre baja 38°C.
- Dolor, incomodidad o ardor al orinar y posiblemente durante las relaciones sexuales.
- Molestia pélvica o dolor en la parte inferior del vientre (generalmente justo arriba del pubis).
- Necesidad frecuente o incontrolable de orinar, incluso cuando hay muy poca orina en la vejiga.

También puedes notar que la orina huele mal o está turbia. Y quizás note que tiene sangre. Puede tener unas décimas de fiebre, pero lo más común es que la temperatura siga siendo normal.

Dado que la necesidad frecuente de orinar es común durante el embarazo, puede resultar difícil saber con certeza si tienes cistitis, especialmente si los síntomas son leves. Si se piensa que puede tener una infección, debe acudir al subcentro más cercano en donde la obstetriz le mandara hacer los respectivos exámenes de laboratorio y así obtener un diagnóstico definitivo.

5.3.2.3 Infección renal o pielonefritis.

Si padece de una infección en los riñones durante el embarazo, se ingresará a la paciente en el hospital y se le administrarán antibióticos por vía intravenosa. Se controlará la temperatura, tu presión arterial, pulso, respiración y capacidad de orinar; el latido del corazón de tu bebé; y si presenta alguna señal de parto prematuro.

El tiempo de hospitalización debido a una infección en los riñones, varía y dependerá de cada caso en particular. Si tras la evaluación inicial, durante las primeras 12 a 24 horas, se determina que el caso no es grave y está respondiendo adecuadamente al tratamiento y además no hay señales de un parto prematuro, el doctor posiblemente decida dar de alta. El resto del tratamiento, probablemente consistirá en antibióticos orales.

Se puede administrar cefalexina 500 mg VO cada 6 horas, paracetamol 500mg VO cada 6 horas, vitamina C, abundante líquidos, reposo relativo.

Sin embargo, si la infección es grave necesitará permanecer en el hospital para el respectivo tratamiento y mantener a la gestante en observación. No se dejará salir del hospital hasta 24 a 48 horas después de que la temperatura vuelva a su nivel normal y no presente síntomas.

Una vez haya completado el tratamiento, le recetarán una dosis baja y continua de antibióticos durante el resto del embarazo para prevenir otra infección. Sin esta terapia diaria supresiva, corre un alto riesgo de contraer otra infección en los riñones.

Síntomas:

Si muestra señales de una posible infección en los riñones, debes buscar atención médica inmediatamente. Los síntomas a menudo se presentan de forma repentina e incluyen:

- Fiebre alta (a menudo con temblores, escalofríos o sudores).
- Dolor en la parte baja de la espalda o en el costado bajo tus costillas, en uno o ambos lados, o posiblemente en el abdomen.
- Náuseas y vómitos.

También puedes notar sangre o pus en la orina y los síntomas de la cistitis.

5.3.2.4. Como evitar contraer una infección de las vías urinarias

Seguir estos pasos para reducir la probabilidad de contraer una infección de las vías urinarias:

- Beber mucha agua, por lo menos ocho vasos grandes de agua (aproximadamente de 8 onzas o 250 mililitros) diariamente.
- No ignorar las ganas de orinar. Y vaciar completamente la vejiga al orinar.
- Después de defecar, limpiarse de adelante hacia atrás para evitar que las bacterias de las heces se acerquen a la uretra.
- Mantener el área genital limpia con jabón suave y agua.
- Antes y después de mantener relaciones sexuales, limpiar el área genital.

- Beber jugo de arándano. Hay estudios que demuestran que el jugo de arándano puede reducir los niveles de bacteria y evitar que se introduzcan nuevas bacterias en las vías urinarias. Sin embargo, beber este jugo no curará una infección ya existente, de modo que si tienes síntomas, no dejes de consultar con tu médico de inmediato para que te recete antibióticos.
- Evitar los productos de higiene femenina (en aerosol o en polvo) y los jabones fuertes que puedan irritar la uretra y los genitales y convertirlos en un caldo de cultivo para las bacterias. Y no te des duchas vaginales durante el embarazo. ⁽³⁹⁾

5.3.3. Nutrientes esenciales en el embarazo.

Durante el embarazo existe un incremento de las necesidades de casi todos los nutrientes respecto a una mujer de la misma edad, en una proporción variable que fluctúa entre 0 y 50%. Si bien todos los nutrientes son fundamentales para la mujer embarazada, existen algunos que por su función en el adecuado crecimiento y desarrollo del niño, deben tener un cuidado especial, entre ellos:

5.3.3.1. Calcio.

En las mujeres embarazadas y madres lactantes se recomienda una ingesta de calcio de 1200 mg/día. En las adolescentes embarazadas en etapa de crecimiento, se recomienda una ingesta de 1300 mg de calcio, Su ingesta se puede cubrir con cuatro raciones diarias de lácteos (leche, yogurt, queso o cuajada). Esta cantidad provee suficiente calcio, para lograr un desarrollo fetal normal, sin tener que utilizar las reservas óseas maternas.

Otras fuentes de calcio son los cereales integrales, leguminosas y vegetales verdes. Las embarazadas deben evitar el consumo de café, tabaco y alcohol, que interfieren el Metabolismo del calcio.

Algunos estudios muestran una respuesta inversa entre el consumo de calcio y la presión arterial durante el embarazo, sin embargo, los estudios clínicos no aportan evidencias ciertas, que un mayor consumo de calcio prevenga el desarrollo de Hipertensión o Preeclampsia.

5.3.3.2. Hierro.

Los requerimientos de hierro, durante el primer trimestre del embarazo, son menores debido al cese de la menstruación. Alrededor de la semana 16 de gestación el volumen sanguíneo materno y la masa de glóbulos rojos se expanden, por esta razón, los requerimientos aumentan notablemente. La expansión del volumen sanguíneo ocurre en todas las mujeres embarazadas sanas que tienen depósitos de hierro suficientes o que son suplementadas con hierro.

En la adolescente, las necesidades de hierro son altas, debido al crecimiento de su masa muscular y del volumen sanguíneo. De hecho, la recomendación de un suplemento diario de hierro es necesaria, tanto para la mujer adulta embarazada como para la adolescente.

En las mujeres que inician la gestación con sus depósitos vacíos, esta recuperación no existirá, pero la situación se torna más grave, cuando inicia el embarazo anémica y no recibe suplementación.

En promedio, durante el segundo y tercer trimestres son necesarios cerca de 5,6

mg de hierro por día, es decir 4 veces más que en mujeres no embarazadas. Aun cuando, se tome en cuenta, el marcado aumento en la absorción de hierro durante la gestación, es imposible para la madre cubrir sus altos requerimientos con la dieta. La etapa del embarazo es un período tan especial en la vida de una mujer y su alimentación es de suma importancia, más aún si se trata de una adolescente.

La anemia por deficiencia de hierro puede tener efectos nocivos sobre la madre y su hijo/a: la mortalidad materna se incrementa en embarazadas severamente anémicas y las pérdidas de sangre del parto y la anemia incrementan los porcentajes de recién nacidos con bajo peso y prematuros.

Para prevenir la anemia y mantener los depósitos de hierro en la mujer en forma efectiva, se recomiendan las siguientes medidas que pueden ayudar:

1. **Aporte de hierro dietario:** Consumir alimentos fuentes del mineral, que incluya alimentos facilitadores (Alimentos fuentes de vitamina C y A) y evitar el consumo de alimentos inhibidores de la absorción (Café, té, bebidas carbonatadas).
2. **Alimentos fortificados:** Como la harina de maíz precocida y otros, junto con el consumo de alimentos fortificados especiales para embarazadas.
3. **Suplementación:** En las embarazadas, la norma recomienda para prevenir la deficiencia de hierro, sulfato ferroso a una dosis de 60 mg por día dos veces por semana desde el inicio del embarazo. Para el tratamiento de la anemia se recomienda 60 mg de sulfato ferroso diario, desde el momento que se diagnostique la madre anémica y hasta seis meses después del parto, para asegurar que los depósitos de hierro alcancen un nivel adecuado.

5.3.3.3. Ácido fólico.

Múltiples estudios han demostrado que el consumo de ácido fólico en cantidades adecuadas durante el periodo periconcepcional, desde dos meses antes del embarazo y hasta los primeros dos meses de gestación, disminuye en más de 70% el riesgo de tener un hijo con un Defecto del Tubo Neural (DTN) y de otras malformaciones congénitas, como fisuras labiopalatinas, malformaciones del tracto genitourinario y defectos cardíacos.

Durante el desarrollo del sistema nervioso central, la formación y cierre del tubo neural ocurre entre los días 15 y 28 después de la concepción. Esto indica que el tubo neural se ha formado, cuando apenas, la mujer está sospechando su embarazo. Por lo tanto, cualquier medida preventiva se debe aplicar antes de la concepción.

En nuestro país, nacen cada año aproximadamente 900 niños con lesiones del tubo neural y esta malformación, representa la primera causa de mortalidad infantil por defecto congénito.

Las principales fuentes alimentarias de ácido fólico son las vísceras sobretodo hígado y riñón, carne de res o de ternera, huevos, vegetales, en especial los de hojas verdes (brócoli, espinaca, berros, vainitas, etcétera), leguminosas, cereales integrales, nueces y productos de trigo entero. El organismo aprovecha 50% del ácido fólico de los alimentos, en consecuencia, sólo la mitad del folato en forma natural alcanza los tejidos. Por esta razón, es muy difícil cubrir el requerimiento solamente con la alimentación. Se recomienda en las mujeres embarazadas la suplementación de 5mg diarios de ácido fólico y a todas las mujeres que piensan embarazarse en los próximos de 3 a 6 meses.

5.3.4 Vitaminas.

Las necesidades de ciertas vitaminas, como las vitaminas A y C, también se incrementan. Por esta razón, es importante aumentar el consumo de frutas enteras, vegetales crudos verdes, lácteos y consumir al menos dos veces por semana pescados, para tener una alimentación rica en estos nutrientes.

5.3.5 Ácidos grasos esenciales.

Durante el embarazo es importante mantener una ingesta adecuada de ácidos grasos esenciales como el ácido linoleico y linolénico, nutrientes que dan origen a importantes componentes de las membranas celulares y reguladores de la función cardiovascular y del tejido nervioso central fetal.

La FAO y OMS recomienda aumentar la ingesta de ácido linolénico en la alimentación de la mujeres embarazadas, mediante aceites vegetales ricos en soya, mayor consumo de pescado y de productos marinos y de alimentos enriquecidos con estos ácidos grasos.

Toda mujer embarazada necesita de una buena alimentación, ya que sus requerimientos nutricionales aumentan, para satisfacer las demandas del crecimiento y desarrollo del nuevo ser y para producir en cantidad suficiente la leche para alimentarlo. Si se trata de una adolescente, a lo anterior hay que añadir, la energía que ella necesita, para mantener su propio crecimiento y desarrollo. El aumento del requerimiento de algunos nutrientes como el hierro y el ácido fólico, que no se cubren con la alimentación y que es necesario suplementarlo.⁽⁴⁰⁾

5.3.6. Vacunación.

La vacuna de rutina en la mujer embarazada es la antitetánica. Se aplican dos dosis: la primera entre la semana 20 y la 24; y la segunda, cuatro semanas después de la primera. Este esquema puede modificarse sobre la base del antecedente de vacunación de la futura mamá.

El tétanos es una enfermedad infecciosa producida por una bacteria que infecta las heridas y produce una toxina (tetánica) que es mortal. La vacuna estimula la producción de anticuerpos en la sangre materna y protege al bebé del tétanos neonatal, forma muy grave de esta enfermedad, que generalmente es fatal.

Actualmente, debido a un rebrote de tos convulsa, el Ministerio de Salud recomendó que las embarazadas reciban de forma gratuita a partir de la semana 20 de gestación, una dosis de la **vacuna triple bacteriana acelular** que protege contra la difteria, el tétanos y la tos convulsa. Deben vacunarse las mujeres embarazadas que nunca recibieron la triple bacteriana, independientemente del estado de vacunación antitetánica previa.

Si se le indicó a la embarazada una dosis de refuerzo de la doble bacteriana (DT: difteria y tétanos) -esto sucede en casos en los que por ejemplo transcurrieron más de 10 años desde la última dosis la triple bacteriana se aplicará, a partir de la vigésima semana de gestación, en reemplazo de la DT. Y si la embarazada ya recibió alguna dosis de la vacuna doble bacteriana DT, debe pasar un intervalo mínimo de cuatro semanas para que pueda recibir la triple bacteriana (siempre teniendo en cuenta que debe recibirla luego de la semana 20 de embarazo).

Además, en el embarazo se pueden aplicar vacunas que contienen virus inactivos como la hepatitis A o B, pero siempre hay que consultarlo con el obstetra.

Por otro lado, a partir de su incorporación en el [Calendario Nacional](#), las embarazadas deben recibir una dosis de la vacuna antigripal, en cualquier etapa de gestación, que protege contra la [gripe A H1N1](#) y contra otras dos cepas de la gripe (A H3N2 y B).

En cambio, no se pueden aplicar durante el embarazo aquellas vacunas que contienen virus vivo atenuado como la Sabin, triple viral y anti-varicela. ⁽⁴¹⁾

5.3.7. Lactancia materna.

5.3.7.1 Beneficios para su bebé.

La leche materna es la mejor fuente de nutrición durante los primeros 6 meses de vida.

- Contiene cantidades apropiadas de carbohidratos, proteínas y grasa.
- Suministra las proteínas (enzimas) digestivas, los minerales, las vitaminas y las hormonas que los bebés necesitan.
- Tiene [anticuerpos](#) de la madre que pueden ayudar al bebé a combatir infecciones.
-

Los bebés amamantados pueden ser menos propensos a tener:

- Alergias
- Infecciones de oído
- Gases, estreñimiento y diarrea
- Enfermedades de la piel (eccema)
- Infecciones estomacales o intestinales
- Sibilancias
- Enfermedades respiratorias como neumonía y bronquiolitis

Los bebés amamantados pueden presentar menos riesgo de padecer:

- Diabetes
- Obesidad o problemas de peso
- Síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL)
- Caries dental

5.3.7.2. Beneficios para la madre.

Las madres que amamantan a sus bebés también disfrutan de algunos beneficios y recompensas:

- Un vínculo único entre madre e hijo
- Pérdida de peso más fácilmente
- Menos probabilidad de tener períodos menstruales en tanto esté amamantando
- Riesgo más bajo de cáncer de mama y ciertos cánceres ováricos
- Posible riesgo más bajo de osteoporosis
- Riesgo más bajo de cardiopatía y obesidad

La lactancia materna puede ahorrar tiempo y dinero, incluyendo:

- Costo más bajo en la alimentación.

- No tener que limpiar biberones.
- No tener que preparar leche maternizada (la leche materna está siempre disponible a la temperatura apropiada).
- Disminución del riesgo de cáncer de mama, algunos tipos de cáncer ovárico y osteoporosis

Se aconseja no amamantar a algunas madres con ciertos problemas de salud, tales como:

- Lesiones activas por herpes en la mama
- Tuberculosis activa, no tratada
- Infección por VIH (virus de inmunodeficiencia humana) o [SIDA](#)
- Nefritis.
- Enfermedades graves (cardiopatía o cáncer, por ejemplo).
- Desnutrición grave. ⁽⁴²⁾

5.4.- DESCRIPCIÓN DE LOS ASPECTOS OPERATIVOS DE LA PROPUESTA.

a) Definición del presupuesto de la campaña.

Se estudiarán los rubros requeridos para el desarrollo de la campaña y se cotizarán cada uno para establecer el presupuesto requerido.

b) Definición de los perfiles del recurso humano requerido.

Se definirá el recurso humano necesario y se establecerá los perfiles y habilidades que deberán tener cada uno de ellos.

c) Diseño de la capacitación.

Se establecerán, estudiarán y plantearán de la manera más sencilla los temas que se compartirán en la capacitación.

d) Diseño de herramientas y material divulgado.

Se prepararán y diseñarán las herramientas y materiales que facilitarán la distribución de la información durante la campaña.

e) Planificación de las visitas.

Se realizará el cronograma de visitas y cada una de actividades a ejecutar en cada sitio.

f) Ejecución.

Una vez que se hayan realizado todos los puntos anteriores, se procederá a ejecutar la propuesta, cumpliendo fielmente cada aspecto planificado.

g) Estudio de resultado de la propuesta.

Al finalizar la fase uno, es decir, la campaña en la parroquia La Unión, se estudiará el éxito o fracaso de la misma, para así definir las siguientes fases.

5.5.-RECURSOS.

5.5.1. Recursos humanos.

- Médico.
- Obstetríz.
- Odontólogo.
- Psicólogo.
- Enfermera.
- Estudiantes.
- Adolescentes primigestas.
- Comunidad.

5.5.2. Recursos materiales.

- Cartulinas.
- Fómix
- Tijeras.
- Siliconas.
- Proyector.
- Marcadores.
- Carpetas.
- Trípticos.
- Fichas de observación.
- Lapiceros.
- Papel bon (resma).
- Lápices.
- Carpas.
- Mandiles.
- Pendrives.
- Internet.

RUBRO	CANTIDAD	VALOR UNITARIO (USD)	VALOR TOTAL (USD)
Cartulina (pliegos)	30	0,25	7,50
Fomix (pliegos)	30	2,00	60,00
Tijeras	10	0,25	2,50
Silicona líquida	20	1,50	30,00
Proyector (alquiler)	1	25,00	25,00
Marcadores (docena)	2	2,50	5,00
Carpetas	50	0,20	10,00
Trípticos	100	0,80	80,00
Fichas de observación	50	1,00	50,00
Lapiceros	50	0,30	15,00
Papel bon(resma)	2	3,85	7,70
Lápices	50	0,20	10,00
Carpas	2	20,00	40,00
Mandiles	5	15,00	75,00
Pendrives	5	12,00	60,00
Internet (megas)	600 MG	20,00	20,00
Total			497,70

5.6.-CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN DE LA PROPUESTA.

AÑO/MES	2013					
ACTIVIDAD	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio
Definición del presupuesto de la campaña						
Revisión de historias clínicas						
Diseño de la capacitación						
Diseño de herramientas y material divulgativo						
Planificación de visitas						
Ejecución						
Estudio de resultados de la propuesta						

6 BIBLIOGRAFÍA.

(1) <http://www.ecuale.com/historia3.php>

<http://www.ecuale.com/historia2.php>

<http://www.ecuale.com/historia.php>

(2) http://www.indexmundi.com/es/ecuador/poblacion_perfil.html

(3) http://es.wikipedia.org/wiki/Provincia_de_Los_R%C3%ADos

(4) <http://gobiernoparroquiallaunionlosrios.gob.ec/index.php/multimedia/video>

(5) Norma y protocolo materno, Control prenatal. Dr. Wilfrido León, Dr. Eduardo Yépez, Dra. María Nieto 2008. Bricker L, Neilson JP. Routine Doppler ultrasound in pregnancy. (Cochrane Review) Cochrane Database Syst Rev 2000; (2):CD001450.

(6) http://www.unicef.org/spanish/health/index_43509.html

(7) http://www.saludcoop.coop/index.php?option=com_content&view=article&id=287&Itemid=325

(8) <http://html.rincondelvago.com/riesgos-del-embarazo-adolescente.html>

(9) <http://www.hoy.com.ec/libro6/joven1/jo16.htm>

(10) ↑ ^{a b} Locoh, Therese. (2000). "Early Marriage And Motherhood In Sub-Saharan Africa." *WIN News.*' Retrieved July 7, 2006.

(11) ↑ ^{a b} Mehta, Suman, Groenen, Riet, & Roque, Francisco. United Nations Social and Economic Commission for Asia and the Pacific. (1998). *Adolescents in Changing Times: Issues and Perspectives for Adolescent Reproductive Health in The ESCAP Region*. Consultado el 7 de julio de 2006

(12) ↑ ^{a b c d e f} UNICEF. (2001). *A League Table of Teenage Births in Rich Nations*PDF (888 KB). Retrieved July 7, 2006

(13) ↑ Teenage Mothers: Decisions and Outcomes – Provides a unique review of how teenage mothers think Policy Studies Institute, University of Westminster, 30 Oct 1998

(14) ↑↑ Guttmacher Institute (2005) Sex and Relationships. Retrieved August 8, 2006.

(15) ↑ ^{a b} U.S. Teen Sexual Activity PDF (147 KB) Kaiser Family Foundation, January 2005. Retrieved 23 Jan 2007

(16) ↑ ^{a b c} The National Campaign to Prevent Teen Pregnancy. (1997). What the Polling Data Tell Us: A Summary of Past Surveys on Teen Pregnancy. Retrieved July 13, 2006.

(17) ↑ Allen, Colin. (May 22, 2003). "Peer Pressure and Teen Sex." *Psychology Today*. Retrieved July 14, 2006.

(18) ↑ ^{a b c} Besharov, Douglas J. & Gardiner, Karen N. (1997). Trends in Teen Sexual Behavior. *Children and Youth Services Review*, 19 (5/6), 341–67. Retrieved July 13, 2006

(19) ↑ Why Gender Matters, Leonard Sax, M.D., Ph.D., 2005, Doubleday books, p. 128. See also comments made by Dr. Drew Pinsky on NPR's Fresh Air, September 23, 2003.

(20) ↑ Slater, Jon. (2000). "Britain: Sex Education Under Fire." *The UNESCO Courier*. Retrieved July 7, 2006.

(21) ↑ ^{a b} National Surveys of Family Growth James Trussell and L.L. Wynn (January 2008). «Reducing unintended pregnancy in the United States». *Contraception*.

↑ ^{a b} J. Joseph Speidel, Cynthia C. Harper, and Wayne C. Shields (September 2008). «The Potential of Long-acting Reversible Contraception to Decrease Unintended Pregnancy». *Contraception*.

- (22)↑ Encuesta de la revista *Seventeen*, año 1996
- (23)↑ Encuesta de la revista *Parade*, año 1997
- (24)↑ Teendating-birthcontrol
- (25)↑ EMEA - Informe público europeo de evaluación (EPAR), abril de 2009
- (26)↑ Llega a España la 'píldora de los cinco días después' El País, 18/12/2009
- (27)↑ Gracie Hsu, Statutory rape Family Research Council (courtesy link)
- (28)↑ www.csa.za.org
- (29)↑ Saewyc, E.M., Lara Leanne Magee, L.M., Pettingell, S.E., (2004), Teenage pregnancy and associated risk behaviors among sexually abused adolescents, *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, May–June, at findarticles.com
- (30)↑ Elizabeth M. Saewyc, Lara Leanne Magee and Sandra E. Pettingell (2004) Teenage Pregnancy and Associated Risk Behaviors Among Sexually Abused Adolescents
- (31)↑ *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, Volume 36, Number 3, May/June 2004
- (32)↑ Study Links Childhood Sexual Abuse, Teen Pregnancy University of Southern California, Science Blog, 2004
- (33)↑ Anda RF, Felitti VJ, Chapman DP, *et al.* (February 2001). «Abused boys, battered mothers, and male involvement in teen pregnancy». *Pediatrics* **107** (2): p. E19. doi:10.1542/peds.107.2.e19. PMID 11158493.

(34)↑ Ellis, Bruce J. et al. (2003) Does Father Absence Place Daughters at Special Risk for Early Sexual Activity and Teenage Pregnancy? *Child Development*, v74 n3 p801-21 May–Jun 2003

(35)↑ Quigley, Ann (2003) Father's Absence Increases Daughter's Risk of Teen Pregnancy Health Behavior News Service, May 27, 2003

(36)↑ Valk, Guus. (2000). The Dutch Model. *The UNESCO Courier*. Retrieved July 7, 2006.

(37) http://es.wikipedia.org/wiki/Embarazo#Embarazos_en_adolescentes

(38) ↑ ^{a b c} FAO. «LA ALIMENTACIÓN Y EL CUIDADO DE LAS MUJERES

(39) <http://espanol.babycenter.com/a900772/infecci%C3%B3n-de-las-v%C3%ADas-urinarias-durante-el-embarazo>

(40)http://www.fundacionbengoa.org/informacion_nutricion/nutricion-mujer-embarazada.asp

http://www.fundacionbengoa.org/informacion_nutricion/estoy_embarazada.asp. Consultado Marzo 2010.

(41)<http://www.planetamama.com.ar/nota/vacunas-en-el-embarazo-%C2%BFes-necesario-aplicarse-alguna>

(42)<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/002450.htm>

Reference: Payne PA, Tully MR. Breastfeeding promotion. In: Ratcliffe SD, Baxley EG, Cline MK, Sakornbut EL, eds. *Family Medicine Obstetrics*. 3rd ed. Philadelphia, Pa: Elsevier Mosby; 2008:chap 4.

ANEXOS

REPUBLICA DEL ECUADOR.



CONTROL MATERNO-NEONATAL DE ADOLESCENTES.



FIN DE LA ADOLESCENCIA.



VACUNACION CONTRA EL TETANOS.



RIESGOS NEONATALES (BEBES PREMATUROS)



www.guiadebebes.com

MATERNIDAD SALUDABLE.



LACTANCIA MATERNA.



HISTORIA CLINICA PERINATAL

Esta historia clínica se llena en el momento del parto.

CLAP - OPS/OMS HISTORIA CLINICA PERINATAL

Nombre: _____ Domicilio: _____ Localidad: _____ Teléfono: _____

EDAD: Alfa Beta Gamma Delta Epsilon Zeta Eta Theta Iota Kappa Lambda Mu Nu Xi Omicron Pi Rho Sigma Tau Upsilon Phi Chi Psi Omega

ESTADO CIVIL: Casado Soltero Viudo Divorciado Otro

ANTECEDENTES

AMBLIAPIES: Diabetes TB pulmonar Hipertensión Garambani Otros

PERSONALES

TBC: Sí No Síndrome de inmunodeficiencia adquirida: Sí No VIH: Sí No Otras: _____

OBSTETRICOS

Gestación: Normal Anormal Partos: Normales Anormales Muertos: Sí No Después: Sí No Embarazo anterior: Sí No EPI con mayor peso: Sí No

EMBARAZO ACTUAL

ESQUEMA: 24 28 32 36 40 44 48 52 56 60 64 68 72 76 80 84 88 92 96 100

PESO ANTERIOR: _____ TALLA (cm): _____ FFP: FUM:

ESQUEMA: 24 28 32 36 40 44 48 52 56 60 64 68 72 76 80 84 88 92 96 100

EX. QUINCE: Sí No EX. VEINTI: Sí No EX. CUARENTA: Sí No EX. SESENTA: Sí No EX. OCHENTA: Sí No EX. CIENTO: Sí No

Fecha de la consulta: _____ Semanas de amenorrea: _____ peso (Kg): _____

PARTO **ABORTO**

Responsable del ingreso: _____ Cantidad de consultas prenatales: en el hospital con carné Sí No

Edad gest: 37 mayor 44 menor 27 entre 27 y 44

PREES: Sí No Tasa de fetal: Sí No INICIO: Sí No MEMBRANAS: Sí No

TRABAJO DE PARTO

Inicio: _____ Fin: _____ Duración: _____

TERMINACIONES

Aborto: Sí No Indica: Sí No

INDICACION PRINCIPAL DE PARTO OPERATIVO O INDICACION

AVUERTE Sí No **EPISIOCTOMIA** Sí No **ALUMB. espontáneo** Sí No **PLACENTA completa** Sí No

RECIEN NACIDO

Equilibrado: Sí No ME con peso y peso: Sí No TALLA: Sí No EDAD POR EX. PARTO: Sí No PESO E/G: Sí No AFGAR: Sí No REANIM. RESPIR.: Sí No VOZ: Sí No

PUERPERIO

ACOMPAÑAMIENTO: Sí No HOSPIITALIZADO: Sí No

EGRESO HM

Fecha: Sí No Lugar: Sí No

EGRESO MATERNO

Fecha: Sí No Lugar: Sí No

CHARLAS EDUCATIVAS EN EL SUBCENTRO DE SALUD LA UNION.



CHARLAS EN COLEGIO CARLOS AGUIRRE AVILEZ

DE LA PARROQUIA LA UNION

